



## Rapport de visite :

23 au 27 novembre 2020

Services de psychiatrie de  
l'union sanitaire et sociale  
Aude-Pyrénées - Limoux

*(Aude)*

## SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie de l'union sanitaire et sociale Aude-Pyrénées (département de l'Aude) du 23 au 27 novembre 2020. Cette visite prévue et annoncée pour le début du mois de novembre a été retardée en raison de la situation sanitaire du département.

Le rapport provisoire établi après cette visite a été adressé le 30 mars 2021 à la directrice générale de l'union sanitaire et sociale Aude-Pyrénées (USSAP), à la présidente du tribunal judiciaire de Carcassonne et au procureur de la République près ce tribunal, au directeur de l'agence régionale de santé d'Occitanie et au préfet de l'Aude. Seule la directrice générale a présenté par courrier du 24 avril 2021 des observations. Celles-ci, ainsi que les éléments des documents fournis à leur appui, ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

L'USSAP réunit quatre associations œuvrant dans les deux départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales, trois d'entre elles sont orientées vers le médico-social (MAS, FAM, USLD, SSR, etc.), la dernière, l'Association Audoise Sociale et Médicale (ASM), vers les soins psychiatriques.

L'ASM est en charge des patients de quatre des cinq secteurs psychiatriques de l'Aude, le cinquième secteur (11G05), qui occupe la façade méditerranéenne du département, étant rattaché au service de psychiatrie de l'hôpital de Narbonne.

L'ASM a fait le choix de répartir ses structures, sectorielles comme intersectorielles, sur l'ensemble du département : chaque secteur offre une unité ouverte d'admission de vingt-cinq lits destinée aux patients en soins libres – situées à Narbonne et Carcassonne –, un ou deux hôpitaux de jour (HJ) et un à trois centre médicopsychologiques (CMP) selon les secteurs ainsi qu'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). S'ajoutent à ces unités sectorielles une unité intersectorielle fermée de cinquante lits qui accueille à Limoux les patients en soins sans consentement de l'ensemble des quatre secteurs, voire certains patients en soins sur décision du préfet du secteur 11G05, et deux unités intersectorielles de vingt-cinq lits chacune qui reçoivent des patients aux pathologies particulières : l'une à Lézignan est destinée aux patients souffrant de troubles graves des fonctions de relation et de communication, l'autre, à Limoux, prend en charge des patients présentant une pathologie psychiatrique chronique, sévère et invalidante. Par ailleurs, l'intersecteur de pédopsychiatrie comporte une unité d'hospitalisation de dix lits, située à Carcassonne, ainsi que trois CMP et trois HJ.

La capacité d'hospitalisation plein temps plein en psychiatrie est de 200 lits pour adultes et dix lits de pédopsychiatrie.

### **1. Le souci de respect des droits des patients imprègne les procédures et les comportements du personnel, à tous les niveaux rencontrés, soignants comme administratifs**

Les patients sont correctement informés de leur statut d'admission et de ses conséquences juridiques, les décisions, notification des droits et certificats médicaux leurs sont communiqués.

Les lois de 2011-2013 sont consciencieusement appliquées : aux services d'urgence – dont l'ASM assure tout (Carcassonne) ou partie (Narbonne) de la présence psychiatrique, le souci d'éviter l'hospitalisation est prégnant, avec si nécessaire la prolongation du séjour à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) le temps de gérer la crise ou d'obtenir le consentement aux soins. La recherche de tiers est active pour éviter les admissions sur le fondement du péril

imminent. Le collège des professionnels se réunit effectivement, reçoit et entend les patients avant de statuer sur leur situation.

Le patient est également pris en considération dans sa personne et sa citoyenneté : la confidentialité sur la présence est respectée, la personne de confiance est désignée et prévenue de sa désignation ce qui est rare, la protection juridique est organisée avec cette bonne pratique que le coût de l'expertise psychiatrique pour le placement sous protection juridique est pris en charge par le conseil départemental, l'accès au vote, à l'exercice d'un culte sont assurés.

2. **Cependant, la conjonction des choix organisationnels, de l'architecture des lieux d'hébergement et de la situation des ressources humaines fait perdre l'effet bénéfique pour les patients de la qualité des procédures et de l'investissement des acteurs à tous les niveaux.**

**Sur les choix organisationnels, on citera en premier lieu les effets négatifs de concentrer sur une seule unité – subdivisée en trois ailes – les patients en soins sans consentement de tout le département.**

L'éloignement du secteur du domicile complique les visites des familles, allonge le trajet du patient depuis les urgences (souvent attaché et sédaté), rend difficile voire impossible la venue des interlocuteurs de l'extra hospitalier.

Les tâches administratives des procédures de tous les patients en SSC du département pèsent sur les équipes d'une seule unité.

Le mode de fonctionnement, ou une interprétation erronée de la loi, associe à tort soins sans consentement et enfermement et conduit à fermer chaque aile de l'unité, portant gravement atteinte à la liberté d'aller et venir des patients. S'y ajoutent des règles de vie qui prévoient des contraintes généralisées, sans individualisation au regard l'état clinique du patient : accès au téléphone et tabac retreints et réglementés, pas d'Internet, pas d'accès libre aux affaires personnelles dans la journée (placards fermés à clef par les soignants ou chambre inaccessible).

**L'état et l'architecture des locaux rend l'enfermement des patients particulièrement pénible :**

Si les locaux sont respectueux du confort individuel en offrant des chambres agréables, correctement entretenues et dotées de sanitaires personnels, les espaces collectifs sont réduits, pour chaque aile, à deux pièces contiguës : une « petite » salle de télévision-baby-foot mais où ni l'une ni l'autre ne servent et une « plus grande » salle de vie-réfectoire-activités et de télévision, bruyante. Il s'ensuit une promiscuité constante, avec une impossibilité, pour un patient, de trouver un endroit apaisant ou calme.

**Et le problème des ressources humaines avive la déshérence :**

Les médecins psychiatres manquent comme partout en France mais ceux de l'ASM ont déserté l'unité de soins sans consentement pour rester dans les unités d'admission de patients en soins libres. Aussi, le droit à des soins de qualité est mis en péril en raison de la faiblesse de l'effectif médical et ce tant du point de vue de sa présence que de sa composition puisqu'il est souvent recouru à des praticiens en contrats courts qui ne peuvent assurer un suivi des patients. Jusque 15 jours avant la visite, l'unité de soins sans consentement ne fonctionnait depuis des mois qu'avec des médecins intérimaires.

L'effectif des équipes de soignants est également fort bas avec deux infirmiers, et parfois un aide-soignant, pour douze ou dix-neuf patients par roulement. Les soignants sont très occupés par les procédures de soins sans consentement, les arrivées ou les transferts depuis l'aile d'admission,

la distribution des traitements, la gestion des contraintes (tabac, téléphone, accompagnements hors de l'unité). L'infirmier est souvent perçu comme le gendarme plutôt que le soignant quelle que soit sa bienveillance.

Pourtant, des programmes de soins individualisés sont élaborés, les *staffs* sont tenus, de même que les synthèses. Les activités thérapeutiques sont assurées par une « sociothérapie » qui accueille tous les patients sauf contre-indication médicale.

Les autres aspects de la prise en charge médicale sont très correctement assurés : accès au généraliste, dentiste, spécialités accessibles pour l'essentiel à proximité. La prise en charge médicamenteuse est correcte avec le souci d'obtenir le consentement du patient au traitement, en prenant le temps qu'il faut. La vigilance pharmaceutique est réelle et efficace.

### **3. L'isolement et la contention sont également concentrés sur l'unité de soins sans consentement.**

Toutes les autres unités disposent de chambres d'isolement mais dès que la durée d'isolement dépasse 12 heures, le statut d'admission du patient est changé et il est transporté vers l'unité de soins sans consentement de Limoux, attaché s'il est agité.

Les mesures d'isolement sont réalisées dans des conditions matérielles portant atteinte au droit à l'intimité et à la dignité, notamment par le recours à une vidéosurveillance, et dans une proportion que nul n'est capable de quantifier de façon fiable, de sorte que toute réflexion collective sur les pratiques d'isolement est impossible faute d'outil d'observation.

Il convient de relever que l'établissement s'est montré très réactif aux recommandations du rapport provisoire qui lui a été communiqué, mettant en œuvre immédiatement des mesures correctives et organisant un plan d'action autour de trois axes : resectoriser les patients en soins sans consentement, redéfinir un projet architectural adapté à ces patients et revoir le projet de service et les règles de vie. Il demeure que cette dynamique se heurtera aux limites de la faisabilité matérielle des solutions dans le contexte financier très serré qui est le sien.

## 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** ..... 22

L'énergie et le temps passés par les équipes des services d'urgence à rechercher un tiers susceptible de formuler une demande de soins sans consentement permet de limiter significativement le nombre de mesures de soins sans consentement en péril imminent, mode d'admission le moins protecteur du droit du patient à une appréciation fine et contextualisée de sa pathologie.

#### **BONNE PRATIQUE 2** ..... 25

L'établissement conduit jusqu'à son terme la procédure de désignation d'une personne de confiance en informant cette dernière de sa désignation en vue de son acceptation de la mission.

#### **BONNE PRATIQUE 3** ..... 26

Le département de l'Aude prend en charge, en tant que de besoin, les frais d'expertise afin que ceux-ci ne soient pas un obstacle à l'organisation d'une mesure de protection pour les personnes dépourvues de ressources.

#### **BONNE PRATIQUE 4** ..... 27

L'imprimé de notification des droits des patients mentionne que certaines données personnelles sont conservées dans un fichier informatisé de suivi des personnes en soins sans consentement par l'Agence Régionale de Santé Occitanie et que le préfet du département est informé de l'admission en soins sans consentement ; il donne l'adresse mail du délégué à la protection des données pour obtenir plus d'informations.

#### **BONNE PRATIQUE 5** ..... 30

L'établissement facilite l'accès à l'information des patients sur leurs droits en mettant à leur disposition des formulaires rédigés dans la langue qu'ils maîtrisent le mieux.

#### **BONNE PRATIQUE 6** ..... 47

Outre que les patients en soins sans consentement peuvent faire entretenir gratuitement leur linge par l'établissement, un lave-linge et un sèche-linge sont mis à leur disposition.

### 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** ..... 19

L'établissement doit obtenir les moyens de pallier le sous-effectif des équipes de soins de l'unité pour patients en soins sans consentement.

#### **RECOMMANDATION 2** ..... 39

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre autant que de besoin. L'impossibilité qui leur en est imposée conduit certains d'entre eux à s'allonger à même le sol des parties communes pour se reposer, il doit être mis fin à ces situations indignes.

- RECOMMANDATION 3** ..... 41
- Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone personnel sauf contre-indication médicale liée à leur état clinique.  
Pour les patients désireux de contacter leurs proches par le biais d'un téléphone de l'établissement, une ligne et un terminal de téléphonie spécifiques garantissant la confidentialité doivent être installés.
- RECOMMANDATION 4** ..... 41
- Les patients doivent pouvoir utiliser des postes informatiques avec accès à internet fourni par l'établissement.
- RECOMMANDATION 5** ..... 42
- Sauf exception médicalement motivée, un patient doit pouvoir, s'il le souhaite, recevoir des visites dans sa chambre
- RECOMMANDATION 6** ..... 45
- Les locaux collectifs des trois ailes sont peu accueillants et mal adaptés à la vie collective imposée par les règles de fonctionnement de l'unité. Cette situation doit conduire, dans l'attente d'une réfection de ces locaux, à une réflexion sur les règles.
- RECOMMANDATION 7** ..... 45
- Le respect du droit à l'intimité et à la sécurité des patients implique que la fermeture électronique des portes munies de serrures *ad hoc* soit systématiquement activée et le badge permettant de l'actionner toujours remis au patient. C'est seulement la désactivation qui doit être envisagée à raison de l'état clinique du patient et donc, revue régulièrement avec l'évolution de cet état.
- RECOMMANDATION 8** ..... 52
- La chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée du CH de Narbonne dans laquelle des patients peuvent être enfermés durant une période relativement longue doit respecter les normes d'une chambre d'isolement (double accès, point d'eau, horloge, etc.). Les mesures d'isolement et de contention pratiquées dans cette unité doivent être tracées dans un registre afin de permettre l'analyse de ces pratiques, aujourd'hui inexistante.
- RECOMMANDATION 9** ..... 54
- L'isolement des patients au service des urgences du centre hospitalier de Carcassonne doit se dérouler dans un espace prévu à cet effet qui doit être équipé de système d'appel, d'une horloge et de sanitaires auxquels l'occupant doit avoir libre accès.
- RECOMMANDATION 10** ..... 57
- La présence des psychiatres à l'unité Anne-Marie Javouhey, seule habilitée à recevoir des patients en soins sans consentement, doit être renforcée. L'équipe médicale doit être stabilisée afin d'élaborer et de mettre en œuvre un projet médico-soignant pour l'unité.
- RECOMMANDATION 11** ..... 58
- Les activités dites occupationnelles doivent être développées au sein des trois ailes de l'unité Anne-Marie Javouhey. Que les soignants soient disponibles ou non, les patients doivent pouvoir s'occuper, *a fortiori* lorsque l'accès à leurs chambres est impossible.
- RECOMMANDATION 12** ..... 59
- Dans la mesure où l'unité Anne-Marie Javouhey est fermée et qu'il n'existe pas de parc sur le site de Limoux dans lequel les patients de cette unité pourraient se rendre librement, les activités accompagnées à l'extérieur devraient être encore plus développées.

<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>60</b>
Les séjours thérapeutiques, suspendus depuis la fin de l'année 2019, doivent reprendre pour les patients en soins sans consentement.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>63</b>
Un protocole précisant les conditions d'hospitalisation des personnes détenues de la maison d'arrêt de Carcassonne doit être établi entre la préfecture, l'administration pénitentiaire et l'ASM. Il doit notamment prévoir les conditions de transmission, dans les meilleurs délais, des informations permettant à ces patients de continuer à exercer l'ensemble de leurs droits pendant leur hospitalisation.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>65</b>
Les chambres d'isolement de l'ASM doivent être restructurées afin de préserver l'intimité de l'occupant et lui permettre, lorsque son état clinique l'autorise, de régler lui-même la luminosité, l'aération et la température de la pièce. Des sièges doivent être prévus pour le patient comme pour les soignants. Toute vidéosurveillance de ces lieux doit être proscrite.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>67</b>
L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement ainsi que dans son projet médical l'objectif de la diminution du recours aux mesures d'isolement et de contention, objectif étayé sur une réflexion collective.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>67</b>
L'utilisation de chambre hôtelière, même équipée d'un lit scellé, comme espace d'isolement doit être proscrite.	
<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>70</b>
L'établissement doit s'interroger sur le maintien des chambres d'isolement dans des unités n'accueillant que des patients en soins libres.	
<b>RECOMMANDATION 19</b> .....	<b>75</b>
Le projet d'aménagement d'une « chambre de réassurance » dans l'unité de pédopsychiatrie doit rapidement être mis en œuvre.	

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>28</b>
L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 2</b> .....	<b>30</b>
La date de la notification des droits du patient admis en soins sans consentement doit figurer au registre de la loi, ainsi que le prévoit l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP).	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 3</b> .....	<b>35</b>
L'établissement doit mettre en place les affichages réglementaires d'information du public de l'existence d'un dispositif de vidéosurveillance et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.	

<b>RECO PRISE EN COMPTE 4</b> .....	<b>61</b>
L'accès à l'unité intersectorielle « Carrefour des expressions » devrait être possible pour les patients en soins sans consentement, sans autorisation de sortie, sur prescription.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 5</b> .....	<b>67</b>
Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement et doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu ; la motivation doit figurer dans le dossier du patient.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 6</b> .....	<b>69</b>
Le registre qui doit retracer, en application des dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique, toutes les mesures d'isolement et de contention, doit indiquer pour chaque mesure sa durée calculée depuis l'heure de la décision du psychiatre jusqu'à celle la levée de la mesure, intégrant, le cas échéant, les renouvellements dans les délais légaux.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 7</b> .....	<b>70</b>
Le registre constitue l'un des outils d'observation des pratiques d'isolement et de contention. La qualité de sa tenue et sa fiabilité conditionnent la pertinence de toute réflexion qui peut, et doit, être menée à l'appui d'une politique de limitation du recours à ces pratiques. L'analyse des données de ce registre doit être effectuée régulièrement par les soignants de chaque unité ainsi que par les instances (CME, conseil d'administration) et doit permettre de limiter ces pratiques aux seules situations ou d'autres moyens ne peuvent être mis en œuvre.	

## PROPOSITIONS

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

<b>PROPOSITION 1</b> .....	<b>23</b>
L'établissement doit formaliser les rôles des professionnels dans l'information des patients admis en soins sans consentement sur la procédure dont ils font l'objet et les droits qui sont les leurs ; il doit préciser les modalités des diverses notifications et assurer la formation des professionnels sur ces questions.	
<b>PROPOSITION 2</b> .....	<b>40</b>
Les patients doivent pouvoir disposer librement de leurs appareils électriques et produits de maquillage. Cette liberté doit être la règle. Toute exception doit être motivée par l'état clinique du patient et régulièrement revue.	
<b>PROPOSITION 3</b> .....	<b>46</b>
Le mobilier des salles d'eau attenantes aux chambres mérite d'être complété par des tablettes de lavabo, de sièges de douche, de porte-serviettes et de patères. Les diffuseurs de douche doivent être conçus pour recevoir un flexible et une douchette amovibles en tant que de besoin.	
<b>PROPOSITION 4</b> .....	<b>48</b>
L'interdiction faite aux patients de conserver de denrées non périssables dans leurs armoires mérite d'être individualisée.	



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>11</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>13</b>
2.1 L'association audoise sociale et médicale (ASM) assure l'essentiel de la prise en charge psychiatrique dans l'Ouest du département de l'Aude.....	13
2.2 La gestion financière saine laisse peu de marges de manœuvre en raison d'une dotation de fonctionnement particulièrement basse .....	16
2.3 Les patients admis en soins sans consentement pâtissent plus que les autres de la pénurie de médecins psychiatres .....	17
2.4 L'activité d'hospitalisation complète demeure contenue.....	19
2.5 Le comité d'éthique est encore en gestation.....	20
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>21</b>
3.1 La proportion de patients en soins sans consentement sur décision du directeur selon la procédure de droit commun est exceptionnellement élevée .....	21
3.2 L'information orale et écrite des patients en SSC est complète .....	22
3.3 L'établissement a mis en place des procédures efficaces pour le recensement et le traitement des événements indésirables .....	23
3.4 L'établissement veille à conduire à son terme la procédure de désignation d'une personne de confiance .....	25
3.5 Les patients sont informés sur les modalités d'exercice du droit de vote.....	25
3.6 la pratique d'un culte doit rester discrète.....	25
3.7 La protection juridique des patients est assurée .....	26
3.8 La procédure permettant le respect de la confidentialité sur la présence est connue des soignants .....	27
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>28</b>
4.1 Les représentants des usagers sont associés à la prise en charge des personnes hospitalisées à travers la participation à différentes instances .....	28
4.2 Le registre de la loi est minutieusement tenu.....	30
4.3 Les difficultés de prise en charge d'aval retardent parfois la sortie de l'hôpital	31
4.4 L'organisation des audiences devant le juge des libertés respecte les droits des patients .....	32
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>34</b>
5.1 La sécurisation du site est assurée et la liberté d'aller et venir limitée par des choix architecturaux et organisationnels .....	34
5.2 Des restrictions systématiques, diverses selon les unités, marquent la vie quotidienne.....	38
5.2 Les communications avec l'extérieur sont restreintes.....	40

5.3	La vie intime et sexuelle des patients est prise en considération.....	42
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>43</b>
6.1	Les locaux des trois ailes sont inconfortables et mal adaptés à une vie en collectivité.....	43
6.2	L'hygiène des locaux et des patients est correctement assurée.....	47
6.3	L'accès des patients à leurs biens est très restreint.....	47
6.4	Les conditions d'alimentation sont très régulées.....	47
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>49</b>
7.1	Les modalités de prise en charge aux urgences permettent de minimiser les admissions en soins sans consentement, singulièrement celles sans demande tiers.....	49
7.2	Les patients en SSC bénéficient d'un projet de soins individualisé et évolutif mais ont un accès limité aux psychiatres, aux infirmiers et aux activités.....	56
7.3	L'accès aux soins somatiques et aux spécialistes ne présente pas de difficulté.	61
7.4	La pharmacie contrôle efficacement tout le processus de délivrance des médicaments mais doit se réinvestir dans l'éducation thérapeutique.....	61
7.5	La situation des patients détenus est singulièrement floue.....	62
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>64</b>
8.1	La conception des chambres d'isolement ne permet pas le respect de l'intimité des patients.....	64
8.2	Le sujet de l'isolement et de la contention est récemment pris en compte par l'institution.....	66
8.4	La politique institutionnelle pâtit de l'insuffisance d'outils d'observation.....	70
<b>9.</b>	<b>LA PEDOPSYCHIATRIE.....</b>	<b>71</b>
9.1	le dynamisme de l'unité pour enfants et adolescents est facilité par des moyens matériels et humains confortables.....	71
9.2	le souci d'efficacité thérapeutique de la prise en charge se conjugue avec celui du respect des droits d'un adolescent.....	73
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

Anne Lecourbe, cheffe de mission ;

Alexandre Bouquet, contrôleur ;

Agnès Lafay, contrôleure ;

Marie Pinot, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite des services de psychiatrie de l'union sanitaire et sociale Aude-Pyrénées (département de l'Aude) du 23 au 27 novembre 2020.

Cette visite prévue et annoncée pour le début du mois de novembre a été retardée en raison de la situation sanitaire du département.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 23 novembre 2020 à 17h. Ils l'ont quitté le 27 novembre à 10h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la directrice de cabinet du préfet de l'Aude, au délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS) d'Occitanie. La présidente du tribunal judiciaire de Carcassonne ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisées de cette visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice générale de l'union sanitaire et sociale Aude-Pyrénées (USSAP) et ont présenté leur mission lors d'une réunion rassemblant autour d'elle le président de l'USSAP, l'équipe de direction, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la pharmacienne responsable de la pharmacie à usage intérieur (PUI), le directeur de l'information médicale, les cadres supérieurs de santé et un des cadres de l'unité de soins sans consentement, la responsable de la gestion administrative des soins sans consentement, la responsable du service des admissions, une infirmière représentante des instances représentatives du personnel, la représentante des usagers et le représentant de l'UNAFAM<sup>1</sup>. Une partie de ces personnes ont participé à distance.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Le délégué départemental de l'ARS, contacté par courriel, n'a pas pu donner suite à une demande d'entretien téléphonique, arguant de ne pas disposer de temps en raison de la prise en charge de la pandémie de Covid-19.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD). A cette occasion ils ont pu rencontrer ce magistrat, étant précisé qu'ils avaient eu auparavant un bref entretien téléphonique avec la présidente du tribunal judiciaire de Carcassonne.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

---

<sup>1</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

Une réunion de restitution a eu lieu, le 27 novembre 2020 avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire établi après cette visite a été adressé le 30 mars 2021 à la directrice générale de l'USSAP, à la présidente du tribunal judiciaire de Carcassonne et au procureur de la République près ce tribunal, au directeur de l'agence régionale de santé d'Occitanie et au préfet de l'Aude. Seule la directrice générale a présenté par courrier du 24 avril 2021 des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport de visite dans lequel sont notamment reportées les informations sur les recommandations déjà mises en œuvre, étant précisé qu'il est pris acte de l'élaboration de plans d'actions en cours de réalisation.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ASSOCIATION AUDOISE SOCIALE ET MEDICALE (ASM) ASSURE L'ESSENTIEL DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DANS L'OUEST DU DEPARTEMENT DE L'AUDE

L'Aude s'étend sur 6 139 km<sup>2</sup>, ses 367 000 habitants sont principalement répartis entre cinq zones urbaines (Carcassonne, Narbonne, Limoux, Castelnaudary, Lézignan), le reste du territoire au caractère rural offre peu d'emplois, abrite une population vieillissante, souvent socialement démunie. Le département connaît un taux de chômage de 12 % et un taux de pauvreté de 21 %, touchant 75 000 personnes, qui dépasse 31 % chez les moins de 30 ans. Ces données situent l'Aude en troisième position, derrière la Seine-Saint-Denis et la Haute-Corse en niveau de pauvreté. Aucun médecin généraliste n'est plus installé dans la haute vallée de l'Aude, c'est l'association Médecins du monde qui y intervient.

#### 2.1.1 La prise en charge psychiatrique dans le département

Le département de l'Aude comprend cinq secteurs psychiatriques.

L'un, le secteur 5, qui occupe la façade méditerranéenne du département, est rattaché au service de psychiatrie de l'hôpital de Narbonne. Pour la psychiatrie adulte, il dispose d'un centre médico-psychologique (CMP), de deux hôpitaux de jour (HJ), d'appartements thérapeutiques, d'une structure de famille d'accueil thérapeutique et d'une unité d'hospitalisation complète de vingt-cinq lits. Les enfants et adolescents peuvent être suivis dans trois CMP et deux HJ.

L'Association Audoise Sociale et Médicale (ASM) est chargée, sur le reste du territoire départemental, des quatre autres secteurs (Secteur 1 : Limoux-Castelnaudary-Quillan ; secteur 2 : Carcassonne Centre Ouest ; secteur 3 : Carcassonne Est ; secteur 4 : Narbonne Ouest-Lézignan) avec un intersecteur pour la psychiatrie adulte ainsi qu'un intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile. Son offre de soins repose sur un dispositif étendu au champ médico-social et réparti sur l'ensemble de ce territoire (Cf. § 2.1.2).

L'offre de santé mentale est complétée par la clinique de Miremont à Badens (Aude), établissement privé spécialisé dans la prise en charge des addictions (alcool, toxiques, nouveaux types d'addiction liée à l'usage d'internet, ainsi qu'aux addictions dites comportementales). Elle dispose de cinquante-cinq lits et accueille 700 patients par an.

Enfin, l'Aude compte une vingtaine de psychiatres libéraux.

#### 2.1.2 L'organisation de l'USSAP

L'USSAP (union sanitaire et sociale Aude-Pyrénées) réunit quatre associations œuvrant dans les deux départements de l'Aude et des Pyrénées-Orientales :

- ASM - Association Audoise Sociale et Médicale ;
- AIDeA11 - Association Accueil Info Drogue et Addiction 11 ;
- ASCV - Association Prendre Soins de la personne en Côte Vermeille et Vallespir ;
- ABAS - Association Banyulencque d'Action Sociale.

Les trois dernières sont orientées vers le médico-social (MAS<sup>2</sup>, FAM, USLD, SSR, etc. ), la première, l'ASM, vers les soins psychiatriques.

L'établissement départemental de santé mentale historique fondé en 1826 à Limoux par Anne-Marie Javouhey, et qui a comporté jusqu'à 1 500 lits de psychiatrie et une exploitation agricole, a été laïcisé lors de sa reprise, en 1978, par l'ASM. Le centre hospitalier de Carcassonne a géré les urgences psychiatriques et le secteur 2 jusqu'en 2005, cette mission et les autorisations qui la permettent ont alors été transférées à l'USSAP. Celle-ci a fait le choix de répartir ses structures, sectorielles comme intersectorielles, sur l'ensemble du département :

- chaque secteur offre une unité ouverte d'admission de vingt-cinq lits, en hospitalisation temps plein exclusivement, destinée aux patients en soins libres – situées à Narbonne, Carcassonne (une unité pour les secteurs 02 et 03) et Limoux – un ou deux HJ et un à trois CMP selon les secteurs et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- une unité intersectorielle fermée de cinquante lits, unité Anne-Marie Javouhey (AMJ), accueille à Limoux les patients en soins sans consentement de l'ensemble des quatre secteurs, voire certains patients en soins sur décision du préfet du secteur 05.
- deux unités intersectorielles de vingt-cinq lits chacune accueillent des patients aux pathologies particulières : l'unité Les Oliviers à Lézignan est destinée aux patients souffrant de troubles graves des fonctions de relation et de communication (déficit profond avec absence d'autonomie partielle et/ou totale) et l'unité Michel Lapersonne, à Limoux, prend en charge des patients présentant une pathologie psychiatrique chronique, sévère et invalidante ;
- l'intersecteur de pédopsychiatrie comporte une unité d'hospitalisation de dix lits, l'unité départementale d'accueil et de soins pour adolescents (UDASPA), située à Carcassonne, trois CMP et trois HJ.

La capacité d'hospitalisation plein temps théorique en psychiatrie est de 200 lits pour adultes mais lors des inondations survenues en octobre 2018, les locaux des deux unités situées à Carcassonne ont dû être fermés. Une partie des patients a alors été transférée dans d'autres unités, les autres ont été pris en charge à domicile dans le cadre d'un suivi renforcé. Seuls vingt-cinq lits ont pu être réouverts, les autres sont maintenus administrativement mais la prise en charge effective renforcée à domicile demeure pour les autres, cette équipe est rattachée au secteurs 2 et 3.

L'activité ambulatoire intersectorielle inclut :

- une équipe mobile psychiatrie et précarité qui intervient dans tous lieux : la rue, les « squats », au domicile de la personne, dans les structures sociales d'hébergement d'urgence (CHRS<sup>3</sup>, Maison de l'amitié, etc.), les services médico-sociaux (AIDeA11, CCAS<sup>4</sup>, etc.), les associations caritatives, etc. ;

---

<sup>2</sup> MAS : maison d'accueil spécialisé ; FAM : foyer d'accueil médicalisé ; USLD : unité de soins de longue durée ; SSR : soins de suite et de réadaptation

<sup>3</sup> CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

<sup>4</sup> CCAS : centre communal d'action sociale

- un centre de réhabilitation psychosociale qui assure une prise en charge multidisciplinaire, sur site ou à domicile, de personnes souffrant de troubles bipolaires ou de troubles psychotiques ;
- une équipe mobile de gérontopsychiatrie départementale ;
- un hôpital de jour de gérontopsychiatrie à Limoux.

L'ASM assure également l'accueil et la gestion des urgences psychiatriques à l'hôpital de Carcassonne et participe à cette mission à l'hôpital de Narbonne.

L'offre sanitaire s'est aussi diversifiée comportant désormais quarante-quatre lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) dont dix lits en unité cognitivo-comportementale et dix-neuf lits SSR pour personnes âgées polypathologiques (PAP), un HJ SSR PAP, une unité de soins de longue durée.

Enfin, l'ASM a pris rapidement après sa création un virage médico-social, intensifié entre 2009 et 2015 avec l'ouverture d'une structure chaque année. Elle gère désormais cinq établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD, 197 places), trois maisons d'accueil spécialisées (MAS, 115 places), trois foyers (un foyer de vie de 25 places, un foyer d'hébergement de 30 places et un foyer d'accueil médicalisé de 40 places), deux structures de travail en milieu protégé (100 places) et un service d'accompagnement à la vie sociale (30 places).

La visite des contrôleurs a porté plus particulièrement sur le parcours des patients admis en soins sans consentement, ils se sont notamment rendus dans chacun des deux services des urgences, dans l'unité intersectorielle Anne-Marie Javouhey et dans l'unité de psychiatrie infanto-juvénile.

### 2.1.1 La politique de l'établissement

L'USSAP demeure imprégnée des valeurs humanistes qui portaient les fondateurs de chacune des associations qui la composent. Les membres de son conseil d'administration, au recrutement coopté et ne comportant volontairement aucun élu ès qualité, sont très impliqués, adhèrent à une « *charte des valeurs de l'administrateur* », sont intégrés à divers groupes de travail (qualité de vie au travail, éthique, innovation et recherche dotée d'un fonds pour financer des projets de recherche) et rencontrent régulièrement les représentants du personnel. Pour assurer la pérennité de cette dynamique et prévenir tout risque de scission, les associations composant l'USSAP doivent prochainement fusionner en une seule association.

Les trois axes prioritaires du projet médical d'établissement 2017-2021 s'inscrivent dans cette démarche de valorisation de l'individu dans le parcours de soin :

- renforcer les dispositifs de prise en charge ambulatoire pour éviter/ limiter les effets iatrogènes des hospitalisations ;
- favoriser les prises en charge dans le milieu naturel du patient et ainsi contribuer à son inclusion ;
- s'appuyer sur les compétences d'*empowerment* des usagers (capacité à agir pour eux-mêmes).

Le projet médical qui doit prendre la suite s'inscrit dans la continuité, en développant la prise en charge sur le terrain, au plus près du patient, dans son environnement et favorisant l'alternative à l'hospitalisation complète. Il s'inscrit également dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM) voté quelques semaines avant la visite qui consacre la coopération avec l'hôpital général de Carcassonne.

Le projet à venir envisage pour la psychiatrie adulte :

- le développement des équipes mobiles de suivi renforcé à domicile en alternative à l'hospitalisation ; les enseignements tirés du suivi renforcé des patients rendus par nécessité à leur domicile lors de la fermeture des unités de Carcassonne en 2018, encouragent le déploiement d'un tel dispositif sur les autres secteurs ;
- le développement de la réhabilitation psycho-sociale sur l'ensemble du département à partir du centre installé de Limoux (activité actuelle de CMP et visites à domicile) pour lequel un HJ dont l'autorisation d'hôpital de jour obtenue en juin 2019 est en phase d'ouverture ; des antennes à Narbonne et Carcassonne sont envisagées ;
- la constitution d'équipe mobile handicap psychique articulant le sanitaire et le médico-social autour des parcours et situations complexes (participation au COPIL ARS *case management*) ;
- la création d'un centre d'accueil et de crise en partenariat avec le centre hospitalier de Carcassonne ; une telle structure qui pourrait prendre en charge les patients en crise pendant une durée de deux ou trois jours favoriserait la « redescente » et permettrait une évaluation hors crise fondant une orientation mieux adaptée que l'unité de patients en soins sans consentement ;
- une réflexion sur la re-sectorisation des patients en soins sans consentement ;
- et pour la psychiatrie infanto-juvénile le renforcement de l'équipe mobile pour la prise en charge des adolescents (cas complexe et suicidant) et la création d'un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour adolescents.

## 2.2 LA GESTION FINANCIERE SAINNE LAISSE PEU DE MARGES DE MANŒUVRE EN RAISON D'UNE DOTATION DE FONCTIONNEMENT PARTICULIEREMENT BASSE

Le budget de l'ASM pour 2019 s'élève à 65,021 millions d'euros répartis en 38,641 millions d'euros pour le volet sanitaire et 26,380 millions d'euros pour le volet médico-social.

La dotation annuelle de fonctionnement attribuée en 2020 pour la psychiatrie à l'ASM est de 32 783 197 euros, montant faible pour quatre secteurs et un intersecteur de pédopsychiatrie. L'établissement peut se considérer comme sous-doté en se comparant à d'autres établissements de la région qui peuvent recevoir 36 millions d'euros pour gérer deux secteurs et un intersecteur de pédopsychiatrie.

L'équilibre financier est rétabli après la restructuration d'un déficit de 600 000 euros à partir de 2018 mais l'équilibre est précaire car il a été obtenu notamment grâce à une mesure d'exonération de charges sociales qui est en cours d'extinction. Des économies ont également été dégagées par le changement de prestataire de restauration et dans une même démarche, des appels d'offre sont passés pour le renouvellement de tous les contrats de fourniture (énergie, assurances, etc.) et sont déjà négociés au niveau du groupe. La fusion des cinq associations ne devrait donc pas permettre d'économies d'échelle ou de « frais de siège » et sera neutre financièrement.

Une gestion prudente s'efforce de maintenir une section d'investissement stable. Un plan pluriannuel d'investissement, en partie autofinancé et en partie bénéficiant de subventions, a permis la construction ou la rénovation de l'ensemble des locaux. 800 000 euros annuels y sont consacrés depuis trois ans pour les investissements lourds en psychiatrie et 500 à 600 000 euros pour le renouvellement du matériel (mobilier, véhicules), de nature à améliorer les conditions de



séjour des patients comme l'équipement des chambres en serrures *SALTO*<sup>®</sup> ou l'évolution des chambres d'isolement en « chambres de réassurance ».

En l'état, les marges de manœuvre sont faibles et ne permettent pas, selon les interlocuteurs, de remédier à un sous-encadrement reconnu (Cf. § 2.3.2) et la plupart des projets sont présentés dans le cadre d'appel à projet pour, s'ils sont retenus, permettre leur financement.

## 2.3 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT PATISSENT PLUS QUE LES AUTRES DE LA PENURIE DE MEDECINS PSYCHIATRES

### 2.3.1 Le personnel médical

L'effectif médical global de l'établissement compte 29,85 équivalents temps plein (ETP) de médecins. Lors de la visite, 8,95 ETP ne sont pas pourvus. L'établissement, comme la plupart des établissements de santé mentale, connaît de graves difficultés de recrutement qui touche les psychiatres, les pédopsychiatres et gériatres : la ruralité du département, qui offre peu de possibilité d'emploi à un éventuel conjoint, le rend peu attractif. L'ASM ne compte aucun médecin attaché ou médecin assistant, tous les psychiatres ont la plénitude d'exercice. L'établissement est agréé pour deux internes mais les postes ne sont pas non plus toujours pris. Un accord avec l'hôpital de Carcassonne permet à l'ASM d'employer des praticiens hospitaliers et de les recruter.

Lors de la visite, les 19 ETP de psychiatres sont ainsi répartis : quatre psychiatres sur le secteur 1, trois sur le secteur 2, quatre sur le secteur 3, cinq sur le secteur 4, trois psychiatres sur l'intersecteur (AMJ).

C'est sur l'unité AMJ que pèse de façon plus grave que dans les autres structures la pénurie médicale : au cours de l'année 2019, l'unité ne fonctionnait qu'avec un seul médecin de l'établissement en contrat à durée indéterminée (CDI) qui effectuait 0,80 ETP, lequel a quitté ses fonctions au 31 décembre 2019. Au cours de l'année 2020, la présence médicale a été assurée par des praticiens en contrat à durée déterminée (CDD) ce, jusqu'en novembre 2020 (Cf. § 7.2.1). Enfin, seulement 0,5 ETP de généraliste était assuré par un médecin, qui avait également compétence sur les autres unités limouxines car 1 ETP de généraliste n'était pas non plus pourvu.

Les autres structures connaissent également des phases de dénuement ; ainsi, à l'été 2018, aucun médecin n'intervenait au secteur 4 qui compte 5,1 ETP ; le secteur a donc fonctionné avec des praticiens en CDD.

La continuité des soins psychiatriques est assurée par l'astreinte de deux psychiatres (Cf. § 7.2.1) ; un généraliste assure une astreinte dans le périmètre de Limoux uniquement et des conseils téléphoniques pour les sites excentrés (Cf § 7.3).

L'équipe médicale s'épuise et les perspectives sont sombres puisque la majorité des médecins ont plus de 60 ans, la moitié d'entre eux va partir en retraite dans les cinq ans.

Beaucoup de pistes sont exploitées pour pallier la pénurie : l'établissement forme régulièrement des généralistes à la psychiatrie mais ces praticiens ne restent pas toujours une fois formés, accompagne l'accès au statut de praticien hospitalier, ou développe la télémédecine, pratique à laquelle la pandémie a habitué chacun. L'autre piste consiste en un développement d'activités attractives pour fidéliser les internes accueillis : protocoles de recherche, programmes techniques de prises en charge spécifiques, utilisation de nouvelles technologies. L'USSAP se montre ainsi très dynamique dans les appels à projet.

Au niveau de l'établissement, les échanges entre médecins sont réguliers et formalisés. La CME se réunit quatre fois par an au moins, pour évoquer des sujets d'organisation et recrutement mais aussi des situations individuelles de patients problématiques, mises à l'ordre du jour par l'un des médecins. Une analyse statistique du registre d'isolement et de contention (*Cf. infra*, § 8.2) est en outre proposée par le département d'information médicale à chaque CME. Jusqu'au printemps 2020, une pré-CME était ouverte à l'ensemble des médecins volontaires, mais l'épidémie de Covid-19 et les mesures prises pour limiter les interactions sociales du fait de celle-ci ont eu raison du dispositif. En outre, une réunion dite « des médecins chefs » se tient tous les mois : elle associe les chefs de service des différents secteurs, la présidente de la CME et la direction. A plusieurs reprises, ont été abordés dans cette instance, les projets relatifs aux patients en soins sans consentement (SSC), à l'isolement, aux droits des patients.

### 2.3.2 Le personnel non médical

#### a) L'organisation des équipes

L'ASM ne se heurte pas à des difficultés particulières de recrutement de personnel non médical puisque sur les 428,55 ETP, seulement 4,50 ne sont pas pourvus lors de la visite.

L'effectif de chaque unité d'hospitalisation libre comprend 11 ETP d'infirmiers et 4ETP d'aides-soignants (AS) ce qui conduit à la constitution d'équipe de deux infirmiers à chaque roulement du matin ou de l'après-midi complétée par un AS de journée, et un infirmier et un AS la nuit, tous les soignants participant au service de nuit. L'établissement admet que le taux d'encadrement soignant des patients est faible mais fait valoir qu'il est impossible de financer un taux d'encadrement plus important de manière pérenne (*Cf. § 2.2*).

Les équipes voudraient une répartition égale des hommes et des femmes dans les roulements pour des motifs de sécurité. La répartition ne parvient qu'à 40 % d'hommes.

S'agissant plus particulièrement de l'unité AMJ, l'effectif total est de 57,62 ETP, dont 0,23 de cadre supérieur, 2 de cadre, 36,1 d'infirmiers (effectué par trente-huit personnes), 13,28 d'agents des services hospitaliers (ASH) – en pratique 12 ASH et deux agents hôteliers qualifiés (pour les services de nuit), 1 de psychologue – qui effectue en pratique 0,8 ETP, 1 d'assistant de service social (ASS), 2,23 de personnel éducatif – effectués par deux moniteurs-éducateurs et un éducateur sportif – et 1,80 de secrétaire médical. Aucun AS n'est prévu mais lorsqu'un patient nécessite une prise en charge plus intense, un AS peut lui être affecté le temps de sa présence. Tous les postes sont occupés lors de la visite.

L'effectif normal d'une vacation dans chacune des trois ailes est de trois infirmiers et l'effectif minimum est de deux infirmiers ; ces équipes peuvent être complétées par un infirmier « de journée », présent de 8h à 15h46 ou de 9h à 16h46. Les plannings infirmiers montrent que l'effectif normal n'est jamais atteint pour les deux roulements des samedis et dimanches. En 2020, il n'est atteint pour les deux roulements de la journée (matin et soir) qu'un jour en septembre, 8 jours en octobre et 5 jours en novembre à l'aile Nord, respectivement 4 jours, 3 jours et 4 jours à l'aile Sud et 5 jours, 5 jours et 7 jours à l'aile Ouest. L'effectif réel est donc la plupart du temps de deux infirmiers pour au moins une des deux équipes de la journée, souvent les deux, ce qui est considéré comme insuffisant par l'ensemble des professionnels (*Cf. § 7.2.1*). Plus gravement, il arrive qu'un seul infirmier soit présent pour un des deux roulements, ce qui est arrivé à l'aile Nord 5 jours en septembre, 2 jours en octobre et 2 jours en novembre, pour l'aile Sud 4 jours en octobre et un jour en novembre. Le service de nuit est assuré par un infirmier

dans l'aile Nord, un dans l'aile Sud et deux dans l'aile Ouest et un agent hôtelier qualifié pour les trois ailes.

Si cette situation de pénurie doit évidemment être appréciée au regard des conditions sanitaires résultant de la pandémie de Covid-19, il demeure que le sous-encadrement n'est pas apparu avec cette situation.

### RECOMMANDATION 1

L'établissement doit obtenir les moyens de pallier le sous-effectif des équipes de soins de l'unité pour patients en soins sans consentement.

*Dans sa réponse, la directrice générale apporte l'information corrective : « Ce constat est erroné et résulte d'une absence de mise à jour des plannings présents dans l'unité au moment de la visite. Des lissages entre ailes n'avaient pas été saisis ou saisis trop tardivement, et non pris en compte par notre logiciel. Nous vous adressons en pièces jointes (PJ 1) les 9 plannings avec les saisies corrigées (mois de septembre, octobre et novembre pour chacune des trois ailes). Sur chaque aile, une présence de deux infirmiers par aile est toujours respectée pour des raisons de sécurité auxquelles nous veillons quotidiennement. ».*

Les pièces produites montrent en effet que la situation des plannings prévisionnels a conduit à des remplacements de sorte que deux infirmiers ont été présents à chaque roulement. Sur le fond, la recommandation demeure d'actualité.

#### 2.3.3 La gestion des ressources infirmières

Les nouveaux infirmiers, tous diplômés d'Etat (IDE), n'ont pas reçu au cours de leur cursus étudiant de formation spécifique à la psychiatrie. Un tuteur est affecté à chacun des arrivants ; ceux-ci ne peuvent travailler en doublure qu'au mieux deux ou trois jours à leur prise de poste. Ils reçoivent le plus rapidement possible une formation sur les thèmes de la violence, de l'entretien infirmier et des pathologies psychiatriques. Des formations sur l'isolement, les soins sans consentement, l'entretien infirmier sont prévues dans le plan de formation pour 2021.

Les formations sont dispensées en interne par dix formateurs qui ont reçu eux-mêmes une formation à la formation.

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être dispensée en 2021 par la directrice générale adjointe.

L'encadrement travaille également à la sensibilisation des soignants au comportement avec les patients, veille au respect de celui-ci. Il a été indiqué qu'aucun acte de maltraitance à l'égard des patients n'avait été constaté.

Le *turn-over* du personnel infirmier n'est pas important au niveau de l'ASM, il l'est plus à l'unité AMJ où 2019 a vu le départ de six infirmiers.

## 2.4 L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION COMPLETE DEMEURE CONTENUE

L'ASM a fourni le tableau d'activité suivant :

	Totalité des unités du pôle		AMJ (Soins sans consentement)		UDASPA (Unité pour enfants et adolescents)	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
File active hospitalisés à temps plein	1 260	1 039	304	305	64	62
Nombre de séjours d'hospitalisation à temps plein	1 878	1 498	368	373	87	78
Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein	61 617	50 920	15 460	14 641	2 832	1 822
Durée moyenne de séjour (jours)	33	34	42	39	44	23
Durée moyenne d'hospitalisation	48	49	51	48	44	29
Nombre de lits d'hospitalisation	210	185	50	50	10	10
Taux d'occupation des lits d'hospitalisation	80 %	75 %	85 %	80 %	78 %	50 %

Hormis l'effet de la réouverture en 2019 d'une des unités fermées en 2018 à Carcassonne, on constate que l'activité d'hospitalisation complète est à peu près stable de 2018 à 2019.

Il résulte encore de ces données que l'ASM ne connaît pas, globalement, de problème de suroccupation. Néanmoins, la gestion des trois ailes de l'unité AMJ en une aile d'entrants et deux ailes de « stabilisation » conduit à devoir gérer un flux des patients qui ne correspond pas à la répartition des lits dans chacune de ces unités. Le déplacement des patients de l'aile Ouest vers l'une des deux ailes Nord ou Sud est tout autant fonction de leur état clinique que de la nécessité libérer des lits pour de nouveaux entrants.

## 2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ENCORE EN GESTATION

La réunion en une seule des associations constituant l'USSAP va être l'occasion de fondre en un seul les divers comités d'éthique, ou institutions en tenant lieu. Lors de la visite des contrôleurs, cette élaboration était en projet.

Le remodelage est conduit dans l'esprit d'un cercle éthique, interdépartemental et inter-métier, décliné avec des correspondants locaux jusqu'à l'unité dont chacune aurait un référent éthique.

L'USSAP ne souhaite pas faire fonctionner un « super comité » qui tranche les questions précises à distance. Elle envisage d'organiser deux séminaires par an avec des invités (philosophes, sociologues), de mutualiser avec le CH de Carcassonne les formations sur des thèmes comme la violence afin développer une culture commune.

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

#### 3.1 LA PROPORTION DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR DECISION DU DIRECTEUR SELON LA PROCEDURE DE DROIT COMMUN EST EXCEPTIONNELLEMENT ELEVEE

Les données des trois dernières années relatives aux mesures de soins sans consentement sont reportées dans le tableau ci-dessous.

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures			DMS			DMH annuelle	
	2018	2019	2020 *	2018	2019	2020 **	2018	2019
<b>Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur</b>	259	238	289	40,0	38,8	33,9	44,2	43,3
Dont SDT ordinaire	162	139	164	30,8	32,3	36,4	34,0	35,6
Dont SDTU	70	63	54	59,5	55,5	39,1	66,9	66,3
Dont SPI	27	36	71	41,9	34,4	22,4	44,9	36,0
<b>Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE)</b>	57	58	43	41,1	35,1	37,6	50,7	48,0
Dont à la demande du maire ou du préfet	48	50	37	42,3	35,0	39,9	52,3	49,0
Dont personnes détenues	5	6	5	6,5	10,4	3,0	8,7	12,2
Dont transformation SDT en SDRE	2	2	1	65,5	124,5	68,0	65,5	124,5
<b>Soins libres (SL)*</b>				27,9	29,3	21,5	41,4	42,0
<b>Ensemble des mesures</b>	316	296	332	33	34,0	23,7	48,9	49,0

\*Les données de l'année 2020 de cette colonne s'entendent de l'extrapolation sur l'année entière des données fournies pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre.

\*\* Données constatées pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre.

S'agissant des soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), les données présentent une singularité : les mesures prises selon la procédure de droit commun, c'est-à-dire sur demande d'un tiers et avec deux certificats médicaux d'admission dont l'un établi par un médecin extérieur à l'établissement (SDT), représentent chaque année la majorité d'entre elles : 63 % en 2018, 58 % en 2019 et 57 % en 2020 ; les mesures prise en soins sur demande d'un tiers mais en procédure d'urgence SDTU<sup>5</sup> et en procédure de SPI<sup>6</sup> demeurent minoritaires : respectivement 27 % et 19,5 % en 2018, 26,5 % et 15 % en 2019, 18 % et 25 % en 2020. Cette situation a été expliquée par le temps et l'attention que donnent les infirmiers des services des urgences de

<sup>5</sup> Sur le fondement d'un seul certificat pouvant émaner d'un psychiatre de l'établissement.

<sup>6</sup> Soins en cas de péril imminent pour la personne elle-même ou autrui, décidés sur le fondement d'un seul certificat médical établi par un médecin n'appartenant pas à l'établissement.

Narbonne comme de Carcassonne à rechercher des tiers susceptibles de signer une demande ou de les convaincre de le faire lorsqu'ils sont présents. Ces répartitions se distinguent ainsi très fortement de ce qui est constaté sur l'ensemble du territoire où les admissions en SDTU ou en SPI sont toujours prépondérantes parmi les admissions en SDDE avec une répartition de 46 % de SDTU, 29 % de SPI et 25 % de SDT<sup>7</sup>. Elles témoignent du souci des services d'urgence, qui assurent la majorité des admissions en soins sans consentement, de garantir au patient un double examen médical et le témoignage d'un tiers sur sa situation pathologique pour asseoir la pertinence de la mesure de soins sans consentement.

### BONNE PRATIQUE 1

L'énergie et le temps passés par les équipes des services d'urgence à rechercher un tiers susceptible de formuler une demande de soins sans consentement permet de limiter significativement le nombre de mesures de soins sans consentement en péril imminent, mode d'admission le moins protecteur du droit du patient à une appréciation fine et contextualisée de sa pathologie.

Les données produites montrent un lien fort entre le mode légal d'admission et les durées de séjour. La prise en charge des patients en soins sans consentement conduit à des durées moyennes de séjour plus longues que pour les patients en soins libres mais leur ré hospitalisation dans l'année est moins importante (1,22 séjour par patient) que pour les patients en soins libres (1,44 séjour par patient), ce que traduisent des durées moyennes d'hospitalisation comparables. La durée moyenne de séjour qui est en 2018 et 2019 respectivement de 27,9 jours et 29,3 jours pour les patients en soins libres est de, respectivement 40,0 jours et 38,8 jours pour les patients en SDDE et 41,1 jours et 35,1 jours pour les patients en SDRE. Les séjours des patients en soins sans consentement sont donc de l'ordre d'un tiers plus longs que ceux des patients en soins libres, ce qui ne peut s'expliquer par la seule difficulté de trouver une solution de sortie, qui touche tout autant des patients en soins libres. Cette différence appelle une réflexion institutionnelle qui, entre autres facteurs, prenne, en compte les difficultés de fonctionnement de l'unité AMJ et les conditions de prise en charge qui s'ensuivent (Cf. § 7.2.1).

### 3.2 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS EN SSC EST COMPLETE

Le règlement intérieur d'AMJ et la charte du patient hospitalisé sont affichés sur la porte de la salle d'eau de chaque chambre.

Un patient, rencontré par les contrôleurs, ne se souvient pas quand on lui a notifié la décision. Il a été informé de son passage devant le JLD le mardi pour l'audience du mercredi. L'IDE lui a remis la décision et les droits ; un autre soutient n'avoir eu ni la décision ni été informé de ses droits.

Ce sont les soignants qui expliquent oralement les droits et les recours, parlent de la présentation au JLD ; les certificats des 24 h et 72 h sont remis au patient ou s'il préfère, gardés dans son dossier, dans le bureau des soignants. en raison de la rotation et de l'instabilité du corps médical, cette mission repose essentiellement sur les soignants. Si besoin, à la demande de ceux-ci, les cadres reprennent les explications, ce qu'ont pu constater les contrôleurs, et ce, avant l'audience du JLD et après si le patient n'a pas bien compris.

<sup>7</sup> Soins sans consentement en France : évolutions récentes et disparités territoriales, par Magali Coldefy in *Questions d'économie de la santé*, n° 222, février 2017

Les IDE passeraient beaucoup de temps à expliciter les droits. Si les procédures d'élaboration des décisions de soins sans consentement sont établies, aucune ne prévoit les modalités d'explication de leur statut aux patients concernés : rôle de chacun et contenu de sa mission.

#### PROPOSITION 1

L'établissement doit formaliser les rôles des professionnels dans l'information des patients admis en soins sans consentement sur la procédure dont ils font l'objet et les droits qui sont les leurs ; il doit préciser les modalités des diverses notifications et assurer la formation des professionnels sur ces questions.

### 3.3 L'ETABLISSEMENT A MIS EN PLACE DES PROCEDURES EFFICACES POUR LE RECENSEMENT ET LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES

#### 3.3.1 Le traitement des événements indésirables (EI)

Les événements indésirables sont gérés pour l'ensemble des établissements de l'association par le service qualité de l'USSAP. Ils sont déclarés à l'aide d'une fiche papier (FEI) remplie par les soignants ou le cadre de service. Doivent y être mentionnés le nom et prénom de la personne signalant, l'unité, la nature et le lieu de l'événement, la description des faits, leur fréquence et leur gravité (de faible à importante). La fiche est faxée à la direction et tracée sur le logiciel CORTEXTE.

En 2018, l'unité AMJ a déclaré 89 événements indésirables, 100 en 2019 et 102 du 1<sup>er</sup> janvier au 25 novembre 2020. Les principaux événements répertoriés ont pour motif la violence des patients envers le personnel (29 soit 28,4 %), puis les problèmes de matériel et de façon marginale la restauration. Les soignants ont souligné qu'ils ne signalent que les épisodes de violence présentant un certain caractère de gravité.

Une fois reçus par la direction de la qualité, les événements rapportés sont enregistrés et traités sans retard. Ils sont tous passés en revue tous les quinze jours par le comité de suivi des fiches d'événements indésirables COSFEI (vingt-cinq en 2019), instance composée notamment d'un représentant des usagers, du coordinateur des risques associés aux soins, de la direction des soins et d'un cadre de santé.

La journée d'intégration des nouveaux salariés présente la démarche qualité gestion des risques (QGR) et notamment le traitement des événements indésirables.

Selon la gravité des EI, des comités de retour d'expérience (CREX) sont mis en place qui associent les agents concernés.

Un retour mensuel des EI est fait à chaque service déclarant. Le service qualité se déplace régulièrement dans l'unité pour faire des « minutes qualité » portant notamment sur des sujets en lien avec les problèmes évoqués dans les signalements.

Les soignants sont demandeurs et coopérants. Si certains précisent qu'il y a des retours systématiques de la direction souvent par l'intermédiaire du cadre de santé, d'autres regrettent l'absence de réactivité de l'administration.

#### 3.3.2 La gestion des violences

Un protocole daté du 19 mars 2019 indique la conduite à tenir dans les situations de violences à l'égard des professionnels. Il préconise l'appel de renfort en interne de l'équipe du service

concerné, puis, de l'équipe des services voisins et seulement en cas d'extrême urgence, des forces de l'ordre et du SAMU. Il prévoit, si le salarié est victime et si nécessaire, une prise en charge médicale, psychologique et administrative et décrit les procédures à mettre en œuvre pour un dépôt de plainte.

Aucun appel aux forces de l'ordre n'a été nécessaire en 2019 et en 2020. Une convention est en cours d'élaboration entre la gendarmerie, la justice et l'ASM pour codifier les procédures en cas de violence subie par le personnel et les patients.

A la suite de signalements d'EI faisant état de violence, l'établissement a mis en place la formation « OMEGA » qui a été suivie par dix salariés en 2019 et qui a été reconduite en 2020.

Les soignants font remarquer que la procédure OMEGA est impossible à mettre en œuvre car très théorique et nécessitant des intervenants plus nombreux que ceux disponibles dans les unités pour l'appliquer. Ils sont conscients, cependant, de la nécessité de gérer les crises de violence des patients pour éviter des mises en isolement ou en contention.

Selon les renseignements recueillis, les plaintes des patients ayant subi des violences sont possibles et les soignants sont disponibles pour les accompagner au commissariat de police pour ce faire mais aucune démarche de ce type n'a été enregistrée en 2019 et 2020.

### 3.3.3 Le traitement des plaintes

Le livret de l'accueil de l'association ne mentionne la possibilité de faire des réclamations qu'à travers la charte de la personne hospitalisée.

Aucune information ne figure dans le livret d'accueil de l'unité AMJ.

L'affiche présente dans les services de l'unité AMJ concernant la commission des usagers (CDU) précise que si le patient souhaite exprimer son mécontentement, il peut en parler au personnel présent dans le service et saisir la CDU en adressant un courrier ou un courriel au directeur général ou au service qualité (les adresses électroniques sont mentionnées).

Selon les renseignements recueillis, les soignants renvoient les patients sur l'encadrement et le psychologue qui leur expliquent les procédures à suivre.

Les plaintes et réclamations sont traitées par le service qualité, en liaison avec les responsables concernés, qui formalise la réponse de la direction.

En 2019, vingt-sept réclamations ont été reçues pour tous les établissements de l'ASM, dont huit portant sur des problèmes de prise en charge médicale, treize sur les droits des patients et cinq sur l'organisation de la sortie. Toutes ont été clôturées dans l'année, le délai moyen de réponse étant de 13 jours. Une seule médiation médicale a été proposée et réalisée et la commission de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) a été saisie une fois.

*Dans sa réponse, la directrice générale indique « il est mentionné en page 4 du livret d'accueil remis à tout patient hospitalisé la possibilité d'adresser une réclamation à la CDU. »*

*Si, en effet, le livret d'accueil mentionne dans le paragraphe relatif à la CDU que cette commission peut être saisie d'une réclamation, ce livret ne comporte pas de paragraphe traitant expressément des plaintes et réclamations qui indiquerait les modes de formulation et les destinataires possibles.*



### 3.4 L'ETABLISSEMENT VEILLE A CONDUIRE A SON TERME LA PROCEDURE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Le livret d'accueil mentionne la possibilité de désigner une personne de confiance, la demande devant être faite par écrit auprès de l'équipe soignante.

Un protocole très détaillé décrit la procédure sur le recueil de l'identité de la personne de confiance et les directives anticipées et une note explicative affichée dans les services précise le rôle de la personne de confiance différent de celui de la personne à prévenir ; dans le dossier patient deux items à cocher permettent de les différencier.

Le recueil de l'identité de la personne de confiance est effectué après information du patient et remise d'un formulaire à signer ; la personne choisie est informée de sa désignation.

Au jour de la visite toutes les personnes hospitalisées ont désigné une personne de confiance alors qu'en 2019, seulement 67 % l'avaient fait ; selon les renseignements recueillis il est cependant peu fait appel à elle.

#### BONNE PRATIQUE 2

L'établissement conduit jusqu'à son terme la procédure de désignation d'une personne de confiance en informant cette dernière de sa désignation en vue de son acceptation de la mission.

### 3.5 LES PATIENTS SONT INFORMES SUR LES MODALITES D'EXERCICE DU DROIT DE VOTE

Un protocole du 10 février 2020 précise les modalités de l'exercice du droit de vote, notamment pour les patients en soins sans consentement, en mentionnant la possibilité d'obtenir une permission de sortie et celle du vote par procuration, les officiers de police judiciaire se déplaçant dans le service après sollicitation de l'encadrement. Il rappelle que les personnes protégées conservent le droit de vote quelle que soit la mesure de protection dont elles bénéficient.

Ni le livret d'accueil, ni la fiche spécifique à l'unité Anne-Marie Javouhey (AMJ) ne mentionnent les modalités d'exercice du droit de vote. Selon les renseignements recueillis, l'information est faite par les cadres au moment des élections. Lors du dernier scrutin, les permissions de sortie ont suffi sans qu'il soit nécessaire de faire établir des procurations mais il n'a pas été possible de connaître le nombre de personnes ayant exercé ce droit.

### 3.6 LA PRATIQUE D'UN CULTE DOIT RESTER DISCRETE

Le règlement intérieur de l'unité Anne-Marie Javouhey (AMJ) mentionne que l'USSAP respecte toutes les croyances et permet l'exercice de chaque culte dans le strict respect de la laïcité mais que toute forme de propagande de nature religieuse, philosophique ou politique est interdite dans l'établissement.

La liste des représentants des cultes est affichée dans les services accueillant les personnes en soins sans consentement : catholique, protestant, orthodoxe, israélite et musulman, qui comprend les numéros de téléphone et les adresses des différents lieux de culte.

Les soignants ont précisé qu'ils ne recevaient aucune demande.

Selon les renseignements recueillis, les pratiques religieuses sont possibles dans la limite du respect de la vie des autres patients ; selon le témoignage de certains d'entre eux, les patients seraient encouragés à ne pas porter de signes religieux de façon ostentatoire.

### 3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS EST ASSUREE

Il n'existe pas de service de préposés mandataires au sein de l'établissement, les mesures de protection judiciaire sont assurées par trois associations – l'Union Départementale des Associations Familiales (UDAF), l'Association tutélaire de l'Aude (ATDI<sup>8</sup>) et l'APAM<sup>9</sup> 11 – et par quelques mandataires privés.

Une charte de coopération entre les associations de protection juridique des majeurs et le service de psychiatrie de l'USSAP est en cours d'élaboration portant notamment sur trois points : l'information donnée par l'unité de soins au service mandataire de l'entrée de la personne sous protection au plus tard dans les 72 heures, la participation du mandataire judiciaire à l'élaboration du projet de vie de la personne hospitalisée et l'information de ce mandataire de la date de sortie prévue. Le projet de charte de coopération ne prévoit à aucun moment la présence des mandataires à l'audience du juge des tutelles.

L'assistante sociale de l'unité repère les besoins de protection en étroite liaison avec les soignants et les médecins traitants. Elle est présente dans les réunions cliniques hebdomadaires, voit les patients si nécessaire dès leur arrivée et engage le processus judiciaire de désignation. Le délai entre le dépôt de la requête auprès du juge des tutelles et la mise en place de la mesure est de l'ordre de quatre à six mois. En cas d'urgence, le médecin envoie une demande de mise sous sauvegarde de justice en joignant un certificat médical et un rapport rédigé par l'assistante sociale.

Le financement de l'expertise en vue du certificat médical permettant la saisine du juge est assuré par les patients qui ont des ressources suffisantes. Pour les autres, une demande est faite au conseil départemental qui assure alors ce financement qui, ainsi, n'est jamais un obstacle à l'organisation d'une mesure de protection.

#### BONNE PRATIQUE 3

Le département de l'Aude prend en charge, en tant que de besoin, les frais d'expertise afin que ceux-ci ne soient pas un obstacle à l'organisation d'une mesure de protection pour les personnes dépourvues de ressources.

Les relations avec les mandataires sont globalement fluides et les trois services de l'unité ont une adresse électronique facilitant les contacts avec les tuteurs et curateurs.

Lorsque la date de sortie de la personne hospitalisée est proche, les mandataires participent aux réunions de synthèse avec l'assistante sociale, le cadre, l'infirmier du service, le médecin et éventuellement le patient.

Au jour du contrôle, quinze patients bénéficiaient d'une mesure de protection juridique, dont dix placés sous le régime de la tutelle et cinq sous celui de la curatelle.

<sup>8</sup> ATDI : association tutélaire départementale des inadaptés

<sup>9</sup> APAM : association de protection juridique et d'accompagnement social des majeurs

### 3.8 LA PROCEDURE PERMETTANT LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST CONNUE DES SOIGNANTS

Lorsqu'une personne sollicite que soit respectée la confidentialité sur sa présence, un signalement est fait au médecin du département d'information médicale (DIM) qui effectue les démarches nécessaires, et dans ce cas, le service de l'accueil ne connaît pas la localisation du patient dans l'établissement. Selon les renseignements recueillis cette procédure est exceptionnelle. Le livret d'accueil n'y fait référence qu'à travers une disposition générale de la charte de la personne hospitalisée.

Le personnel soignant transmet à l'accueil les restrictions données par le patient pour recevoir des appels ; l'accueil ne confirme jamais la présence d'une personne mais passe l'appel à l'unité.

Une procédure de contrôle permet de tracer les personnes ayant consulté le dossier d'une personne hospitalisée, de vérifier qu'elle est habilitée et qu'elle ne cherche pas à avoir des renseignements sans motif médical ou administratif (par exemple sur une personne de son village ou sur quelqu'un de sa famille).

Les patients en soins sans consentement sont informés du traitement informatisé de leurs données personnelles.

#### BONNE PRATIQUE 4

L'imprimé de notification des droits des patients mentionne que certaines données personnelles sont conservées dans un fichier informatisé de suivi des personnes en soins sans consentement par l'Agence Régionale de Santé Occitanie et que le préfet du département est informé de l'admission en soins sans consentement ; il donne l'adresse mail du délégué à la protection des données pour obtenir plus d'informations.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ASSOCIES A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES HOSPITALISEES A TRAVERS LA PARTICIPATION A DIFFERENTES INSTANCES

#### 4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques de l'Aude (CDSP) était présidée en 2019 par une magistrate et comportait, en outre, un médecin généraliste, un médecin psychiatre libéral, un psychiatre et deux représentants des usagers membres de l'UNAFAM. Elle est compétente pour examiner les mesures de soins sans consentement des personnes hospitalisées à Limoux et au centre hospitalier de Narbonne et se réunit alternativement dans les deux structures.

La CDSP s'est réunie trois fois en 2018 dont deux au CH de Narbonne et une à l'ASM de Limoux le 1<sup>er</sup> juin 2018. Lors de cette dernière réunion aucun patient n'a souhaité être entendu. La commission a visité l'aile Ouest de l'unité AMJ en compagnie de la cadre de santé ; le procès-verbal décrit l'ensemble des locaux y compris les trois chambres d'isolement.

Elle s'est réunie trois fois en 2019 dont deux fois à Limoux les 21 janvier et 11 octobre et a rencontré durant chacune de ces deux réunions six patients. Elle a étudié soixante-treize dossiers dont cinquante-huit de patients hospitalisés à Limoux.

Elle s'est réunie le 24 janvier 2020 à Narbonne et le 23 octobre 2020 à Limoux où elle a entendu six patients en soins sans consentement hospitalisés à l'unité AMJ.

La lecture des différents procès-verbaux permet de constater que les patients sont écoutés dans leurs doléances.

L'absence actuelle de magistrat liée à la loi 2019-222 du 22 mars 2019 est regrettée par les représentants des usagers.

Les conclusions des rapports de ces deux années sont similaires et évoquent le fait que la commission s'est attachée à encourager les échanges avec la direction, qu'elle n'a constaté aucune atteinte à la dignité des patients lors des visites des établissements et que tous les intervenants respectent le cadre de la loi régissant les soins sans consentement.

Au jour de la visite aucun affichage portant sur la CDSP n'existait dans les services.

Selon les renseignements recueillis, les patients sont informés de chacun de ses passages dans un délai suffisant pour leur permettre de faire connaître leur souhait d'être reçu par ses membres mais aucune information n'est donnée sur son rôle.

Le dernier compte rendu d'activité de la CDSP adressé au CGLPL est relatif à l'année 2019.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin.

Dans sa réponse, la directrice générale indique qu'un affichage permanent est présent à l'accueil et dans la salle d'attente de l'UMJ. Elle précise qu'un affichage supplémentaire a été ajouté au sein des unités.

#### 4.1.2 La commission des usagers

Les représentants des usagers sont consultés, en réalité surtout informés, au travers de la commission des usagers (CDU) qui est composée de la directrice adjointe, d'un représentant des usagers, de deux médecins et de deux cadres de santé.

La CDU a été mise en place en 2016, son existence et son rôle sont mentionnés dans le livret d'accueil général de L'USSAP. Elle n'est pas spécifique à l'unité AMJ mais concerne toute l'USSAP ASM. Des affiches apposées dans les unités expliquent la mission de la CDU, sa composition.

Elle s'est réunie quatre fois en 2018 et quatre fois en 2019. Le recueil des plaintes est transmis aux représentants des usagers à leur demande avant la tenue de la commission.

En outre, des cellules de travail, CDU opérationnelles, auxquelles participent notamment un représentant des usagers, un représentant de la direction et un médecin ont pour mission de réfléchir en groupe restreint sur des thèmes particuliers de natures très diverses tel que la personne de confiance, la sécurité, la mise à jour des protocoles. Quatorze réunions de ces « CDU opérationnelles » ont été tenues en 2018 et six en 2019.

Les comptes rendus de la CDU sont portés à la connaissance de ses membres, de la direction de la qualité, de l'encadrement et de la direction. Ils sont consultables sur le site intranet de l'établissement.

Le délai moyen de réponse à une plainte ou une réclamation est de 13 jours.

#### 4.1.3 Les représentants des usagers

Les représentants des usagers sont au nombre de quatre.

Leurs noms et photos sont affichés dans les unités ainsi que les horaires de leurs permanences assurées le deuxième jeudi de chaque mois de 14h30 à 17h dans un local mis à disposition dans le hall d'accueil de l'AMJ ; cependant, la mise en place d'une permanence est récente et n'a pu être effective en raison des limitations de visite en lien avec les restrictions sanitaires imposées par la pandémie de Covid-19.

Les représentants participent au conseil de surveillance, au comité de pilotage qualité, au comité d'éthique et au comité de revue des événements indésirables.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec trois d'entre eux qui témoignent être associés à la vie de l'établissement ; les documents qu'ils sollicitent leur sont fournis par les membres de la direction. S'agissant des modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement, ils regrettent l'absence d'individualisation des mesures restrictives de liberté, l'absence de réflexion réelle sur les pratiques d'isolement et de contention, l'impossibilité d'accéder aux chambres durant la journée contrairement à ce qui est prévu dans le règlement intérieur et le peu d'activités proposées.

#### 4.1.4 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction, est remis à tous les sortants.

Pour l'année 2019 le taux de retour est de 65 % pour AMJ et de 32 % pour l'ensemble de l'hospitalisation complète en psychiatrie comprenant les secteurs de soins libres.

A titre d'exemple, l'indice de satisfaction se situe entre 86 % et 72 % pour l'information des patients, et pour les repas à 83 % (horaire) et à 69 % (durée accordée aux repas).

Pour chacun des items l'indice de satisfaction se place en 2019 entre 95 % (le personnel a été très aimable ou aimable) et 55 % (le patient est satisfait de la prise en charge de la douleur).

Pour autant, il est difficile de tirer des conclusions sur la satisfaction des personnes admises en soins sans consentement en raison de l'absence de différenciation des résultats avec les secteurs accueillant des patients en soins libres.

#### 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST MINUTIEUSEMENT TENU

Le service gestion des usagers traite toutes les entrées en secteur médical et médico-social et, en ce qui concerne les soins sans consentement (SSC) en psychiatrie, il reçoit toutes les demandes d'admission, fait signer les décisions et tient le registre de la loi. Un agent de ce service est spécialement affecté à cette dernière tâche.

Deux registres papier au modèle normalisé consignent respectivement les mesures relatives aux soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et ceux sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). Les contrôleurs ont examiné de manière exhaustive les registres de 2020 et par sondage aléatoire ceux de l'année 2019. Le registre de la loi contient toutes les mentions prévues par l'article L.3212-11 du code de la santé publique (CSP) à l'exception de la date de notification de ses droits au patient, ainsi que tous les éléments du déroulement de la procédure administrative relative au patient. Renseignés par date d'admission avec un numéro de folio pour chaque nouvelle entrée, ils permettent un suivi des procédures pour des patients dont la prise en charge en programme de soins ou en hospitalisation complète perdure, par le renvoi au numéro de folio précédent, dans le même registre ou le précédent.

Une permanence administrative est organisée les samedis, dimanches et jours fériés de sorte que les décisions du directeur pour les soins à la demande d'un tiers sont prises dès l'admission et que le registre de la loi est rempli par la suite.

Pour les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat, les maires apparaissent à l'initiative de la plupart des mesures. Le service de gestion des usagers transmet le certificat médical des 24 heures à l'ARS qui établit et envoie l'arrêté du préfet à l'établissement pour transmission aux unités et notification au patient.

Le document de notification des droits du patient signé par ce dernier est archivé dans le dossier administratif ; ce formulaire est disponible en plusieurs langues : français, russe, mandarin, espagnol, arabe et anglais.

#### BONNE PRATIQUE 5

L'établissement facilite l'accès à l'information des patients sur leurs droits en mettant à leur disposition des formulaires rédigés dans la langue qu'ils maîtrisent le mieux.

Aucune irrégularité n'a été constatée dans les procédures et documents consultés.

#### RECO PRISE EN COMPTE 2

La date de la notification des droits du patient admis en soins sans consentement doit figurer au registre de la loi, ainsi que le prévoit l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP).

Dans sa réponse, la directrice générale informe que désormais, la notification des droits des patients comprenant la date est collée dans le registre de la loi.

Les registres des années 2020 et 2019 ont été visés chaque année par des membres de la CDSP et le substitut du procureur et le 19 novembre 2020 par le maire et le préfet pour ces deux dernières années.

### 4.3 LES DIFFICULTES DE PRISE EN CHARGE D'AVANT RETARDENT PARFOIS LA SORTIE DE L'HOPITAL

#### 4.3.1 Les sorties

Sur avis médical favorable, les demandes de sorties accompagnées par des soignants, plus rarement la famille, et non accompagnées de moins de 12 heures ou de 48 heures maximum sont la plupart du temps acceptées, selon le statut d'admission, par le directeur de l'établissement ou par le préfet.

Elles permettent d'effectuer des démarches administratives, de préparer la sortie du patient et d'organiser la prise en charge en ambulatoire.

#### 4.3.2 La préparation à la sortie et les programmes de soins

La transformation de l'hospitalisation complète en programme de soins proposée par le médecin psychiatre en charge du patient est généralement acceptée tant par le préfet sans recours à un deuxième avis médical pour les patients en SDRE que par le directeur de l'établissement pour ceux en SDDE. Lors de la visite, aucun patient en programme de soins n'était hospitalisé.

Il a été constaté des réintégrations en hospitalisation complète par arrêté préfectoral à la suite d'une demande médicale motivée par le non-respect du protocole thérapeutique et la décompensation de la maladie. Les programmes des soins consistent, à des fréquences définies, en des consultations médicales psychiatriques, des entretiens infirmiers en CMP ou à domicile, et parfois en des traitements injectables. Pour les patients en programme de soins, le préfet suit généralement la proposition médicale de lever la mesure.

Par ailleurs, le choix de réunir dans une seule unité les patients en soins sans consentement ne facilite pas la préparation de leur sortie : cette concentration rend particulièrement lâches les liens avec les structures extra hospitalières du secteur d'origine qui pourraient, sinon participer à la préparation d'une prise en charge ambulatoire en sortie ; la préparation de la sortie par un changement de statut en soins libres bouleverse au-delà de ce simple changement puisque celui-ci entraîne le départ du patient vers une autre unité.

#### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

La directrice désigne les membres du collège des professionnels de santé qui se compose du médecin psychiatre référent et du cadre de l'unité AMJ ainsi que d'un psychiatre non impliqué dans les soins. Ce collège reçoit effectivement le patient afin de procéder à l'évaluation annuelle de sa situation conformément à l'article L3212-7 du code de la santé publique. Le secrétaire de séance rédige un avis signé des trois membres qui est ensuite reporté sur le registre de la loi et dans le dossier du patient.

#### 4.3.4 Les difficultés d'aval

Comme constaté dans la plupart des établissements de santé mentale, les patients relevant d'une prise en charge médico-sociale en plus de leur pathologie psychiatrique peinent à trouver une place dans des lieux de vie protégés. Un patient est ainsi hospitalisé depuis 1986 en SDDE

faute de structure adéquate pour l'accueillir. Les médecins rapportent des délais de réponse de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) aux demandes d'orientation formulées par l'établissement atteignant plusieurs années. Une fois l'orientation proposée, il faut encore attendre des mois voire des années pour que le patient intègre un lieu de vie. Ils constatent également un épuisement du personnel en foyers de vie et foyers d'accueil médicalisés. En attendant, les patients restent à l'hôpital ou chez eux avec quelques séjours réguliers en hospitalisation, une semaine tous les deux mois, par exemple. Les patients orientés vers un suivi en CMP à leur sortie peuvent parfois attendre plusieurs semaines avant de bénéficier d'un rendez-vous avec un psychiatre. Le délai moyen pour un premier rendez-vous avec un psychiatre en CMP est, en effet, de 3 mois mais celui d'un premier rendez-vous avec un infirmier peut être de 15 jours, voire moins en cas d'urgence. Les psychologues peuvent être très rapidement rencontrés.

#### 4.4 L'ORGANISATION DES AUDIENCES DEVANT LE JUGE DES LIBERTES RESPECTE LES DROITS DES PATIENTS

Une convention, ayant pour objet d'organiser les modalités de présentation des patients soignés sans leur consentement devant le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire de Carcassonne a été présentée aux contrôleurs. Sur ce document qui devait être signé par le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République, le préfet, le directeur général de l'ARS et la directrice générale de l'USSAP ne figurait que la signature de cette dernière sans précision de date.

Cette convention précise, entre autres, les conditions matérielles dans lesquelles le juge tient les audiences ainsi que la fréquence de celles-ci.

La salle d'audience se situe à l'intérieur de l'établissement et le jour de l'audience des feuilles indiquant « JLD » sont collées sur le couloir menant à la salle et sur la porte de celle-ci.

Les contrôleurs ont pu suivre une audience, s'entretenir avec le magistrat, l'avocat et les patients présentés au JLD.

Le JLD intervient une fois par semaine, le mercredi après-midi et si nécessaire, une deuxième fois, afin de garantir le respect des délais légaux, surveillés tant par le service gestion des usagers qui saisit le JLD que par le greffier de celui-ci. En cas d'absence, le relais est assuré par un collègue du tribunal de Carcassonne. Généralement, quatre à cinq patients sont présentés à l'audience.

Les locaux réservés à cette activité sont tout à fait adaptés : un dégagement ouvrant sur la salle d'audience sert de salle d'attente. L'avocat dispose d'une pièce attenante lui permettant de s'entretenir avec les patients en toute confidentialité et la salle d'audience est vaste, propre, bien éclairée, permettant le respect des gestes barrière et donc la tenue en présentiel des audiences en temps de pandémie. Des toilettes se situent à proximité.

Le patient est informé de l'audience par les cadres du service qui lui remettent sa convocation écrite. Il se rend à l'audience en tenue de ville, accompagné ou non de soignants, en fonction de son état psychique et de sa demande. Il peut se sentir sécurisé par la présence du soignant à l'audience qui pourra lui réexpliquer la décision par la suite.

Pendant l'audience la salle est ouverte.





*Salle d'audience du JLD*

La JLD en poste depuis plus d'un an et le greffier ne font état d'aucune difficulté dans l'organisation des audiences. La juge reçoit les dossiers 48 heures avant l'audience ou au plus tard la veille et le greffier les enregistre informatiquement. En règle générale, la délibération s'effectue à la fin de l'audience, la décision est rendue oralement et par écrit au patient qui en signe le récépissé ; ses droits lui sont notifiés notamment celui de faire appel devant de la Cour d'appel de Montpellier (Hérault) et de pouvoir saisir à nouveau la JLD à tout moment.

Tous les ans, le JLD est amené à prononcer des levées de mesure que ce soit pour des irrégularités de procédure, des certificats médicaux insuffisamment probants ou du fait d'une nette amélioration de la santé du patient ne justifiant plus une hospitalisation complète mais un suivi en programme de soins ou bien des soins libres. Ainsi, en 2017, sur 347 saisines, le JLD a levé 15 mesures (11 SDDE et 4 SDRE), en 2018, sur 290 saisines, 6 (1SDDE et 5 SDRE), en 2019 sur 294 saisines, 10 dont trois transformées en programme de soins et du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> octobre 2020, sur 267 saisines, 13 dont 6 transformées en programme de soins.

Chaque année, quelques recours sont formés auprès de la cour d'appel de Montpellier : trois en 2017, deux en 2018, onze en 2019 et cinq pour les neuf premiers mois de 2020.

La juge constate très peu d'opposition aux jugements rendus, tout au plus une à deux contestations véhémentes par an. La proportion de patients non entendus du fait des traitements (sédation intense) ou de leur état très confus était de 13,5 % (47 sur 347) en 2017 et de 11,7 % (34 sur 290) en 2018.

Les avocats du barreau de Carcassonne assurent une permanence sur les différents secteurs relevant du JLD. En grande majorité commis d'office, ils disposent de vingt-cinq minutes pour s'entretenir avec les patients. Quarante-huit heures à l'avance, ils reçoivent du greffier par courriel, les dossiers de leurs clients. Leurs réserves portent sur la qualité des certificats médicaux peu éclairants parfois pour statuer sur le bien-fondé des SSC, quoiqu'une nette amélioration ait été constatée depuis les deux dernières semaines précédant la visite des contrôleurs.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA SECURISATION DU SITE EST ASSUREE ET LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR LIMITEE PAR DES CHOIX ARCHITECTURAUX ET ORGANISATIONNELS

#### 5.1.1 La sécurisation du site

L'établissement situé près des rives de l'Aude, proche du centre-ville est ceint d'une grille interrompue par sept entrées :

- l'entrée principale réservée aux véhicules et visiteurs est équipée d'une barrière mobile qui se lève après mention au visiophone de l'identité de l'entrant. Elle peut être fermée par une grille sur rail si besoin ;
- le portail de livraison pour l'EHPAD Robert Badoc ;
- l'entrée pour les secours (pompiers, SAMU), avenue de la Gare, jouxtant un accès pour piétons autorisés munis de badge ;
- l'entrée SAVS<sup>10</sup> ;
- l'entrée du foyer du CERS (hébergement pour adultes handicapés) ;
- l'entrée réservée aux livraisons pour l'unité AMJ ;
- et une entrée piétons s'ouvrant avec un badge, côté chapelle-musée du piano.



*Enceinte du site de Limoux*

Les bâtiments sont implantés sur un espace laissant davantage la place aux véhicules qu'aux espaces verts. L'unité de soins AMJ est fermée au public qui n'y accède qu'après avoir sonné à la porte. Un agent d'accueil posté dans un bureau vitré près de l'entrée s'enquiert de l'identité du visiteur et des raisons de sa visite avant de l'autoriser à entrer.

Un dispositif SALTO® commande l'ouverture des portillons et des portes des bâtiments administratifs et de l'unité AMJ à l'aide d'un lecteur mural qui lit les données cryptées contenues dans un badge et les communique à l'unité de contrôle de porte. Ce système permet

<sup>10</sup> SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale

d'individualiser les autorisations d'ouverture pour le personnel et les patients de l'aile Ouest de l'unité AMJ.

L'unité d'hospitalisation des patients en soins libres Michel Lapersonne est ouverte et les patients peuvent entrer et sortir à leur guise.

Des caméras de vidéosurveillance, soumises à autorisation dans le cadre du dispositif Vigipirate, balaient tout le site extérieur. Les images sont stockées sur un site interne à l'USSAP et les enregistrements sont conservés pendant quinze jours. Il est procédé à une rétro vision des images si besoin. Les personnes autorisées pour le rétro visionnage sont la directrice, la directrice adjointe, le responsable sécurité et la directrice du service patrimoine et travaux. Les contrôleurs n'ont pas observé d'affiches informant de la vidéosurveillance. Une personne a la charge de la sécurité et de la gestion des risques incendie et inondation.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement doit mettre en place les affichages règlementaires d'information du public de l'existence d'un dispositif de vidéosurveillance et des modalités d'exercice du droit d'accès aux images.

*Dans sa réponse, la directrice générale précise « des affichages d'information du public de l'existence de caméras de vidéosurveillance et des modalités du droit d'accès aux images étaient bien disposés sur les deux portes vitrées des entrées du site principal de Limoux (photographies en pièces jointes PJ 5). Pour autant, ces affichages ne sont pas repris sous la charte graphique USSAP ce qui a été rectifié depuis la visite, et une affiche a été rajoutée sur le panneau d'affichage situé à l'entrée du site au niveau de la barrière pour les véhicules. ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

#### 5.1.2 Les dispositifs et protocoles mis en œuvre, les faits liés à la sécurité

Le service qualité-gestion des risques de l'ASM est doté d'un comité de pilotage qualité-gestion des risques (COPIL-QGR) réuni cinq fois en 2018 et quatre fois en 2019 et qui procède à :

- une évaluation :
  - de la maîtrise par le personnel des procédures et protocoles ;du dispositif du patient traceur ;
  - des pratiques professionnelles ;
- une analyse :
  - de la gestion documentaire (nombre de procédures ou protocoles réactualisés ou formalisés) ;
  - des actions de formation et d'information des professionnels ;
  - du suivi des actions PAQSS <sup>11</sup>;des indicateurs et notamment ceux concernant la gestion des risques et de la violence ;et définit des actions à réaliser pour l'année à venir.

Tout événement mettant en cause la sécurité des patients comme celle du personnel fait l'objet d'une déclaration sur une fiche d'événements indésirables (FEI) donnant lieu à une réponse dans

<sup>11</sup> PAQSS : programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

les meilleurs délais. Leur analyse chaque année par le service qualité-gestion des risques permet d'objectiver les dispositifs défaillants ou les réponses inadéquates et d'entreprendre des actions de prévention ou de correction pour éviter les récidives.

#### *a) Violence*

Des protocoles actualisés le 19 mars 2019 destinés aux professionnels des établissements de l'USSAP détaillent les conduites à tenir dans les situations de violence. Ce protocole est décrit ci-dessus (Cf. § 3.3.2).

En cas d'extrême urgence, une intervention externe doit être sollicitée : forces de l'ordre, SAMU. Si l'équipe est en difficulté pour gérer la situation de violence, le relais peut être assuré par l'encadrement ou la direction des soins en période ouvrée et le cadre de garde en période d'astreinte.

#### *b) La sécurité incendie inondation*

Un plan blanc interne à l'établissement définit les procédures à suivre en cas d'alerte incendie ou inondation. Actualisé chaque année, il comporte le plan de continuité d'activité. Le plan de sécurisation de l'établissement (PSE) a été rédigé en 2018. Les résultats des indicateurs IQSS<sup>12</sup> sont affichés dans les services.

Concernant ces risques, la formation du personnel est assurée par un cadre du service patrimoine et travaux. Cette formation obligatoire pour l'ensemble du personnel s'effectue par roulement, avec une tenue des registres des participants et une mise en situation tous les trois mois. Les pompiers viennent tous les ans dans le cadre de la visite de la commission de sécurité. Pour les patients placés en isolement, une procédure d'évacuation spéciale est prévue et régulièrement révisée par les soignants. De plus, à sa prise de poste, le soignant s'identifie avec sa puce pour retirer un trousseau de clés complet composé d'un dispositif de déverrouillage des contentions, d'un passe pour toutes les pièces des bâtiments et de la clé de l'ascenseur. Le personnel soignant est doté de PTI<sup>13</sup> afin de pouvoir signaler un incident nécessitant l'arrivée de renforts.

#### *c) Les incidents liés à la sécurité*

Outre les faits de violence (Cf. § 3.3.1), le dysfonctionnement des PTI du personnel, retardant ainsi l'arrivée de renforts, a donné lieu à huit signalements à l'unité AMJ. Après analyse, les appareils défectueux ont été recalibrés et réarmés et vérifiés tous les jours par les cadres et un PTI a été ajouté dans chaque aile d'AMJ. En cas de panne des PTI, des consignes alternatives ont été données comme celle d'utiliser les téléphones. Enfin, dans cette unité, deux patients en SDRE ont tenté de fuguer.

### 5.1.3 La liberté d'aller et venir

Tous regroupés dans un même bâtiment totalement fermé, les patients admis en SSC hospitalisés dans l'unité AMJ disposent d'une liberté d'aller et venir très restreinte. Chacune des trois ailes Nord, Sud et Ouest de cette unité s'ouvre sur une cour intérieure n'offrant au regard que des murs de bétons grisâtres, sauf celle réservée à la sociothérapie où une fresque murale égaye un

<sup>12</sup> IQSS ; indicateurs de qualité et de sécurité des soins

<sup>13</sup> PTI : protection du travailleur isolé

pan de mur. Une table, quelques sièges et jardinières constituent le seul mobilier extérieur. Dans la cour réservée à la sociothérapie deux bacs de jardinage attendent les semis de printemps.



*Cour réservée à la sociothérapie, fresque murale et bacs de jardinage*

Au sein de l'unité fermée, l'accès à ces espaces extérieurs est libre pendant la journée mais à 22h30 tous les patients doivent avoir regagné leur chambre.



*Cour intérieure aile Ouest*



*Cour intérieure aile Sud*

Chaque aile applique un règlement intérieur qui rythme le quotidien de ses patients. Ce règlement est le même pour les ailes Nord et Sud et légèrement assoupli pour l'aile Ouest, celle des entrants. Les sorties de l'unité non accompagnées dans l'enceinte de l'établissement, sont possibles, sauf contre-indication médicale, pour y effectuer des démarches et après information des soignants.

## 5.2 DES RESTRICTIONS SYSTEMATIQUES, DIVERSES SELON LES UNITES, MARQUENT LA VIE QUOTIDIENNE

### 5.2.1 Le tabac

Les patients n'ont pas la libre disposition de leur tabac. Les règles diffèrent selon les ailes : à l'aile Ouest, un maximum de quinze cigarettes par jour est alloué à chacun et elles sont distribuées à heures fixes par paquet de cinq, après le petit déjeuner, à 12h30 et à 14h30. A l'aile Nord, sont distribuées le matin, une poignée de tabac (pour ceux qui roulent) ou cinq cigarettes, à 13h une cigarette, à 14h une poignée de tabac ou cinq cigarettes, trois cigarettes après le repas du soir, enfin une à 21h. C'est encore un peu différent à l'aile Sud : des cigarettes dans la limite de cinq, entre 9h et 12h30, une cigarette après le repas de midi, et des cigarettes dans la limite de neuf après 14h30, jusqu'au lendemain.

Les patients sont invités à fumer à l'extérieur et peuvent s'abriter sous un préau au mur duquel est fixé un briquet.

Les infirmiers ont constitué un pot commun pour le tabac afin d'approvisionner les plus indigents et ont passé un accord avec le buraliste voisin qui accepte de livrer dans la journée et d'être payé ultérieurement par les tuteurs. Les soignants justifient cette organisation par le fait que cela évite le marchandage entre patients, permet à ceux qui n'ont pas d'argent d'avoir quand même des cigarettes prises sur le pot commun. Des traitements substitutifs nicotiques sont proposés pour aider au sevrage tabagique.



*Briquet fixé au mur*

### 5.2.2 Le pyjama

Les patients portent les vêtements de leur choix. Le pyjama n'est obligatoire que dans la chambre d'isolement.

### 5.2.3 L'accès aux chambres

Quoique libre selon le règlement intérieur et effectif à l'aile Ouest, il n'est pas autorisé de 8h heures à 18h dans les ailes Nord et Sud, hormis les retours en chambre de 12h45 à 14h45 (15h le samedi et 15h30 le dimanche) pour ceux qui le veulent, puis de 18h à 19h et enfin à 21h. Ces restrictions sont motivées par la situation des chambres à l'étage alors qu'aucun soignant ne s'y tient dans la journée. Aussi observe-t-on dans ces ailes des patients allongés à même le sol des

couloirs ou des lieux collectifs, la tête reposant sur le dossier de fauteuils renversés, faute de pouvoir s'étendre sur leur lit.

Les volets roulants des fenêtres sont manœuvrés par les soignants, à partir d'une commande installée dans leur bureau. Les chambres des patients de l'aile Ouest sont munies du dispositif *SALTO*<sup>®</sup>, ce qui leur permet de n'entrer à leur guise que dans leur chambre et les protège des intrusions des autres patients.

Les placards des chambres sont ouverts sauf contre-indication médicale.



*Dispositif SALTO<sup>®</sup> sur porte de chambre  
Aile Ouest*



*Fauteuil dont le dossier sert d'oreiller pour  
les patients s'allongeant à même le sol  
Salle de vie Aile Sud*

## RECOMMANDATION 2

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leur chambre autant que de besoin. L'impossibilité qui leur en est imposée conduit certains d'entre eux à s'allonger à même le sol des parties communes pour se reposer, il doit être mis fin à ces situations indignes.

### 5.2.4 Les appareils électriques, les objets personnels et la nourriture

Les téléviseurs et, à l'exception parfois de ceux cités ci-après, les appareils électriques personnels ne sont pas autorisés dans l'établissement. Un poste de télévision installé dans chaque espace commun, (deux par aile) est allumé toute la journée jusqu'à 22h ou à la fin des émissions de la première partie de soirée et à 22h30 les patients doivent avoir regagné leur chambre. La gestion de la télécommande est laissée aux patients.

Les radios, lecteurs audio, tablettes, ordinateurs sont tolérés sauf contre-indication médicale, câbles, chargeurs et écouteurs compris, ceci sauf dans l'aile Sud où l'interdiction est de principe et l'autorisation possible sur prescription médicale.

Faute de prise de courant installée dans les chambres, le branchement des appareils se fait dans le couloir et nécessite que la porte de la chambre reste ouverte (Cf. photo ci-dessous). Dans les ailes Nord et Sud, la fermeture des chambres limite l'usage de ces appareils.



*Chambre de l'aile Ouest*

La nourriture personnelle n'est pas acceptée dans les unités. Les familles peuvent en apporter à condition de la consommer avec les patients pendant la visite.

De même, les patients ne peuvent disposer librement de leurs produits de maquillage, vernis à ongles ou rasoir. Ces objets ne sont remis que sur demande, pour quelques dizaines de minutes. Les infirmiers tournent donc avec ce matériel le matin pendant la toilette et le récupèrent immédiatement.

## PROPOSITION 2

Les patients doivent pouvoir disposer librement de leurs appareils électriques et produits de maquillage. Cette liberté doit être la règle. Toute exception doit être motivée par l'état clinique du patient et régulièrement revue.

*Dans sa réponse, la directrice générale indique que « Les modalités d'accès à ces matériels sont les mêmes dans l'ensemble de l'unité et donc dans les trois ailes comme en témoigne la fiche remplie à l'entrée ci-jointe (PJ 6) » et ajoute « Les patients ont la possibilité de disposer de leurs produits de maquillage qui seront sous leur responsabilité. Le règlement intérieur sera modifié en ce sens. »*

Il ressort de cette précision et du document qui l'accompagne que la prescription médicale est nécessaire pour pouvoir détenir un appareil, ce dans toutes les unités. Mais les contrôleurs ont observé que ces nécessités étaient interprétées avec une rigueur différente selon les unités.

## 5.2 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT RESTREINTES

### 5.2.5 Téléphone, internet, presse, courrier

L'usage du téléphone personnel n'est possible qu'entre 16h et 18h30 à l'aile Ouest et 16h30-18h aux ailes Nord et Sud, par crainte, aux dires des soignants, d'un effet dissuasif sur la participation aux activités. Cependant, le patient peut joindre ses proches à tout moment en sollicitant les infirmiers, mais les contrôleurs n'ont pas observé de poste téléphonique réservé à cet usage et



les communications se déroulant dans le bureau des soignants ne bénéficient d'aucune confidentialité. Les téléphones comme le tabac sont gardés dans le bureau des infirmiers.

### RECOMMANDATION 3

Les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone personnel sauf contre-indication médicale liée à leur état clinique.

Pour les patients désireux de contacter leurs proches par le biais d'un téléphone de l'établissement, une ligne et un terminal de téléphonie spécifiques garantissant la confidentialité doivent être installés.

Aucun accès à internet pour les patients, même en sociothérapie, n'est proposé par l'institution. Seuls les créneaux d'utilisation de leur téléphone personnel permettent cet accès pour les patients disposant d'une connexion.

### RECOMMANDATION 4

Les patients doivent pouvoir utiliser des postes informatiques avec accès à internet fourni par l'établissement.

*Dans sa réponse, la directrice générale indique : « Cette observation est erronée car l'espace de sociothérapie est équipé d'ordinateurs avec accès internet pour les patients dans le cadre d'ateliers comme en atteste la photographie en pièce jointe (PJ 7). Toutefois, nous élargirons prochainement cet accès. »*

Les contrôleurs maintiennent que lors de leur visite, les six postes informatiques installés en sociothérapie ne permettaient pas un libre accès à internet mais seulement l'écoute de musique, le visionnage de films, (DVD apportés par les soignants), et l'utilisation de WORD.

Hormis la presse locale, peu de journaux sont offerts à la lecture.

Les patients peuvent écrire autant qu'ils le souhaitent. Souvent aidés par les soignants dans la rédaction de leur courrier, ils disposent de papier, d'enveloppes, de timbres fournis par le service et les courriers remis aux cadres sont effectivement postés par l'établissement.

#### 5.2.6 Les visites

Les visites des proches sont autorisées de 14h ou 14h30 à 18h tous les jours avec une certaine souplesse pour les familles contraintes par leurs horaires de travail. Il n'est accepté tout au plus que trois personnes en même temps pour un seul patient. Les visiteurs de moins de 16 ans doivent recevoir l'accord du personnel soignant. Dans tous les cas, les visiteurs ont l'obligation d'informer l'équipe soignante de leur présence dans l'unité et de décliner leur identité. Les visites se déroulent dans un petit salon destiné à cet usage.



*Salon réservé aux visites*

### RECOMMANDATION 5

Sauf exception médicalement motivée, un patient doit pouvoir, s'il le souhaite, recevoir des visites dans sa chambre

### 5.3 LA VIE INTIME ET SEXUELLE DES PATIENTS EST PRISE EN CONSIDERATION

Selon les soignants, peu de relations sexuelles se déroulent entre patients. Pour autant, cet aspect de la vie des patients n'est pas occulté. Une vigilance est accordée sur la nature des relations, choisies ou subies, lorsqu'elles se produisent. Si besoin, des préservatifs sont proposés aux patients mais ne sont pas en accès libre et un dépistage des infections sexuellement transmissibles peut être prescrit par le médecin somaticien. Le centre de planification familiale situé à proximité est très réactif aux sollicitations des soignants et patients et propose des rendez-vous dans les plus brefs délais pour la mise en place d'une contraception. Dans les ailes Nord et Sud, des ateliers « vie amoureuse et sexuelle » sont organisés et animés par les soignants et dans l'aile Ouest, une approche individualisée de ces questions est organisée pour un jeune patient.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES LOCAUX DES TROIS AILES SONT INCONFORTABLES ET MAL ADAPTES A UNE VIE EN COLLECTIVITE

#### 6.1.1 Les locaux

Tous les patients, âgés d'au moins 16 ans, admis en soins sans consentement pris en charge par l'ASM sont hébergés dans un bâtiment abritant l'unité Anne-Marie Javouhey (AMJ).

La porte d'entrée du bâtiment, constamment fermée, peut être ouverte à distance par l'agent en poste dans le bureau contigu à l'entrée ou grâce à une clef électronique dont disposent l'ensemble des professionnels. Elle dessert un hall faisant face à un patio autour duquel, un couloir circulaire distribue les entrées à des bureaux (cadres, médecins, secrétariats) et à chacune des trois ailes de l'unité, dénommées Nord, Sud ou Ouest en raison de leur situation dans le bâtiment.

Les cinquante lits de l'unité AMJ sont répartis dans les trois ailes : L'aile Ouest compte douze lits et autant de chambres, toutes individuelles, les ailes Nord et Sud ont chacune dix-neuf lits et dix-huit chambres dont une double. Trois chambres d'isolement sont affectées à l'aile Ouest.

#### a) Les locaux collectifs

Chaque aile dispose de locaux semblables : un patio en rez-de-chaussée, deux « espaces de vie », une salle de soins, un bureau infirmier. Toutes les pièces sont climatisées et chauffées par un dispositif au plafond.

Les locaux de l'aile Ouest ne se développent qu'en rez-de-chaussée. Les douze chambres donnent toutes sur le patio auquel une porte-fenêtre donne accès. Cet accès n'est que théorique pour les patients car la porte-fenêtre est constamment verrouillée, sauf pendant le ménage durant lequel ils ne sont pas dans leur chambre. Des baies vitrées qui donnent également sur le patio offrent un éclairage naturel mais sont dépourvues de battant. Ainsi, aucune ventilation naturelle de la chambre n'est à la disposition de l'occupant. De même, les volets roulants de la chambre sont actionnés par les soignants depuis leur poste. C'est la seule aile qui dispose d'un salon des familles.

Le patio est meublé de deux tables et bancs en bois où les repas peuvent être servis aux beaux jours ; il permet de rester dehors à l'abri des intempéries.



*Le patio de l'aile Ouest*

Chaque aile dispose de deux espaces collectifs. Au Sud et au Nord, l'un de ces espaces est une salle close dans laquelle sont installés un téléviseur et un baby-foot. L'autre est, en fait, un vaste dégagement contigu au patio. Outre que le couloir d'entrée qui longe le patio et les bureaux de soins débouche directement sur ce dégagement, celui-ci dessert l'autre salle, des sanitaires, l'office et la porte d'accès à l'étage. C'est donc un lieu de passage. Il comporte deux parties l'une sert de réfectoire et de salle d'activité, l'autre de salle de télévision. Il est donc meublé de tables, de chaises et de buffets dans la partie réfectoire et de fauteuils alignés face au téléviseur et de rangements vides placés sous celui-ci dans l'autre.



*La salle de vie de l'aile Nord, vue depuis l'espace de télévision  
 Derrière les fauteuils, l'espace réfectoire, au fond, l'accès à  
 l'escalier.*



*L'espace télévision de l'aile Nord*



*Espace télévision de l'aile Ouest*

A l'aile Ouest, aucun de ces espaces n'est une salle close, les deux sont en pratique des dégagements du couloir qui conduit à une partie des chambres et à l'office, cheminement qui traverse et sépare l'espace réfectoire et l'espace télévision.

### RECOMMANDATION 6

Les locaux collectifs des trois ailes sont peu accueillants et mal adaptés à la vie collective imposée par les règles de fonctionnement de l'unité. Cette situation doit conduire, dans l'attente d'une réfection de ces locaux, à une réflexion sur les règles.

#### b) Les chambres

Les chambres des trois ailes sont identiques, avec une surface totale de 12 m<sup>2</sup> ; celles des ailes Nord et Sud sont situées à l'étage, leurs patients n'y ont accès dans la journée qu'à condition d'être accompagnés par un soignant, donc rarement.

Le mobilier est, en principe, constitué d'un lit, d'une table, d'une chaise et d'une table de chevet. Certaines chambres ne sont pas dotées de l'ensemble de ce mobilier, manquent parfois la table ou la table de chevet. Un placard à deux battants pouvant fermer à clef offre d'un côté une penderie et de l'autre cinq étagères.

Une lampe sous hublot est installée au-dessus du lit, servant de liseuse. Dans l'aile Nord, les lits sont installés en face de cette lampe, qui ne peut donc faire office de lampe de chevet et dont l'éclairage est face à la personne alitée. Une horloge électronique indiquant l'heure, le jour et le mois, est installée au-dessus de la porte d'entrée. Aucun appel malade n'est installé ni prévu.

Les serrures des portes des chambres de l'aile Ouest peuvent être actionnées avec un badge électronique programmé pour n'ouvrir que cette porte et remis au patient ; les soignants disposent d'un badge identique programmé pour ouvrir toutes les portes. Ce mécanisme garantit l'occupant de toute intrusion dans sa chambre, qu'il y soit ou non. Lors de la visite, aucune porte de chambre n'était badgée. L'affectation du badge est décidée en réunion clinique et prescrite par un médecin.

### RECOMMANDATION 7

Le respect du droit à l'intimité et à la sécurité des patients implique que la fermeture électronique des portes munies de serrures *ad hoc* soit systématiquement activée et le badge permettant de l'actionner toujours remis au patient. C'est seulement la désactivation qui doit être envisagée à raison de l'état clinique du patient et donc, revue régulièrement avec l'évolution de cet état.

Les portes des deux autres ailes ne sont pas équipées de ce dispositif qui devrait y être déployé en 2021.

Une salle d'eau attenante à chaque chambre offre une douche à l'italienne sans flexible, un lavabo avec robinet mélangeur surmonté d'un miroir sans tablette et d'une réglette lumineuse, un WC sans lunette ni abattant, une barre d'appui. Faute de rideau devant la douche, l'eau gicle sur le sol de toute la pièce. Aucune patère ne permet d'accrocher vêtement ou serviette de toilette.



*Une salle d'eau : lavabo, WC douche*

### PROPOSITION 3

Le mobilier des salles d'eau attenantes aux chambres mérite d'être complété par des tablettes de lavabo, de sièges de douche, de porte-serviettes et de patères. Les diffuseurs de douche doivent être conçus pour recevoir un flexible et une douchette amovibles en tant que de besoin.

La maintenance des locaux est inégalement assurée, certaines chambres ont des peintures dégradées. Des patients se sont plaints d'un chauffage insuffisant, d'odeurs de remontées d'égout. Les réponses aux demandes d'intervention sont parfois tardives.

#### 6.1.2 Le fonctionnement

Les trois ailes de l'AMJ fonctionnent en pratique comme autant de sous-unités : leurs locaux leurs sont *ipso facto* propres et ainsi que leurs équipes, aux remplacements temporaires près en cas d'absences.

L'aile Ouest est une aile d'accueil, les patients entrant y sont affectés (Cf. § 7.1.3). Après un séjour d'évaluation, dont la durée est variable selon état clinique, ils sont transférés dans l'une des deux ailes Nord ou Sud (80 % d'entre eux) en fonction de leur profil, ou plus rarement (20 % d'entre eux) sortent avec une prise en charge ambulatoire.

Les patients ne peuvent sortir de l'aile d'affectation que sur autorisation. Ils se rendent en groupe à l'unité de sociothérapie, un patient a indiqué que s'il ne se présentait pas à l'heure du départ, il ratait la séance.

## 6.2 L'HYGIENE DES LOCAUX ET DES PATIENTS EST CORRECTEMENT ASSUREE

Les locaux sont propres, entretenus chaque jour pas des agents de service. Le linge de lit et le linge de toilette est changé une fois par semaine. En principe, les familles entretiennent le linge de leur proche hospitalisé, ce qui est devenu plus compliqué lors des phases de confinement sanitaire des derniers mois. Les patients peuvent également faire entretenir gratuitement leur linge par l'établissement. Un lave-linge et un sèche-linge situés dans une salle de l'unité sont à disposition des patients qui peuvent les utiliser avec l'accompagnement d'un soignant. Certains d'entre eux continuent néanmoins à faire leur lessive eux-mêmes dans des conditions précaires.

### BONNE PRATIQUE 6

Outre que les patients en soins sans consentement peuvent faire entretenir gratuitement leur linge par l'établissement, un lave-linge et un sèche-linge sont mis à leur disposition.

Tous les produits d'hygiène sont fournis aux patients qui en sont démunis, même de la crème adhésive pour prothèses dentaires. Des rasoirs électriques sont mis à disposition.

L'unité AMJ dispose d'un vestiaire alimenté par des dons pour permettre de fournir des vêtements aux personnes qui arrivent, et parfois restent, sans vêtements de rechange, situation fréquente.

## 6.3 L'ACCES DES PATIENTS A LEURS BIENS EST TRES RESTREINT

A l'arrivée, le patient doit remettre aux soignants ses objets de valeur, ses documents d'identité et son tabac ainsi que son briquet et ses allumettes ; un briquet « commun » étant accessible dans le patio, il est attaché pour éviter que les patients ne le prennent.

L'argent en espèces qui reste à l'unité, ce dans la limite de 20 euros, est placé dans un coffre et géré par les cadres ; le reste des espèces est confié au bureau gestion des usagers. Les bijoux peuvent être laissés aux propriétaires sous leur responsabilité. Les autres valeurs (documents d'identité, cartes de paiement, chéquiers, etc.) sont déposées dans un coffre à la direction générale.

Les patients de l'unité Ouest qui ont libre accès à leur chambre dans la journée, ont donc aussi accès à leurs biens dans la mesure où le placard de leur chambre, dont ils ne disposent pas de la clef, reste ouvert.

Ceux des ailes Nord et Sud – dont les portes ne sont pas encore équipées du système *SALTO*<sup>®</sup> – n'ont accès à leurs effets que lorsqu'ils sont dans leur chambre. Le reste du temps, ils doivent demander à être accompagnés s'ils veulent récupérer un vêtement ou un livre ; s'ils ne remontent pas dans leur chambre en même temps que les autres patients, tel peut être le cas pendant la sieste, ils encourent un risque de vol à moins de faire fermer la porte de leur chambre par les soignants qui seuls en détiennent la clef. Les placards ne ferment pas à clef.

## 6.4 LES CONDITIONS D'ALIMENTATION SONT TRES REGULEES

Les repas sont fournis par un prestataire extérieur.

Des menus particuliers peuvent être fournis pour s'adapter aux besoins nutritionnels médicaux des patients. Lors de l'arrivée dans l'unité Ouest, les patients sont interrogés sur leur régime alimentaire qu'il soit observé pour des raisons médicales (diabète par exemple), religieuses ou culturelles (végétarien, vegan, etc.). Ces recueils sont transmis à la diététicienne qui prévoit des

menus respectant ces restrictions alimentaires. Des repas tampons sont prévus pour des patients arrivant en urgence qui n'auraient pas mangé. Il est également possible de demander des menus sans porc.

Les patients sont placés à des tables pouvant au maximum accueillir quatre commensaux, certaines seulement deux voire un seul. Les places sont imposées par les soignants sans que les décisions de placement soient expliquées aux patients. Certaines personnes sont seules, voire à l'écart des autres lorsque la pathologie dont elles souffrent leur rend difficile des présences à proximité. Les plats sont réchauffés dans l'office, puis servis en assiette et passés aux soignants dans le réfectoire par un passe-plat. Ils sont ensuite distribués à table à chaque convive. Des assiettes en porcelaine et des couverts en métal sont utilisés. A l'aile Ouest, il est possible, exceptionnellement, qu'un patient prenne son repas dans sa chambre.

Certains patients se sont plaints de ce que les repas étaient trop rapides, « *stressants* ».

Il a été indiqué que lorsque les patients souhaitent des quantités de nourriture plus importantes, ils pouvaient être resservis, sauf contre-indication médicale.



*Le réfectoire de l'aile Ouest*

Les patients ne sont pas autorisés à recevoir et conserver dans leur chambre des denrées, même non périssables, biscuits ou friandises, au motif allégué que « *c'est difficile à gérer et source d'inégalité* » ; la lutte contre l'obésité a également été évoquée pour justifier cette interdiction. Cependant, les patients peuvent consommer les denrées qui leur sont apportées par leurs visiteurs, ce seulement pendant les visites.

#### PROPOSITION 4

L'interdiction faite aux patients de conserver de denrées non périssables dans leurs armoires mérite d'être individualisée.



## 7. LES SOINS

### 7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES PERMETTENT DE MINIMISER LES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, SINGULIEREMENT CELLES SANS DEMANDE TIERS

Selon les chiffres transmis pour 2020, les patients en soins sans consentement admis à l'unité AMJ de l'ASM sont adressés à 80 % par les services des urgences des hôpitaux du département. Cette proportion est en hausse : 75 % des admissions en 2019 et 69 % en 2018<sup>14</sup>. Les deux hôpitaux concernés sont le centre hospitalier (CH) de Carcassonne et celui de Narbonne car ni l'ASM ni l'hôpital local de Limoux ne disposent d'une autorisation d'accueil des urgences. Les contrôleurs se sont déplacés dans ces deux hôpitaux.

Les 20 % restants sont adressés directement par les CMP de secteur, transférés des unités sectorielles (lorsque l'état d'un patient en soins libres nécessite que son statut soit transformé en soins sans consentement), voire de la maison d'arrêt de Carcassonne. Les patients en SSC qui arrivent à l'ASM directement de leur domicile ou de leur lieu de vie sont rares.

Dans tous les cas, au sein de l'ASM, les patients en SSC débutent leur hospitalisation à temps complet dans l'aile Ouest de l'unité Anne-Marie Javouhey.

#### 7.1.1 L'accueil aux urgences du CH de Narbonne

##### a) Organisation, locaux et fonctionnement

Selon les années, entre un quart et un tiers des patients en SSC admis en provenance des urgences est issu du CH de Narbonne<sup>15</sup>. Celui-ci est distant de 90 km de Limoux, soit une durée de parcours de 1h15 à 1h30 en ambulance. Une convention entre l'ASM et le CH de Narbonne, signée le 24 avril 2017, régit le partenariat entre les deux structures.

Les patients arrivent aux urgences soit à pied, le cas échéant accompagnés par un proche ou un professionnel médico-social, soit en véhicule (SMUR, gendarmerie, etc.). Lorsque le patient fait l'objet d'un arrêté municipal de SDRE, c'est le SMUR, dépendant de l'hôpital de Narbonne, qui se déplace pour le prendre en charge et l'accompagner aux urgences. Dans cette hypothèse, les soignants se munissent d'un kit de contention : la contention dans le véhicule n'est pas systématique mais régulière.

Dans tous les cas le patient est d'abord reçu par l'infirmier organisateur de l'accueil. Si une hospitalisation est envisagée, l'infirmier psychiatrique de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) est associé. Les malades patientent dans la salle d'attente générale ou dans une salle dénommée « *dispatching* », parfois dans les couloirs en cas de saturation de l'hôpital. Le temps d'attente moyen avant d'être pris en charge est de 1 h 24 mn, tous patients confondus.

Si une hospitalisation est décidée, le patient est accueilli à l'UHCD.

L'UHCD est une unité de neuf lits, à proximité des urgences, compétente à la fois pour les soins somatiques et psychiatriques. Son taux d'occupation est de 125 % en moyenne. Les chambres sont individuelles et disposent d'un placard et d'un point d'eau. En revanche, les WC et les

<sup>14</sup> Source : Soins psychiatriques sans consentement, bilan 2019 de l'ASM, octobre 2020, p. 6

<sup>15</sup> Source identique, p. 6

douches sont communs à l'unité. L'unité dispose par ailleurs d'une chambre utilisée comme chambre d'isolement qui fera l'objet de développements *infra*.



*Chambre ordinaire à l'UHCD du CH de Narbonne*

Un infirmier et un aide-soignant exercent en permanence à l'UHCD pour les soins somatiques. En outre, un infirmier formé à la psychiatrie est toujours présent : six infirmiers se relaient pour la prise en charge psychiatrique, jour et nuit, par vacations de 12 heures. Trois d'entre eux sont mis à disposition par l'ASM, trois autres relèvent du CH de Narbonne. Tous sont à temps plein à l'UHCD ; ils ne sont donc pas en lien avec les infirmiers exerçant en unité sectorielle ou en ambulatoire.

Quant aux médecins, l'ASM met à disposition du CH un psychiatre cinq demi-journées par semaine. Un psychiatre du CH est affecté aux urgences les cinq autres demi-journées, de sorte qu'une présence médicale est toujours assurée en journée du lundi au vendredi. Deux psychiatres (l'un du CH, l'autre de l'ASM) sont de garde le samedi jusqu'à 12h. Le reste du week-end, une astreinte est organisée, partagée entre les praticiens du CH (psychiatres auxquels viennent s'ajouter les pédopsychiatres) et ceux de l'ASM. Les médecins de l'ASM qui interviennent aux urgences sont ceux du secteur 4, exerçant également à l'unité Via Domitia à Narbonne. Tous les trimestres, une réunion entre les différents psychiatres des urgences est organisée pour faire le point sur les projets et les difficultés et pour harmoniser les pratiques.

La prise en charge des patients en psychiatrie comprend au moins un entretien avec le psychiatre, un entretien infirmier, une visite par un généraliste du CH. L'UHCD ne dispose pas de bureau : les entretiens sont réalisés dans une petite salle de soins. Le psychiatre, en particulier pour les patients en SSC ou susceptibles de le devenir, adapte la prise en charge et les restrictions de liberté en fonction de l'état clinique. Aucune mesure n'est systématique (pas de retrait automatique du tabac, du téléphone, etc.). Si des SSC sont envisagés, le patient reçoit des explications par le psychiatre et peut émettre des observations. Celles-ci sont tracées dans le certificat médical initial. Ce certificat n'est pas remis au patient à l'UHCD.

Les contrôleurs ont constaté que les psychiatres des urgences tentaient d'abord d'emporter le consentement du patient et favoriser l'hospitalisation en soins libres, ce d'autant que pour une partie des malades (ceux du secteur 4), une hospitalisation en SSC signifie un transfert à Limoux. S'il n'est pas possible d'éviter l'admission en SSC, l'infirmier comme le psychiatre dépensent une grande énergie à rechercher un tiers (le même constat a été opéré à Carcassonne). C'est notamment pour cette raison que le nombre d'hospitalisations en soins pour péril imminent demeure très faible. L'éloignement entre Narbonne et Limoux est un facteur conduisant souvent

les tiers à hésiter de signer la demande d'hospitalisation sous contrainte. Selon les témoignages recueillis, leur appréciation est très différente selon que le patient relève du secteur 4 (admission à l'unité Anne-Marie Javouhey, à Limoux) ou du secteur 5 (admission à l'unité Sainte-Thérèse, à Narbonne, dépendant du CH).

Le temps moyen passé aux urgences par les patients en psychiatrie n'est pas connu, le service sollicité n'a jamais fourni ces informations. S'agissant des patients en SSC ou pour lesquels une telle mesure est envisagée, cette durée dépasse très rarement vingt-quatre heures selon les cadres de santé rencontrés. Si cette durée est dépassée, le directeur juridique du CH de Narbonne est contacté afin qu'une solution soit mise en œuvre. Des disparités sont relevées entre l'été et le reste de l'année. En été, du fait de la présence de nombreux touristes et saisonniers dans le Narbonnais, l'UHCD est plus vite saturée et les hôpitaux psychiatriques de proximité peuvent l'être aussi ; des affectations hors du département sont régulières vers les Pyrénées-Orientales, l'Hérault, la Haute-Garonne, parfois plus loin encore. Par ailleurs, selon les soignants du CH, il est fréquent que l'ASM indique en première intention que le patient ne peut être accueilli faute de place. En réalité, c'est souvent la seule aile Ouest de l'unité Anne-Marie Javouhey qui est pleine, mais pas les ailes Sud et Nord. Des appels téléphoniques entre les cadres des différentes unités suffisent en principe pour résoudre la difficulté. La solution retenue est de transférer un patient de l'aile Ouest vers l'une des deux ailes de soins de suite, afin de libérer une chambre.

Le transfert vers Limoux est le plus souvent assuré par une ambulance privée. Compte-tenu de la durée du transport, la sédation est souvent assez forte et le médecin prescrit la contention du patient dans le véhicule. Certaines ambulances disposent elles-mêmes de moyens de contention, sans que ceux-ci soient particulièrement contrôlés par les soignants (état d'usure, d'hygiène, bon usage, etc.), ni à Limoux ni à Narbonne. Dans le cas contraire, ils sont mis à disposition par le CH de Narbonne, puis restitués lors d'une mission ultérieure.

#### *b) Situation particulière de la chambre d'isolement*

Même si ce terme n'est pas utilisé par les soignants de l'UHCD, l'une des chambres (n°304) est utilisée comme chambre d'isolement. Les patients présentés comme « *agités* » peuvent y être enfermés, qu'ils aient été admis pour des motifs somatiques ou psychiatriques. S'agissant des patients hospitalisés en psychiatrie, c'est le médecin qui « *prescrit* » l'utilisation de cette chambre en porte fermée, la *prescription* étant tracée dans le dossier informatisé du patient. L'usage de moyens de contention peut être associé. Selon les soignants, cette chambre est utilisée, pour les patients en psychiatrie, pour parer le risque auto ou hétéro-agressif ou encore éviter les « *fugues* » lorsqu'ils sont déjà en SSC. La durée maximum de cet enfermement est d'un à deux jours selon les témoignages. Faute de registre d'isolement et de contention, les contrôleurs n'ont pu vérifier ces affirmations, pas plus qu'ils ne connaissent la durée moyenne du placement dans cette chambre.

La chambre est équipée d'un lit en mousse (auquel on peut attacher des liens), d'un banc et d'une petite table du même matériau. Une fenêtre haute a été percée dans l'un des murs mais n'apporte que peu de lumière et ne peut s'ouvrir. On n'y trouve ni point d'eau, ni WC. La chambre n'est pas non plus dotée d'un bouton d'appel, ce qui a étonné les contrôleurs dans la mesure où les autres chambres en sont équipées. La porte est munie d'un large oculus, permettant aux personnes dans le couloir de voir l'intérieur de la chambre. En outre, une caméra a été disposée dans cette chambre : l'image est reportée dans la salle de soins.



*Chambre d'isolement de l'UHCD du CH de Narbonne et surveillance vidéo de celle-ci*

Lorsqu'une deuxième personne agitée est prise en charge à l'UHCD alors qu'un premier patient occupe cette chambre, cette deuxième personne est laissée en chambre ordinaire mais fait l'objet d'une mesure de contention. Là encore, il s'agit d'une décision médicale tracée, mais ne figurant dans aucun registre.

### RECOMMANDATION 8

La chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée du CH de Narbonne dans laquelle des patients peuvent être enfermés durant une période relativement longue doit respecter les normes d'une chambre d'isolement (double accès, point d'eau, horloge, etc.). Les mesures d'isolement et de contention pratiquées dans cette unité doivent être tracées dans un registre afin de permettre l'analyse de ces pratiques, aujourd'hui inexistante.

Dans la mesure où les logiciels du CH de Narbonne et de l'ASM ne sont pas compatibles, les informations relatives à l'isolement et la contention ne se transmettent pas automatiquement par voie électronique lors du transfert du patient. Les soignants de Narbonne éditent donc les observations médicales et infirmières avant le départ ; parfois même ils les saisissent manuellement sur un document de liaison. Dans tous les cas, les contrôleurs ont constaté que l'équipe qui accueille le patient à l'ASM est informée du parcours du patient au sein de l'UHCD, particulièrement en matière d'isolement et de contention.

#### 7.1.2 L'accueil aux urgences du CH de Carcassonne

##### a) L'organisation

L'USSAP assure entièrement les moyens humains des urgences psychiatriques de l'hôpital de Carcassonne. Elle y consacre 1 ETP de psychiatre, assuré par plusieurs médecins, 0,20 ETP de cadre et 7 ETP d'infirmiers.

Un psychiatre est présent en semaine de 9h à 18h et le samedi de 9h à 12h ; en dehors de ces créneaux de présence, le psychiatre d'astreinte est joignable et peut se déplacer. Deux infirmiers

sont présents en journée, y compris pendant le week-end, et un la nuit. Il est également en charge de la liaison psychiatrique pour les autres services du CH, mais donne la priorité aux urgences.

Cette équipe, remarquablement motivée, n'a connu aucun absentéisme en quatre ans.

Depuis la survenance de la pandémie de Covid-19, les locaux des urgences psychiatriques, naguère installés au service des urgences générales, ont été déplacés dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dans une autre aile du même bâtiment. En raison de l'éloignement de ces locaux, un agent logistique de l'USSAP rejoint l'infirmier la nuit.

Trois chambres de l'UHCD sont réservées aux patients souffrant de troubles mentaux. Elles sont meublées d'un lit médicalisé, d'une chaise, d'une table roulante pour les repas, d'une table de chevet et d'un placard sans clé. Un téléviseur est fixé au mur et la télévision est gratuite. La fenêtre, dont la baie est obstruée par une grille, s'ouvre totalement. Une salle d'eau attenante offre douche avec flexible, WC et lavabo. Les patients sont revêtus de leurs vêtements personnels, ils conservent leurs objets personnels à l'exclusion de ceux qui sont dangereux dont les briquets et allumettes. Ils sont accompagnés à l'extérieur par un soignant s'ils souhaitent fumer.

En principe, la durée de séjour des patients dans ce service n'excède pas 48 heures, limite qui peut être dépassée d'une journée si la prolongation permet de préparer une sortie en évitant une hospitalisation. Ces alternatives, ardemment recherchées, sont initiées par les infirmiers qui se mettent en rapport avec le CMP compétent pour que le patient soit rapidement pris en charge ; Un rendez-vous en CMP est obtenu dans les huit jours après la sortie pour un entretien infirmier et s'il excède 15 jours pour voir un psychiatre, le patient sera revu par le psychiatre aux urgences.

Ainsi, 80 % des personnes passant dans ce service ne sont pas hospitalisées ensuite.

Un bureau infirmier est également mis à disposition ainsi qu'un bureau pour le psychiatre.

Une des trois chambres d'hospitalisation classiques sert à l'isolement des patients dont il est estimé qu'il est nécessaire. Il s'agit d'une pièce vaste, de la taille de deux chambres, au milieu de laquelle un lit est fixé au sol. Ni horloge ni dispositif d'appel n'est à leur disposition.

La décision d'isolement dans cette chambre est prise par le psychiatre ou par l'urgentiste. Dans le premier cas, elle est tracée dans le dossier du patient et reprise par le DIM pour le registre d'isolement. Dans le deuxième cas, elle figure dans le dossier patient des urgences géré par un logiciel différent de celui de psychiatrie et qui ne permet pas une reprise par le DIM. Il a été indiqué que compte tenu de l'inadaptation du lieu, les patients en isolement étaient de surcroît contentionnés pour des durées n'excédant pas 6 heures, le transfert vers l'AMJ étant organisé rapidement. Ainsi, depuis le premier novembre, elle a hébergé quatre patients. La contention a été enregistrée sur le logiciel du CH.

En raison de la situation sanitaire particulière, les contrôleurs n'ont pas pu visiter la chambre d'isolement (CI) située dans le SAU et utilisée en temps ordinaire. Il a été indiqué que le cahier des charges établi pour l'aménagement de cette chambre, qui reprenait les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS), n'avait pas été respecté et que cette CI était dépourvue de bouton d'appel et d'horloge et que le patient isolé n'y avait pas libre accès à des sanitaires.

## RECOMMANDATION 9

L'isolement des patients au service des urgences du centre hospitalier de Carcassonne doit se dérouler dans un espace prévu à cet effet qui doit être équipé de système d'appel, d'une horloge et de sanitaires auxquels l'occupant doit avoir libre accès.

### *b) Le fonctionnement*

Souvent, les patients arrivent aux urgences avec un certificat médical décidant une hospitalisation sans consentement. Dans tous les cas, la décision n'est pas prise sans que le patient ait été réévalué par le psychiatre, notamment pour établir un diagnostic différentiel d'avec une intoxication éthylique ou autre, une démence ou tout autre pathologie organique. La procédure de SDDE n'est pas toujours poursuivie si le psychiatre l'estime injustifiée, même si le premier certificat mentionne une situation de péril imminent. Mais, en cas de SDRE, la procédure ne peut pas être interrompue et le service des urgences doit la poursuivre jusqu'à l'hospitalisation ; le passage dans le service a pour objet de vérifier l'identité de la personne, la régularité du certificat médical d'admission et d'effectuer un examen somatique. Les patients-détenus peuvent également faire un passage aux urgences sous escorte pour évaluation.

A défaut de certificat d'admission produit par un médecin extérieur, si le psychiatre estime nécessaire une hospitalisation en SDDE, l'urgentiste du SAU établit le premier certificat.

Si le patient arrive seul, les infirmiers prennent le temps de contacter des proches pour obtenir de leur part une demande de soins sans consentement. Ces efforts sont généralement fructueux et les cas de soins pour péril imminent (SPI) sont rares, résultant du refus de la famille de signer une demande ou de l'échec dans la recherche de tiers. Le nombre d'admission en SPI a toutefois augmenté avec les mesures de prévention du Covid-19 car les familles ne pouvaient pas entrer dans le service.

La décision formelle de soins sans consentement n'est prise qu'à l'arrivée à l'unité AMJ mais le patient est toujours informé par le psychiatre ou les infirmiers des urgences psychiatriques de cette décision et des droits dont il dispose.

Lorsqu'un patient est isolé, il bénéficie d'un accompagnement constant.

### *c) Les conditions de transport*

Les patients en procédure de SDRE sont transportés par le SAMU depuis le lieu du premier examen vers l'hôpital, ils sont éventuellement attachés et sédatisés.

Les patients hospitalisés à l'unité AMJ après leur passage aux urgences sont transportés en ambulance privée ou par le SAMU, allongés avec un harnais de sécurité ; le psychiatre ou le médecin du SMUR peut décider de contentions, la mesure est alors tracée au dossier. Si un transport médicalisé est décidé, le patient est accompagné par un médecin du SAMU et un infirmier.

### 7.1.3 L'accueil à l'aile Ouest de l'unité Anne-Marie-Javouhey

Au sein de l'ASM, la quasi-totalité des patients en SSC est admis à l'aile Ouest de l'unité Anne-Marie Javouhey de Limoux, celle-ci pouvant donc être considérée comme une sous-unité réservée à l'accueil. Les rares exceptions concernent les hospitalisations programmées : quelques arrivées directes en provenance des CMP, quelques programmes de soins prévoyant un retour quelques jours par mois au sein de l'unité.

Cette aile, dite « d'entrée », compte douze lits. Les chambres d'isolement de l'unité y sont également positionnées mais servent pour l'ensemble des patients de l'unité (*Cf. infra*, § 8.1.1). L'effectif médical est commun aux trois ailes de l'unité, de même que les ressources en sociothérapie ou certains espaces collectifs (salon de visite à l'entrée, par exemple). Les infirmiers, en revanche, sont attachés aux différentes ailes (quatorze pour l'aile Ouest) même si des permutations ou remplacements sont possibles en fonction des besoins. L'aile Ouest se distingue par un règlement interne propre, l'autre règlement interne s'appliquant indistinctement aux ailes Sud et Nord, réservées aux soins de suite. En réalité, à la lecture de ces deux règlements, ceux-ci apparaissent extrêmement proches, la plupart du temps à la lettre près : la seule différence concerne l'accès aux chambres qui reste possible pendant la journée à l'aile Ouest (des limitations sont évoquées dans le règlement des deux autres ailes, et dans la pratique l'accès aux chambres n'y est pas possible en journée – *Cf. supra*, § 5.1).

La durée moyenne de séjour à l'aile Ouest, avant de rejoindre les ailes de soins de suite, n'est pas connue de l'établissement (celui-ci établissant ses statistiques par unité et non par aile). Les durées d'hospitalisation des patients présents dans cette aile lors de la visite des contrôleurs était très variable : certains malades étaient là depuis quelques jours, l'un d'entre eux à l'inverse y était hospitalisé depuis plus de deux ans.

A l'arrivée à l'aile Ouest, les patients sont tous reçus par un psychiatre et un IDE, qui décident d'une première prise en charge. Ils rencontrent également un généraliste de l'ASM lorsque l'admission est effectuée en journée, ce qui demeure le principe. Par exception, si l'arrivée est nocturne ou durant le week-end, le patient est visité par le généraliste le premier jour ouvrable suivant et, le cas échéant, par le médecin de garde dans l'intervalle. Les patients sont accueillis formellement par l'équipe, cadre compris, mais sans qu'une visite de l'unité leur soit proposée. Ils ne sont pas présentés aux autres malades. Comme ailleurs dans l'établissement, des réunions soignants-soignés sont organisées à l'aile Ouest permettant aux patients nouvellement accueillis d'exprimer leurs interrogations et observations sur la prise en charge collective.

Le projet de soins individuel est réévalué en réunion clinique, tous les lundis matin, jusqu'à la sortie de l'aile. La réunion clinique permet aussi de déterminer la suite de la prise en charge : affectation dans les ailes Sud ou Nord dans 90 % des cas, programme de soins organisé en ambulatoire ou autre structure dans les 10 % restants. Des entretiens infirmiers sont en outre régulièrement réalisés, le cas échéant sans demande du patient. Les décisions de soins sans consentement sont notifiées au malade à l'aile Ouest, dès qu'il est en état de les comprendre (*Cf. supra*, § 3.1).

Les patients ne sont plus mis en chambre d'isolement de façon systématique les premiers jours alors que c'était le cas il y a encore cinq ans. Ils ne sont pas non plus astreints à la tenue hospitalière. Globalement, ils doivent obéir aux mêmes règles de vie que les patients des autres ailes de l'unité, à l'exception de l'accès aux chambres et de la possibilité de conserver leur ordinateur, leur tablette ou leur console de jeux sauf contre-indication médicale (possibilité qui n'est plus offerte, curieusement, lorsqu'on est transféré dans les ailes Sud et Nord).

## 7.2 LES PATIENTS EN SSC BENEFICIENT D'UN PROJET DE SOINS INDIVIDUALISE ET EVOLUTIF MAIS ONT UN ACCES LIMITE AUX PSYCHIATRES, AUX INFIRMIERS ET AUX ACTIVITES

### 7.2.1 Organisation des soins et modalités d'accès aux soignants

En journée, du lundi au vendredi, au moins un psychiatre affecté à l'unité Anne-Marie Javouhey (AMJ) est présent dans l'unité. La nuit, il n'existe pas de garde sur place : la permanence des soins psychiatrique est assurée par une astreinte téléphonique. Cette astreinte est tenue, tant pour l'unité AMJ que pour l'unité infanto-juvénile, à tour de rôle par les psychiatres de l'Ouest Audois : ceux des secteurs 1, 2 et 3, ceux de l'intersecteur (AMJ) et les pédopsychiatres. Ces psychiatres, basés soit à Limoux soit à Carcassonne, se déplacent si besoin. Le week-end, la situation est partagée : le samedi matin, un psychiatre (roulement entre les psychiatres exerçant dans les secteurs de l'Ouest Audois) se déplace à l'unité AMJ ainsi qu'à celles des Tilleuls (unité de soins libres pour le secteur 1, située en périphérie de Limoux). Ensuite, du samedi à 12h jusqu'au lundi à 9h, le système est identique à celui de la nuit, sans présence médicale fixe.

L'ASM est confronté à une pénurie de médecins (*Cf. supra*, § 2.3.1). Pour l'unité Anne-Marie Javouhey, l'effectif de référence pour les psychiatres est de 3 ETP. Lors de la mission, cet effectif était réduit à 2,5 ETP, ce qui était jugé très insuffisant par les communautés médicale et paramédicale. La charge de travail justifierait selon la présidente de la CME des effectifs supplémentaires dans cette unité, notamment parce qu'elle n'accueille que des patients en SSC, ce qui génère du travail médico-légal beaucoup plus lourd (rédaction de certificats médicaux, de demandes d'autorisation de sortie, de programmes de soins, etc.) et des besoins importants de la part des malades.

Au phénomène de faible couverture médicale à l'unité AMJ s'ajoute un *turn-over* très important des équipes. L'unité a été conçue pour une prise en charge par trois psychiatres, ayant chacun une petite partie de leur activité en CMP « *pour ne pas être trop asilaires* ». L'un était chef de service. L'unité a longtemps fonctionné de la sorte, oscillant entre 2,4 et 3 ETP. Mais désormais l'instabilité est devenue la règle et le dernier chef de service a quitté ses fonctions en décembre 2019 sans être remplacé. Sur les quatre psychiatres à l'organigramme de l'unité AMJ lors du contrôle (représentant 2,5 ETP), depuis deux semaines, deux praticiens ont été détachés en partie de leur affectation en secteur pour effectuer chacun 0,5 ETP à l'unité AMJ, un troisième était affecté depuis une semaine et la dernière était arrivée le premier jour de la visite des contrôleurs. Aucun d'entre eux n'avait donc plus d'un mois d'activité dans le service. Selon le personnel paramédical, pas moins de trente-sept médecins différents sont intervenus au sein de l'unité en deux ans.

La situation constatée fin novembre 2020 par les contrôleurs n'est d'ailleurs pas représentative de l'activité récente : avant le 9 novembre, la prise en charge psychiatrique n'était assurée que par 2 ETP. L'été 2020, un psychiatre est même resté seul pendant trois semaines pour cette unité de cinquante lits.

Cette situation a deux conséquences principales. D'une part, il n'y a plus de pilotage médical au sein de l'unité ou d'étayage des équipes avec ce que cela comporte de formation des infirmiers, et l'implication des psychiatres, affectés à durée déterminée (de nombreux contrats sont très courts : deux semaines pour l'un des psychiatres rencontrés), est plus faible. D'autre part, les psychiatres sont peu accessibles aux patients et à leurs familles. Les malades ont effectivement indiqué aux contrôleurs qu'ils avaient des difficultés à rencontrer un psychiatre. L'un d'entre eux a précisé qu'il n'avait vu un psychiatre que trois fois en quatre mois, ceux-ci étant « *trop pris* ».



Les infirmiers évoquent eux aussi des délais pouvant aller jusqu'à quatre semaines. Dans ces conditions, le libre choix du médecin n'est que théorique : certes plusieurs psychiatres exercent au sein de l'unité mais leur faible disponibilité comme leur rotation privent en pratique le patient d'être toujours suivi par le même ou au contraire, s'il le souhaite, d'en changer.

### RECOMMANDATION 10

La présence des psychiatres à l'unité Anne-Marie Javouhey, seule habilitée à recevoir des patients en soins sans consentement, doit être renforcée. L'équipe médicale doit être stabilisée afin d'élaborer et de mettre en œuvre un projet médico-soignant pour l'unité.

Les infirmiers sont également en nombre insuffisant au sein de l'unité AMJ (*Cf. supra*, § 2.3.2). De l'aveu même de la présidente de la CME, les infirmiers ne sont pas assez nombreux et pas assez formés initialement à la pratique de la psychiatrie pour prendre en charge efficacement les patients et préparer la sortie. En outre, s'agissant d'une unité d'admission (*a minima* en son aile Ouest) qui n'accueille que des patients en SSC, le temps « pris à gérer les urgences » et les transferts quotidiens et parfois pluriquotidiens depuis l'aile Ouest, est important. Les contrôleurs ont constaté qu'en effet les infirmiers étaient souvent pris par les exigences de la vie quotidienne du service, au détriment des entretiens infirmiers ou encore de l'observation des patients. Certains d'entre eux se sont dit « épuisés » mais peu d'entre eux sont apparus démotivés.

Pour autant, la coordination entre les psychiatres, les cadres de santé et les infirmiers est satisfaisante. L'absence de médecin chef de service est en partie compensée par l'implication du binôme de cadres de santé présent tous les jours au sein de l'unité. Ceux-ci organisent régulièrement avec les différents psychiatres des réunions de service, donnant lieu à des comptes-rendus. Un projet de soins infirmiers est par ailleurs mis en œuvre.

Plusieurs réunions cliniques très riches se tiennent chaque semaine à l'unité AMJ (le lundi matin pour l'aile Ouest, le mardi matin pour l'aile Sud, le mercredi matin pour l'aile Nord). Ces réunions réunissent les médecins (psychiatres et généraliste), les cadres de santé, les éducateurs, la psychologue, l'assistante sociale et les infirmiers. Elles permettent d'élaborer et réévaluer le projet de soins individuel de chaque patient.

Des réunions de synthèse sont également organisées pour évoquer le cas d'un patient, en particulier en prévision de sa sortie de l'hôpital ou de l'unité. Dans ce cas, un retour précis lui est fait à l'occasion d'un rendez-vous médical ou infirmier.

Des réunions soignants-soignés sont tenues, avec les soignants, l'encadrement et parfois la psychologue. Cette réunion hebdomadaire, en accès libre, est considérée comme une véritable pratique de soins.

Il n'existe pas en revanche d'analyse des pratiques ou de supervision, malgré la forte demande des équipes. La mise en place d'un espace d'analyse des pratiques est néanmoins l'une des perspectives de l'unité AMJ dès qu'un psychiatre chef de service sera nommé et que le projet médical sera redéfini.

La question du devenir de certains patients est souvent évoquée dans les réunions de la CME et de pré-CME. Le nombre de structures d'aval est faible et il faut parfois attendre plusieurs années pour obtenir une place en foyer d'accueil médicalisé et plusieurs mois pour les maisons d'accueil spécialisées. Plus généralement, la problématique de la continuité des soins des patients en SSC est récurrente, notamment au regard de l'organisation actuelle de leur prise en charge. L'unité

AMJ n'accueillant que des patients en SSC, toute transformation de leur statut en soins libres entraîne leur départ de l'unité. Qu'ils rejoignent une unité de secteur ou un dispositif ambulatoire, il s'agit là d'une nouvelle rupture, avec la prise en charge par une nouvelle équipe et parfois un environnement totalement différent. C'est pour limiter les effets de cette rupture qu'à l'origine les médecins de l'unité AMJ conservaient une partie de leur activité dans les secteurs. C'est également pour éviter cette rupture que la direction et la communauté médicale réfléchissent aujourd'hui à une « re-sectorisation » des patients en SSC et à la création d'un centre d'accueil et de crise à Carcassonne (Cf. *supra*, 2.1.1).

### 7.2.2 Accès aux activités thérapeutiques et occupationnelles

#### a) Les activités occupationnelles

Les activités occupationnelles sont pauvres. Au sein de l'unité AMJ, elles se réduisent au baby-foot, aux jeux de cartes ou de société et à la télévision (deux « salles » par aile). Il est rare que les soignants y participent, du fait de leur faible nombre. Ce n'est que le week-end que les infirmiers peuvent, occasionnellement, proposer une activité commune et l'animer. Certains infirmiers ont indiqué aux contrôleurs qu'ils souhaiteraient une présence renforcée le week-end, précisément pour impulser des activités. Selon eux, la direction y est défavorable, ne disposant pas des ressources humaines suffisantes ni du budget pour payer des heures supplémentaires.

#### RECOMMANDATION 11

Les activités dites occupationnelles doivent être développées au sein des trois ailes de l'unité Anne-Marie Javouhey. Que les soignants soient disponibles ou non, les patients doivent pouvoir s'occuper, *a fortiori* lorsque l'accès à leurs chambres est impossible.

#### b) La sociothérapie

Une unité de sociothérapie est installée au sein de l'unité AMJ. Elle compte deux moniteurs-éducateurs à temps plein et un moniteur de sport à temps partiel (0,4 ETP). Ces agents ne sont pas remplacés pendant les congés de sorte que l'offre est réduite l'été et pendant les vacances scolaires. L'unité dispose d'espaces fonctionnels quoiqu'un peu exigus. On peut y pratiquer la peinture, la musique, les arts plastiques, les loisirs créatifs, faire du sport, jouer au billard ou à des jeux de société, utiliser des ordinateurs, faire de la cuisine, etc. Lors du contrôle, cette unité n'était accessible qu'aux patients de l'unité AMJ.



Espaces de sociothérapie de l'unité AMJ

Les activités proposées en sociothérapie sont présentées aux patients par les médecins et les infirmiers dès leur arrivée à l'aile Ouest. Une orientation est effectuée à la première réunion

clinique ; le cas échéant, les incompatibilités médicales sont édictées par le médecin. Un retour est assuré au patient à l'occasion d'un entretien infirmier. Patient par patient, les propositions d'activité (en interne ou en externe) sont ajustées à chaque réunion clinique. En outre, toutes les semaines, une réunion se tient sur les activités avec les cadres de santé, les moniteurs-éducateurs et certains infirmiers. La planification et l'organisation des activités de la semaine suivante y sont arrêtées au regard des orientations prises en réunion clinique ; pour les activités externes, cette réunion permet aussi d'anticiper les demandes d'autorisation de sortie à présenter à la directrice générale (SDT, SPI) ou au préfet (SDRE).

Les activités internes se font soit sur prescription – ou orientation – formelle, soit en accès libre. Un après-midi lors de la semaine de visite, l'accès à la sociothérapie a été proposé « à la cantonade » aux patients de l'aile Sud par l'un des moniteurs-éducateurs : huit patients se sont déplacés. Les moniteurs ne rejettent aucun malade sauf contre-indication médicale.

Les activités externes se font toutes sur prescription. Il s'agit tant d'activités récurrentes, souvent en groupes de deux à quatre patients avec un planning préétabli (sorties en ville, goûter, nature, sport), que d'activités plus individualisées visant la réhabilitation sociale ou l'autonomie (piscine, retrait à la banque, par exemple). A plusieurs reprises dans l'année, des sorties de groupes plus nombreux (quatre à huit patients) sont organisées sur la journée : une sortie « raquettes » en janvier 2020 dans une station d'hiver des Pyrénées Audoises, une autre en février 2020 pour Mardi Gras à Limoux. En moyenne, vingt à vingt-cinq patients de l'unité AMJ bénéficient d'une sortie par semaine au moins<sup>16</sup>. Ce nombre n'est pas négligeable et les plannings consultés apparaissent fournis. Mais ce nombre signifie également qu'en moyenne, un patient sur deux ne sort pas du tout de l'unité pendant la semaine (sauf pour raisons médicales ou judiciaires). Combinée à l'inexistence de parc ou de domaine hospitalier où les patients pourraient déambuler et à la fermeture en permanence de l'unité AMJ, cette absence d'activité extérieure pour une partie des patients renforce leur sentiment d'enfermement.

Même si cette situation n'a pas été présentée comme fréquente, il a pu être indiqué en outre que certaines activités étaient réduites voire annulées faute de soignant disponible.

Dans tous les cas, les soignants saisissent des indications dans l'application CORTEXTE à la suite des activités. Ces retours sont utiles à l'équipe, notamment lors de la réunion clinique suivante. Ils participent de l'évaluation des progrès des patients et des réajustements réguliers de leur prise en charge.

## RECOMMANDATION 12

Dans la mesure où l'unité Anne-Marie Javouhey est fermée et qu'il n'existe pas de parc sur le site de Limoux dans lequel les patients de cette unité pourraient se rendre librement, les activités accompagnées à l'extérieur devraient être encore plus développées.

Trois fois dans l'année environ, des séjours thérapeutiques sont organisés. Ils supposent un financement propre, indépendant du budget de la sociothérapie et directement sollicité auprès de la direction. Les projets sont portés par les cadres de santé, en lien avec les moniteurs-éducateurs. Jusqu'en 2015, le séjour thérapeutique durait cinq ou six jours. Aujourd'hui, il s'agit d'un format plus court (trois jours/deux nuits), réunissant trois soignants (deux infirmiers et un

<sup>16</sup> Les contrôleurs ont comparé les plannings d'activité d'octobre 2020 avec ceux de janvier 2020, avant l'arrivée de la pandémie de Covid-19 en France. Les chiffres n'ont pas évolué significativement.

moniteur-éducateur, en principe) et quatre patients. En 2019, ont ainsi été organisés deux séjours à la mer (à Saint-Pierre-la-Mer dans l'Aude – budget de 1 100 euros environ par séjour) et un séjour à la montagne (à Matemale, dans les Pyrénées-Orientales – budget de 700 euros environ). Depuis la fin de l'année 2019, aucun séjour thérapeutique n'a été planifié. Certains soignants ont indiqué que cette absence ne résultait pas des restrictions mises en œuvre pour lutter contre la Covid-19 et notamment des confinements successifs observés à partir de mars 2020. Selon eux, l'ASM souhaite en réalité réduire ce type d'initiative (« *ils freinent des deux pieds* »). La direction réfute quant à elle tout infléchissement et a indiqué attendre les projets. Selon elle, les sommes en jeu sont peu importantes et « *ce n'est pas un problème de finances* ». En tout état de cause, l'absence de pilotage médical n'est pas un facteur facilitant pour remettre en place ces séjours thérapeutiques.

### RECOMMANDATION 13

Les séjours thérapeutiques, suspendus depuis la fin de l'année 2019, doivent reprendre pour les patients en soins sans consentement.

Plus généralement, les mesures de lutte contre la Covid-19, générales à tout le territoire ou spécifiques à l'ASM, ont engendré des conséquences sur l'unité de sociothérapie. Pour réduire les risques de transmission du virus, l'accès à l'unité de sociothérapie se fait aile par aile, et non plus à l'échelle de l'unité en mélangeant les patients des trois ailes comme auparavant. Les activités extérieures ont été adaptées à la réglementation nationale : ainsi, lorsqu'une sortie à l'air libre d'une heure seulement est autorisée pour la population générale, l'ensemble des activités externes est réduit à une heure. Les périodes de confinement ont par ailleurs un effet direct sur le nombre de sorties autorisées : la dernière semaine d'octobre 2020 (début du deuxième confinement général de la population), quinze patients ont bénéficié d'une sortie (dont un seul plusieurs fois), contre vingt-cinq en moyenne les trois semaines précédentes (dont une dizaine plusieurs fois environ). Inversement, des groupes de parole autour d'un café ont été organisés dans chaque aile, animés par la psychologue et les IDE. Et un atelier esthétique à la demande a été ouvert.

#### c) L'unité « *carrefour des expressions* »

Une unité intersectorielle de thérapies médiatisées, appelée « Carrefour des expressions », propose au sein de l'ASM des ateliers (théâtre, danse, musique, etc.) sur prescription médicale. Cette unité, basée à Limoux, est animée par deux soignantes. Même si l'accès à un patient en SSC est possible en théorie, les médecins ont indiqué qu'il était très difficile. Les moyens humains manquent (idéalement, un accompagnement « un pour un » est envisagé mais il est de plus en plus compliqué de le mettre en œuvre). Par ailleurs, pour les patients en SSC, l'ASM exige une autorisation de sortie signée par la directrice ou le préfet alors que l'unité est sur site et que cette formalité n'est donc pas nécessaire. Cette situation pénalise les patients en SSC. Si l'état clinique de certains est totalement incompatible avec l'accès à une telle unité, d'autres, au contraire, pourraient parfaitement y prétendre. Un travail pourrait être engagé en ce sens.

## RECO PRISE EN COMPTE 4

L'accès à l'unité intersectorielle « Carrefour des expressions » devrait être possible pour les patients en soins sans consentement, sans autorisation de sortie, sur prescription.

Dans sa réponse, la directrice générale informe que L'accès à l'unité "Carrefour des Expressions" est désormais possible pour les patients sur prescription médicale, sans autorisation de sortie.

### 7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES ET AUX SPECIALISTES NE PRESENTE PAS DE DIFFICULTE

Deux médecins généralistes sont en théorie présents sur le site de Limoux du lundi au vendredi, en charge de l'ensemble des patients des différentes unités limouxines de l'ASM. Lors de la mission, une seule était affectée, à temps plein. Elle parvient à voir l'ensemble des nouveaux entrants de l'unité AMJ ainsi que les patients lui demandant un rendez-vous, dans des délais très convenables. Elle est par ailleurs joignable à tout moment pendant la journée pour une intervention quasi immédiate à l'unité AMJ, le cas échéant. La généraliste est impliquée dans la vie de l'unité, participe aux réunions cliniques et aux réunions de synthèse.

La nuit et le week-end, une astreinte téléphonique est organisée pour les secteurs de l'Ouest Audois entre les généralistes et les gérontologues de l'ASM basés à Limoux ou Carcassonne. Le médecin d'astreinte se déplace si nécessaire.

Certains spécialistes consultent dans les locaux de l'ASM : neurologue, kinésithérapeute, pédicure, podologue et dentiste, ce dernier disposant d'un cabinet moderne au sein de l'établissement.

Par ailleurs, l'ASM dispose d'un solide réseau de spécialistes, dont une bonne partie à Limoux même : ophtalmologue, gynécologue, radiologue, sage-femme, notamment. Pour certaines spécialités ou examens, les déplacements sont un peu plus lointains : stomatologue à Carcassonne, pet-scan à Toulouse (Haute-Garonne). Il est parfois prescrit des séances d'électroconvulsivothérapie : les patients sont alors adressés à la clinique psychiatrique de Beaupuy (Haute-Garonne), dans l'agglomération toulousaine. Il n'y a guère que pour certains actes d'imagerie que des difficultés ont été signalées par les médecins, sans que celles-ci apparaissent insurmontables.

### 7.4 LA PHARMACIE CONTROLE EFFICACEMENT TOUT LE PROCESSUS DE DELIVRANCE DES MEDICAMENTS MAIS DOIT SE REINVESTIR DANS L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Les contrôleurs n'ont pas constaté que les traitements médicamenteux portaient une atteinte manifestement excessive à l'intégrité des patients. Peu d'entre eux sont apparus dans l'impossibilité d'échanger avec les autres ; le nombre de demandes d'entretien avec les contrôleurs s'est d'ailleurs révélé assez important. Les patients rencontrés n'ont pas fait état de traitements selon eux trop lourds ou inadaptés. Selon les témoignages recueillis à l'unité Anne-Marie Javouhey, la sédation est souvent forte les premiers jours de l'hospitalisation, puis rapidement ramenée à un niveau permettant l'éveil et la conscience des patients. Ce sont souvent les cadres de santé et les infirmiers qui demandent aux psychiatres de l'unité de modifier leurs prescriptions, notamment aux fins d'une meilleure évaluation clinique du malade.

Les patients ne sont pas toujours suffisamment associés au choix de leurs médicaments. Cette démarche dépend du psychiatre prescripteur : certains prennent le temps d'expliquer aux

malades l'intérêt du traitement prescrit et d'échanger avec eux sur leurs effets secondaires, l'évolution possible de la posologie ou encore des solutions alternatives ; d'autres sont beaucoup plus directifs, le patient ayant l'impression de se voir imposer le traitement. L'unité Anne-Marie Javouhey étant marquée par un extraordinaire *turn-over* de médecins (Cf. *supra*, § 7.2.1) et dépourvue de chef de service, l'harmonisation des pratiques paraît illusoire en l'état. Au contraire, à l'unité de pédopsychiatrie, les lignes directrices sont plus franches : le nombre de traitements est plus faible car la politique médicale du service est plutôt d'éviter d'avoir recours aux traitements lourds. Une évaluation des pratiques professionnelles y est en cours s'agissant de la politique du médicament.

A l'unité Anne-Marie Javouhey, la distribution des médicaments est réalisée en salle de soins, jamais à la salle à manger ou en chambre. Il existe une salle de soins par aile. Le processus est identique dans chacune : les patients se présentent aux heures de distribution, sont accueillis par un soignant au moins, referment la porte derrière eux, prennent le traitement devant l'infirmier qui le trace dans l'application CORTEXTE, et repartent. Si le traitement administré est classé comme produit stupéfiant (méthadone, par exemple), les infirmiers les prennent dans un coffre fermé à clef et renseignent en outre un registre manuscrit spécifique. Les contrôleurs ont consulté celui de l'aile Sud, rigoureusement tenu. Ils ont constaté que le temps de distribution était suffisant pour permettre des échanges entre le patient et le soignant, parfois sur le traitement en lui-même, parfois sur des sujets tout autres. La méthode d'administration des traitements respecte le secret médical.

Les refus de traitement sont rares. Les IDE prennent du temps et essaient de convaincre le patient tout en s'engageant à faire le point avec le psychiatre prescripteur le plus tôt possible en cas de désaccord. Il arrive parfois que les IDE appellent le psychiatre en cas d'opposition : certains d'entre ces derniers reçoivent immédiatement le patient. Il arrive également que les infirmiers prennent acte du refus du patient de prendre son traitement : ils en font alors immédiatement part au psychiatre et au cadre. Les injections de force sont rarissimes car telle n'est pas la culture de l'établissement, beaucoup plus basée sur le dialogue. Il a été indiqué aux contrôleurs que la dernière injection forcée prescrite pour un patient de l'unité Anne-Marie Javouhey n'a pas été mise en œuvre par les infirmiers : ceux-ci ont refusé de contraindre le patient et ont alerté leurs cadres et la pharmacie, estimant que cette prescription était contraire à l'intérêt du patient.

## 7.5 LA SITUATION DES PATIENTS DETENUS EST SINGULIEREMENT FLOUE

Le service psychiatrie de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt (MA) de Carcassonne dépend de l'ASM qui y met à disposition un psychiatre à hauteur de 0,1 ETP.

Un accord tacite avec le médecin chef de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse qui permettait l'hospitalisation de principe à l'UHSA, même pour moins de 48 heures, des détenus de la MA de Carcassonne n'est plus en vigueur depuis le changement de psychiatre de l'unité sanitaire qui obtenait ces affectations.

Les informations concernant les patients détenus admis à l'ASM circulent très mal entre la préfecture, la MA et l'ASM. Par exemple, la MA ne remet aucune fiche de liaison à l'ASM lorsqu'un patient arrive pour y être hospitalisé. Aucun protocole entre ces autorités n'a pu être fourni. Les professionnels de l'ASM ignorent, par ailleurs, comment traiter les visites des patients détenus, en particulier lorsqu'ils ne savent pas si le visiteur est déjà titulaire d'un permis de visite à la MA.

#### RECOMMANDATION 14

Un protocole précisant les conditions d'hospitalisation des personnes détenues de la maison d'arrêt de Carcassonne doit être établi entre la préfecture, l'administration pénitentiaire et l'ASM. Il doit notamment prévoir les conditions de transmission, dans les meilleurs délais, des informations permettant à ces patients de continuer à exercer l'ensemble de leurs droits pendant leur hospitalisation.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LA CONCEPTION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE PERMET PAS LE RESPECT DE L'INTIMITE DES PATIENTS

Les unités de l'ASM, hormis l'unité Anne-Marie Javouhey, ne prennent en charge que des patients admis en soins libres mais sont néanmoins toutes équipées d'une chambre d'isolement. Les contrôleurs ont visité, outre l'AMJ, deux de ces unités, celle de Narbonne et l'unité Michel Lapersonne à Limoux.

#### 8.1.1 *Les chambres d'isolement de l'unité AMJ recevant les patients en soins sans consentement*

L'unité AMJ comprend trois chambres d'isolement (CI) toutes situées dans l'aile « Ouest ».

Elles sont disposées autour d'un sas commun éloigné du bureau infirmier de l'aile Ouest mais proche de celui de l'aile Nord. Elles ont une surface de 10 m<sup>2</sup> et bénéficient d'un double accès sur la cour et vers le service. La fenêtre en hauteur au-dessus de la porte est équipée d'un grillage qui prive l'occupant d'une vue sur l'extérieur du bâtiment.

Leur climatisation est gérée par les services extérieurs avec un contrôle de la température des chambres dans le sas. L'éclairage ne peut être réglé par le patient mais seulement de l'extérieur. Le seul mobilier de chaque chambre est un lit, scellé au milieu et une cuvette de toilettes en métal à l'anglaise dans un coin ; elle n'est pas dissimulée par un muret qui permettrait de préserver l'intimité du patient. Les portes des chambres sont équipées d'un œilleton avec vue sur les toilettes pour l'une d'elles. Une horloge à affichage digital est fixée au mur ; dans l'une des chambres, elle n'est pas visible du lit par l'occupant s'il est attaché. Le dispositif d'appel est placé sur le mur mais peut être fixé sur le lit en cas de contention ; les appels arrivent sur le téléphone des soignants.

Le matériel de contention est préinstallé sur le lit. Une bouteille d'eau est à disposition dans la chambre, seul objet à y être autorisé.

Les trois chambres sont équipées d'un système de vidéosurveillance sans enregistrement ; l'intégralité de la chambre est visualisée y compris les toilettes, l'image est renvoyée dans le bureau infirmier. Un système de floutage amovible masque à l'image la partie WC, ce qui est supposé préserver l'intimité du patient mais celui-ci, qui voit la caméra, ne le sait pas.

Une salle d'eau (douche à l'italienne avec flexible et lavabo surmonté d'un miroir) est accessible depuis le sas attenant aux trois CI et les patients ne peuvent s'y rendre qu'accompagnés des soignants.

#### 8.1.2 *Les chambres d'isolement des unités recevant les patients en soins libres*

La chambre d'isolement de l'unité « Via Domitia » de Narbonne, d'une surface d'environ 15 m<sup>2</sup>, dispose d'un double accès dans le service. Elle est proche du bureau infirmier qui assure une surveillance par un œilleton.

Elle ne comporte aucune fenêtre et le patient n'a donc aucune vue sur l'extérieur.

La climatisation est gérée par les services extérieurs, il n'existe pas de système d'affichage de la température.

Un lit, placé au centre, est scellé au sol sans aucun autre mobilier ; un bouton d'appel accessible à une personne attachée est fixé dessus. Des toilettes à l'anglaise non dissimulées par un muret



sont installées dans un coin. Une horloge à affichage digital indiquant l'heure et la date est fixée au mur. Le matériel de contention est disponible dans le bureau infirmier.

Le dispositif d'éclairage n'est pas accessible au patient.



*Chambre d'isolement de l'unité de Narbonne*



*Bouton d'appel accessible au patient attaché*

La chambre d'isolement de l'unité Michel Lapersonne située à Limoux est dénommée « chambre de surveillance ».

D'une superficie de plus de 9 m<sup>2</sup>, elle est équipée d'une fenêtre grillagée donnant sur l'extérieur et occultable par un volet roulant, et climatisée. La commande de l'éclairage variable et celle du volet roulant sont situées à l'extérieur de la pièce, de même que l'affichage de sa température.

Elle comprend un lit scellé placé contre le mur sans autre mobilier, des toilettes à l'anglaise dissimulées par un muret et une horloge digitale indiquant le jour et l'heure.

La salle d'eau située dans le sas extérieur ne peut être utilisée qu'en présence d'un soignant.

Le patient est habillé avec une chemise type bloc opératoire sans sous-vêtements. S'il souhaite fumer il est emmené dans le patio et remet alors ses vêtements.

La CI est équipée de deux boutons d'appel reliés aux téléphones des soignants mais le jour de la visite, le renvoi ne fonctionnait pas. Le cadre de santé a indiqué que le dispositif était vérifié toutes les semaines.

### RECOMMANDATION 15

Les chambres d'isolement de l'ASM doivent être restructurées afin de préserver l'intimité de l'occupant et lui permettre, lorsque son état clinique l'autorise, de régler lui-même la luminosité, l'aération et la température de la pièce. Des sièges doivent être prévus pour le patient comme pour les soignants.

Toute vidéosurveillance de ces lieux doit être proscrite.

Le rapport annuel de l'année 2019 sur la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie a fait des préconisations pertinentes de mise aux normes des chambre d'isolement dans toutes les unités. Certaines ont été réalisées comme l'installation de toilettes dans toutes les chambres, d'autres sont en cours de réalisation comme la climatisation et d'autre

abandonnées car estimées non prioritaires actuellement comme l'intégration d'un interrupteur de lumière dans les chambres.

## 8.2 LE SUJET DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST RECEMMENT PRIS EN COMPTE PAR L'INSTITUTION

### 8.2.1 La politique menée

Ni le contrat pluriannuel d'objectif et de moyen (CPOM) 2019/2023 conclu avec l'ARS Occitanie ni le projet médical d'établissement 2017/2021 ne font référence à la question de l'isolement et ou de la contention.

Le livret afférent à la politique de prise en charge des soins sans consentement de l'unité AMJ daté de juillet 2020 rappelle les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) sur la contention et l'isolement ; ce thème n'est abordé que très succinctement dans les livrets concernant les unités accueillant des patients en soins libres alors que toutes ont une chambre d'isolement effectivement utilisée.

Le bilan de la réflexion menée par les équipes soignantes et non soignantes autour du respect des droits de patients dans l'unité de soins sans consentement Anne-Marie Javouhey 2015-2019 aborde cependant les problèmes liés à la mise en chambre d'isolement ou sous contention et évoque l'impossibilité d'avoir accès au registre de la contention et de l'isolement.

Le rapport 2019 sur la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention a été validé en CME le 23 juin 2020, puis, présenté pour avis à la CDU le 26 juin 2019 et au conseil d'administration le 29 juin 2020.

Il présente les données quantitatives du recours à l'isolement et à la contention et les analyse mais en reprenant les données difficilement exploitables du registre (Cf. § 8.3).

Il préconise un audit sur la conformité des chambres d'isolement (Cf. § 8.1).

Il procède à l'évaluation de la pertinence des « prescriptions » de la mise en isolement ou sous contention, de la surveillance du patient pendant la mesure et de sa réévaluation médicale, liste les actions d'amélioration et pointe leur état d'avancement.

Il préconise également de déployer la formation de gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité « OMEGA » pour l'ensemble des professionnels et de sensibiliser ces derniers au respect de la durée maximale des mesures : Il est, en effet, mentionné dans l'analyse des données que les mesures d'isolement sans contention ne respectent pas systématiquement la durée maximale de 12 heures et que les mesures d'isolement avec contention ne respectent pas systématiquement celle de 6 heures.

Un protocole intitulé « *Isolement thérapeutique et contention physique en psychiatrie* » daté du 23 septembre 2020, a été rédigé par l'équipe soignante et médicale de l'unité AMJ et le groupe de travail sur les évaluations des pratiques professionnelles. Il définit les règles à appliquer pour toutes les mises en isolement et contention et décrit les modalités de prescription de surveillance et de réévaluation de ces mesures.

## RECOMMANDATION 16

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement ainsi que dans son projet médical l'objectif de la diminution du recours aux mesures d'isolement et de contention, objectif étayé sur une réflexion collective.

### 8.2.2 Les pratiques

Les actions éventuellement mises en œuvre pour éviter une mesure d'isolement, avant la décision de celle-ci, ne sont pas tracées.

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins renseignent le dossier informatique des patients dans l'application CORTEXTE. Elles sont toujours décidées par un psychiatre et la personne isolée est examinée par un somaticien, dans la majorité des cas avant la mise en œuvre de la mesure.

A l'unité AMJ, les chambres d'isolement de l'aile Ouest sont utilisées par les deux autres ailes Nord et Sud et dans ce cas, le patient peut séjourner ensuite dans l'aile Ouest si une nouvelle évaluation de son état de santé est nécessaire puis retourner dans son aile d'origine, ou y retourner dès sa sortie d'isolement. Sa chambre hôtelière lui est conservée. Le suivi en chambre d'isolement est assuré, selon la clinique du patient, par les infirmiers de l'aile Ouest ou par ceux de l'aile d'origine. Il est tracé toutes les heures sur un registre et comprend les observations des infirmiers.

Il a été indiqué que lorsque les trois CI de l'unité sont occupées, les soignants recourent à l'une des trois chambres des chambres de l'aile Ouest où les lits sont scellés et où il est possible de faire de la contention.

## RECOMMANDATION 17

L'utilisation de chambre hôtelière, même équipée d'un lit scellé, comme espace d'isolement doit être proscrite.

Les patients prennent leur repas dans la chambre sur une table adaptable avec des couverts en métal.

Ils portent systématiquement un pyjama. Ils peuvent fumer à l'extérieur en étant accompagnés d'un soignant et éventuellement, mais rarement, dans la chambre.

## RECO PRISE EN COMPTE 5

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement et doit être décidé au cas par cas en fonction de la clinique et du bénéfice attendu ; la motivation doit figurer dans le dossier du patient.

*Dans sa réponse, la directrice générale indique, au titre des recommandations mises en œuvre, que « L'indication sur le port du pyjama en chambre d'isolement fait l'objet d'une évaluation bénéfice/risque par le médecin qui est tracé sur la prescription dédiée. »*

Dans l'unité de soins sans consentement AMJ une réunion-bilan avec le médecin l'infirmier et le patient est organisé à la sortie de la CI afin de comprendre le déroulement des événements ayant nécessité ces mesures de contrainte.

L'utilisation de chambres d'isolement dans des services n'accueillant que des patients en soins libres n'est pas remise en cause ni discutée par l'institution alors que la consultation du registre d'isolement et de contention fait apparaître que leur utilisation n'est pas marginale.

Les mesures d'isolement de plus de douze heures dans les unités accueillant des patients en soins libres ne font pas systématiquement l'objet d'une procédure de changement de statut.

### 8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST DIFFICILEMENT EXPLOITABLE

Les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas réellement analysées en termes de pratique générale par les équipes soignantes de manière régulière, d'autant que le rapport 2019 sur l'isolement et la contention présenté aux instances ne permet pas cette analyse au regard des erreurs ci-dessous expliquées.

Les décisions de placement en isolement et contention sont tracées sur le logiciel CORTEXTE. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en chambre d'isolement (en espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale et les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective. Cependant, la version du logiciel comptabilise non pas une mesure d'isolement depuis la décision médicale jusqu'à la levée de l'isolement, mais compte les renouvellements comme nouvelles mesures à chaque fois.

Le registre d'isolement est établi par une extraction des données du dossier patient informatisé (DPI), opérée par le département d'information médicale (DIM). Il en reprend donc les éventuelles erreurs. Pour exemple, l'examen du registre sur la période du 1<sup>er</sup> au 30 septembre 2020 sur l'aile Ouest de l'unité AMJ montre pour un même patient (IPP C102XXX10) trente-sept mesures d'isolement, de durée chacune de 24 heures (parfois de 26) alors qu'il s'agit en réalité de six mesures différentes dont les durées varient de 24 heures à 17 jours.

Le registre actuel ne permet donc pas l'analyse du nombre réel de mesures ni des durées réelles d'isolement et de contention de chacune de ces mesures.

Seul le nombre de patient ayant au moins une mesure d'isolement est appréhendable.

#### *a) L'unité AMJ Nord, Sud et Ouest accueillant des patients en soins sans consentement*

Les données des trois ailes de l'unité AMJ, Nord, Sud et Ouest, qui utilisent les mêmes trois chambres d'isolement situées secteur Ouest, sont regroupées.

Sur une file active de 305 patients pour la période du 1<sup>er</sup> janvier au 30 septembre 2020 (305 patients mentionnés comme étant présents dans le service, 261 sont indiqués en SSC alors que cette unité n'accueille que des patients en SSC), 139, soit 45,6 % de la file active, ont eu une phase d'isolement. Autrement dit, près de la moitié des patients admis en soins sans consentement connaissent un moment d'isolement, ratio élevé par rapport à ce que le CGLPL a pu constater au cours de ses visites.

Pour 19 mesures d'initiation d'isolement, le codage inscrit qu'elles sont effectuées hors d'une chambre d'isolement.

Selon le registre, sur les 139 patients isolés, 36 ont été contenus (le recueil fourni par l'établissement indique 43) soit 25,90 % des patients isolés et 11,80 % de la file active.

De même que pour l'isolement, les durées ne sont pas exploitables car elles ne cumulent pas la durée initiale avec les renouvellements éventuels.

Ainsi, et en tout état de cause, les données de l'établissement ne permettent pas une observation de la réalité des pratiques.

## RECO PRISE EN COMPTE 6

Le registre qui doit retracer, en application des dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique, toutes les mesures d'isolement et de contention, doit indiquer pour chaque mesure sa durée calculée depuis l'heure de la décision du psychiatre jusqu'à celle la levée de la mesure, intégrant, le cas échéant, les renouvellements dans les délais légaux.

Dans sa réponse, la directrice générale annonce qu'a été mis en place un nouveau module du logiciel Cortexte afin d'exploiter toutes les mesures d'isolement intégrant l'heure de décision du psychiatre jusqu'à celle de la levée de la mesure et les renouvellements dans les délais légaux, le cas échéant et non les prescriptions comme constaté lors de la visite.

### *b) Les unités n'accueillant pas de patients en soins sans consentement*

Les chambres d'isolement des unités qui n'accueillent pas de personnes en soins sans consentement (SSC) sont également utilisées.

Dans l'unité Via Domitia, pour une file active de 224 patients présents et entrés dans le service, 7 patients (soit 3,1 %) ont eu une phase d'isolement lors de 8 mesures (et non 15 comme comptabilisées par l'établissement). Aucune n'a été régularisée en SSC alors même qu'une mesure a duré 54 heures, une autre 36 heures. Aucune contention n'est mentionnée ni aucun isolement hors CI.

Pour l'unité Lapersonne, le registre indique pour une file active de 22 patients dont aucun n'est admis en SSC, 4 patients ayant eu 5 mesures d'isolement de 17, 17, 22, 48, et 120 heures. Les mesures, toutes de plus de 12 heures et même celles de 48 et 120 heures, n'ont pas conduit à un changement de mode légal d'admission de SL en SSC. Aucun isolement n'est indiqué hors CI. Un patient isolé a également eu une mesure de contention de 13 heures.

Même si les autres services disposant de CI n'ont pas été visités, le registre y montre quelques anomalies.

Ainsi dans l'unité « Les Oliviers » sur une file active de 28 patients, 11 ont eu une phase d'isolement soit 39,2 %. Les mesures sont très majoritairement des isollements de courtes durées de 2 heures, parfois plusieurs fois dans la même journée ; le registre indique néanmoins deux mesures d'isolement de 41 heures et 70 heures qui n'ont pas été suivies de changement de statut. Aucun isolement n'est indiqué hors CI, 5 patients isolés ont subi des mesures de contention soit 45,4 % des patients isolés et 17,8 % de la file active. Toutes les durées de contention sont inférieures à 10 heures.

Il est regrettable qu'aucune analyse à l'échelle de l'institution n'évoque les différences résultant des mentions du registre entre l'unité « Les Oliviers » et par exemple l'unité « Les Tilleuls » où pour une file active de 226 patients seuls 7 patients ont eu 7 mesures d'isolement, sans contention, une mesure ayant néanmoins là aussi duré 3 jours sans être régularisée en SSC.

## RECOMMANDATION 18

L'établissement doit s'interroger sur le maintien des chambres d'isolement dans des unités n'accueillant que des patients en soins libres.

### 8.4 LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE PATIT DE L'INSUFFISANCE D'OUTILS D'OBSERVATION

L'analyse du registre est actuellement limitée. Il conviendrait par conséquent de diffuser et partager au sein des équipes des données comparatives complètes de manière périodique ; le contrôle régulier du registre permettrait, par exemple, d'analyser les différences significatives de pratiques et d'éviter les quelques situations relevées de patients maintenus en soins libres au-delà de douze heures d'isolement ou contention.

L'ensemble de ces données montre en effet des pratiques d'isolement fortement disparates entre les secteurs. Des services n'accueillant que des patients en soins libres ont une pratique forte de l'isolement et de la contention, d'autres beaucoup moins.

## RECO PRISE EN COMPTE 7

Le registre constitue l'un des outils d'observation des pratiques d'isolement et de contention. La qualité de sa tenue et sa fiabilité conditionnent la pertinence de toute réflexion qui peut, et doit, être menée à l'appui d'une politique de limitation du recours à ces pratiques.

L'analyse des données de ce registre doit être effectuée régulièrement par les soignants de chaque unité ainsi que par les instances (CME, conseil d'administration) et doit permettre de limiter ces pratiques aux seules situations où d'autres moyens ne peuvent être mis en œuvre.

Dans sa réponse, la directrice générale fait connaître comme recommandation mise en œuvre : « *Analyse du registre des pratiques d'isolement et contention réalisée trimestriellement en équipe pluridisciplinaire avec un suivi des indicateurs lors de chaque CME et Conseil d'Administration.* »

## 9. LA PEDOPSYCHIATRIE

L'unité départementale d'accueil et de soins pour adolescents (UDASPA) est rattachée à l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile de l'Ouest de l'Aude. Elle peut accueillir dix patients, âgés de 12 à 18 ans et a reçu un agrément pour deux lits d'hôpital de nuit. Les adolescents qui y sont effectivement hospitalisés sont en grande majorité âgés de 13 à 17 ans, un cinquième d'entre eux viennent de Narbonne. Une soixantaine d'adolescents sont hospitalisés chaque année.

Quatre cinquièmes des entrées sont préparées, éventuellement en amont, avec le service extra hospitalier où l'adolescent est déjà pris en charge. Une rencontre avec visite des locaux est organisée avec les parents, les détenteurs de l'autorité parentale ou les responsables du jeune désignés par un juge des enfants, en cas des mesures d'assistance éducative avec mandat donné à un éducateur, ce qui est le cas beaucoup de jeunes patients. En revanche, les cas de placement sur ordonnance provisoire (OPP) sont très rares : aucun en 2018, un en 2019 et deux en 2020. Un livret d'accueil est remis.

Un cinquième des arrivées ne sont pas programmées. Tel peut être le cas après un passage au service des urgences, au service de pédiatrie pour une surveillance après une tentative de suicide par exemple, ou sur indication d'un pédopsychiatre.

L'intersecteur se donne pour objectif de ne pas limiter les modalités de prise en charge aux seules consultations ou hospitalisation. A cette fin, un projet d'équipe adolescents a été déposé, équipe qui pourra faire la liaison avec tous les milieux dans lequel vit l'enfant et pas seulement sa famille (ITEP<sup>17</sup>, foyers, etc.) et les autres institutions de prise en charge (services sociaux d'aide à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse) ainsi qu'avec le service de pédiatrie et celui des urgences de l'hôpital de Carcassonne. Dans la même démarche, un projet de CATT pour adolescents a également été déposé.

### 9.1 LE DYNAMISME DE L'UNITE POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS EST FACILITE PAR DES MOYENS MATERIELS ET HUMAINS CONFORTABLES

#### 9.1.1 L'équipe soignante

Un médecin psychiatre, qui a pris ce poste depuis juillet 2020, assure un service de 0,6 ETP, 0,4 ETP de psychiatre restant affecté à ce service n'est pas pourvu.

Le personnel soignant non médical est constitué de onze infirmiers, deux éducateurs et quatre aides-soignants : il est fortement féminisé ne comptant que trois hommes. Les équipes sont constituées de deux infirmier matin comme après-midi. Lorsque les disponibilités le permettent, un infirmier assure un service de journée. Les éducateurs sont présents de 9h à 17h. une assistante de service social assure 0,4 ETP.

Trois agents des services hospitaliers assurent le service hôtelier, l'un est présent à chaque roulement. Une secrétaire médicale est affectée pour 0,3 ETP.

---

<sup>17</sup> ITEP : institut thérapeutique et pédagogique

### 9.1.2 Les moyens matériels

L'unité est installée à proximité de l'hôpital général de Carcassonne et jouxte les unités pour adultes du secteur 11G02. Elle est desservie par une ligne d'autobus depuis le centre de Carcassonne.

Les locaux, tous de plain-pied et distribués autour d'une cour intérieure, sont en bon état, adaptés à l'accueil d'adolescents.

Les professionnels disposent chacun de bureaux : la cadre, les éducateurs, l'assistante sociale, le médecin, la psychologue et un pour les entretiens. Une salle de soins et un bureau infirmier donnent sur le patio central.

Les dix chambres sont identiques : d'une surface de 18 m<sup>2</sup>, elles sont meublées d'un lit, d'un placard avec une serrure mais sans clef, de rayonnages, d'une table de chevet, d'un bureau installé sous la fenêtre. Celle-ci peut être entrebâillée, en outre, des claies disposées horizontalement devant celle-ci empêchent toute sortie. Au jour de la visite, une des chambres était hors d'usage.

Une salle d'eau attenante comporte une douche à l'italienne sans flexible, un meuble vasque surmonté d'un miroir sans tablette, le WC n'a ni abattant ni couvercle.

Les patients peuvent également utiliser une salle de bains collective qui comporte une baignoire à remous ; elle est également équipée du matériel pour une activité de soins esthétiques.



*Une chambre de l'unité pour adolescents*



*La salle d'eau attenante*

Quatre salles sont équipées pour des activités : une cuisine thérapeutique, une salle d'activités physiques comportant une table de ping-pong, un vélo elliptique, un sac de frappe, et un petit billard, une salle d'activités artistiques, une salle de télévision avec, outre le téléviseur, un baby-foot et une PS4. Outre leur mobilier spécifique, ces salles disposent toutes de chaises et de chauffeuses.

A l'arrière du bâtiment une terrasse couverte donne sur un terrain où a été aménagé un espace multisport enclos.





*Salle d'activités physiques*



*Salle d'activités artistiques*



*Terrasse*



*Terrain de sport*

L'unité dispose de deux véhicules l'un de neuf places, l'autre de cinq, suffisants pour organiser les sorties.

Le budget alloué pour les activités est jugé suffisant par les responsables de l'unité.

## **9.2 LE SOUCI D'EFFICACITE THERAPEUTIQUE DE LA PRISE EN CHARGE SE CONJUGUE AVEC CELUI DU RESPECT DES DROITS D'UN ADOLESCENT**

En principe, toutes les pathologies peuvent être prises en charge mais, selon les interlocuteurs rencontrés, aucun des patients ne présente de trouble du spectre autistique.

L'hospitalisation à temps plein a pour objectif de traiter une situation de crise ou bien d'évaluer et diagnostiquer des troubles psychopathologiques divers et de mettre en place un traitement. La durée d'hospitalisation minimale est de 15 jours. L'hospitalisation de nuit, qui fait nécessairement suite à une hospitalisation temps plein, permet la mise en place d'un projet de sortie avec une resocialisation progressive.

Chaque semaine, la situation de chaque adolescent est examinée dans le cadre d'une réunion pluridisciplinaire à laquelle participent médecin, psychologue, cadre et infirmiers, éducateurs et assistant de service social ; le médecin ou le psychologue du CMP qui suit le patient peuvent y participer par visioconférence. Le projet de soins individuel est alors réévalué, le cas échéant la

sortie organisée. Dans la mesure du possible, les parents sont associés, ou les détenteurs de l'autorité parentale, ils s'engagent à l'admission à participer aux « *diverses réunions de travail visant à assurer la continuité des soins* ».

Tous les adolescents ont des entretiens avec la psychologue.

Des activités, thérapeutiques ou occupationnelles sont conduites chaque jour pour chaque patient, individuelles ou en groupe, toujours encadrées éventuellement avec un intervenant extérieur. Lors de la visite, les sorties extérieurs étaient limitées en raison des mesures de confinement. Un soutien scolaire peut-être maintenu, parfois en lien avec l'établissement scolaire fréquenté, une heure par semaine y est consacrée. Mais le maintien d'une scolarisation est incompatible avec le besoin de temps pour le soin.

### 9.2.1 Les règles de vie

Les locaux de l'unité sont fermés, les patients ne peuvent en sortir qu'accompagnés. Le patio central est d'accès libre dans la journée. En revanche l'accès à la terrasse et au terrain de sport n'est pas non plus libre.

Les communications par téléphone sont autorisées de 13h à 14h30 exceptionnellement en dehors de ce créneau. Les adolescents récupèrent pour ce faire leur téléphone sans le chargeur. Un nombre important de patients n'ont pas de téléphone ou bien n'y ont pas accès, le mandat de protection le spécifiant ce qui est exceptionnel. Un téléphone est installé dans une cabine qui permet aux patients de passer et recevoir des appels en toute confidentialité.

Les visites – d'une durée maximale d'une heure – sont autorisées, sous réserve d'agrément du médecin, les mercredis de 14h à 18h et les dimanches de 9h à 12h.

Pour des raisons de sécurité, les visiteurs doivent informer l'équipe soignante de leur présence dans l'unité.

Les patients qui disposent d'une autorisation parentale (qui précise le nombre de cigarettes quotidiennes dans la limite de six) peuvent fumer, quel que soit leur âge. Un travail d'éducation sur le rôle et les effets du tabac est conduit. En pratique, les adolescents de 13 à 14 ans ne fument pas. Le tabac est fumé à l'extérieur, dans le patio.

Les repas, livrés par l'hôpital général, sont pris dans un réfectoire meublé de petites tables où peuvent prendre place deux ou trois personnes. Le menu de la semaine est affiché. Outre les menus médicaux les patients peuvent faire valoir leurs goûts en mentionnant leur aversion pour certains mets. Un goûter est servi en plus des trois repas principaux. Les soignants qui le peuvent prennent le repas avec les adolescents.

Le vendredi est organisé un repas thérapeutique cuisiné par la moitié des patients présents, les autres assurent la décoration.

### 9.2.2 Les pratiques d'isolement

La chambre d'isolement de l'unité, à double accès, est contiguë au poste de soins. C'est une pièce aveugle, meublée du seul lit scellé au sol et équipée de WC. Aucun point d'eau n'est à la disposition de l'occupant. Une horloge est accrochée au-dessus de l'une des portes, visible depuis le lit. La surveillance est possible par un œilleton sur la porte.

Le médecin responsable de l'unité, suivi en cela par l'équipe soignante, refuse l'utilisation de l'isolement. Aucun patient n'a été isolé depuis juillet 2020. Un projet de « chambre de réassurance » est en cours de réflexion.

### RECOMMANDATION 19

Le projet d'aménagement d'une « chambre de réassurance » dans l'unité de pédopsychiatrie doit rapidement être mis en œuvre.

## 10. CONCLUSION

« Affirmer et assurer la primauté de la personne » constitue l'un des axes du projet associatif. Il imprègne les procédures et les comportements du personnel, à tous les niveaux rencontrés, soignants comme administratifs.

Les patients sont correctement informés de leur statut d'admission et de ses conséquences juridiques mais la procédure d'information mériterait d'être formalisée. Les professionnels des deux services d'urgence, s'efforcent d'éviter l'hospitalisation et à tout le moins d'écarter l'admission sous le mode du péril imminent par une recherche intensive de tiers demander pour demander l'admission et d'évaluation approfondie.

Le patient est également pris en considération dans sa personne et sa citoyenneté : la confidentialité sur la présence est respectée ; la personne de confiance est désignée et prévenue de sa désignation ce qui est rare ; la protection juridique est organisée avec cette bonne pratique que le coût de l'expertise psychiatrique pour le placement sous protection juridique est pris en charge par le conseil départemental ; l'accès au vote, à l'exercice d'un culte sont assurés.

Pour autant, il a été constaté que ces pratiques ne préservent pas les patients des atteintes à leurs droits qui résultent de l'organisation de l'offre de soins arrêtée par l'ASM.

Celle-ci a fait le choix de réunir dans une seule et même unité tous les patients en soins sans consentement dont elle a la charge quel que soit leur secteur psychiatrique d'appartenance. Les effets négatifs de cette répartition sont multiples : transport des patients depuis les services d'urgence dans des conditions pénibles, avec le recours fréquent à la sédation et à la contention, en outre sur un long trajet lorsqu'il s'agit des urgences de Narbonne. Les visites sont compliquées pour les familles éloignées. Le lien avec les équipes de secteur est, en pratique, difficile à établir ce qui pèse sur l'organisation de la sortie. La charge de travail de gestion administrative des procédures est concentrée sur une seule équipe médico-soignante, puisque les autres unités de l'ASM ne reçoivent que des patients en soins libres ; le poids de cette charge est aggravé par le déficit de médecins, déficit que l'établissement peine davantage à combler dans cette unité, peu prisée par les psychiatres, que dans les autres.

Les règles de fonctionnement des trois ailes de cette unité sont particulièrement contraignantes. En premier lieu ces trois ailes sont fermées au motif qu'elles accueillent des patients en soins sans consentement ; cette association du statut légal d'admission à l'enfermement traduit une mécompréhension de la portée de ce statut. L'accès au téléphone ou au tabac est limité, la liberté d'aller et venir ne s'exerce qu'à l'intérieur de l'unité et même que d'une partie de l'unité pour les trois quarts des patients qui n'ont pas libre accès à leur chambre dans la journée. Ces contraintes, en tant qu'elles sont générales et non justifiées individuellement par l'état clinique des patients auxquelles elles s'appliquent, sont autant d'atteintes aux droits fondamentaux de chacun d'entre eux.

La disposition des locaux rend plus pénible encore l'enfermement imposé : si ceux-ci sont respectueux du confort individuel en offrant des chambres agréables, correctement entretenues et dotées de sanitaires personnels, les espaces collectifs sont réduits, pour chaque aile, à deux pièces contiguës : une « petite » salle de télévision-baby-foot mais où ni l'une ni l'autre ne servent et une « plus grande » salle de vie-réfectoire-activités-salon-des-familles et de télévision, bruyante. Il s'ensuit une promiscuité constante, avec une impossibilité, pour un patient, de trouver un endroit apaisant ou calme.

Le droit à des soins de qualité est mis en péril en raison de la faiblesse de l'effectif médical et ce tant du point de vue de sa présence que de sa composition puisqu'il est souvent recouru à des praticiens en contrats courts qui ne peuvent assurer le suivi des patients. L'effectif des équipes de soignants est également fort bas avec deux infirmiers, et parfois un aide-soignant, pour douze ou dix-neuf patients par roulement. Les soignants sont très occupés par les procédures de soins sans consentement, les arrivées ou les transferts depuis l'aile d'admission, la distribution des traitements, la gestion des contraintes (tabac, téléphone, accompagnements hors de l'unité). L'infirmier est souvent perçu comme le gendarme plutôt que le soignant quelle que soit sa bienveillance.

Enfin les mesures d'isolement sont réalisées dans des conditions matérielles portant atteinte au droit à l'intimité et à la dignité, notamment par le recours à une vidéosurveillance, et dans une proportion que nul n'est capable de quantifier de façon fiable, de sorte que toute réflexion collective sur les pratiques d'isolement est impossible faute d'outil d'observation.

L'établissement affirme s'interroger depuis plusieurs années sur la pertinence de son organisation de la prise en charge des patients en soins sans consentement, il serait souhaitable qu'une réflexion soit rapidement conduite, notamment au regard des atteintes aux droits des patients en soins sans consentement que l'organisation actuelle induit.

