



---

## Rapport de visite :

29 mars au 2 avril 2021 – 3<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier

Ariège-Couserans à Saint-Lizier

*(Ariège)*



## SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a effectué avec cinq autres contrôleurs une visite annoncée du centre hospitalier Ariège-Couserans (CHAC) dans le département de l'Ariège du 29 mars au 2 avril 2021. Il s'agissait d'une troisième visite après deux contrôles réalisés du 18 au 20 octobre 2011 et du 7 au 11 septembre 2015.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 5 octobre 2021 au directeur du centre hospitalier, au préfet de l'Ariège, au président du tribunal judiciaire de Foix, au procureur de la République près ce même tribunal et à l'agence régionale de santé Occitanie. La présidente et le procureur de la république près le tribunal judiciaire de Foix et le directeur de l'établissement ont émis des observations respectivement par courrier en date du 4 et du 10 novembre 2021, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

L'hôpital situé à Saint-Girons, constitué de pavillons bâtis sur un site naturel verdoyant, est le résultat de la fusion, en 1995, de l'hôpital psychiatrique départemental et de l'hôpital général. L'établissement exerce des missions multiples sanitaires et médico-sociales. Il est membre du groupement hospitalier de territoire des Pyrénées Ariégeoises qui réunit quatre hôpitaux.

Le CHAC dispose de 439 lits répartis dans les quatre pôles cliniques.

Les soins psychiatriques sans consentement se déroulent dans une unité psychiatrique de soins intensifs, deux unités d'admissions psychiatriques (UAPA et UAPB), une unité de réadaptation psychiatrique (URP) ainsi qu'une unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Le CHAC existe depuis 1669 et l'établissement est quelque peu vieillissant. Il est nécessaire d'entreprendre des travaux de rénovation et une partie importante du mobilier nécessite d'être renouvelé au sein des unités de psychiatrie adulte afin d'améliorer la qualité d'hébergement des patients. L'établissement se trouve confronté à une pénurie de psychiatres comme de généralistes, accentuée par une absence de dynamique des ressources humaines et un dialogue managérial difficile.

Les procédures d'isolement ne sont pas toujours conformes à la loi, ni l'information du patient ni le recours à la contention.

De nombreuses recommandations concernant la procédure d'isolement faite lors du contrôle de 2015 n'ont pas été prises en compte à l'exception de celles émises sur l'unité Esquirol, spécialisée dans la prise en charge des enfants et adolescents, qui a fait l'objet d'une importante rénovation. Des cinquante recommandations formulées lors de la visite du CGLPL du 29 mars au 2 avril 2021, seules douze ont été prises en compte au 10 novembre 2021.

## 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 ..... 53**

La possibilité offerte aux patients de prendre leurs repas dans leur chambre lorsqu'ils en ressentent le besoin est une bonne pratique.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 60**

La correspondance entre les horaires des professionnels et les horaires de fonctionnement des unités favorise la présence auprès des patients.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 64**

Le programme d'éducation thérapeutique de l'unité d'admission psychiatrique B, dont la structure diversifiée répond aux difficultés psychiques, sensorielles et sociales des patients contribue à la qualité de leur réhabilitation. Ce modèle pourrait être proposé à l'ensemble des patients de psychiatrie de l'établissement qui en auraient l'indication.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 88**

Une consultation post-carcérale non sectorisée au centre médico-psychologique de Foix facilite la continuité des soins engagés pendant l'incarcération.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 18**

Les dotations affectées aux soins de psychiatrie doivent être réservées aux besoins de la psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 19**

L'établissement doit mettre en œuvre une politique de ressources humaines permettant d'attirer et de fidéliser de nouveaux praticiens hospitaliers.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 21**

Tout infirmier recruté dans un service de psychiatrie doit pouvoir suivre, rapidement après son embauche, en formation continue un cursus sur le thème de la psychopathologie et une formation sur les droits fondamentaux.

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

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit s'effectuer dans le cadre de la loi qui les définit assez clairement.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 24**

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux droits généraux des patients doivent être mis à leur disposition. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.  
L'établissement doit disposer d'un règlement intérieur général, systématiquement remis aux personnes hospitalisées.

<b>RECOMMANDATION 6 .....</b>	<b>25</b>
<p>Les certificats médicaux conditionnant l'admission des patients doivent leur être remis.                  Les documents notifiant les droits et les voies de recours des patients doivent être facilement lisibles.                  Les coordonnées complètes des institutions pouvant être saisies doivent être renseignées.</p>	
<b>RECOMMANDATION 7 .....</b>	<b>27</b>
<p>Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une mobilisation des soignants qui doivent pour cela être dûment sensibilisés et formés.                  La personne de confiance désignée doit être contactée systématiquement afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmé par écrit.</p>	
<b>RECOMMANDATION 8 .....</b>	<b>28</b>
<p>Des dispositions doivent être prises pour permettre aux patients de pratiquer le culte de leur choix.                  La liste des aumôniers disponibles dans l'établissement doit par exemple être mise à jour et affichée dans les unités, et une salle multi-culturelle aménagée.</p>	
<b>RECOMMANDATION 9 .....</b>	<b>30</b>
<p>Des mesures doivent être prises pour rendre effectif le droit à la confidentialité sur la présence. Les soignants doivent y être sensibilisés et le mentionner aux patients lors de leur admission. L'affichage dans les unités de notes à ce sujet est susceptible de constituer une solution complémentaire.</p>	
<b>RECOMMANDATION 10 .....</b>	<b>34</b>
<p>Il doit être mis fin à la pratique dite des « <i>programmes de soins hospitaliers</i> » qui n'est pas conforme aux dispositions de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, sans que soient abandonnés les aménagements de l'hospitalisation complète rendus possibles par l'article L. 3211-11-1 du même code.</p>	
<b>RECOMMANDATION 11 .....</b>	<b>36</b>
<p>L'établissement n'ayant toujours tenu aucun compte de l'existence de la loi du 27 septembre 2013 dans ses procédures d'information, il est nécessaire de mettre à jour le document interne relatif aux procédures et à la mise en œuvre des soins psychiatriques sans consentement, ainsi que l'a recommandé le CGLPL dans son rapport de visite de septembre 2015.</p>	
<b>RECOMMANDATION 12 .....</b>	<b>40</b>
<p>Le respect des droits des patients nécessite qu'un dialogue s'instaure, entre la juridiction et l'établissement de santé, dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun.</p>	
<b>RECOMMANDATION 13 .....</b>	<b>46</b>
<p>L'information sur la manière d'obtenir un code individuel de connexion au Wi-Fi public de l'établissement doit être portée à la connaissance des patients de psychiatrie et de leurs soignants.</p>	
<b>RECOMMANDATION 14 .....</b>	<b>53</b>
<p>L'ensemble des locaux accueillant les patients doit être maintenu en bon état d'hygiène, d'entretien et de sécurité.</p>	
<b>RECOMMANDATION 15 .....</b>	<b>55</b>
<p>Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation variée, en quantité suffisante, tenant compte de leur âge, de leur état de santé et de leur condition physique, dans l'ambiance de partage et de convivialité que doit représenter un repas pour des personnes privées de liberté.</p>	

- RECOMMANDATION 16** ..... 56
- Les soignants des urgences doivent bénéficier de formations spécifiques s’agissant des lois qui encadrent les mesures de soins sans consentement et des droits fondamentaux des patients en psychiatrie.
- RECOMMANDATION 17** ..... 57
- La prise en charge urgente des patients à présentation psychiatrique doit s’effectuer de manière optimale dans une zone du service séparée de celle des urgences générales et réservée à la psychiatrie.
- RECOMMANDATION 18** ..... 59
- L’évaluation des patients à présentation psychiatrique dans le service des urgences doit permettre d’éliminer un diagnostic somatique, notamment neurologique ou mettant en jeu le pronostic vital, avant toute orientation en service de psychiatrie.
- RECOMMANDATION 19** ..... 60
- Les patients doivent bénéficier, dans chaque unité, de la présence de médecins psychiatres titulaires d’une qualification ordinale en psychiatrie, en nombre suffisant pour assurer une permanence de soins de qualité.
- RECOMMANDATION 20** ..... 60
- Les patients doivent bénéficier dans chaque unité d’un accès à des entretiens avec un psychologue, afin de poursuivre la psychothérapie débutée préalablement dans leur parcours de soin ambulatoire et hospitalier ou de s’inscrire dans ce type de soin s’il est prescrit.
- RECOMMANDATION 21** ..... 62
- Une réflexion associant la direction de l’établissement, les représentants de la communauté médicale et soignante, les représentants des usagers, le conseil départemental et l’agence régionale de santé de la région Occitanie doit être menée s’agissant du constat et de la mise en œuvre de solutions, pour pallier l’insuffisance marquée de structures médico-sociales pour l’accueil de patients le nécessitant, à leur sortie d’hospitalisation.
- RECOMMANDATION 22** ..... 63
- Un financement spécifique de l’achat de matériel pour la réalisation d’activités occupationnelles formalisées et l’organisation d’espaces adaptés et spécifiques pour les réaliser doivent être mis en œuvre pour en assurer l’accès équitable aux patients de toutes les unités.
- RECOMMANDATION 23** ..... 65
- Les patients doivent bénéficier d’un accès continu à des médecins généralistes en nombre suffisant pour répondre sans retard aux nécessités de diagnostic, de suivi et de traitement de leurs pathologies somatiques
- RECOMMANDATION 24** ..... 66
- L’établissement doit se doter d’un matériel et de logiciels informatiques efficaces qui préviennent la perte d’un temps médical précieux, au service des patients.
- RECOMMANDATION 25** ..... 67
- L’établissement doit proposer des consultations d’odontologie, un accès à des soins kinésithérapeutiques équivalent à celui de la population générale et des consultations d’addictologie auprès d’un personnel spécifiquement formé.
- RECOMMANDATION 26** ..... 68
- Les équipes pluriprofessionnelles doivent bénéficier de la mise en œuvre d’évaluation de leurs pratiques professionnelles s’agissant des soins somatiques en psychiatrie.

**RECOMMANDATION 27 ..... 68**

Les patients doivent bénéficier d'une administration des traitements pharmacologiques sous forme de gouttes dans des gobelets jetables à usage unique, dans le respect des règles de bonne pratique de l'hygiène et de la prévention des risques de contamination infectieuse.

**RECOMMANDATION 28 ..... 69**

L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « *si besoin* » est à proscrire.

**RECOMMANDATION 29 ..... 72**

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un double accès, d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. Leur conception immobilière et mobilière doit être de nature à réduire le risque de mise en danger du patient et d'autrui.

**RECOMMANDATION 30 ..... 74**

Le matériel de contention doit faire l'objet d'un contrôle régulier en vue d'écarter celui qui fonctionne mal et son rangement doit permettre un usage aisé et immédiat. Aucun de ses éléments ne doit être maintenu en permanence sur le lit d'un patient isolé mais non contenu. Le personnel soignant doit être formé à sa pose.

**RECOMMANDATION 31 ..... 75**

L'établissement doit définir une politique de recours à l'isolement et à la contention conforme aux textes en vigueur et les moyens de la mettre en œuvre.

**RECOMMANDATION 32 ..... 77**

L'isolement, et *a fortiori* la contention, ne doivent être mis en œuvre que dans des chambres spécifiques.

**RECOMMANDATION 33 ..... 78**

Le port du pyjama en chambre d'isolement, ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.

**RECOMMANDATION 34 ..... 84**

L'Education nationale doit organiser la présence d'un enseignant pour assurer la prise en charge scolaire des enfants hospitalisés dans l'unité Esquirol.

**RECOMMANDATION 35 ..... 87**

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés en santé mentale avec des adultes. Dans tous les cas leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

**RECOMMANDATION 36 ..... 89**

L'offre de soin de l'UHSA doit permettre aux patients détenus d'avoir accès aux soins spécialisés adaptés.

**RECOMMANDATION 37 ..... 90**

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention pendant le transport puis sur son placement en isolement pendant le séjour.

Il doit bénéficier pendant tout son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement, notamment à des soins dispensés pendant la période de stabilisation requise par son état clinique.

Il convient de rédiger un protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues : le transfert, l'admission et le séjour des patients détenus doivent être organisés en amont avec toutes les parties prenantes afin de leur garantir l'accès à l'ensemble de leurs droits.

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

### **RECO PRISE EN COMPTE 1..... 31**

Le livret d'accueil de l'établissement doit mentionner les missions et les modalités de saisine de la commission départementale des soins psychiatriques.

### **RECO PRISE EN COMPTE 2..... 38**

Le choix de recourir à la visioconférence porte atteinte au droit de la défense, au « droit de saisir un juge et de lui présenter, en personne, [ses] arguments et moyens de défense ». Le droit d'accès au juge doit s'exercer en sa présence, de manière directe et personnelle, sans écran ni dispositif de séparation. Les audiences foraines du juge des libertés et de la détention doivent pouvoir reprendre rapidement au sein du CHAC, malgré la crise sanitaire, comme cela se pratique dans les autres établissements de santé.

### **RECO PRISE EN COMPTE 3..... 43**

La dynamique d'ouverture des unités et du site doit être préservée, et le projet de « sécurité périmétrique » abandonné.

### **RECO PRISE EN COMPTE 4..... 47**

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle concernant les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

### **RECO PRISE EN COMPTE 5..... 49**

Les patients doivent bénéficier de matelas dignes et compatibles avec des lits d'hospitalisation, de tout matériel médical nécessaire à la prise en charge de leurs pathologies somatiques et de leurs handicaps et un défibrillateur doit équiper chaque unité de soins.

### **RECO PRISE EN COMPTE 6..... 50**

Des travaux de réfection doivent être programmés et une partie du mobilier renouvelée afin de préserver la qualité d'hébergement des patients accueillis dans les unités de psychiatrie adultes.

### **RECO PRISE EN COMPTE 7..... 57**

Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier d'un bilan sanguin initial systématique lors de leur prise en charge dans le service des urgences.

### **RECO PRISE EN COMPTE 8..... 58**

Les patients doivent signer l'inventaire de leurs effets personnels et en recevoir une copie.

### **RECO PRISE EN COMPTE 9..... 61**

Les patients qui présentent une situation clinique de suicidalité doivent bénéficier dans chaque unité, de pyjamas déchirables et de couvertures de sécurité, en cas de prescription médicale d'une surveillance spécifique pour la prévention d'un risque suicidaire.

**RECO PRISE EN COMPTE 10..... 61**

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie et les partenariats avec des patients médiateurs pairs, qui contribuent au processus d'alliance thérapeutique élaboré entre les patients et les équipes de soins, doivent être mis en œuvre et généralisés à l'ensemble des unités.

**RECO PRISE EN COMPTE 11..... 62**

Les patients doivent pouvoir recevoir une information éclairée s'agissant du droit d'accès à la lecture et à la copie de leur dossier médical, auprès de soignants tous informés de la procédure légale.

**RECO PRISE EN COMPTE 12..... 80**

L'établissement doit se doter d'un registre de l'isolement et de la contention permettant non seulement, que soit tracées l'ensemble des décisions prises en temps réel mais aussi d'analyser les pratiques en la matière et de conduire sa propre politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention.

**RECO PRISE EN COMPTE 13..... 81**

Les patients de gérontopsychiatrie doivent bénéficier d'un dispositif de soins hospitaliers à temps complet spécifique et animé par des soignants formés aux particularités de la prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles mentaux.



## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA SECONDE VISITE</b> .....	<b>14</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>17</b>
3.1 Le centre hospitalier Ariège-Couserans, implanté en territoire rural, assure l'hospitalisation de tous les patients en soins sans consentement du département .....	17
3.2 Une partie du budget spécifique de la psychiatrie est détournée par les soins de médecine, obstétrique et chirurgie, ce qui nuit à la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux .....	17
3.3 La politique de ressources humaines ne favorise ni le recrutement ni le maintien dans l'emploi des différentes catégories socio-professionnelles .....	18
3.4 La proportion de procédures de placement en soins sans consentement avec un seul certificat médical est supérieure à la moyenne nationale .....	21
3.5 Le comité d'éthique existe mais mériterait d'être dynamisé .....	22
<b>4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> ....	<b>24</b>
4.1 Les patients admis en soins sans consentement ont accès aux informations relatives à leur hospitalisation mais pas à celles portant sur le fonctionnement général de l'établissement .....	24
4.2 La procédure de suivi des événements indésirables est incomplète et mal cernée dans le temps .....	26
4.3 Le dispositif de la personne de confiance est méconnu et sous-utilisé .....	27
4.4 Le droit de vote des patients n'est envisagé qu'à <i>minima</i> , en période électorale .....	27
4.5 L'accès des patients au culte de leur choix n'est pas facilité .....	28
4.6 Les patients nécessitant une protection juridique sont majoritairement bien identifiés et pris en charge .....	29
4.7 Le droit à la confidentialité sur la présence n'est connu ni des patients ni des soignants .....	30
<b>5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>31</b>
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques qui répond insuffisamment à sa mission en période de pandémie, ne fait pas l'objet d'une information écrite des patients.....	31
5.2 Les registres de la loi sont bien tenus .....	32
5.3 Les sorties sont favorisées dès que l'état clinique du patient le permet.....	32
5.4 Le contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement n'est pas satisfaisant, malgré les efforts réalisés par le centre hospitalier et le contrôle rigoureux du juge des libertés et de la détention.....	35

<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>42</b>
6.1 La liberté d’aller et venir des patients est la règle, sa restriction l’exception....	42
6.2 Les restrictions de liberté sont limitées à celles inhérentes à l’hospitalisation .	44
6.3 Les communications avec l’extérieur sont aisées sauf en ce qui concerne l’accès au wifi .....	44
6.4 Sans être niée, la vie sexuelle des patients n’est pas abordée institutionnellement .....	46
<b>7. LES CONDITIONS DE VIE .....</b>	<b>48</b>
7.1 Les conditions d’hébergement favorisent l’autonomie et le respect de l’intimité des patients mais les locaux sont vieillissants .....	48
7.2 L’hygiène des patients est assurée mais celle des locaux n’est pas satisfaisante .....	52
7.3 Les patients ont facilement accès à leurs biens .....	53
7.4 L’offre alimentaire est de qualité mais les quantités servies doivent être ajustées .....	53
<b>8. L’ACCES AUX SOINS.....</b>	<b>56</b>
8.1 Le service des urgences de l’établissement ne dispose d’aucun espace spécifique pour l’accueil des patients à présentation psychiatrique et des orientations inadéquates de patients sont effectuées vers les services de psychiatrie.....	56
8.2 La pénurie et le <i>turn-over</i> des médecins psychiatres permettent difficilement une vie institutionnelle sereine dans les unités .....	59
8.3 La pénurie de médecins généralistes dans les services de psychiatrie et de consultation de spécialités ne permet pas de répondre de façon adaptée aux besoins de soins somatiques des patients .....	64
8.4 Des pratiques de prescriptions « si besoin » de traitements psychotropes injectables et des administrations systématiques de traitements sous forme buvable en gobelet lavés et réutilisés ont été observées.....	68
<b>9. L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>70</b>
9.1 Les conditions d’isolement et de contention sont indignes .....	70
9.2 Les mesures d’isolement et de contention interviennent aussi dans des lieux non dédiés et ne sont pas systématiquement un « dernier recours » .....	74
9.3 Le registre d’isolement et de contention, inexploitable, ne permet ni d’analyser les pratiques ni d’asseoir une politique de réduction du recours à l’isolement et à la contention .....	79
<b>10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>81</b>
10.1 L’établissement ne dispose d’aucune offre de soin spécifique ni d’aucune unité d’accueil réservée aux patients de gérontopsychiatrie .....	81
10.2 La prise en charge spécialisée des enfants et adolescents est marquée par la mise en activité thérapeutique mais souffre de l’absence de dispositif scolaire .....	81
10.3 Les 16/18 ans sont pris en charge avec les adultes .....	86

10.4 Les personnes détenues sont placées systématiquement en isolement à l'upsu et n'ont pas accès à leurs droits .....	88
<b>11. CONCLUSION.....</b>	<b>92</b>

---

# Rapport

## Contrôleurs :

- Dominique Simonnot, Contrôleure générale ;
- Maud Dayet, cheffe de mission ;
- Augustin Laborde ;
- Estelle Royer ;
- Julien Starkman ;
- Fabienne Viton.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, la Contrôleure générale et cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Ariège-Couserans (CHAC) dans le département de l'Ariège du 29 mars au 2 avril 2021. Il s'agissait de la troisième visite, la première ayant eu lieu du 18 au 20 octobre 2011, la deuxième du 7 au 11 septembre 2015.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 29 mars à 14h00 et l'ont quitté le 2 avril à 12h00. Le directeur de l'établissement avait été avisé de la visite par la cheffe de mission le 29 mars en milieu de matinée, afin de permettre l'organisation d'une réunion de présentation dès l'arrivée des contrôleurs.

Une salle de travail a été mise à leur disposition. Des affichettes, à destination des patients et du personnel, informant de la possibilité de s'entretenir avec les contrôleurs ont 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 directeur de l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie, le directeur de cabinet du préfet de l'Ariège, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Foix (Ariège) ainsi que le procureur de la République près ce même tribunal ont été informés de leur présence par courriel.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la présence des contrôleurs, ont sollicité un entretien avec les contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 2 avril 2021, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 5 octobre 2021 au directeur du centre hospitalier, au préfet de l'Ariège, au président du tribunal judiciaire de Foix, au procureur de la République près ce tribunal et à l'agence régionale de santé Occitanie, afin de leur

permettre de faire valoir leurs observations, dans le cadre d'une procédure contradictoire de quatre semaines.

La Présidente et le Procureur de la République et le directeur de l'établissement ont adressé un courrier de réponse en date du 4 et du 12 novembre 2021 et leurs observations ont été intégrés dans le rapport de visite. Les éléments de cette réponse sont repris dans le présent rapport définitif à la suite des recommandations concernées.

## 2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA SECONDE VISITE

N°	BONNES PRATIQUES	ETAT EN 2021
1	<i>L'anonymat des patients peut, à la demande, être organisé par le bureau des entrées (cf. § 3.3).</i>	Le droit des personnes d'être hospitalisé de manière confidentielle semble ignoré des patients eux-mêmes et des soignants malgré le paragraphe explicatif dans le livret d'accueil (cf. § 4.7).
2	<i>Comparativement à 2011, le fonctionnement de la commission départementale des soins psychiatrique s'est largement amélioré, qualitativement et quantitativement. La pratique de l'affichage des dates de commission est suffisamment rare pour être soulignée (cf. § 3.10.5).</i>	La CDSP fonctionne de façon satisfaisante en 2021 (cf. § 5.1.1).
3	<i>Les patients possèdent la clé de leur chambre dans les unités ouvertes (cf. § 4.2.2 et 4.2.3).</i>	Pratique toujours observée (cf. § 7.1.1).
4	<i>La mise en isolement et la contention font désormais l'objet de protocoles (cf. § 4.4.2).</i>	Un protocole existe depuis 2016 mais il n'est pas connu des soignants (cf. § 9.2).
N°	RECOMMANDATIONS	ETAT EN 2021
1	<i>L'absence de transports en commun pour la desserte de l'établissement, déjà constatée en 2011, reste problématique.</i>	La ligne de bus 457 le dessert au départ de Saint-Girons 3 à 4 fois par jour (suivant la période de l'année) le CHAC.
2	<i>Le pourcentage des mesures de soins sans consentement prises sur la base de l'article L 3212-1 (péril imminent) par rapport à la totalité des décisions du chef d'établissement est trop important ; il convient de mieux rechercher les tiers susceptibles d'effectuer une demande d'hospitalisation (cf. § 2.5).</i>	Etat inchangé (cf. § 3.4)
3	<i>L'information générale des patients doit être améliorée : le règlement intérieur de l'établissement n'est pas à jour, le livret d'accueil de l'établissement ne fait que peu de place à la psychiatrie, le formulaire « Information au</i>	Etat inchangé, il n'existe pas de règlement intérieur général (cf. § 4.1.1).

	<i>patient de l'hospitalisation sous contrainte » est confus et incomplet (cf. § 3.2).</i>	
4	<i>Les procédures d'information des patients doivent faire l'objet d'un protocole (cf. § 3.2).</i>	L'information générale des patients est toujours largement insuffisante néanmoins celle concernant les droits spécifiques des patients s'est beaucoup améliorée. (cf. § 4.1).
5	<i>Un écrit, qui respecterait l'anonymat des participants, pourrait être systématiquement rédigé à l'issue des réunions du comité d'éthique, afin que l'ensemble du personnel de l'hôpital puisse prendre connaissance des sujets traités. (cf. § 3.4).</i>	Etat inchangé (cf. § 3.5).
6	<i>La procédure interne, dans son chapitre relatif à l'intervention du JLD, est obsolète ; il est nécessaire de la mettre à jour (cf. §3.10.1.1).</i>	Etat inchangé (cf. § 5.3.4).
7	<i>L'établissement doit veiller à ce que le programme de soins corresponde aux termes et à l'esprit de l'article L3211-2-1 du code de la santé publique : soins ambulatoires, soins à domicile ou, le cas échéant, hospitalisation à domicile et séjours à temps partiel ou de courte durée à temps complet effectués dans l'établissement (cf. § 3.10.3).</i>	Etat inchangé (cf. § 5.3.2).
8	<i>En 2011, il avait été demandé que l'accès de la cafétéria soit possible pour les personnes à mobilité réduite ; en 2015, l'absence d'entretien du bâtiment rend le lieu de plus en plus inhospitalier, voire insalubre ; des travaux doivent être effectués (cf. § 4.14.1).</i>	Etat inchangé (cf. § 7.1.2).
9	<i>Il est particulièrement attentatoire à la dignité d'une personne, qu'un patient placé en chambre d'isolement au sein de l'USIP, n'ait d'autre commodité qu'un seau hygiénique au sol, alors même que la chambre possède une salle d'eau (cf. § 4.2.2).</i>	Etat inchangé (cf. § 9.1.1).
10	<i>Il est inapproprié pour la sécurité des interventions du personnel que les chambres d'isolement ne possèdent qu'une seule issue (cf. § 4.2.2).</i>	Etat inchangé (cf. § 9.1.1).
11	<i>Les locaux de l'unité d'hospitalisation complète des enfants et adolescents doivent impérativement faire l'objet d'une réfection totale (cf. § 4.2.11.2).</i>	Cette unité a fait l'objet d'une rénovation complète et

		ses locaux sont désormais satisfaisants (cf. § 10.2.1)
12	<i>Les menus proposés aux enfants hospitalisés en pédopsychiatrie doivent être adaptés à leurs besoins énergétiques, diététiques et gustatifs (cf. § 4.2.11.5).</i>	Cette problématique existe toujours et elle s'est étendue à l'ensemble des unités. (cf. § 7.4).
13	<i>La mise en isolement et la contention doivent donner lieu à la tenue d'un registre et à une traçabilité globale.</i>	Le registre est toujours inexploitable (cf. § 9.3).
14	<i>Le recours à une prescription de contention « si besoin » doit être proscrit (cf. § 4.4.2).</i>	Etat inchangé (cf. § 8.4).
15	<i>Les personnes détenues ne devraient pas, pour ce seul motif, être placées à l'isolement au-delà d'une éventuelle période d'observation : ainsi que le prescrit l'article L3211-3 CSP, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.</i>	Constat toujours d'actualité (cf. § 10.4).



### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 LE CENTRE HOSPITALIER ARIEGE-COUSERANS, IMPLANTE EN TERRITOIRE RURAL, ASSURE L'HOSPITALISATION DE TOUS LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DU DEPARTEMENT

En 2019, le CHAC a fêté les cinquante ans du déménagement de la psychiatrie sur le site de Rozès (commune de Saint-Lizier), adresse actuelle de l'établissement. Il s'agit d'un établissement public de santé dont le siège social est situé à Saint-Girons, sous-préfecture du département de l'Ariège. Les pavillons d'hospitalisation bénéficient d'une implantation dans un site naturel verdoyant, sur les contreforts des Pyrénées et s'organisent autour d'une route circulaire qui les relie. Fruit de la fusion, en 1995, de l'hôpital psychiatrique départemental et de l'hôpital général, le CHAC exerce des missions multiples, sanitaires et médico-sociales :

- hôpital psychiatrique départemental ;
- hôpital général de proximité pour les spécialités somatiques et de réadaptation ;
- hébergement et prises en charge en secteur médico-social.

Le CHAC est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Pyrénées Ariégeoises qui réunit, en sus, trois établissements de santé :

- le centre hospitalier intercommunal des vallées de l'Ariège (CHIVA), établissement support du GHT ;
- le centre hospitalier de Tarascon-sur-Ariège (hôpital Jules Rousse) ;
- le centre hospitalier d'Ax-les-Thermes (hôpital Saint-Louis).

Les activités de soins et d'hébergement sont organisées au sein de quatre pôles cliniques :

- la psychiatrie générale ;
- la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- l'hospitalisation en service de soins somatiques ;
- la gériatrie et la réadaptation ;

et d'un pôle « prestation médico logistiques ».

La capacité représente 439 lits et places.

Sur l'emprise de l'établissement sont situés pour les soins psychiatriques sans consentement :

- l'unité psychiatrique de soins intensifs ;
- deux unités d'admissions psychiatriques (UAPA et UAPB) ;
- l'unité de réadaptation psychiatrique (URP) ;
- l'unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (unité Esquirol) ;
- l'unité d'activité transversale thérapeutique (UATT).

#### 3.2 UNE PARTIE DU BUDGET SPECIFIQUE DE LA PSYCHIATRIE EST DETOURNE PAR LES SOINS DE MEDECINE, OBSTETRIQUE ET CHIRURGIE, CE QUI NUIT A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES MENTAUX

29 des 63 millions d'euros de budget de l'établissement relèvent de la dotation annuelle de financement (DAF) donc du budget alloué au financement de la psychiatrie et la moitié restante

est destinée au financement de la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). La DAF participe donc de façon significative au budget global du CHAC.

Le centre hospitalier a fait l'objet d'un contrat de retour à l'équilibre financier avec un déficit annuel d'environ trois à trois millions et demi d'euros pour arriver à un déficit cumulé de 17 millions d'euros.

Le déficit est structurel et chronique en ce qui concerne le secteur MCO. En effet, le choix de conserver une maternité et un bloc chirurgical pour un bassin de population de 30 000 habitants, est budgétairement très coûteux. Ce choix conduit à une fuite du budget de la psychiatrie, en partie détournée par la MCO à hauteur d'environ trois millions et demi d'euros tous les ans.

### RECOMMANDATION 1

Les dotations affectées aux soins de psychiatrie doivent être réservées aux besoins de la psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que le CGLPL n'a pas sollicité communication des résultats analytiques qui seuls permettraient de mesurer la dotation de financement au regard des dépenses directes et indirectes de l'activité. La recommandation numéro 1 ne saurait être objectivée au regard d'éléments comptables. L'établissement demande à ce que cette recommandation soit retirée.* »

Le directeur n'apporte aucun élément étayant ses affirmations selon lesquelles les dotations affectées à la psychiatrie ne financeraient pas la MCO. De plus, ces éléments sont contraires à ceux recueillis sur place. Le CGLPL maintient, à ce double titre, sa recommandation.

Pour pallier le déficit global, la direction a mis en œuvre des mesures de gestion plus rigoureuses et réalisé des économies à la suite d'un accord local de réduction du temps de travail (diminution du nombre de jours de réduction du temps de travail et suppression du paiement de la pause méridienne des salariés). Les aides financières accompagnant les conséquences de la crise de la Covid-19 ont également représenté un appui. Le déficit simulé pour l'année 2021 serait de 2 millions d'euros alors qu'il atteignait ces dernières années 3 à 3,5 millions d'euros par an.

Le dernier contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARS et l'établissement a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2019 pour une durée de cinq ans. Les objectifs concernant les droits fondamentaux des patients de psychiatrie portaient notamment sur le fait que la mise à l'isolement doit relever « *d'une décision d'un médecin psychiatre d'emblée* ».

### 3.3 LA POLITIQUE DE RESSOURCES HUMAINES NE FAVORISE NI LE RECRUTEMENT NI LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES DIFFERENTES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Les dépenses liées aux effectifs de personnel représentent 75 % des dépenses de l'établissement. Le CHAC emploie plus de 1 000 salariés. En 2019<sup>1</sup>, il était dénombré 50,99 équivalents temps plein rémunérés (ETP) de personnel médical et 880,21 ETP de personnel non médical.

Le taux d'absentéisme de l'année 2019 est de 9,20 %, s'il connaît une légère augmentation depuis 2017 (8,56 %) néanmoins il reste inférieur à la moyenne nationale qui se situe autour de 10 %.

<sup>1</sup> Le dernier bilan social date de 2019.

La difficulté essentielle est le départ des psychiatres et les difficultés majeures de recrutement pour les remplacer sur le territoire national touchent particulièrement le CHAC. Néanmoins la direction ne développe pas les stratégies d'attractivité nécessaires au recrutement de praticiens hospitaliers (PH). Le recrutement de médecins intérimaires, au nombre de six actuellement, constitue la principale réponse à cette situation et péjore le déficit financier, en raison du surcoût, s'agissant du salaire octroyé, très supérieur à celui d'un PH, versé à des professionnels qui n'exercent, par ailleurs, aucune responsabilité institutionnelle. Or, cette différence de niveau salarial, pour un exercice professionnel identique mais dénué des contraintes administratives et organisationnelles liées à la fonction, n'engage pas les PH à s'investir au CHAC.

## RECOMMANDATION 2

L'établissement doit mettre en œuvre une politique de ressources humaines permettant d'attirer et de fidéliser de nouveaux praticiens hospitaliers.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la politique d'attractivité et de fidélisation des praticiens psychiatres doit être contextualisée dans la réalité démographique de cette spécialité médicale. Le constat du recours important aux praticiens remplaçants est partagé, cependant cette démarche permet à la fois de répondre à la continuité de service qui incombe à l'établissement dans le cadre de ses autorisations mais également de recourir à des praticiens venant de façon régulière et ayant ainsi une bonne connaissance de l'établissement. Parallèlement la politique de recours au contrat de praticiens cliniciens permet de doter fin 2021 le CMP de Pamiers d'un nouveau praticien à temps plein.*

*Dans un contexte de concurrence entre établissements, le recrutement de praticiens intérimaires constitue pour la psychiatrie comme pour d'autres spécialités relevant de la MCO, une des modalités d'exercice au sein de l'établissement.*

*La situation des praticiens intérimaires concerne d'une part des praticiens employés par des entreprises de travail temporaire (ETT) et mis à disposition auprès EPS<sup>2</sup> et d'autre part des praticiens présentés par ces mêmes ETT et recrutés, dans le cadre de contrats, par les EPS. Conscients de la problématique posée, tant en termes de surcoût financier pour les EPS que de leur manque d'investissement dans les fonctions institutionnels, le Ministère a engagé des démarches à plusieurs niveaux :*

- *revalorisation du statut de praticien hospitalier (refonte de grille et augmentation de l'indemnitaire, plus particulièrement l'IESP<sup>3</sup>)*
- *assouplissement du concours de praticien hospitalier*
- *fusion des statuts de praticien contractuel, attaché et clinicien en un seul statut de praticien contractuel.*

<sup>2</sup> Etablissement de santé mentale.

<sup>3</sup> Indemnité d'engagement de service public.

*De même la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification, dite loi RIST, prévoit dans son article 33 (codifié à l'article L6146-4 du Code de la Santé Publique) plusieurs dispositifs :*

*- le plafonnement réglementaire de la rémunération des médecins recrutés via une entreprise temporaire, ou par un contrat de gré à gré avec un EPS, est contrôlé par le comptable public*

*- le dépassement de ces plafonds entraîne une suspension de la rémunération des médecins concernés par le comptable public, accompagné d'une demande régularisation par voie d'avenant au directeur de l'établissement*

*- l'absence de régularisation doit être signalée par le comptable public du DGARS, qui déféra alors la décision concernée au Tribunal administratif. L'intervention des praticiens intérimaires permet de faire découvrir les services de l'établissement. Ainsi, un pédopsychiatre, intervenu initialement en tant qu'intérimaire, est recruté à partir du 1er décembre 2021 en tant que clinicien ».*

Le CGLPL maintient sa recommandation relative au fait que le CHAC ne développe pas de stratégies d'attractivité nécessaires au recrutement des PH.

De plus, le déficit de médecins impacte le suivi des patients et le management des équipes soignantes.

Les cadres de santé semblent particulièrement souffrir de cet état de fait. Ils sont souvent positionnés sur plusieurs services et gèrent en même temps des problématiques transverses. Or, au-delà d'un cadre par service, cela paraît illusoire de leur demander de répondre à l'ensemble des problématiques pour lesquelles ils sont sollicités. De plus, étant en binôme avec un collègue, la situation s'aggrave encore durant les congés. Ainsi, cinquante jours par an, un cadre de santé doit gérer quatre unités.

Les cadres de santé n'ont pas le temps de construire le partenariat fonctionnel indispensable avec le médecin référent de l'unité, pour une gestion cohérente de l'organisation des soins.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « que le constat de la nécessité de renforcer l'encadrement soignant a été réalisé avec l'ensemble des cadres lors d'un séminaire réalisé en octobre 2020. Dans les suites de ce séminaire, le directeur des soins a engagé 4 groupes de travail avec les cadres soignants, sur les missions des cadres, le parcours du faisant fonction, l'organisation d'amphi cadre. L'établissement s'engage à renforcer l'encadrement soignant. »*

*A contrario*, jusqu'à présent, l'établissement ne rencontre pas de pénurie de personnel infirmier (IDE<sup>4</sup>). Pour ces agents, la région demeure attractive : certains IDE arrivent à la suite d'une mutation. De plus, la présence d'un institut de formation en soins infirmier (IFSI) de proximité, situé à Pamiers (Ariège), favorise l'installation de jeunes IDE au CHAC. De menues actions tendent à améliorer l'accueil des nouveaux arrivants : une journée d'accueil a été mise en place, le livret d'accueil des professionnels est de bonne qualité et il est demandé à l'encadrement de réaliser des entretiens réguliers avec les nouvelles recrues afin de vérifier la qualité de leur intégration.

<sup>4</sup> IDE : infirmier diplômé d'Etat.

Néanmoins aucun système de tutorat, et peu de formations spécialisées pour travailler dans un service de psychiatrie existent. Il est proposé aux IDE sortant d'école, comme à l'ensemble du personnel, de suivre des formations sur le thème de la psychopathologie. Dans ce cadre, il faut environ quatre à cinq ans pour avoir suivi l'ensemble des formations nécessaires à la formation du personnel infirmier. Davantage de formations devraient être proposées sur les soins sans consentement (SSC), la désescalade et l'isolement /contention.

### RECOMMANDATION 3

Tout infirmier recruté dans un service de psychiatrie doit pouvoir suivre, rapidement après son embauche, en formation continue un cursus sur le thème de la psychopathologie et une formation sur les droits fondamentaux.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que pour 2022, sera organisée une journée d'accueil pour les nouveaux recrutés avec plus ou moins de e-learning en concertation avec le service formation et un protocole de tutorat pour les nouveaux recrutés. Le format de la formation de e-learning sera arrêté en fin d'année 2021.*

*Le plan de formation du pôle prévoit les formations suivantes : psychopathologies niveau 1 et 2, pacification des états de crise méthode OMEGA, entretien IDE, loi de 2011 isolement/contention. »*

Le CGLPL maintient sa recommandation, dans l'attente de la mise en œuvre de ce projet de formation et de la participation objective des soignants.

De plus, il est imposé aux nouveaux IDE, plusieurs contrats à durée déterminée d'un mois (CDD), puis un CDD de six mois et des CDD d'un an. Ce n'est qu'après cinq ans d'exercice que les IDE ont la possibilité d'obtenir un contrat à durée indéterminée (CDI). De fait, cela retarde la possibilité de bénéficier de la prime de service qui représente un treizième mois et n'est versée qu'aux titulaires. Il existe donc un risque à court terme que l'établissement connaisse également une pénurie d'IDE, sachant que cette situation est beaucoup plus défavorable que dans nombre d'autres structures équivalentes.

La direction indique qu'une tension concernant le recrutement des aides-soignants est observé du fait de la demande très forte dans le département de l'Ariège, à la démographie vieillissante. Depuis décembre 2020 un dispositif expérimental de mobilité interne a été instauré, afin de donner plus de transparence aux changements de postes, pour lequel quatre-vingts agents ont émis des vœux. En prenant en compte l'ancienneté au sein du service et de l'établissement, trois agents sont choisis parmi ceux ayant candidaté sur le poste, qui seront reçus par les cadres et classés, selon leur ordre de préférence. Cette politique, dont l'objectif semble vertueux, mécontente les cadres de santé et les chefs de pôle qui se sentent dépossédés des choix de recrutements, qu'ils opéraient auparavant, en totale liberté.

La politique de ressources humaines (RH) peu attractive menée actuellement risque de décourager les vocations.

### 3.4 LA PROPORTION DE PROCEDURES DE PLACEMENT EN SOINS SANS CONSENTEMENT AVEC UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL EST SUPERIEURE A LA MOYENNE NATIONALE

En 2020, le taux d'occupation des lits du pôle de psychiatrie générale est de 89,6 %.

Le taux de SSC représente un tiers (30,9 %) de la file active des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie en 2020.

Parmi les 264 mesures, les SSC à la demande d'un tiers représentent 83 % dont une proportion très importante d'hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) avec 148 mesures, 39 mesures d'hospitalisations en cas de péril imminent (SPPI) et 33 mesures d'hospitalisations à la demande d'un tiers classique. Les demandes d'hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) concernent 12 % des cas (44 décisions).

Les contrôleurs ont constaté une proportion remarquable et rare de décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SDTU) : 70,8 % des mesures en 2020. Le soin sans consentement est engagé à l'admission au CHAC sous le seul prisme de l'urgence ce qui représente une sorte de détournement de la procédure de soins psychiatriques sans consentement à la demande du directeur de l'établissement (SDDE).

Ce constat s'explique par l'insuffisance de ressources médicales extérieures à l'établissement sur le territoire pour rédiger le 2<sup>ème</sup> certificat d'une procédure de SDT, or l'intervention d'un 2<sup>ème</sup> médecin est plus respectueuse des droits.

Ce dysfonctionnement est d'ailleurs confirmé par les levées sur décisions du JLD, cas dans lesquels il ordonne la mainlevée de l'hospitalisation complète en l'absence d'urgence.

#### RECOMMANDATION 4

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit s'effectuer dans le cadre de la loi qui les définit assez clairement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la démographie médicale sur le territoire est en effet contrainte, cependant une vigilance est apportée au niveau des urgences psychiatriques du CHIVA avec la sollicitation des urgentistes, somaticiens pour la signature du 1<sup>er</sup> certificat afin de favoriser les SPDT.*

*Le projet « CAP 48 » pourrait apporter une réponse à la gestion de ces situations de crise nécessitant des soins sous contraintes.*

*L'absence de permanence des soins en nuit profonde autre que les urgences hospitalières du CHAC sur une partie du territoire implique qu'aucun médecin extérieur au CHAC n'est mobilisable pour faire un 2<sup>ème</sup> certificat. L'alternative consisterait à faire patienter le patient jusqu'au lendemain. Le formalisme serait amélioré mais pas forcément la qualité de la prise en charge ni le confort du patient. »*

Le CGLPL maintient sa recommandation, il ne s'agit pas de justifier le contournement de la loi mais bien d'y remédier.

Il n'y a pas de suroccupation des lits dans les unités de psychiatrie sauf parfois dans l'unité psychiatriques de soins intensifs (UPSI), ce qui nécessite d'anticiper la sortie de cette unité d'un patient par exemple.

### 3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EXISTE MAIS MERITERAIT D'ETRE DYNAMISE

Le comité d'éthique (CE) a été créé en 2012 et il est présidé depuis cette date par un gériatre.

Il se compose actuellement de vingt-deux personnes, issues des différents services du CHAC. Sont présents, des médecins, des soignants, des cadres de santé, des agents exerçant des professions paramédicales et des agents administratifs.

Le président indique qu'il est complexe de l'animer depuis que l'infirmière qui assurait les tâches administratives ou de communications avait quitté le CHAC.

Le CE se réunit une fois par mois et travaille parfois sur une saisine (ce qui est le cas trois à quatre fois par an) ou sur un cas pratique présenté par un membre. En 2021, deux réunions ont pu se tenir les 9 mars et 8 avril.

Dans le cadre d'une saisine, l'avis est rendu au demandeur mais les éléments échangés lors du débat restent anonymes.

Une journée par an est consacrée à un débat éthique avec la participation d'intervenants extérieurs. Cette journée de réflexion, ouverte à tous, a eu lieu la dernière fois en 2019 et fut consacrée au thème : « *L'hospitalisation est-elle une privation de liberté ?* ». Le président souhaiterait qu'en 2021 le thème abordé concerne la problématique de la Covid-19.

Il ambitionne également l'animation de deux journées annuelles de réflexion, l'une concernant la psychiatrie et l'autre le secteur MCO, qui saisit moins le CE dans le cadre de sa pratique.

Le président émet également l'idée d'organiser une rencontre avec le comité d'éthique du CHIVA afin d'échanger sur leurs questionnements et leurs pratiques.

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

### 4.1 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT ONT ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A LEUR HOSPITALISATION MAIS PAS A CELLES PORTANT SUR LE FONCTIONNEMENT GENERAL DE L'ETABLISSEMENT

#### 4.1.1 L'information générale des patients sur leurs droits

Comme observé en 2015, l'information générale des patients, s'agissant des règles de fonctionnement de l'hôpital, est largement insuffisante. Elle se limite à l'affichage dans les couloirs des unités et dans certaines chambres de la charte de la personne hospitalisée, du règlement intérieur propre à l'unité et des règles sanitaires à respecter dans le cadre de la pandémie de Covid-19. Tel qu'indiqué aux contrôleurs après plusieurs demandes, il n'existe pas de règlement intérieur général pour l'établissement.

Un livret d'accueil a, lui, bien été élaboré ; cependant, il concerne l'ensemble du CHAC et n'aborde spécifiquement la psychiatrie qu'à de rares occurrences. Sa nouvelle version, sur le point d'être diffusée au moment du contrôle, ne comble pas cette lacune. De plus, le livret n'est pas systématiquement remis aux patients lors de leur admission, faute de stock disponible et d'intérêt des soignants.

Les autres documents d'information existants, tels que ceux listant les coordonnées des représentants du culte ou des associations d'usagers, ou les dates des prochains événements organisés dans l'établissement, sont conservés dans le bureau des infirmiers et dès lors inaccessibles aux patients. Si la volonté des soignants de privilégier l'oralité et les réponses individuelles aux questions des personnes hospitalisées peut être entendue, elle ne doit pas faire obstacle à ce que des supports écrits soient en parallèle remis et affichés. Ceux-ci permettraient aux patients d'accéder de manière autonome aux informations qu'ils recherchent.

Aucun document n'existe dans une langue autre que le français. Si le nombre de patients non francophones se limite à quelques personnes seulement par année, des traductions écrites pourraient être utilement réalisées. L'interprétariat opéré par des soignants volontaires, quoique louable, n'offre pas de garanties d'exhaustivité et de qualité suffisantes. Quant à la possibilité de recourir aux services payants d'une entreprise spécialisée, si elle est bien prévue par un contrat, elle est ignorée de tous.

#### RECOMMANDATION 5

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux droits généraux des patients doivent être mis à leur disposition. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

L'établissement doit disposer d'un règlement intérieur général, systématiquement remis aux personnes hospitalisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'établissement s'engage à la rédaction d'un règlement intérieur institutionnel en 2022.* »

La recommandation est maintenue, le travail d'élaboration du règlement intérieur n'ayant pas encore débuté.



#### 4.1.2 L'information des patients sur leurs droits spécifiques

Depuis la dernière visite des contrôleurs, d'importantes améliorations ont été apportées en matière d'information des patients sur leurs droits spécifiques. Les documents utilisés pour la notification des droits et des voies de recours ont été complétés ; les patients peuvent désormais formuler des observations écrites ; les décisions du préfet ou du directeur de l'établissement sont généralement remises et les délais de notification ont été raccourcis. Dans la plupart des unités, si les patients ne sont pas en état ou refusent de recevoir les documents, les soignants tentent à nouveau de les leur transmettre après un ou deux jours.

En journée, la responsabilité de préparer les documents revient au « service des contraintes », rattaché au bureau des admissions. Les infirmiers dans les unités doivent ensuite les remettre aux patients et les expliquer, les faire remplir et signer, et les renvoyer scannés au dit service. En soirée et les week-ends, la charge incombe entièrement aux soignants. Une affiche, apposée dans la plupart des bureaux de soins, a été réalisée en novembre 2020 pour leur détailler la marche à suivre. Si cette tâche est jugée chronophage par les soignants, la bonne entente observée entre eux et le « service des contraintes » et les procédures en place, désormais connues et maîtrisées, en limitent la lourdeur. Le nombre de levées ordonnées par la JLD pour des problèmes liés à la notification des droits aurait ainsi sensiblement diminué depuis la mise en place de ces nouvelles pratiques.

Il est cependant regrettable que les formulaires soient dans l'ensemble écrits en très petits caractères, sur des copies de piètre qualité, les rendant peu lisibles. Les coordonnées complètes du TJ – et non plus du tribunal de grande instance (TGI), de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) doivent également être renseignées pour réellement permettre aux personnes de les saisir. Aussi, malgré la mention « *il résulte du contenu du certificat médical du docteur [...] joint à la présente décision et dont je m'approprie les termes* », les certificats médicaux d'admission ne sont pas remis ni leur propos repris dans la décision ; il doit être remédié à cette situation. Enfin, si un paragraphe du livret d'accueil mentionne bien la possibilité pour les patients d'accéder à leur dossier médical (p. 10) – moyennant un courrier à adresser au directeur de l'établissement – ce droit n'est pas effectif dans la mesure où le livret n'est pas systématiquement remis et où les soignants, pas tous informés de cette disposition, ne peuvent combler cette carence. Les demandes de consultation de dossiers médicaux sont variables en fonction des unités.

#### RECOMMANDATION 6

Les certificats médicaux conditionnant l'admission des patients doivent leur être remis.

Les documents notifiant les droits et les voies de recours des patients doivent être facilement lisibles.

Les coordonnées complètes des institutions pouvant être saisies doivent être renseignées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que selon la jurisprudence, l'information médicale doit être « appropriée » à l'état de santé de la personne concernée. Cette limitation thérapeutique est prévue au Code de déontologie médicale (A35-Alinéa 2) et à l'article R4127-35 du CSP.*

*« Vu l'article R4127-35 du CSP, considérant, qu'il résulte du contenu du CM du Dr....dont je m'approprie les termes...nécessitent des soins immédiats...*

*Les notifications des droits des patients et voies de recours intégrées au DPI seront annotées et corrigées dans le cadre de la dématérialisation complète de la procédure SDDE et SDRE engagé depuis 1 an.*

*Un rappel sur la remise systématique du livret d'accueil au patient sera réalisé auprès de l'ensemble des personnels. »*

La recommandation est maintenue car le fait que « l'information médicale doit être appropriée à l'état de santé de la personne concernée » signifie simplement que la remise du certificat doit se faire dès que le patient est en état de comprendre ce qui lui est expliqué et non que le certificat médical ne doit pas lui être remis. Les documents notifiant les droits et les voies de recours des patients doivent être facilement lisibles et les coordonnées complètes des institutions pouvant être saisies doivent être renseignées.

#### **4.2 LA PROCEDURE DE SUIVI DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST INCOMPLETE ET MAL CERNEE DANS LE TEMPS**

Le service de la qualité et de la gestion des risques est sous la responsabilité du directeur des soins. Les événements indésirables (EI) peuvent être renseignés sur le site intranet du CHAC. En 2019, 692 EI ont été signalés (660 en 2018). Les faits constitutifs d'EI associent des dégradations sur des biens, des difficultés de maintenance ou d'entretien, des violences entre patients ou à l'égard des soignants, des dysfonctionnements relatifs aux prises en charge.

Un accusé de réception est immédiatement transmis à la personne ayant effectué le signalement. A la suite du signalement, le service qualité désigne un agent en capacité de répondre à la question posée. Une demi-heure de réunion hebdomadaire est également consacrée à des échanges permettant d'attribuer les sujets qui semblent complexes à assigner.

Il n'y a aucun délai imparti concernant la réponse à apporter. Un des objectifs de l'établissement, en matière de gestion des risques, est l'amélioration de 10 % de son taux de réponse, de 78 % seulement en 2018.

Le comité qualité évaluation (CQE), chargé de faire un bilan des EI et de définir les orientations en la matière, qui se réunit chaque trimestre, est suspendu depuis le mois de mars 2020, en raison de la pandémie de Covid-19.

En 2019, neuf comités de retour d'expérience (CREX) et trois revues de mortalité et de morbidité (RMM) avaient eu lieu.

Les EI relatifs aux conditions de travail sont présentés au comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Aucun signalement n'a été, par ailleurs, adressé au procureur de la République, au titre de l'article 40 du code de procédure pénale.

L'équipe qui traite ces EI souhaiterait l'acquisition d'un nouveau logiciel permettant de mettre en lien les EI avec le plan d'action qualité et le document unique de gestion des risques. Elle est également consciente des pistes possibles de progrès concernant le temps nécessaire pour apporter une réponse et adresser les relances.

### 4.3 LE DISPOSITIF DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST MECONNU ET SOUS-UTILISE

Malgré la mention inscrite dans le livret d'accueil – « *le personnel doit vous proposer d'en désigner une* » (cf. p. 10) – et l'existence de formulaires prévus à cet effet, le choix par les patients d'une personne de confiance n'est pas systématique. Dans certains cas, cette situation s'explique par le refus des personnes hospitalisées d'y procéder. Dans d'autres, majoritaires au vu des témoignages recueillis, cela relèverait davantage de la responsabilité des soignants, qui n'en feraient « *pas une priorité* », lors de l'admission des patients.

Seule l'UPSI dispose d'une affiche consacrée à la personne de confiance, visible des patients à l'entrée de l'unité.

Lorsqu'une personne est effectivement désignée, son accord n'est pas toujours recherché. La situation diffère cependant à l'URP où, pour surmonter la difficulté tenant à l'éloignement géographique des personnes désignées, les documents à remplir leurs sont envoyés par courriers électroniques.

Dans les rares cas où des personnes de confiance sont choisies et où elles ont donné leur accord, elles sont généralement associées aux soins.

Aucune formation ni réunion spécifiquement consacrée au dispositif de la personne de confiance n'ont été proposées aux soignants depuis la dernière visite du CGLPL.

#### RECOMMANDATION 7

Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une mobilisation des soignants qui doivent pour cela être dûment sensibilisés et formés.

La personne de confiance désignée doit être contactée systématiquement afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, confirmé par écrit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que concernant la désignation de la personne de confiance, un travail va être engagé au sein de chaque unité : affiche dans les panneaux prévus à cet effet. Les membres de la CDU ont retenu le projet d'intervenir auprès des professionnels sur le thème des droits des usagers. L'achat d'un logiciel qualité a été acté pour 2022 par l'ensemble des chefs d'établissements du GHT. Ce logiciel est également capable de gérer l'ensemble des DEI<sup>5</sup> du GHT.* »

La recommandation est maintenue en raison de l'incertitude de sa mise en œuvre.

### 4.4 LE DROIT DE VOTE DES PATIENTS N'EST ENVISAGE QU'À MINIMA, EN PERIODE ELECTORALE

S'il n'est pas restreint, l'accès au vote des patients n'est pas encouragé ni ne fait l'objet d'une réflexion institutionnelle particulière. Par exemple, aucune mention n'en est faite dans le livret d'accueil. En période électorale, une note de service serait affichée à ce sujet dans les couloirs des unités ; cependant, malgré plusieurs demandes, celle-ci n'a pas été retrouvée ni fournie aux contrôleurs. Au moment de la visite, soit deux mois avant les élections régionales de juin 2021, il n'en était pas trouvé trace dans l'établissement.

<sup>5</sup> DEI : Déclarations d'évènement indésirable.

Compte tenu de l'étendue des secteurs relevant de l'établissement, le vote par procuration est privilégié au vote direct, ou à tout le moins à l'accompagnement des patients par les soignants à leur bureau de vote. Avant chaque élection, des officiers de gendarmerie se rendent ainsi dans les unités pour faciliter les démarches des patients. Pour les personnes hospitalisées à même de se déplacer et pouvant être prises en charge par des proches, des autorisations de sortie peuvent être octroyées.

Si aucun chiffre précis n'a pu être donné, il semble que la proportion de patients souhaitant voter soit réduite.

#### 4.5 L'ACCES DES PATIENTS AU CULTE DE LEUR CHOIX N'EST PAS FACILITE

De même que leur droit de voter, le droit des patients de pratiquer leur religion ne fait pas l'objet de limitation mais il n'est pas pour autant facilité. Si ce droit est bien inscrit dans le livret d'accueil (cf. p. 7), il revient aux personnes hospitalisées d'en faire la demande auprès des soignants. Il existe une liste des ministres des différents cultes pouvant intervenir au sein de l'établissement ou au téléphone – catholique, protestant, israélite et musulman – mais celle-ci est conservée dans le bureau des infirmiers ou des cadres de santé, sans pouvoir être consultée librement par les patients. Parmi ces derniers, plusieurs ont ainsi indiqué ne pas être au courant de la possibilité de rencontrer des aumôniers. De plus, cette liste n'est pas à jour : le numéro du pasteur protestant n'est par exemple plus attribué quand les coordonnées d'un prêtre orthodoxe qui s'est pourtant rendu à plusieurs reprises au CHAC n'y figurent pas.

L'établissement est doté d'un seul lieu de culte, une chapelle catholique ; les croyants d'autres religions ne bénéficient donc d'aucun lieu extérieur à leur chambre pour se réunir.

Enfin, aucun menu adapté aux restrictions imposées par des croyances religieuses, tels que ceux certifiés halal ou casher, n'est proposé. La faible demande, limitée à quelques personnes par an, en serait l'explication.

#### RECOMMANDATION 8

Des dispositions doivent être prises pour permettre aux patients de pratiquer le culte de leur choix. La liste des aumôniers disponibles dans l'établissement doit par exemple être mise à jour et affichée dans les unités, et une salle multi-culturelle aménagée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'établissement va entamer une réflexion sur la création d'un lieu multiculturel, en lieu et place de la salle affectée à la pratique culturelle exclusivement catholique aujourd'hui. Réactualisation et affichage des listes des aumôniers information aux équipes fin 2021.* »

La recommandation est maintenue s'agissant d'un projet à mettre en œuvre.



*L'unique lieu affecté à la pratique culturelle, exclusivement catholique*

#### **4.6 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT MAJORITAIREMENT BIEN IDENTIFIES ET PRIS EN CHARGE**

Les patients fragiles nécessitant une protection juridique paraissent être dans l'ensemble repérés et accompagnés de manière satisfaisante. Ceux, ne faisant pas déjà l'objet d'une protection avant leur admission, sont en général identifiés par les assistants de service social lors des entretiens tenus au cours de leur hospitalisation. Les soignants peuvent également les orienter.

Au sein de l'établissement ariégeois, il existe plusieurs types de mandataires : ceux relevant de l'association pour adultes et jeunes handicapés de l'Ariège (APAJH 09) ou de l'union départementale des associations familiales de la Haute-Garonne (UDAF 31), ceux exerçant en qualité de préposés d'établissement, ceux désignés parmi les proches des personnes hospitalisées et les mandataires privés. L'investissement des tuteurs et curateurs varie selon les personnes, non selon leur typologie. Si certains sont jugés réactifs par les soignants, notamment en ce qui concerne les questions d'argent, d'autres le seraient moins. En revanche, ils sont presque tous absents des audiences devant la JLD ; rares sont ceux à compenser cette absence par un rapport social écrit.

Malgré la réforme imposée par la loi n°2019-222 du 23 mars 2019 retirant à l'établissement la responsabilité de la régie des comptes des patients fragiles, la gestion de l'argent de ces personnes est jugée satisfaisante par ces dernières et les soignants des unités les accueillant. Ainsi, les petites sommes, inférieures à 50 euros, sont conservées dans des casiers fermés à clé, disposés dans les bureaux des cadres ou des infirmiers, quand les sommes supérieures sont déposées au bureau des admissions de l'établissement, qui les transfère au Trésor public à Foix, pour qu'elles soient ensuite créditées sur leurs comptes bancaires nominatifs. Les patients le nécessitant ont reçu une carte de crédit, sans code pour ceux n'étant pas en mesure de le retenir. En accord avec leur tuteur ou curateur, des « bons d'achat » peuvent également être remis à ceux en faisant la demande. Outre la cafétéria de l'hôpital, un grand nombre de commerces situés aux alentours – bureaux de tabac, salons de coiffure, enseignes de la grande distribution, etc. – les accepte.

#### 4.7 LE DROIT A LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST CONNU NI DES PATIENTS NI DES SOIGNANTS

Malgré un paragraphe du livret d'accueil consacré à la « *non-divulgation de présence* » (cf. p. 4), le droit d'être hospitalisé de manière confidentielle semble ignoré des patients eux-mêmes et des soignants. Ceci est particulièrement regrettable dans la mesure où il existe bien une case « *séjour confidentiel* » à cocher dans leur dossier numérisé.

Pour autant, selon les témoignages recueillis, les soignants font en sorte d'« *en dire le moins possible* » au téléphone quand les appels leur arrivent directement ou leur sont transférés par le standard du CHAC. Si la présence d'une personne dans l'unité peut être déduite du transfert d'appel, aucune information sur les soins prodigués ne serait communiquée par la suite. De plus, des précautions sont prises dans les unités pour éviter au maximum que la présence d'une personne soit connue. Les casiers installés dans le bureau des infirmiers ne sont par exemple pas nominatifs mais rattachés à un numéro de chambre. De même, les salons réservés aux visites des familles sont en général situés à proximité de l'entrée des unités pour éviter que les proches traversent les couloirs et rencontrent les autres patients.

#### RECOMMANDATION 9

Des mesures doivent être prises pour rendre effectif le droit à la confidentialité sur la présence. Les soignants doivent y être sensibilisés et le mentionner aux patients lors de leur admission. L'affichage dans les unités de notes à ce sujet est susceptible de constituer une solution complémentaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'une affiche de non-divulgation de présence va être créée afin d'informer et de sensibiliser les soignants d'ici fin 2021.*

*La zone commentaire du formulaire d'admission en secteur psychiatrie permet de préciser le caractère confidentiel du séjour qui sera tracé dans le dossier informatisé correspondant à son séjour. Cette coche est réversible ou possible au cours du séjour sur simple appel au standard 24h/24. »*

La recommandation est maintenue en l'absence de date de mise en œuvre.

## 5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES QUI REPOND INSUFFISAMMENT A SA MISSION EN PERIODE DE PANDEMIE, NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE INFORMATION ECRITE DES PATIENTS

#### 5.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

Le livret d'accueil ne fait mention que de la composition et de l'adresse de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), sans préciser ses missions ni les modalités de sa saisine. L'arrêté préfectoral du 7 mars 2018 portant renouvellement de la CDSP de l'Ariège précise sa composition qui associe un psychiatre (le chef de pôle de la psychiatrie adulte du CHAC), désigné par le procureur près la cour d'appel de Toulouse (Haute-Garonne), un deuxième psychiatre (retraité) désigné par le préfet de l'Ariège, un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel et deux représentants d'associations agréées (UNAFAM<sup>6</sup> et UDAF) désignés par le préfet ; le siège du médecin généraliste désigné par le préfet de l'Ariège reste à pourvoir.

Des réunions ont été annulées en raison des mesures gouvernementales liées à la pandémie. En période sanitaire apaisée, la CDSP se réunit tous les trois mois, reçoit les patients qui en ont formulé la demande, analyse l'ensemble des mesures de SSC et de programme des soins (PDS) et effectue la visite d'un des services de psychiatrie. Ses membres ne reçoivent aucune formation spécifique portant sur les sujets qu'ils doivent traiter.

En 2020, la CDSP ne s'est réunie que trois fois (une réunion annulée en raison du confinement), a examiné le plus grand nombre possible dans le temps imparti de mesures de SSC, en priorité desquelles les mesures de péril imminent et celles se prolongeant au-delà d'un an (soit au total trente-sept mesures de SDDE contre soixante-huit en 2019 et dix-sept mesures de SDRE contre vingt-six en 2019, aucune des mesures examinées n'ayant été levée), a vérifié le livre de la loi et le registre de l'isolement et s'est attachée à vérifier que les procédures d'hospitalisation se déroulaient dans le respect des libertés des personnes. La CDSP a également effectué la visite de l'UPSI, reçu quatre patients et s'est entretenue avec le directeur référent du pôle de psychiatrie du CHAC et avec un cadre de santé. La CDSP produit un rapport annuel d'activité.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

Le livret d'accueil de l'établissement doit mentionner les missions et les modalités de saisine de la commission départementale des soins psychiatriques.

La recommandation est prise en compte, l'établissement s'étant engagé à indiquer les modalités de saisine de la CDSP dans le livret d'accueil de l'établissement avant la fin de l'année 2021.

#### 5.1.2 La commission des usagers

La composition de la commission des usagers (CDU), détaillée dans le livret d'accueil, comprend notamment, au-delà du président et de la vice-présidente, quatre représentants des usagers (issus des associations UNAFAM, Ligue contre le cancer, association des paralysés de France,

<sup>6</sup> Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

UFC - Que choisir), trois représentants de la commission médicale d'établissement (CME), deux médiateurs médicaux et deux non médicaux, ainsi que deux membres de la commission des soins et un invité permanent. La réélection du président a été votée à la fin de l'année 2019, les représentants des usagers ont décliné la proposition qui leur a été faite d'exercer la présidence. La CDU produit un rapport annuel d'activité, celui de l'année 2020 n'est pas réalisé et celui de 2019 a été transmis aux contrôleurs.

La CDU se réunit régulièrement tous les mois ou tous les deux mois, excepté en 2020 (cinq réunions uniquement), en raison des mesures de confinement. Les réunions permettent la validation des comptes-rendus, la discussion des avis et décisions à rendre, la diffusion d'informations et l'abord des sujets proposés par les personnes invitées. Le président de la CDU est bien repéré par les patients de psychiatrie qui le rencontrent souvent dans son bureau mais les membres de la CDU ne se déplacent pas spécifiquement dans les unités.

La saisine se réalise par courrier postal ou informatique ou lors d'une démarche directe à la direction.

En cas de plainte adressée à la CDU par un patient ou son proche, une réponse est élaborée par le président qui la communique, avec la plainte et l'ensemble des pièces du dossier, aux membres, avant de l'adresser au requérant, si son contenu fait l'unanimité. En cas de désaccord d'un ou plusieurs des membres, le point est discuté lors de la réunion suivante de la CDU, avant d'adresser une réponse consensuelle. Le nombre de plaintes est stable s'agissant des patients de psychiatrie (cinq en 2020, six en 2019, cinq en 2018). Deux contentieux sont en cours, qui concernent des faits anciens mais faisant suite à des plaintes adressées en 2020, l'une de la mère d'une patiente suivie en ambulatoire et décédée à son domicile en 2017, l'autre du fils d'un patient hospitalisé qui s'est pendu dans le parc de l'établissement en 2016.

## 5.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT BIEN TENUS

Le centre hospitalier dispose de deux registres de la loi, respectivement réservés aux SDRE et aux SDDE, conservés au service des contraintes. Ce bureau assure un suivi précis des procédures (cf. § 4.1.2).

Les registres sont à jour et bien tenus. Y sont mentionnés chronologiquement et pour chaque patient, l'ensemble des étapes de l'hospitalisation sous contrainte (modalités d'admission, certificats médicaux, décisions du JLD, mise en place d'un PDS, collège des professionnels, etc.) – à l'exception de la notification des droits. Les pièces correspondant à chaque mesure sont classées dans les dossiers individuels des patients, conservées dans le même bureau.

Les registres ont été visés par le procureur de la République, le président de la CDSP et un psychiatre du CHAC en 2020 ainsi que par la préfète de l'Ariège en 2013.

## 5.3 LES SORTIES SONT FAVORISEES DES QUE L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT LE PERMET

### 5.3.1 Les autorisations de sortie de courte durée

Quels que soient le mode d'admission et l'unité dans laquelle ils sont accueillis, les patients en soins sans consentement se voient proposer, dès que leur état clinique le permet, la possibilité de sorties dans l'enceinte de l'hôpital ou hors de l'établissement.

Bien que les mesures prises, pour lutter contre la propagation de la Covid-19, aient conduit à la fermeture de la porte d'entrée principale de l'UAPA, de l'UAPB et de l'UPR, les patients hébergés au sein de ces unités conservent la liberté de circuler dans le parc de l'établissement et de se



rendre à la cafétéria – dès lors qu'ils portent un masque et sont en mesure de respecter les gestes barrières (cf. § 6.1). Les patients admis à l'UPSI peuvent également sortir dans le parc ou à la cafétéria, sur décision médicale, librement ou en présence du personnel soignant<sup>7</sup>. Au jour du contrôle, sur les dix-sept patients pris en charge dans l'unité fermée, sept sont placés en « confinement Covid »<sup>8</sup>, un ne sort pas de l'unité, quatre sont autorisés à se déplacer seuls dans l'enceinte de l'établissement et cinq avec l'accompagnement du personnel soignant. Ces sorties font l'objet d'une réévaluation journalière.

Un régime souple semble par ailleurs prévaloir pour les autorisations de sorties de 12 et 48 heures, également mises en place dès que l'état clinique du patient le permet. Ces sorties de courtes durées sont examinées lors des réunions de synthèse et s'inscrivent dans le cadre de la préparation à la sortie du patient – parfois avant l'établissement d'un PDS. Il est indiqué que le préfet ne s'y oppose jamais.

Les patients bénéficient de sorties thérapeutiques de moins de 12 heures pour se rendre chez le dentiste ou pour effectuer des achats à Saint-Girons (vêtue, tabac, etc.). Dans le contexte d'urgence sanitaire, deux patients maximums par soignant peuvent sortir simultanément dans les lieux publics et cinq patients maximum en milieu naturel (forêt, voie verte, etc.). Sauf situation exceptionnelle, le personnel est en nombre suffisant pour accompagner les patients lors de leurs sorties.

Les sorties de 48 heures sont généralement destinées au maintien des liens sociaux et familiaux.

### 5.3.2 Les programmes de soins sans consentement

La sortie peut se faire dans le cadre d'un PDS, mis en œuvre par le psychiatre référent du patient, lorsque les personnes nécessitent un suivi rapproché et une surveillance médicale régulière.

De la même manière que pour les sorties de courtes durées, les propositions des médecins pour la mise en place d'un PDS sont systématiquement suivies par le directeur du CHAC ainsi que par le préfet. Il n'est donc jamais nécessaire de solliciter un deuxième avis médical – quand bien même la personne aurait été reconnue pénalement irresponsable.

Au jour du contrôle, soixante et une personnes prises en charge par le CHAC bénéficient d'un programme des soins – 60 % d'entre elles ayant été admises en SDDE et 40 % en SDRE.

Les PDS se traduisent généralement par un retour à domicile avec la mise en place de soins à domicile, de consultations psychiatriques et d'un suivi au centre médico-psychologique (CMP) de Foix, de Pamiers, de Lavelanet ou de Saint-Girons. Une dizaine de patients bénéficient également de soins en hôpital de jour (HDJ).

Selon les propos recueillis, le relais avec les CMP, les infirmières libérales et les associations d'addictologie fonctionne plutôt bien. Il existe par ailleurs, à La Bastide-de-Sérou (Ariège), une structure adaptée pour l'accueil des patients souffrant de troubles autistiques graves.

En revanche, les services de psychiatrie rencontrent des difficultés pour organiser la sortie de patients vers les unités d'hébergement renforcée (UHR) – en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins de longue durée (USLD) – et il est

---

<sup>7</sup> Ces sorties ne sont pas soumises à autorisation administrative.

<sup>8</sup> A son arrivée dans l'unité, le patient est placé en chambre individuelle pour une durée stricte de sept jours, avec surveillance symptomatique, éducation et/ou évaluation de l'aptitude à respecter les gestes barrières. La porte de la chambre reste néanmoins ouverte.

également indiqué qu'il n'existe aucune structure, dans le département de l'Ariège, susceptible d'accueillir des patients souffrant de troubles psychotiques ou proposant une prise en charge en addictologie, dans le cadre d'une postcure. Des sorties peuvent être organisées vers la maison d'accueil spécialisée (MAS) ou l'EHPAD du CHAC, mais « *les places y sont très rares* ».

A l'issue de sa visite en 2015, le CGLPL avait recommandé que « *l'établissement [veille] à ce que le programme de soins corresponde aux termes et à l'esprit de l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique* ». Les contrôleurs avaient notamment relevé l'existence d'un PDS, établi sur la base d'une sortie hebdomadaire de douze heures, qui s'apparentait davantage à une hospitalisation complète.

En 2021, il a de nouveau été relevé que pour certains PDS, les patients bénéficient de temps de sorties de l'hôpital, inférieurs à leur temps d'hospitalisation.

Or, le programme de soins défini à l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique (CSP) doit être octroyé pour une prise en charge en ambulatoire. Son utilisation dans le cadre de permission de sortie est à proscrire dès lors que le patient est maintenu dans un régime d'hospitalisation complète. En effet, si cette pratique a l'avantage apparent d'assouplir l'hospitalisation complète de ces patients, elle a pour conséquence, d'une part, de conférer au psychiatre un pouvoir décisionnel dénué de toute motivation et de possibilité de recours et, d'autre part, de faire de *facto* échapper la situation des patients concernés à tout contrôle, notamment celui du juge des libertés et de la détention, alors même que ces patients demeurent en hospitalisation complète.

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

### RECOMMANDATION 10

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'un travail de clarification est à réaliser sur la sémantique utilisée dans le dossier patient informatisé, cependant la pratique du CHAC correspond bien à la règle.* »

La recommandation est maintenue car la problématique de la sémantique utilisée dans le dossier patient informatisé ne répond pas à l'illégalité relevée des programmes de soins.

D'une manière générale, les unités s'efforcent de conserver les chambres des patients en hospitalisation séquentielle ; cela n'est cependant pas toujours possible à l'UPSI (*cf.* § 3.4) où il est parfois nécessaire d'utiliser la chambre laissée vacante.

#### 5.3.3 Le collège des professionnels

En 2015, le CGLPL avait noté que le collège ne se réunissait pas systématiquement et que le patient n'était jamais reçu à cette occasion. La situation semble avoir évolué favorablement puisque, selon les informations recueillies, le collège des professionnels se réunit désormais

régulièrement pour toutes les situations prévues par la loi (après six mois d'hospitalisation ou dans le cadre de la mise en place d'un PDS pour une personne en SDRE).

Tous les lundis matin, le bureau des contraintes met à jour les échéanciers relatifs au contrôle des mesures de SSC et adresse la liste récapitulative aux secrétariats médicaux. Lorsque le collège des professionnels est requis, le secrétariat médical contacte le médecin de l'unité, le médecin de liaison, ainsi qu'un personnel soignant qui est généralement la psychologue – ou, en cas d'indisponibilité, un infirmier ou le cadre de santé. Il est indiqué que le collège des professionnels se réunit au sein de l'unité du patient concerné et que ce dernier est systématiquement entendu. Le procès-verbal de la réunion est transmis au service des admissions. Il est par ailleurs fait mention de la tenue du collège des professionnels dans le registre de la loi ainsi que dans les dossiers individuels des patients conservés au bureau des contraintes.

#### **5.4 LE CONTROLE DES MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT N'EST PAS SATISFAISANT, MALGRE LES EFFORTS REALISES PAR LE CENTRE HOSPITALIER ET LE CONTROLE RIGOREUX DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION**

##### *a) Les protocoles*

La convention signée entre le centre hospitalier, le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé relative aux modalités d'exercice du JLD, en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 prévoit, pour l'essentiel :

- « que les audiences se tiendront chaque lundi à partir de 14h dans une salle spécialement aménagée au centre hospitalier ;
- qu'un personnel accompagnateur se tiendra à proximité de la salle, voire à l'intérieur, afin de pouvoir intervenir rapidement si nécessaire ;
- que la première requête sera adressée au huitième jour suivant l'admission ;
- que, outre les pièces prévues par les textes, le juge se réserve la possibilité de réclamer tout document nécessaire et notamment la notification des droits au patient ;
- que la notification de la décision sera effectuée soit par le greffier immédiatement après l'audience et, dans les autres cas, par l'hôpital, dans les délais indiqués par le magistrat »<sup>9</sup>.

Postérieurement à la visite de 2015, le centre hospitalier a recouru à un agent de sécurité privé, à la demande du JLD, afin de sécuriser les audiences.

En 2015, les contrôleurs avaient par ailleurs pris connaissance d'un document interne au CHAC, intitulé « *procédure de gestion des soins en psychiatrie et modèles d'imprimés* » – et constaté qu'il contenait de nombreuses erreurs : « la présentation de la procédure en effet, n'a pas pris en compte les modifications issues de la loi du 27 septembre 2013 : le délai de saisine est noté comme étant de quinze jours (la loi l'a réduit à douze) et la visioconférence y apparaît comme le mode de comparution privilégié (la loi du 27 septembre 2013 prévoit au contraire que les débats se tiennent dans une salle d'audience spécialement aménagée au sein de l'hôpital). Les schémas illustrant les différentes étapes du déroulé des hospitalisations reproduisent les mêmes erreurs (évoquant notamment, un certificat de huitaine) ».

---

<sup>9</sup> CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier d'Ariège Couserans, 2015.

Ce document n'a pas été mis à jour et la procédure de gestion interne, dans son chapitre relatif à l'intervention du JLD, est toujours obsolète.

### RECOMMANDATION 11

L'établissement n'ayant toujours tenu aucun compte de l'existence de la loi du 27 septembre 2013 dans ses procédures d'information, il est nécessaire de mettre à jour le document interne relatif aux procédures et à la mise en œuvre des soins psychiatriques sans consentement, ainsi que l'a recommandé le CGLPL dans son rapport de visite de septembre 2015.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'établissement s'engage à reprendre l'ensemble des protocoles institutionnels relatifs à la loi de 2013.* »

La recommandation est maintenue en l'absence d'échéance précise.

#### *b) La préparation des audiences et la notification des décisions*

Les convocations aux audiences du JLD, comme l'ensemble des documents qui doivent être notifiés aux patients, sont réceptionnés par le bureau des contraintes, transmis aux secrétariats médicaux, puis communiqués à l'équipe soignante. L'information sur les droits et la procédure est ainsi donnée par le soignant qui remet les documents et recueille la signature du patient.

De même, depuis la reprise des audiences par visioconférence, il appartient aux infirmiers de chaque unité d'expliquer au patient la décision prise par le JLD et de procéder à sa notification. Les ordonnances du JLD sont généralement communiquées dans la journée au centre hospitalier. Lorsqu'elles sont transmises au bureau des contraintes après 17h, elles sont notifiées aux patients le lendemain.

Comme en 2011, certains soignants ont fait part de leurs réticences à effectuer ces tâches dont ils considèrent qu'elles les éloignent de leur mission de soins et altèrent la relation de soins avec les patients. Ils ont par ailleurs indiqué n'avoir reçu aucune formation spécifique à ce sujet (cf. § 3.3).

Les audiences se tiennent et ce, depuis toujours, tous les lundis en début d'après-midi. Le jeudi qui précède, le bureau des contraintes prépare les dossiers des patients convoqués et les communique par courrier électronique au JLD. Celui-ci étudie les dossiers le week-end et sollicite, en cas de besoin, les pièces manquantes le lundi matin.

Compte-tenu des délais légaux<sup>10</sup> – première saisine fixée à huit jours et délai de douze jours pour statuer – le rythme retenu pour les audiences, une fois par semaine, conduit le juge à statuer chaque lundi sur des admissions dont les plus récentes datent du mercredi précédent. Le bureau des contraintes a fait part de difficultés pour transmettre les dossiers complets des patients admis le mercredi soir, dès lors que le certificat de 72 heures doit être produit le vendredi. Le centre hospitalier a sollicité à plusieurs reprises le tribunal judiciaire afin que les audiences avec le JLD puissent se tenir plus tard dans la semaine, sans résultat au jour de la visite. Il a cependant été indiqué que cette situation pourrait évoluer à l'avenir.

<sup>10</sup> Article L. 3211-12-1 du code de la santé publique.

### c) La tenue des audiences

Les audiences par visioconférence ont été mises en œuvre lors du premier confinement – du mois de mars au mois de septembre 2020 – et ont repris à partir du mois de novembre. Cette décision dont il est indiqué qu'elle est conforme à la réglementation<sup>11</sup>, a été prise de manière unilatérale par le TJ pour des raisons liées à son organisation et à son fonctionnement internes<sup>12</sup>.

Les audiences foraines des JLD constituent un point de crispation entre l'hôpital et le tribunal. En 2011 déjà, la présidente du tribunal de grande instance de Foix indiquait que « *le premier président de la cour d'appel de Toulouse et les présidents des tribunaux de grande instance du ressort ont une position commune : il n'est pas question pour les magistrats de se rendre dans les centres hospitaliers ; le centre hospitalier n'est pas un lieu neutre* » et justifiait « *l'exigence du recours à la visioconférence, d'autant plus que le CH se trouve à quarante-cinq kilomètres de Foix ; cela représente des économies de transport, de temps et garantit une meilleure sécurité* ».

Les contrôleurs ont pris connaissance de deux courriers du directeur du CHAC, adressés au président du TJ de Foix :

- le 16 juillet 2020, le directeur du CHAC propose la reprise des audiences dans la salle du tribunal situé au CHAC, au vu de la directive de la direction générale de la santé indiquant que « *les audiences doivent maintenant reprendre en présentiel à l'hôpital* » ;
- le 4 février 2021, il sollicite une rencontre afin d'échanger, notamment, sur l'organisation des audiences, l'option de la visioconférence n'étant « *pas sans poser de problème pour l'organisation de la défense des patients et celle de nos services de soins* ».

Alors que le CHAC dispose d'une salle spécifiquement aménagée, offrant toutes les garanties propres à l'audience, les visioconférences se déroulent dans un bureau médical, jouxtant le réfectoire de l'UPSI.



Salle de visioconférence

<sup>11</sup> L'article 5 de l'ordonnance du 18 novembre 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale et aux copropriétés dispose que « *le juge, le président de la formation de jugement ou le juge des libertés et de la détention peut, par une décision non susceptible de recours, décider que l'audience ou l'audition se tiendra en utilisant un moyen de télécommunication audiovisuelle permettant de s'assurer de l'identité des personnes y participant et garantissant la qualité de la transmission et la confidentialité des échanges entre les parties et leurs avocats* ».

<sup>12</sup> Les convocations remises aux patients mentionnent que les audiences se tiendront par visioconférence au tribunal judiciaire de Foix « compte tenu du contexte lié à la Covid-19 ».

Un contrôleur a assisté à l'audience du 29 mars 2021 au cours de laquelle une personne comparait, à sa demande, après avoir adressé un courrier au JLD pour demander à être entendue. La situation de quatre autres patients, ayant refusé de comparaître, devait être étudiée « *sur dossier* » à l'issue de la visioconférence.

Une infirmière de l'UPSI est spécifiquement chargée du bon déroulé de l'audience ; elle s'enquiert de la présence des patients ou de leur refus de comparaître, organise la connexion avec le TJ, fait le lien avec le JLD et reste auprès du patient tout au long de l'audience. Un deuxième infirmier est parfois présent, soit parce que le patient présente un risque d'agitation, soit parce qu'il est pris en charge par une autre unité.

L'audience a débuté avec retard en raison de difficultés techniques pour établir la connexion entre le TJ et le centre hospitalier. Celle-ci a finalement pu être établie en audio mais sans caméra, de sorte que le patient comparant a été installé devant un écran noir auquel il s'est adressé tout au long de l'audience. Outre l'absence d'image, le son se coupait par intermittence et le patient a dû signifier à plusieurs reprises au magistrat qu'il ne comprenait pas et n'entendait pas ses propos. Ce dialogue indirect et de mauvaise qualité n'a pas permis, en tout état de cause, un échange de qualité entre le patient et le juge devant se prononcer sur les modalités de sa prise en charge – et sa liberté d'aller et venir.

Les patients n'ont par ailleurs pas la possibilité de s'entretenir avec leur avocat avant l'audience, ceux-ci assurant la défense de leur client depuis le TJ de Foix.

Il n'a pas été possible d'obtenir d'éléments statistiques relatifs au nombre de patients refusant ou dont l'état de santé ne leur permet pas de comparaître. Il ressort cependant des éléments recueillis que le nombre de personnes absentes à l'audience est important – rarement pour des motifs médicaux. Lors des audiences des 1<sup>er</sup>, 15 et 29 mars, trois patients au total ont comparu sur quatorze dossiers présentés. Cette situation préexistait néanmoins à la mise en place de la visioconférence.

« L'usage d'un dispositif de visioconférence doit être réservé aux audiences de pure forme ou aux cas dans lesquels il constitue l'unique moyen de respecter le délai raisonnable dans lequel doit s'accomplir la procédure »<sup>13</sup>. Il doit être soumis à l'accord exprès de la personne concernée. De la même manière, « *les personnes privées de liberté et leurs avocats [doivent pouvoir] s'entretenir aussi souvent que nécessaire, par tout mode de communication ou face à face, dans des conditions qui garantissent la confidentialité de leurs échanges* »<sup>14</sup>.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le choix de recourir à la visioconférence porte atteinte au droit de la défense, au « droit de saisir un juge et de lui présenter, en personne, [ses] arguments et moyens de défense ». Le droit d'accès au juge doit s'exercer en sa présence, de manière directe et personnelle, sans écran ni dispositif de séparation. Les audiences foraines du juge des libertés et de la détention

<sup>13</sup> CGLPL, Recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, n°171.

<sup>14</sup> Ibid, n°170.

doivent pouvoir reprendre rapidement au sein du CHAC, malgré la crise sanitaire, comme cela se pratique dans les autres établissements de santé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la tenue des audiences en présentiel est effective depuis le 2/9/2021.* »

Dans leur réponse au rapport provisoire, la Présidente et le Procureur de la République près le tribunal judiciaire de Foix expliquent « *que les audiences se sont tenues par le biais de la visioconférence uniquement en vertu des règles dérogatoires prévues dans le cadre de la crise sanitaire et toujours dans le respect des droits de la défense, l'avocat ayant toujours eu la possibilité de s'entretenir avec son client avant l'audience (soit sur place si l'avocat se déplaçait, soit par visioconférence depuis le TJ de Foix avant le début de l'audience) ; le tribunal n'a pas été saisi de difficultés à ce titre, par le bâtonnier du barreau de l'Ariège.*

*Conformément à la demande écrite du directeur de l'établissement du 11 mai 2021, les audiences ont repris dans la salle dédiée au sein du CHAC, dès avant la fin de l'application des mesures dérogatoires à compter du 1er juillet 2021 (alors qu'elles auraient pu être poursuivies en visioconférence jusqu'au 30 septembre 2021), avec une demande préalable de mise à disposition du matériel informatique indispensable et de la présence d'un agent de sécurité. »*

*« L'infirmière de l'UPSI spécifiquement chargée du bon déroulé de l'audience » refuse d'assister à l'audience et reste dans le couloir.*

*Il est important de noter que les difficultés de connections rencontrées (telles que relevées dans votre rapport) n'ont jamais relevé du système de visioconférence du TJ de Foix, mais de celui du CHAC, plusieurs tests ayant été effectués dès le signalement des problèmes évoqués par l'établissement, lequel n'a pas trouvé de solution pour les résoudre. »*

#### *d) Les décisions rendues par le juge des libertés et de la détention*

Le JLD du TJ de Foix procède à un examen rigoureux des moyens soulevés et de la régularité des procédures d'hospitalisation sous contrainte.

Au cours de l'année 2020, le JLD a rendu 243 décisions sur saisine du CHAC, du préfet ou du patient et il a prononcé 31 mainlevées – dont 27 avec effet différé de vingt-quatre heures –, soit 12,8 % des décisions rendues.

Le contrôle des SPDTU constitue la plus grande partie de l'activité (cf. § 3.4), représentant 47,3 % des décisions rendues et 61,3 % des mainlevées prononcées. Ces mainlevées sont généralement motivées par l'absence de caractérisation de l'urgence à agir et d'un risque pour la personne, dans le certificat médical servant de fondement à la décision d'admission.

A l'issue de l'audience du 29 mars 2021, sur les cinq affaires examinées, le juge a accordé la mainlevée d'une mesure de SPDTU prise par le directeur d'établissement, en donnant un effet différé de 24 heures afin d'instaurer, le cas échéant, un programme de soins. Il y est rappelé que l'article L.3212-3 du code de la santé publique prévoit que « *lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* », le directeur d'un établissement peut « *à titre exceptionnel* », prononcer l'admission au vu d'un seul certificat émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement ».

*« En l'espèce, le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ne ressort aucunement du certificat médical initial. Les certificats et avis médicaux suivants font état de troubles du*

*comportement et du jugement, d'un risque d'hétéro-agressivité mais ne caractérisent pas plus l'existence d'un risque grave d'atteinte à l'intégrité de [M.H.]. Cette irrégularité cause manifestement un grief puisque [M.H.] a été privé de sa liberté sur la foi d'un seul certificat médical, qui au surplus, est insuffisamment motivé. En conséquence, la mainlevée de la mesure doit être ordonnée ».*

Le contrôle exercé par le JLD a permis une certaine amélioration des pratiques au sein du CHAC concernant, en particulier, la motivation des certificats et avis médicaux (même si des difficultés demeurent), les délais de notification des décisions d'admission du directeur, la mention de la recherche d'un tiers ou l'existence d'une mesure de protection.

Reste que de nombreuses incompréhensions subsistent entre les acteurs concernés du monde de la santé et ceux de la justice – ainsi qu'en témoignent les comptes-rendus de réunions et les propos recueillis par les contrôleurs lors de la visite. Les premiers soulignent les difficultés d'appliquer les exigences procédurales de la loi au regard de la réalité du fonctionnement des services et considèrent que l'établissement d'un programme de soins ne peut être qu'à l'initiative d'un médecin. Les seconds rappellent que le JLD doit pouvoir exercer sa mission de protection des libertés individuelles au sein du CHAC – ce qui vaut également pour le contrôle des mesures d'isolement et de contention – et que ses décisions de mainlevées doivent être suivies d'effets.

Le CGLPL considère que « les difficultés d'application des lois n°2011-803 du 5 juillet 2011 et n°2013-869 du 27 septembre 2013 ainsi que leur dévoiement [le recours massif à des procédures d'exception pour des décisions privatives de liberté], qui montrent leur inadaptation à la situation réelle de la psychiatrie et au respect des droits des patients, appellent une refonte de ce dispositif législatif »<sup>15</sup>.

## RECOMMANDATION 12

Le respect des droits des patients nécessite qu'un dialogue s'instaure, entre la juridiction et l'établissement de santé, dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun.

*Dans leur réponse au rapport provisoire, la Présidente et le Procureur de la République près le tribunal judiciaire de Foix expliquent « que conformément à la demande du directeur du CHAC, les audiences en matière d'hospitalisation d'office ont lieu depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2021 chaque jeudi à 10h00 (au lieu de 14h00) dans la salle dédiée au sein de l'établissement, ce qui permet une notification immédiate, sur place, de chaque décision rendue aux personnes présentes à l'audience (personne hospitalisée, tiers, avocat), ainsi qu'un représentant de la direction, et aux autres personnes intéressées le jour même.*

*La modification du jour de l'audience hebdomadaire est intervenue, à la suite de la demande du directeur du CHAC (demande mentionnée dans votre rapport).*

*Cette nouvelle organisation résout la difficulté que rencontrait le greffe du service du juge des libertés et de la détention (JLD), qui devait procéder à toutes les notifications à son retour au TJ de Foix, parfois à une heure tardive (compte tenu de la durée de l'audience et du temps de*

<sup>15</sup> CGLPL, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Rapport thématique, Dalloz, avril 2020, p. 150 ([disponible en ligne sur le site Internet du CGLPL](#)).



trajet entre Saint-Lizier et Foix, d'une heure) ce qui entraînait une notification à la personne hospitalisée parfois le lendemain (en l'absence de personnel du CHAC pour l'assurer après 17h30).

Cependant, nonobstant cette amélioration notable, le directeur du CHAC a indiqué ne pas pouvoir assurer au greffe du JLD la présence systématique d'un représentant de la direction pour permettre la notification de la décision rendue, à l'issue de l'audience.

Par ailleurs le directeur a évoqué des difficultés du personnel soignant pour assurer la présence des personnes hospitalisées le matin (mail du 14 octobre 2021, lequel n'en précise pas les raisons).

Le protocole en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2014 est en cours de modification ; un avenant a été soumis depuis plusieurs semaines à la direction du CHAC, après échanges notamment à l'occasion de la réunion du 23 septembre 2021, mais n'a pas été à ce jour retourné signé par la direction de l'établissement : celle-ci ne souhaite pas qu'il soit mentionné dans cet avenant que l'audience ne pourra pas se tenir dans la salle dédiée au sein de l'établissement en l'absence d'un agent de sécurité (mail du 20 octobre 2021), alors que cette exigence est fort légitime pour assurer la sécurité du JLD, de sa greffière et au-delà, des personnes présentes à l'audience.

Il doit vous être précisé qu'un incident est survenu au cours de l'audience du 30 septembre 2021, Mme la vice-présidente chargée des fonctions de JLD ayant été victime d'une agression physique par une personne hospitalisée à l'annonce de son maintien en hospitalisation sous contrainte, heureusement sans gravité. »

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « qu'un dialogue est engagé entre la juridiction et l'établissement. Plusieurs réunions ont déjà eu lieu sur 2021 et une actualisation de la convention de fonctionnement entre les deux institutions est en cours. »

La recommandation est maintenue en l'absence de précision sur le nombre et le thème des réunions ayant déjà eu lieu entre l'établissement et la juridiction. D'autre part, la demande concernant la présence d'un agent de sécurité afin d'assurer le calme de l'audience n'existe dans aucun autre établissement et, en tout état de cause, l'absence d'agent de sécurité ne saurait justifier des audiences par visioconférence.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS EST LA REGLE, SA RESTRICTION L'EXCEPTION

#### 6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

L'établissement ariégeois est caractérisé par une large politique d'ouverture. Ainsi, seule une unité est fermée – l'UPSI, accueillant notamment les patients détenus et les personnes hospitalisées pour la première fois. Les trois autres – l'UAPA, l'UAPB et l'URP – sont ouvertes, sauf la nuit. Si au moment du contrôle, les portes d'entrée de ces trois unités étaient fermées (cf. § 5.3.1), les patients pouvaient continuer à entrer et sortir en demandant l'autorisation aux soignants, octroyée sans restriction, ou par les portes latérales et les cours extérieures, laissées ouvertes et sans surveillance. Ainsi, de nombreux patients ont été vus dans le parc, se rendant à la cafétéria ou à l'extérieur de l'établissement.

D'une manière générale, les restrictions à la liberté d'aller et venir des patients sont l'exception, toujours décidées par un médecin psychiatre et réévaluées régulièrement. Au vu des témoignages recueillis, elles paraissent dépendre davantage de l'état clinique du patient que de son statut, en soins libres (SL) ou sous contrainte. Sauf prescription médicale contraire donc, les déplacements à l'intérieur de l'établissement sont libres. Les patients sont seulement tenus de revenir pour le repas du midi. Pour les sorties à l'extérieur de l'hôpital, un accord écrit spécifique du médecin est nécessaire. Ceux-ci sont donnés largement, tout comme les autorisations de sortie accompagnée de moins de douze heures (cf. § 5.3.1). Seuls les patients de l'UAPA doivent préalablement remplir un formulaire intitulé « *permission de sortie* », indiquant la durée de sortie demandée, davantage utilisé pour faire gagner du temps au psychiatre que comme un outil de contrainte.

#### 6.1.2 La gestion de la sécurité

L'aménagement du site – sans barrière de filtrage à l'entrée ni caméra de vidéosurveillance ni clôture métallique – nourrit la dynamique générale d'ouverture largement appréciée des patients et des soignants. A l'exception des cours extérieures de l'UPSI, grillagées, les unités psychiatriques du CHAC n'ont rien de carcéral.

La sécurité des patients n'en demeure pas moins garantie. Les cas d'intrusions extérieures, notamment à des fins de trafic de produits illicites, ou de fugues de patients, sont extrêmement rares.

L'hôpital ne dispose pas d'une équipe d'intervention spécifique. En cas d'alerte donnée *via* les boîtiers de protection des travailleurs isolés (PTI), deux soignants de chaque unité doivent en principe se rendre sur le lieu d'émission. Cette décision semble convenir aux soignants rencontrés et répondre aux besoins. Les cas nécessitant l'intervention de la gendarmerie sont peu fréquents, de l'ordre d'un ou deux par an.

De même, le personnel essaie de répondre en interne aux alertes incendie. Ainsi, onze agents sont titulaires de la formation service de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP) et des ateliers de sensibilisation sur le sujet sont proposés chaque année aux membres des unités. Les pompiers n'auraient presque pas à intervenir sur le site.

Compte tenu des effets bénéfiques de cette ouverture sur l'état des patients et de la quasi-absence de problématique d'ordre sécuritaire, le projet de « sécurité périmétrique » d'un montant total de près de 300 000 euros, présenté en 2019 à l'ARS et consistant en l'installation

d'un grillage tout autour de l'établissement et d'une barrière à l'entrée avec caméra de vidéosurveillance, pas encore mis en place faute de financements, n'apparaît pas justifié et doit dès lors être abandonné.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

La dynamique d'ouverture des unités et du site doit être préservée, et le projet de « sécurité périmétrique » abandonné.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que cela n'a plus d'objet, ce projet a été abandonné.* »

La recommandation est considérée comme prise en compte, néanmoins il n'a pas été apporté de précisions sur l'ouverture des unités.



L'UAPA, unité ouverte



Une des cours de l'UPI, toutes fermées



L'entrée principale du site, non surveillée

## 6.2 LES RESTRICTIONS DE LIBERTE SONT LIMITEES A CELLES INHERENTES A L'HOSPITALISATION

Outre une large liberté de déplacement, les patients se voient appliquer peu de restrictions dans leur quotidien.

Ainsi, il apparaît qu'ils peuvent se vêtir comme ils le souhaitent, le port du pyjama étant limité au strict minimum et toujours sur prescription médicale. Seuls quelques patients ont été vus en pyjama à l'UPSI au moment du contrôle.

Ils peuvent aussi accéder à leur chambre à tout moment de la journée, sauf lorsque celles-ci sont nettoyées – généralement pendant une courte durée.

Si des horaires sont imposés, notamment pour les repas, ils le sont avec souplesse. De même, le soir, les personnes hospitalisées peuvent aller au terme de leur programme télévisé, même si celui-ci dépasse l'heure théorique de couvre-feu, vers 23h.

Les patients souhaitant fumer sont dans l'ensemble en mesure de le faire. A l'URP et à l'UAPA, les patients sont ainsi, pour la plupart, autorisés à conserver leur paquet de cigarettes et leur briquet. A l'UPSI et à l'UAPB, les limitations sont plus nombreuses, consistant par exemple en la remise d'une cigarette par heure aux patients. Ces dispositions, généralement décidées par le médecin psychiatre, semblent avant tout être prises pour protéger les patients d'abus et d'excès et pour aider ceux aux ressources financières limitées. En cas de crise, les soignants ont cependant indiqué ne pas hésiter à passer outre. Toutes les unités sont équipées de cours extérieures, avec bancs et espaces protégés de la pluie. En revanche, seule l'UPSI est dotée au niveau de la cour d'un allume-cigarettes électrique. La nuit, les portes des unités étant fermées, les patients désirant fumer sont en principe tenus de demander aux soignants l'autorisation de sortir. Dans les faits, les fenêtres des chambres pouvant s'ouvrir au moins en partie, nombreux seraient les patients à y fumer.



*Cours extérieures de l'UAPB et de l'URP, avec abris protégés de la pluie et du soleil*

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT AISEES SAUF EN CE QUI CONCERNE L'ACCES AU WI-FI

### 6.3.1 Les liens avec les proches

La correspondance écrite ne subit aucune entrave. Des timbres peuvent être achetés à la cafétéria, et, si un patient ne dispose pas des ressources suffisantes pour cet achat, les soignants

font passer le courrier non timbré dans celui de l'unité. Ces derniers rapportent aussi rechercher des adresses, « y compris celle de l'Elysée » si telle est la demande du patient.

Comme en 2015, outre l'usage de leur téléphone portable personnel et de son chargeur comme principe – restreint seulement par des situations médicales individuelles, nombreuses à l'UPSI puisqu'un seul patient sur quinze présents était autorisé à user de son téléphone personnel –, les patients peuvent entrer en communication téléphonique avec leurs proches dans un local ou une pièce aménagée à cette fin dans chaque unité. Il s'agit d'un téléphone mural sécurisé, sur lequel la communication est transférée par les soignants. Les horaires de service n'appellent aucune critique (8h30-22h00 à l'UPSI, jusqu'à 23h00 aux UAPA et UAPB, etc.) et les patients n'émettent aucune remarque sur ce point. Des fauteuils meublent le local, dont la porte peut être rabattue. La confidentialité est assurée.



*Le modèle de combiné de téléphone et les locaux des unités UAPA, UAPB, UPSI*

Par ailleurs, il arrive que les soignants prêtent aux patients un téléphone sans fil du service, qu'ils utilisent où ils le souhaitent avant de le ramener.

Les règlements de fonctionnement des unités présentent l'accès aux téléphones fixes et mobiles de manière aussi libérale que ce que les contrôleurs le relèvent.

Avant le mois de mars 2020, les visites se déroulaient sans restriction, autres que celles liées à la situation médicale du patient. Lors de la visite, la porte d'entrée de l'ensemble des pavillons est fermée à clé. Un panneau invite à sonner pour se faire ouvrir par les soignants et informe que les visites se déroulent exclusivement dans un salon spécifique, situé à l'orée de l'unité. Leur aménagement est adapté, les fauteuils sont confortables et colorés. Il s'agit parfois de la pièce dans laquelle a été installé le téléphone. A la porte de l'UAPA, un panneau indique que les visites ont lieu l'après-midi de 14h à 18h30, à l'instar de ce qui est énoncé dans le « règlement intérieur » des UAPA et UAPB. Le règlement affiché à l'UPSI énonce, lui, que les visites sont possibles de 14h à 21h tous les jours.

Les contrôleurs n'ont pas rencontré de familles dans ces salons. Ils en ont en revanche vu dans le parc et à proximité de la cafétéria, où elles retrouvaient leur proche hospitalisé.

### 6.3.2 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux

Le quotidien régional *La Dépêche* est distribué chaque jour par un patient et mis à disposition des personnes hospitalisées dans le salon à l'entrée de chaque unité. Le journal circule ensuite entre les patients de l'unité, effectivement.

Au moins un poste de télévision est installé dans des salons dans les unités.

Internet, sans aucune limitation de sites, est accessible à la cafétéria sur un poste informatique contre 0,50 euro la demi-heure après une demi-heure gratuite.

Outre leur téléphone portable, les patients peuvent disposer de leur ordinateur personnel, comme cela a été constaté à l'URP et comme l'UPSI le rapporte pour un patient.

Lorsqu'ils ont besoin d'une information particulière disponible sur Internet, les patients témoignent aussi volontiers de la possibilité de la rechercher avec une assistante de service social (ASS) depuis son bureau.



*La distribution quotidienne du journal*



*L'ordinateur de la cafétéria*

Lorsqu'un Wi-Fi public a été installé début 2020 au profit des patients de MCO moyennant paiement, l'installation a été ouverte aux patients de psychiatrie. L'information quant à ce dispositif de Wi-Fi n'a pas été poussée jusqu'à son terme car il n'a pas été décidé du paiement ou non. Aucune procédure n'a été écrite. Depuis l'installation, et de manière gratuite pour l'instant, les patients de psychiatrie sont censés demander au médecin l'autorisation d'avoir un code individuel pour se connecter au Wi-Fi public. Faute d'information, ils ne le font pas. Les médecins eux-mêmes ne sont pas au courant et ne sollicitent pas la direction des systèmes d'information (DSI) pour l'attribution d'un code. En 2020, cette dernière en a fourni deux seulement et aucun en 2021. Le système est pourtant opérationnel, ainsi que les contrôleurs l'ont constaté sur leurs propres terminaux.

### RECOMMANDATION 13

L'information sur la manière d'obtenir un code individuel de connexion au Wi-Fi public de l'établissement doit être portée à la connaissance des patients de psychiatrie et de leurs soignants.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que dans l'immédiat, il y a une limitation technique pour l'accès Wi-Fi dans les unités. Sollicitation du responsable informatique pour voir si une amélioration est possible.* »

La recommandation est maintenue en l'absence de date concernant l'amélioration.

## 6.4 SANS ETRE NIEE, LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS ABORDEE INSTITUTIONNELLEMENT

Lors de la visite de 2015, il avait été noté : « *Les relations sexuelles ne font pas l'objet d'une interdiction ou d'une délimitation quelconque. Le personnel s'est dit cependant attentif aux*

*situations qui soulèveraient de légitimes doutes sur la réalité des consentements. Le patient peut se rendre à l'infirmerie pour demander un préservatif. »*

Les constats en 2021 sont identiques, sauf à préciser que les soignants n'ont pas de stock de préservatifs dans le bureau de soins mais doivent les commander à la pharmacie, comme certains ont indiqué avoir été amenés à le faire. Il n'existe aucun distributeur de préservatifs sur le site du CHAC.

Les discours sont semblables dans toutes les unités. Les soignants ne mettent fin à une relation sexuelle entre patient que s'ils craignent l'absence de consentement de l'un des deux. La vivacité des pathologies prises en charge à l'UPSI grève *a priori* le consentement et rend les soignants plus vigilants ; en cas de doute, ils en réfèrent au psychiatre, chargé de trancher. En second lieu, se pose la question de la protection du regard d'autrui : une relation sexuelle dans une chambre ne sera pas interrompue alors que celle qui se déroule sur une des pelouses du parc le sera – pour reprendre des exemples cités. L'acte masturbatoire surpris par un soignant qui entre dans la chambre du patient n'est pas non plus interrompu, le droit à la vie privée prévalant.

Les IDE s'estiment en capacité de faire de l'information au sujet de la sexualité, mais ce n'est organisé qu'à la demande du patient. Aucun dispositif éducatif n'est organisé par le CHAC. Des opportunités de discussions avec les patients existent pourtant, notamment en lien avec les effets secondaires de certains traitements.

De même, les équipes ne bénéficient pas d'apport régulier sur ces questions : ce n'est par exemple qu'à la suite d'un viol subi dans sa chambre, par une personne vulnérable, il y a quelques années que l'équipe de l'UAPB – qui a accompagné les démarches de plainte auprès de la gendarmerie en lien avec le tuteur – a interrogé le comité d'éthique et a rencontré les professionnels d'un CRIAVS<sup>16</sup>. La question des traitements inhibiteurs de la libido a été discutée. Il faut remonter à 2017 pour trouver trace d'une rencontre thématique relative à la vulnérabilité dans les travaux du comité local d'éthique.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle concernant les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'en 2022 est prévu une sensibilisation des personnels par rapport à la question de la sexualité des patients avec l'aide du comité d'éthique pour alimenter notre réflexion.* »

La recommandation est prise en compte étant donné que des formations vont être proposées et que le sujet va être abordé en comité d'éthique.

<sup>16</sup> CRIAVS : centre de ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles.

## 7. LES CONDITIONS DE VIE

### 7.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT FAVORISENT L'AUTONOMIE ET LE RESPECT DE L'INTIMITÉ DES PATIENTS MAIS LES LOCAUX SONT VIEILLISSANTS

L'ensemble des locaux d'hospitalisation du pôle de psychiatrie est propre, vaste et clair, situé dans un espace de verdure avec vues sur les Pyrénées ariégeoises et sur la cité épiscopale de Saint-Lizier. Il y règne une atmosphère de relative liberté avec des accès aux espaces extérieurs facilités, même au sein de l'unité fermée. L'implantation des bâtiments, l'agencement des unités et les équipements collectifs sont identiques à ceux qui ont été décrits dans les rapports de 2011 et 2015<sup>17</sup>.

#### 7.1.1 Les locaux d'hébergement

Chaque patient dispose d'une chambre individuelle<sup>18</sup>, dont la superficie peut varier de 12 à 24 m<sup>2</sup>, dotée d'un lit à une personne, d'une table de chevet, d'une table, d'une chaise et d'une armoire-penderie. Les chambres disposent de portes pleines et de larges fenêtres qui donnent sur des espaces arborés et permettent l'entrée de la lumière naturelle.

Les patients détiennent habituellement la clé de leur chambre et peuvent également fermer leur chambre de l'intérieur – le verrou pouvant, si nécessaire, être déverrouillé de l'extérieur par le personnel. A l'UPSI, il a été indiqué que certains patients préféreraient dormir la porte ouverte et qu'ils étaient alors informés des risques de déambulation des autres patients.

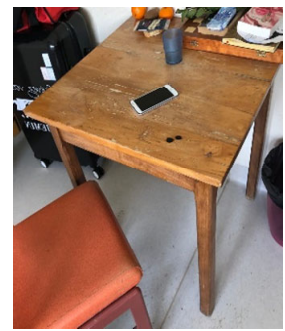
Le mobilier en bois – hormis à l'UPSI et dans les chambres médicalisées – confère à la pièce un caractère chaleureux. Selon certains soignants, il est cependant peu propice aux soins et inadapté en termes d'hygiène, notamment « *lorsqu'il faut laver la chambre à grande eau* ». Les chambres sont peu décorées, même s'il n'existe aucune restriction en la matière.



Chambre de l'UAPA



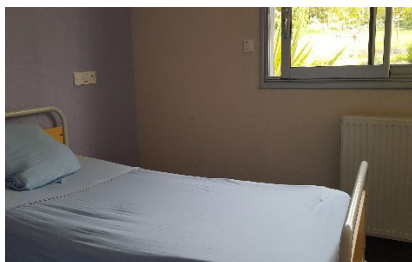
Mobilier à l'UAPB



<sup>17</sup> CGLPL, Rapports de visite du CHAC, 2011 et 2015.

<sup>18</sup> L'UAPB dispose cependant d'une chambre double de 28 m<sup>2</sup>.





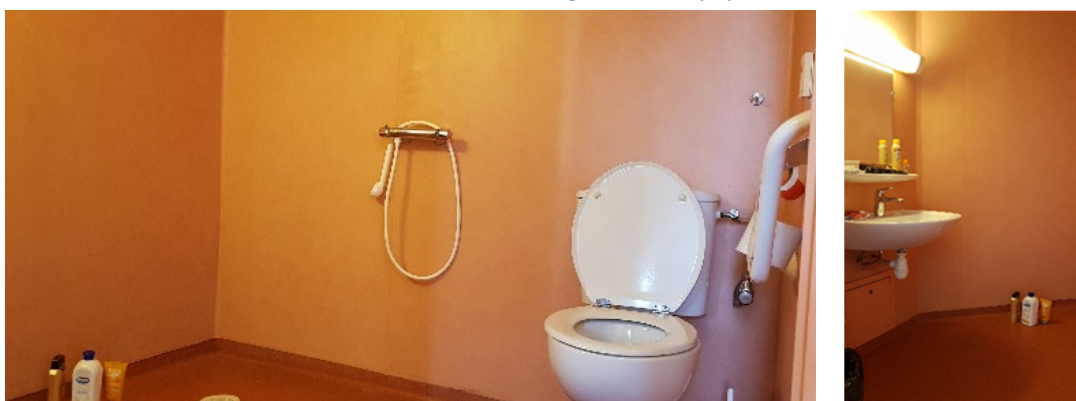
*Chambre de l'UPSI*



*Chambres de l'URP*



*Couloirs des unités d'hébergement de psychiatrie adultes*



*Toutes les chambres disposent d'un espace sanitaire séparé, équipé d'un WC, d'une douche à l'italienne et d'un lavabo avec miroir et tablette*

Par ailleurs, les matelas sont anciens et inadaptés pour l'équipement de lit d'hospitalisation. Un grand nombre de patients, dans toutes les unités, évoque des douleurs dorsales fonctionnelles en lien avec l'absence de qualité de la literie.

## RECO PRISE EN COMPTE 5

Les patients doivent bénéficier de matelas dignes et compatibles avec des lits d'hospitalisation, de tout matériel médical nécessaire à la prise en charge de leurs pathologies somatiques et de leurs handicaps et un défibrillateur doit équiper chaque unité de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que sera inscrit au plan d'investissement 2022 l'achat de matelas, lits et autres mobiliers/matériels médicaux après recensement des cadres de santé et médecins somaticiens.*

*Depuis la fin du trimestre 2021, présence de défibrillateurs dans chaque unité du pôle. »*

La recommandation est considérée comme prise en compte, l'établissement prévoyant de financer le renouvellement du matériel.

Si les locaux sont maintenus en état de propreté et sont globalement agréables, les peintures et les revêtements des sols des chambres – comme ceux des parties communes – sont vétustes et, dans un certain nombre de cas, détériorés.

Lors de sa visite en 2015, le CGLPL avait indiqué qu'à l'UAPB, « *les locaux, quoique bien entretenus sont peu décorés ; ils ont vieilli – peinture défraîchie, revêtements de sol dégradés, traces d'humidité* ». Il avait noté une « *certaine vétusté [du mobilier], des revêtements des murs et des sols* » à l'URP.

Aucuns travaux ne sont intervenus depuis cette date et les conditions d'hébergement se sont encore aggravées s'agissant, en particulier, de l'état des murs, des sols et des plafonds (cf. § 7.2.2).

### RECO PRISE EN COMPTE 6

Des travaux de réfection doivent être programmés et une partie du mobilier renouvelée afin de préserver la qualité d'hébergement des patients accueillis dans les unités de psychiatrie adultes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que fin 2021 aura lieu une visite du directeur général et du responsable des travaux dans chaque unité pour programmer un calendrier de réfection des locaux.* »

La recommandation est considérée comme prise en compte, une visite du directeur général étant prévue dans chaque unité pour établir un calendrier de réfection des locaux.

#### 7.1.2 La cafétéria



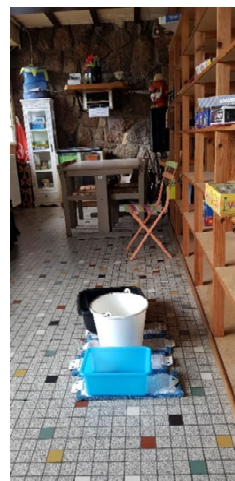
*Cafétéria dépourvue d'accès pour les personnes à mobilité réduite*

Les constats du CGLPL en 2015 n'ont pas changé : « *L'espace [de la cafétéria], s'il est chaleureux, n'est plus du tout fonctionnel, ni moderne : problème de monte-charge pour les livraisons de boissons ou de viennoiseries, peintures qui s'écaillent, absence de réfrigérateurs conséquents, bac pour vaisselle trop bas, escalier rouillé, fissures dans le sol de la terrasse. Sans ascenseur, il n'est pas accessible aux personnes ayant des difficultés de motricité. Il n'y a pas de sanitaires, ce qui pose un réel problème aussi bien pour le personnel en place que pour les patients qui y viennent. Cela a pour conséquence de souiller les environs à proximité* ».

En l'absence de travaux, l'état de la cafétéria a continué à se détériorer. Les volets ne fonctionnent plus, les murs et le plafond s'effritent, les eaux de pluie s'infiltrent par le plafond et il y a de nombreuses taches d'humidité sur les murs. Il n'y a toujours aucun accès pour les personnes à mobilité réduite et la cafétéria ne dispose toujours pas de toilettes. Les urinoirs les plus proches, situés à l'extérieur de la cafétéria, en bas de l'escalier, sont jonchés de débris et de canettes de bière. Aucune équipe de ménage n'y intervient.



*Etat du plafond de la cafétéria*



*Seaux pour les infiltrations d'eau*



*Urinoirs jonchés de débris*

En 2011, il avait été indiqué aux contrôleurs que le CHAC n'avait pas « *entrepris de travaux d'amélioration de la cafétéria car un autre lieu dans l'hôpital avait été envisagé pour l'accueillir. Des devis et des plans avaient été faits dans cette perspective mais les gels de crédit hospitalier ont suspendu le projet de déménagement. Il est toutefois précisé que le bâtiment qui avait été choisi est trop petit, que le souhait serait que la cafétéria soit placée dans un lieu central où elle puisse accueillir les visiteurs et patients des unités psychiatriques et ceux de l'hôpital général* ».

Lors du conseil de pôle du 18 décembre 2019 ont été posées les questions du « *portage du projet cafétéria* », de « *l'appauvrissement du projet cafétéria et de ses prestations* », de l'« *amélioration du lien avec les unités de soins* », de sa « *localisation et de son accessibilité* » et de « *la consommation des toxiques* ».

Plusieurs patients ont fait part de leur attachement à ce lieu (ouvert de 9h15 à 12h et de 13h à 16h45) où ils peuvent se sociabiliser sans trop de monde, faire quelques achats, écouter de la musique ou prendre une boisson. La cafétéria est par ailleurs apparue comme un lieu chaleureux et convivial, offrant un espace de réhabilitation pour les patients et proposant des activités variées et attractives.



*Intérieur de la cafétéria*

## 7.2 L'HYGIENE DES PATIENTS EST ASSUREE MAIS CELLE DES LOCAUX N'EST PAS SATISFAISANTE

### 7.2.1 L'hygiène personnelle

Les draps et les serviettes, fournis par l'établissement, sont traités par la blanchisserie située sur le site du CHAC – tout comme les pyjamas et les contentions.

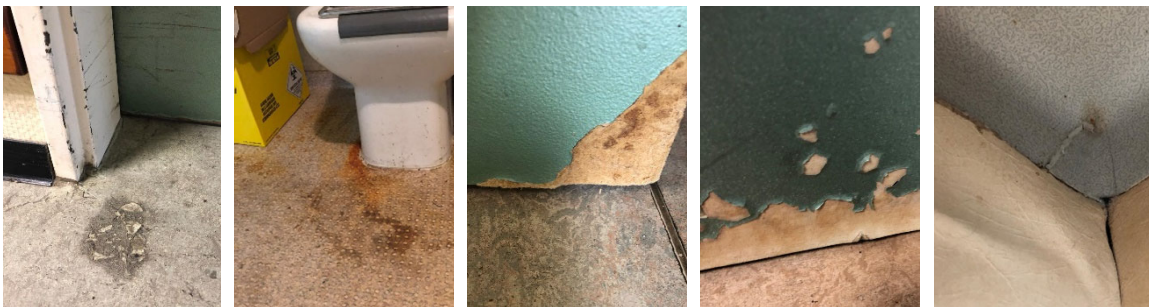
Le linge personnel des patients de l'UPR peut également être pris en charge par la blanchisserie. Il est identifié par une gommette de couleur correspondant à ce service et marqué du nom du patient ; il est ramassé le matin et restitué le lendemain, voire le jour même. La blanchisserie centrale traite cependant très peu le linge personnel des patients hébergés en psychiatrie, celui-ci étant habituellement pris en charge par les familles ou au sein des unités qui disposent d'une machine à laver le linge – la lessive étant fournie par la blanchisserie.

Les patients disposent d'un espace séparé lavabo-douche dans leur chambre et peuvent acheter des produits d'hygiène à la cafétéria. Si besoin, les unités remettent un nécessaire d'hygiène au patient et elles disposent également d'un petit stock de vêtements donnés ou récupérés qui peuvent être fournis à celui qui en aurait besoin.

La blanchisserie centrale gère un stock important de vêtements perdus, soit parce qu'ils arrivent non étiquetés, soit parce que le patient ne se trouve plus dans l'unité. Le linge non réclamé (« *et il ne l'est jamais* ») est conservé pendant un à deux mois puis il est emporté à la déchetterie. Cette situation concerne principalement le linge en provenance du pôle de gériatrie et de réadaptation.

### 7.2.2 L'hygiène des locaux

Les agents des services hospitaliers (ASH) effectuent l'entretien des locaux et des chambres au moins quotidiennement. Les locaux sont globalement propres mais le nettoyage est inefficace contre la vétusté et le délabrement dans certaines unités : traces d'humidité et de moisissures, peintures écaillées, sols et plafonds détériorés, boiseries abîmées, sols souillés, etc.



Multiplés détériorations des sols, murs et plafonds de l'UAPB



**RECOMMANDATION 14**

L'ensemble des locaux accueillant les patients doit être maintenu en bon état d'hygiène, d'entretien et de sécurité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier donne la même réponse que pour la recommandation N°15 « *fin 2021 aura lieu une visite du directeur général et du responsable des travaux dans chaque unité pour programmer un calendrier de réfection des locaux.* »

La recommandation est maintenue car aucune perspective n'est donnée sur l'amélioration de l'état d'hygiène.

**7.3 LES PATIENTS ONT FACILEMENT ACCES A LEURS BIENS**

Les effets personnels des patients et les articles de valeur font l'objet d'un inventaire lors de l'admission. L'argent et les objets précieux peuvent être conservés dans un coffre, dans le bureau du cadre de santé.

Dans la mesure où les patients disposent des clefs de leur placard et de leur chambre, ils gardent généralement avec eux l'intégralité de leurs effets personnels.

Lorsque l'état clinique du patient nécessite que des objets ou des produits lui soient retirés (rasoirs, produits d'hygiène, etc.), ils sont rangés, au sein des services, dans des boîtes individuelles rattachées à un numéro de chambre.

Les patients en psychiatrie qui se trouvent en situation d'indigence peuvent bénéficier de dons financiers de la part de l'association *société d'entraide des malades du CHAC*.

Les majeurs protégés disposent de bons d'achat, délivrés par le service mandataire, les autorisant « *à se servir à la cafétéria du CHAC dont le montant maximum autorisé s'élève à cinquante euros par mois durant la durée de son hospitalisation* ».

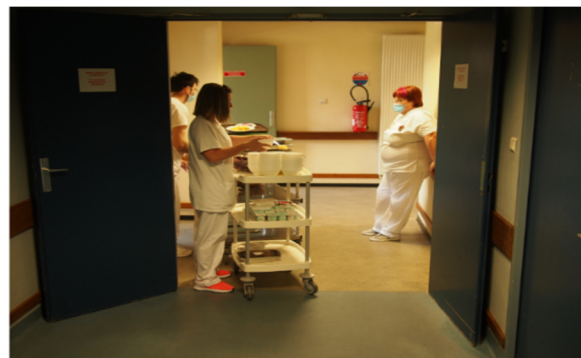
**7.4 L'OFFRE ALIMENTAIRE EST DE QUALITE MAIS LES QUANTITES SERVIES DOIVENT ETRE AJUSTEES**

Les repas sont pris entre 8h30 et 9h pour le petit-déjeuner, 12h pour le déjeuner, 18h45 pour le dîner. Une collation est servie à 16h et une tisane à 20h30.

Dans le contexte de la crise sanitaire, les patients entrants et confinés prennent obligatoirement leur repas en chambre pendant une durée de sept jours. Les autres patients mangent dans la salle commune – « *dans le respect des gestes barrières et de distanciation physique* » – mais peuvent également, à leur demande, manger dans leur chambre s'ils sont « *fragiles, inquiets* ».

**BONNE PRATIQUE 1**

La possibilité offerte aux patients de prendre leurs repas dans leur chambre lorsqu'ils en ressentent le besoin est une bonne pratique.



Réfectoires de l'UPR et de l'UAPA

Les repas sont confectionnés par l'unité de production du CHAC et livrés en liaison froide dans les services. La grille des menus varie pendant une période de quatre semaines ; ils sont affichés dans les unités. Les régimes alimentaires spécifiques sont pris en compte (vingt-quatre régimes et cinq textures proposés) et il est indiqué que du riz, des pâtes ou des pommes de terre sont proposés à chaque repas afin de prendre en compte les éventuelles aversions.

Si les patients interrogés ont souligné la qualité gustative des repas servis, plusieurs interlocuteurs ont fait part aux contrôleurs de l'insuffisance des quantités servies, particulièrement pour les jeunes patients.

La question des repas a fait l'objet d'une vaste réorganisation en 2020, suscitant le mécontentement de plusieurs unités de psychiatrie. Le CHAC a en particulier décidé de diminuer le nombre de constants, de réduire le cycle des menus de huit à quatre semaines et de supprimer les protéines animales certains soirs<sup>19</sup>. Les repas thérapeutiques ont par ailleurs été suspendus dès le premier confinement – rétablis à l'unité de pédopsychiatrie mais supprimés par note de service du 26 janvier 2021 pour l'ensemble des unités de psychiatrie adultes.

Lors d'une réunion exceptionnelle qui s'est tenue le 22 avril 2020, les médecins et l'encadrement des services de psychiatrie ont fait part des plaintes des patients quant à l'insuffisance des repas et à la diminution des portions de pain. « *Les patients ont faim ont-ils souligné à l'unanimité. Ils souhaitent que l'on trouve des solutions pour ne pas être contraints de compléter les apports journaliers par des prescriptions ce qui ne satisferait personne et surtout pas les patients. De plus, certains neuroleptiques accentuent la sensation de faim et la complémentation des patients se fait trop souvent par des apports sucrés, barres chocolatées, friandises en général qui ne sont pas satisfaisantes. L'accent est mis sur l'activité de ces patients dont la moyenne d'âge est de 44 ans en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour. Ils se mobilisent la journée, se déplacent hors de leur chambre, du service, participent à des ateliers, des activités hors établissement* ».

Le compte-rendu de la commission menus du 23 octobre 2020 mentionne que dans les services de psychiatrie adultes « *il apparaît que les patients ont encore faim après certains dîners* » et à Esquirol, « *les enfants, essentiellement les ados, sont aussi concernés par un manque de quantité le soir* ».

Les quantités servies au CHAC correspondent à 2 000 kcal par jour et par patient dans les unités de psychiatrie adultes – auxquels sont ajoutées les éventuelles collations – et 2 700 kcal à l'unité

---

<sup>19</sup> Cette réorganisation fait suite à un audit réalisé par le CHU Marchant de Toulouse, à la demande de la direction du CHAC, dans l'objectif de rationaliser les coûts et d'harmoniser l'offre alimentaire avec ce qui se pratique dans les autres hôpitaux.

Esquirol. Le pain fait l'objet d'un approvisionnement local et est remis sous forme de boules à chaque unité, correspondant 150 grammes de pain par jour et par patient. Cette offre alimentaire est conforme aux recommandations nationales élaborées par l'association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN) et la société francophone de nutrition clinique et métabolisme (SFNCM)<sup>20</sup>.

Mais, d'une part, ces recommandations nationales ne prévoient qu'un seuil « *minimum* » de 2 000 kilocalories par jour afin de couvrir les besoins nutritionnels « *d'un grand nombre de patients* » et, d'autre part, elles s'adressent aux hôpitaux généraux et ne prennent pas en compte la spécificité de la psychiatrie<sup>21</sup>.

### RECOMMANDATION 15

Les patients hospitalisés en psychiatrie doivent recevoir une alimentation variée, en quantité suffisante, tenant compte de leur âge, de leur état de santé et de leur condition physique, dans l'ambiance de partage et de convivialité que doit représenter un repas pour des personnes privées de liberté.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que des réunions ont déjà eu lieu en 2020 avec les diététiciennes et le responsable de la restauration. La commission des menus réactivée a donné un bon niveau de satisfaction.* »

La recommandation est maintenue car les contrôleurs ne savent pas à quoi correspond ce bon niveau de satisfaction.

<sup>20</sup> SFNCM & AFDN, Recommandations sur les alimentations standards et thérapeutiques chez l'adulte en établissement de santé, 2019.

<sup>21</sup> Ces recommandations servent cependant également de référence au centre hospitalier Gérard Marchant qui est spécialisé en psychiatrie et santé mentale.

## 8. L'ACCES AUX SOINS

### 8.1 LE SERVICE DES URGENCES DE L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE D'AUCUN ESPACE SPECIFIQUE POUR L'ACCUEIL DES PATIENTS A PRESENTATION PSYCHIATRIQUE ET DES ORIENTATIONS INADEQUATES DE PATIENTS SONT EFFECTUEES VERS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE

Les patients sont admis en psychiatrie, après un accueil préalable dans le service des urgences médico-chirurgicales du CHAC. Les effectifs de l'équipe infirmière sont de trois ETP de jour, présents de 8h à 20h et de trois ETP de nuit, présents de 20h à 8h, tous les jours. Tous les agents sont titulaires et l'absentéisme est mineur. La nuit, le CHAC reçoit toutes les urgences psychiatriques du département car le CHIVA dispose d'un psychiatre et d'un IDE présents uniquement pendant la journée.

L'équipe a bénéficié de formations concernant la psychopathologie, la pédopsychiatrie, la gérontopsychiatrie, les prises en charge spécifiques des adolescents et des femmes battues, l'isolement et la contention et la maîtrise de la personne, mais aucune s'agissant des lois qui encadrent les mesures de soins sans consentement et les droits fondamentaux (cf. § 3.3).

#### RECOMMANDATION 16

Les soignants des urgences doivent bénéficier de formations spécifiques s'agissant des lois qui encadrent les mesures de soins sans consentement et des droits fondamentaux des patients en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier renvoie « à la recommandation n°3 et explique que le CHIVA reçoit les patients psychiatriques aussi la nuit et les WE et les jours où il n'y a pas de psychiatres (IDE dédiée). »

Le CGLPL maintient sa recommandation, dans l'attente de la mise en œuvre de ce projet de formation et de la participation objective des soignants.

Le service dispose de trois boxes d'examen, un pour le déchocage, deux dévolus à la prise en charge des patients contaminés ou suspects de l'être par le coronavirus et de trois lits d'hospitalisation de courte durée. Aucun espace n'est spécifiquement destiné à l'accueil des patients à présentation psychiatrique, contrairement aux recommandations de bonnes pratiques<sup>22</sup> de la société française de médecine d'urgence (SFMU), ni aucune chambre d'isolement.

<sup>22</sup> Recommandations de bonne pratique clinique : « Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences », société française de médecine d'urgence, 31 mars 2021, « Description d'un box adapté à la prise en charge d'un patient à présentation psychiatrique : en l'absence d'un box dédié, un box polyvalent doit pouvoir être rapidement adapté. Il doit être totalement vidé de tout objet contondant, tranchant ou pouvant servir de projectile (matériel informatique, potence, petits mobiliers), de produits toxiques (antiseptique, soluté hydro alcoolique...) pouvant être ingérés, de fils ou de points d'ancrage hauts pouvant servir à une strangulation. L'accès d'entrée doit être unique et les ouvertures sur l'extérieur, type fenêtres, doivent pouvoir être verrouillées. La superficie du box doit permettre l'intervention de cinq à six personnes en cas d'agitation nécessitant la mise en place d'une contention. Un point d'appel d'urgence situé à l'intérieur du box ainsi qu'une possibilité de surveillance depuis l'extérieur doivent être disponibles. »



**RECOMMANDATION 17**

La prise en charge urgente des patients à présentation psychiatrique doit s'effectuer de manière optimale dans une zone du service séparée de celle des urgences générales et réservée à la psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'une visite des locaux fin 2021 en présence des responsables des urgences, du pôle de psychiatrie et de la direction visera à convenir de la meilleure localisation d'un local adapté.* »

Le CGLPL maintient sa recommandation en l'absence d'un calendrier précis concernant la mise en œuvre d'un local adapté.

L'IDE reçoit le patient accueilli en entretien. En cas de nécessité d'évaluation médicale psychiatrique, l'IDE téléphone au psychiatre d'astreinte la journée et de garde la nuit qui se déplace aux urgences.

Les patients bénéficient de la réalisation d'un examen médical somatique initial, d'un électrocardiogramme (ECG) et d'un test de dépistage antigénique du coronavirus. Aucun bilan sanguin n'est réalisé systématiquement, malgré la demande des équipes de psychiatrie. Les examens d'imagerie (radiographie, scanner cérébral) sont réalisés sur indication médicale en cas de symptômes nécessitant une exploration spécifique.

**RECO PRISE EN COMPTE 7**

Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier d'un bilan sanguin initial systématique lors de leur prise en charge dans le service des urgences.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « que la réalisation d'un bilan sanguin n'est pas systématisée, elle est réalisée après évaluation médicale et concertation entre médecins somaticiens et urgentistes.

Il n'y a pas de justification d'un bilan sanguin « systématique » en urgence, sur prescription uniquement comme tout bilan sanguin, radiologie.... Et après évaluation médicale. Une réflexion sur les ECG en service de psychiatrie et en CMP est en cours. »

L'individualisation de la prise en charge aux urgences des patients à présentation psychiatrique contribue à la qualité des soins qui leur sont dispensés.<sup>23</sup>

Lors de la mise en œuvre d'une hospitalisation en SDDE, une recherche du tiers est systématiquement effectuée par l'IDE, le psychiatre informe le patient de la mise en place de la

<sup>23</sup> Le rapport de la Société Française de Médecine d'Urgence, du mois de mars 2021, précise en page 9 : « En pratique, les experts recommandent de réaliser un bilan paraclinique, dès les SU, dans les situations suivantes :

- Premier épisode de bouffée délirante aiguë ou premier épisode psychotique, notamment chez les plus de 40 ans ;
- Premier épisode thymique, hors symptomatologie typique de syndrome dépressif avec facteur déclenchant ;
- Expression clinique psychiatrique inhabituelle chez un patient présentant des antécédents psychiatriques ;
- Symptomatologie atypique (syndrome confuso-onirique, hallucinations visuelles isolées, troubles cognitifs...)
- Bilan étiologique et/ou élimination d'un diagnostic différentiel ou surveillance évolutive ou acte thérapeutique (i.e. intoxication médicale volontaire). »

mesure et les médecins urgentistes signent les certificats initiaux. Les certificats relatifs aux mesures de SDRE sont établis sur le lieu d'interpellation ou à la gendarmerie. Un classeur des protocoles des mesures de soins sans consentement est disponible dans le service des urgences et utilisé par les soignants.

Un inventaire informatisé est réalisé après l'examen clinique en cas de décision d'hospitalisation, sans signature du patient qui n'en reçoit pas de copie.

### RECO PRISE EN COMPTE 8

Les patients doivent signer l'inventaire de leurs effets personnels et en recevoir une copie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la direction des soins a établi une note de service pour préciser aux équipes que les patients doivent signer l'inventaire et en recevoir une copie.*

*L'inventaire fait partie intégrante du dossier patient informatisé. Sa traçabilité est garantie grâce à cela. Il sera rappelé à l'ensemble des soignants la nécessité de remettre un exemplaire à signer au patient, avec conservation d'une copie du document.*

*Fin 2021 aura lieu une visite du directeur général et du responsable des travaux dans chaque unité pour programmer un calendrier de réfection des locaux. »*

Les patients accompagnés par les agents des forces de l'ordre (police, gendarmerie) sont rarement menottés. L'examen clinique est réalisé sans menottes, en l'absence de risque de passage à l'acte hétéro-agressif. Des contentions de tissus (poignets, cheville, ceinture ventrale) sont disponibles et utilisées avec discernement et respect de la notion légale de dernier recours. Aucun patient n'est attaché de façon systématique, même en situation d'insuffisance de personnel présent, lors du déplacement des IDE avec le véhicule du service médical d'urgence (SMUR) pour pallier le manque d'infirmiers anesthésistes diplômés d'état (IADE).

Lors de leur prise en charge aux urgences, les patients sont vêtus d'une chemise chirurgicale lors de l'examen somatique. L'accès au tabac est possible, en l'absence de contre-indication médicale et si un IDE est disponible pour accompagner le patient fumer à l'extérieur. Les patients peuvent conserver et utiliser leur téléphone personnel et avoir accès à un téléphone du service pour prévenir un proche s'ils en sont dépourvus.

Lors de leur transfèrement en service de psychiatrie, les patients hospitalisés librement sont accompagnés par un IDE des urgences et les IDE de l'UPSI viennent chercher ceux qui le sont dans le cadre d'une mesure de SSC.

Des difficultés ont été rapportées s'agissant de l'orientation en psychiatrie de patients atteints de pathologies somatiques, notamment neurologiques (sclérose en plaques, syndrome de Korsakoff, maladie de Huntington, maladie d'Alzheimer, néoplasie cérébrale) au titre de troubles du comportement. Des patients qui présentaient des pathologies impliquant un pronostic vital engagé, dont trois cas ont été cités (un infarctus du myocarde en cours d'évolution, une insuffisance rénale aiguë et un cancer compliqué d'une évolution métastatique), ont également été hospitalisés en service de psychiatrie.

**RECOMMANDATION 18**

L'évaluation des patients à présentation psychiatrique dans le service des urgences doit permettre d'éliminer un diagnostic somatique, notamment neurologique ou mettant en jeu le pronostic vital, avant toute orientation en service de psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que les patients accueillis sont évalués sur le plan médical et la prise en charge est adaptée, l'établissement sollicite le retrait de cette recommandation.* »

Le CGLPL maintient sa recommandation, le rapport de la Société Française de Médecine d'Urgence, du mois de mars 2021, précise en page 9 : « *l'examen clinique initial d'un patient à présentation psychiatrique ne doit pas faire perdre de temps à l'évaluation psychiatrique. Il a pour but de rechercher des arguments orientant vers une cause organique de la présentation psychiatrique (i.e. toxidrome, argument en faveur d'un syndrome démentiel, atypie dans la présentation d'un patient psychiatrique connu).*

*Le bilan paraclinique vise à réaliser une recherche étiologique somatique, éliminer un diagnostic différentiel, surveiller l'évolution d'un patient et/ou réaliser un bilan pré-thérapeutique.* »

Les patients pour lesquels aucune décision d'hospitalisation n'est prise, sortent de l'établissement par leurs propres moyens, accompagnés par leur famille ou véhiculés en ambulance.

L'activité de psychiatrie de liaison dans les services MCO est mineure pour l'équipe des urgences car un psychiatre de l'établissement est appelé directement par les services requérants en cas de besoin.

## **8.2 LA PENURIE ET LE *TURN-OVER* DES MEDECINS PSYCHIATRES PERMETTENT DIFFICILEMENT UNE VIE INSTITUTIONNELLE SEREINE DANS LES UNITES**

### **8.2.1 L'organisation des soins**

Les équipes sont constituées classiquement, selon un mode pluriprofessionnel qui associe médecin psychiatre, cadre de santé, IDE, aide-soignant (AS), ASH, psychologue et assistante de service social. L'intervention dans les unités d'ergothérapeutes et d'art-thérapeutes constitue une particularité.

Le rythme de travail des soignants (IDE et AS) est principalement organisé en deux séquences, de jour et de nuit, de douze heures chacune. Les effectifs fonctionnels des roulements de soignants sont composés comme suit :

- à l'UPSI : trois IDE et un AS de jour et de nuit, augmentés à la journée (de 8h à 16h) d'un IDE coordinateur qui assure les prises de rendez-vous et les accompagnements des patients ;
- à l'UAPA et à l'UAPB : trois IDE et un AS de jour, deux IDE de nuit, un AS à la journée entre 7h et 15h qui assure les accompagnements des patients en hospitalisés en SSC ;
- à l'URP : deux IDE et deux AS de jour, un IDE et un AS de nuit.

Les horaires des professionnels et les horaires de fonctionnement des unités sont accordés pour favoriser la présence auprès des patients : les soignants travaillent en douze heures avec un

temps de transmission de 7h45 à 8h30 avant le lever des patients et en fin de journée, les intervenants prennent leur poste à 10h après le petit-déjeuner des patients.

## BONNE PRATIQUE 2

La correspondance entre les horaires des professionnels et les horaires de fonctionnement des unités favorise la présence auprès des patients.

Un unique ETP de psychiatre (0,6 à l'URP) compose la ressource médicale spécialisée de chaque unité, ce qui ne permet pas de répondre à une logique de continuité des soins, qui implique le remplacement des absences médicales (pour formation, congés ou maladie), ni au droit de libre choix de leur médecin par les patients. Les difficultés de recrutement médical de l'établissement ont nécessité l'emploi de médecins psychiatres intérimaires à l'UPSI (depuis plusieurs mois) et à l'UAPA (depuis trois ans). Lorsque les psychiatres sont présents, les patients sont reçus en entretien dès l'entrée dans les unités, puis une à deux fois par semaine mais également à leur demande et de façon adaptée aux nécessités de leur état clinique.

## RECOMMANDATION 19

Les patients doivent bénéficier, dans chaque unité, de la présence de médecins psychiatres titulaires d'une qualification ordinaire en psychiatrie, en nombre suffisant pour assurer une permanence de soins de qualité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la réponse est idem à celle de la recommandation N°2.* »

Le CGLPL maintient sa recommandation relative au fait que le CHAC ne développe pas de stratégie d'attractivité nécessaires au recrutement des praticiens hospitaliers.

Les cadres de santé, en sous-effectif, ont la responsabilité de plusieurs unités de soins, leur charge de travail très importante ne leur permettant qu'une insuffisante participation à la vie institutionnelle de chacune d'entre elles (cf. § 3.3).

Le poste de psychologue de l'URP n'est pas pourvu.

## RECOMMANDATION 20

Les patients doivent bénéficier dans chaque unité d'un accès à des entretiens avec un psychologue, afin de poursuivre la psychothérapie débutée préalablement dans leur parcours de soin ambulatoire et hospitalier ou de s'inscrire dans ce type de soin s'il est prescrit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que le redéploiement d'un temps de psychologue à l'URP 0.3 ETP sera réalisé.* »

Le CGLPL maintient ses recommandations relatives car le terme de redéploiement signifie que le temps de psychologue a été enlevé sur une autre unité ce qui n'était pas la réponse attendue.

Les réunions institutionnelles sont régulièrement organisées, selon un rythme comparable dans toutes les unités et comprennent les réunions de transmission (le matin et le soir au moment des

changements d'équipe), les réunions de synthèse hebdomadaires en équipe pluriprofessionnelle (qui permettent l'évocation des projets individuels de soins de l'ensemble des patients), les réunions soignants-soignés (une à deux fois par mois, en coanimation avec les psychologues, fortement espacées voire suspendues pendant la période de pandémie) et les réunions cas complexes (consacrées à un seul patient et organisée à l'UPSI et à l'UAPA en cas de besoin).

Le rythme de la journée des patients présente un schéma chronologique sensiblement identique dans les unités, selon lequel se succèdent un premier lever autour de 7h (échelonné jusqu'à 8h30) et un coucher autour de 23h, les horaires des repas ont été évoqués précédemment (cf. § 7.4).

La prise en charge des situations de suicidalité des patients requiert pour la prévention du risque suicidaire l'emploi de matériel spécifique, notamment de pyjamas déchirables et de couvertures de sécurité, dont certaines unités ne disposent pas, malgré une commande d'équipement effectuée depuis plusieurs mois.

### RECO PRISE EN COMPTE 9

Les patients qui présentent une situation clinique de suicidalité doivent bénéficier dans chaque unité, de pyjamas déchirables et de couvertures de sécurité, en cas de prescription médicale d'une surveillance spécifique pour la prévention d'un risque suicidaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'un devis pour l'achat de matériel spécifique (pyjamas, draps et couvertures déchirables) est établi avant fin 2021. Achat en suivant validé. Formation spécifique du personnel par un psychiatre, Dr Marion.* »

Aucune équipe soignante des unités intra ou extra hospitalières du CHAC n'a mis en œuvre de directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP), ni développé de partenariat avec des patients médiateurs pairs.

### RECO PRISE EN COMPTE 10

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie et les partenariats avec des patients médiateurs pairs, qui contribuent au processus d'alliance thérapeutique élaboré entre les patients et les équipes de soins, doivent être mis en œuvre et généralisés à l'ensemble des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'un groupe de travail « trait d'union » piloté par une psychologue avec un document concernant les directives anticipées est en cours d'élaboration.*

*Le financement d'une formation spécifique « patient pair » pour deux des patients participants à ce groupe de travail.* »

L'accès au droit de lecture et d'obtention de copie du dossier médical est hétérogène entre les différentes unités. Pour exemple, les soignants de l'UAPB témoignent de nombreuses demandes honorées selon la procédure *ad hoc* et accompagnées par le psychiatre alors que ceux de l'URP évoquent l'absence de demandes et leur méconnaissance de la procédure, brièvement mentionnée dans le livret d'accueil.

**RECO PRISE EN COMPTE 11**

Les patients doivent pouvoir recevoir une information éclairée s'agissant du droit d'accès à la lecture et à la copie de leur dossier médical, auprès de soignants tous informés de la procédure légale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la procédure de communication du dossier est rappelée dans le livret d'accueil, une affiche sera réalisée en ce sens.* »

Des patients dits « inadéquats », en raison de leur dépendance institutionnelle et de la longue durée de leur hospitalisation, sont hébergés à l'UAPA, à l'UAPB (plusieurs dont deux patients hospitalisés depuis quinze ans chacun, malgré leur indication d'hébergement en FAM<sup>24</sup>) et à l'URP (treize des vingt-et-un patients présents, dont un depuis plus de dix ans, un depuis cinq ans et demi et un depuis quatre ans et demi). La résistance et la fragilité de leur état clinique, mais surtout, l'insuffisance marquée de structures médico-sociales et de places disponibles dans les rares structures existantes expliquent ces situations bloquées par l'impossibilité de réaliser des projets de sorties (cf. § 5.3.2). L'URP, qui héberge ce type de patients pour moitié de sa capacité d'accueil en moyenne à l'année, ne peut répondre pleinement à sa mission de réalisation de projets de réhabilitation psycho-sociale.

**RECOMMANDATION 21**

Une réflexion associant la direction de l'établissement, les représentants de la communauté médicale et soignante, les représentants des usagers, le conseil départemental et l'agence régionale de santé de la région Occitanie doit être menée s'agissant du constat et de la mise en œuvre de solutions, pour pallier l'insuffisance marquée de structures médico-sociales pour l'accueil de patients le nécessitant, à leur sortie d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que la réflexion est déjà engagée dans le cadre du projet territorial de santé mentale.* »

Le CGLPL maintient sa recommandation en l'absence de toute précision de solution envisagée.

**8.2.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques**

Les unités disposent de matériel pour un accès des patients à des activités occupationnelles informelles, parmi lesquelles un salon de télévision, des jeux de société, des livres, une table de ping-pong (UAPA, UAPB, URP), un terrain de badminton (UAPB) et de basket-ball (UPSI) et un *karaoké* (UAPB).

Quelques activités occupationnelles formalisées sont organisées dans les unités par des soignants :

- à l'UAPA : l'atelier esthétique (des soins du visage au maquillage, le bain thérapeutique n'étant plus pratiqué) ;

<sup>24</sup> FAM : foyer d'accueil médicalisé.

- à l'UAPB : l'atelier cuisine qui permet un enseignement pratique (« *que faire avec un four à micro-ondes ?* ») et la réalisation de recettes (une demande de travaux pour le sol de la cuisine est en souffrance depuis trois ans), l'atelier « *fée du logis* » qui permet une formation à la réalisation du ménage domestique et l'atelier relaxation ; le jardinage avec un IDE dans la cour ; un projet d'activité esthétique a été abandonné en raison d'un refus du financement de l'achat du matériel nécessaire.

## RECOMMANDATION 22

Un financement spécifique de l'achat de matériel pour la réalisation d'activités occupationnelles formalisées et l'organisation d'espaces adaptés et spécifiques pour les réaliser doivent être mis en œuvre pour en assurer l'accès équitable aux patients de toutes les unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'il existe une enveloppe spécifique pour l'animation d'atelier thérapeutique avec achat de petit matériel.* »

L'absence de réponse sur l'ensemble des points de la recommandation empêche de la considérer comme prise en compte.

Des sorties sont autorisées aux patients de toutes les unités, seul ou accompagné, pour effectuer des promenades dans le parc et se rendre à la cafétéria et bénéficier du cadre agréable de la plus belle vue de l'établissement.

Diverses activités thérapeutiques sont accessibles et organisées au sein et à l'extérieur des unités, avec des objectifs et un encadrement soignant spécifique, qui permettent l'évaluation de l'autonomie des patients lors d'un transfèrement entre unité, d'un projet de réhabilitation ou de la préparation d'une sortie définitive :

- à l'UPSI : l'intervention d'un ergothérapeute (quatre demi-journées hebdomadaires), un atelier pour la réalisation d'activité à médiation artistique, des activités individuelles à l'extérieur, des séances de remédiation cognitive ;
- à l'UAPA : l'intervention d'un ergothérapeute (deux demi-journées hebdomadaires) et d'un art-thérapeute (pour des séances individuelles à médiation artistique et des séances de théâtre en groupe) ; des sorties thérapeutiques (actuellement suspendues en période de pandémie), extérieures à l'établissement pour la réalisation de diverses activités (balnéothérapie en centre thermo-ludique, pique-nique, bowling, restaurant, location de vélo à la journée, cinéma, piscine, randonnées) ; le financement des séjours thérapeutiques a cessé ;
- à l'UAPB : des activités d'ergothérapie (peinture, dessin, collages) réalisées avec un ergothérapeute (présent trois fois deux heures par semaine) et également pratiquées avec les IDE le week-end ; un calendrier d'activités d'éducation thérapeutique structuré en douze séances, à raison de deux par jour pendant six semaines, destinées aux patients hospitalisés et suivis en ambulatoire (suspendues pour les patients hospitalisés pendant la période de pandémie), se déroulant comme suit :
  - la séance 1 : le patient est reçu en entretien individuel ;
  - la séance 2 : ses habitudes de vie sont évaluées ;

- la séance 3 : « *comment je me présente ?* », avec une psychologue, suivie d'un repas au restaurant du personnel du CHAC ;
- la séance 4 : « *je mange équilibré* », avec une diététicienne ;
- la séance 5 : « *qu'est-ce qu'il m'arrive* », avec un psychiatre ;
- la séance 6 : « *petit budget...* », avec une assistante sociale ;
- la séance 7 : « *sons et détente* », avec une psychologue, suivie d'un repas au restaurant du personnel du CHAC ;
- la séance 8 : « *comment j'entretiens mon corps ?* », avec une infirmière ;
- la séance 9 : « *comment je me fais plaisir ?* », avec une psychologue, suivie d'un repas au restaurant ;
- la séance 10 : « *aaah...ces médocs !* », avec une pharmacienne ;
- la séance 11 : « *bouge ton corps !* », avec une ergothérapeute, suivie d'un repas au restaurant du personnel du CHAC ;
- la séance 12 : bilan en équipe pluriprofessionnelle.

### BONNE PRATIQUE 3

Le programme d'éducation thérapeutique de l'unité d'admission psychiatrique B, dont la structure diversifiée répond aux difficultés psychiques, sensorielles et sociales des patients contribue à la qualité de leur réhabilitation. Ce modèle pourrait être proposé à l'ensemble des patients de psychiatrie de l'établissement qui en auraient l'indication.

- à l'URP : les activités sont plus particulièrement en lien avec des projets de réhabilitation psychosociale et associe des activités de psychomotricité à médiation corporelle, musicale (percussions) et artistique, l'intervention d'un ergothérapeute pour des prises en charge individuelles et des ateliers de gymnastique douce en petits groupes et celle d'un art-thérapeute pour des ateliers créatifs, de conte et de théâtre ; des séances de réflexologie plantaire avec un AS ; des ateliers de cuisine et de lingerie avec des IDE ; des sorties accompagnées pour des visites de domicile, de maisons et de foyers d'accueil et de familles d'accueil thérapeutique ou social ;
- enfin, l'unité d'activités transversales thérapeutiques (UATT), unité transversale qui peut accueillir des patients de toutes les unités hospitalisés en SL comme en SSC, est animée par les ergothérapeutes des unités qui proposent des activités à médiation corporelle (relaxation), créative et artistique (peinture, sculpture, théâtre, chant) et des activités de réadaptation (cuisine thérapeutique).

### 8.3 LA PENURIE DE MEDECINS GENERALISTES DANS LES SERVICES DE PSYCHIATRIE ET DE CONSULTATION DE SPECIALITES NE PERMET PAS DE REpondre DE FAÇON ADAPTEE AUX BESOINS DE SOINS SOMATIQUES DES PATIENTS

Les effectifs de l'équipe médicale généraliste accusent une diminution préoccupante qui ne permet plus de répondre qualitativement et quantitativement à la nécessité des soins somatiques auprès des patients de psychiatrie de l'établissement. Un premier des trois médecins qui la composaient initialement est parti à la retraite et un deuxième a quitté l'hôpital en raison d'un sentiment de perte de sens de son exercice professionnel.



L'équipe ne dispose plus actuellement que de 0,8 ETP, dont 0,5 ETP assuré par un praticien hospitalier (pour les unités UAPA, UAPB, UPSI) et 0,3 ETP par un médecin généraliste retraité (pour les unités URP et pédopsychiatrie). La charge de travail du praticien hospitalier, présent cinq demi-journées hebdomadaires, représente en réalité six heures de travail quotidiennes auprès de soixante patients. Son compte épargne-temps affiche deux années de congés à prendre.

En cas d'absence de l'un des deux médecins, aucun remplacement n'est organisé pour assurer la permanence des soins.

Aucune garde spécifique de soins somatiques en psychiatrie n'est en place dans l'établissement. Un patient qui présente des symptômes entre 18h et 8h bénéficie d'une évaluation par une IDE qui prend, en cas de besoin, l'avis du psychiatre de garde, seul responsable d'un éventuel contact avec le service des urgences. En cas d'urgence vitale, le médecin urgentiste de garde se déplace. Si l'urgence est relative, le patient doit être conduit vers le service des urgences, accompagné d'un soignant de l'unité. En l'absence de fonctionnement du service de transport interne la nuit, les patients concernés doivent attendre l'appel d'une ambulance extérieure à l'établissement.

### RECOMMANDATION 23

Les patients doivent bénéficier d'un accès continu à des médecins généralistes en nombre suffisant pour répondre sans retard aux nécessités de diagnostic, de suivi et de traitement de leurs pathologies somatiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'en septembre 2021, l'effectif de médecins somaticiens présents est porté à 1,3 équivalent temps plein.*

*L'établissement s'inscrit dans une dynamique de formation d'infirmières en pratiques avancées. »*

La recommandation est maintenue en l'absence d'information sur le nombre de personnes employées, c'est-à-dire l'assurance d'une présence tous les jours de l'année, et de l'organisation éventuelle des urgences pour répondre si les généralistes du service sont absents.

Pendant la période de pandémie de coronavirus, une aggravation des pathologies somatiques a été observée, en l'absence d'effectif médical suffisant et de place disponible dans les services de médecine, parfois réticents à accueillir des patients de psychiatrie. Lors de la première période de confinement une unité Covid a été ouverte en médecine et l'UAPA a été convertie en unité d'admission de tous les patients psychiatriques, pour une période initiale de septaine avec un confinement et des repas en chambre (cf. § 7.4), avant leur orientation vers l'UAPB et l'UPSI de façon adaptée à leur état clinique. L'application des gestes barrières (port du masque, utilisation du gel hydroalcoolique et respect des mesures de distanciation sociale) a été mise en œuvre de façon identique à celle de services du secteur MCO. Aucune unité Covid n'a été ouverte pendant la seconde période de confinement.

Les propos rapportés aux contrôleurs ont précisé l'importance de l'impact de la pandémie sur les patients, en raison de :

- la fermeture des CMP pendant la première période de confinement qui a rendu plus difficile le recours aux soins malgré la mise en œuvre des téléconsultations ;
- l'augmentation de leur précarité sociale liée à des pertes d'emploi et à un recours majoré aux consommations de toxiques ;
- l'hospitalisation de patients connus pour être habituellement suivis en ambulatoire ;
- la limitation drastique des permissions pour la préparation des sorties d'hospitalisation.

Plusieurs facteurs compliquent l'organisation des soins somatiques en service de psychiatrie.

L'insuffisance des effectifs médicaux ne permet pas l'évaluation systématique des patients le jour de leur accueil ni parfois lors de la première semaine d'hospitalisation. Les évaluations sont prioritaires en fonction du degré d'urgence clinique et de l'importance des pathologies présentées. Les IDE sont autorisés à solliciter la réalisation d'un bilan sanguin ou d'un ECG en délégation du médecin généraliste. Le refus de la direction de financer des électrocardiographes mobiles à interprétation automatique a été rapporté aux contrôleurs.

Les défibrillateurs sont partagés entre les unités, ce qui ne permet aucunement leur utilisation en extrême urgence en cas de besoin.

Aucun matériel médical spécialisé (fauteuil roulant, lève-malade, lit médicalisé, matelas spécifiques pour les patients obèses) n'équipe les unités et les délais de livraison en cas de location sont longs et ne répondent pas aux besoins des patients. Les chambres ne disposent pas d'équipement mural d'oxygénothérapie et les bouteilles d'oxygène sont d'une taille insuffisante pour répondre à une détresse respiratoire aiguë, seule une bouteille de faible capacité équipe les chariots d'urgence.

Le petit matériel médical fait lui aussi défaut, les embouts de plastique des thermomètres tympaniques ont fait l'objet d'une longue rupture de stock et des mois d'attente ont été nécessaires pour obtenir le doublement des thermomètres à mesure infra-rouge, alors que la nécessité de contrôle et de surveillance des températures constituait une vive préoccupation en période de pandémie.

Une diminution de l'accès aux soins somatiques en ambulatoire a également été rapportée, en raison d'une pénurie de médecins généralistes, qui ne sont pas remplacés lorsqu'ils prennent leur retraite, ce qui ne permet pas l'organisation de relais de soins efficaces lors des sorties d'hospitalisation.

Enfin, les dysfonctionnements informatiques récurrents, qui peuvent entraîner une perte de temps évaluée à une demi-journée de travail hebdomadaire des somaticiens, sont signalés.

#### RECOMMANDATION 24

L'établissement doit se doter d'un matériel et de logiciels informatiques efficaces qui préviennent la perte d'un temps médical précieux, au service des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique : « *concernant le matériel, achat récent d'un ECG sur le site de Pamiers et inscription au plan d'investissement d'autres matériels et que le logiciel de soins n'est pas spécifique à la psychiatrie (nouvelle version DxCare® en attente).* »

La recommandation est maintenue en l'absence d'éléments de réponses précis concernant le matériel et les logiciels.

L'accès aux consultations spécialisées est fonction des ressources du CHAC qui permettent des évaluations en endocrinologie (suivi des diabètes et des surcharges pondérales), en gynécologie (examens et prescriptions de contraceptions), en gastroentérologie, en pneumologie (avec un praticien qui se déplace du CHU de Toulouse) et en chirurgie orthopédique et viscérale.

Aucun dentiste n'intervient dans l'établissement, le recours est exclusivement en ambulatoire en cas d'urgence. S'agissant des soins odontologiques au long cours, la précision est faite aux contrôleurs d'une difficulté croissante à mesure que le domicile du patient s'éloigne du secteur de Saint-Girons, en raison du faible nombre ou de l'absence de dentistes.

Le kinésithérapeute de l'établissement, qui ne dispose pas d'un temps d'exercice réservé aux patients de psychiatrie, est contacté en cas de besoin et ne peut répondre à l'ensemble des indications. En cas d'indications spécifiques, les patients peuvent être adressés à la clinique Christina à Chalabre (Aude) pour des soins de suite et de rééducation, au prix d'un engagement de reprise.

Les soins d'addictologie se limitent à l'intervention une demi-journée hebdomadaire d'un médecin du CHIVA pour l'abord de la dépendance à l'alcool et au tabac. L'addictologue, également médecin du travail a quitté l'établissement.

### RECOMMANDATION 25

L'établissement doit proposer des consultations d'odontologie, un accès à des soins kinésithérapeutiques équivalent à celui de la population générale et des consultations d'addictologie auprès d'un personnel spécifiquement formé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'une demande auprès d'un chirurgien-dentiste de la mutualité pour les consultations d'odontologie, va être lancée.*

*Kinésithérapeute : ½ équivalent temps plein détaché en psychiatrie*

*Addictologie : pas d'addictologue en Ariège. »*

La recommandation est maintenue. En effet, plutôt que de justifier l'impossibilité d'accès à des personnes formées en addictologie, l'établissement devrait favoriser la formation de ses soignants.

Lorsqu'un patient nécessite une orientation hospitalière pour des soins somatiques spécialisés programmés au CHAC, il est accueilli aux urgences puis transféré sans difficulté dans le service adéquat. L'orientation des patients pour une prise en charge spécialisée, en cas de besoin, vers le CHIVA, se révèle difficile s'agissant de la possibilité d'obtenir une place pour les patients de psychiatrie et de leur trop brève durée d'hospitalisation. Les patients en SSC sont dans les deux cas accompagnés par des soignants, qui restent à leur côté selon leur état clinique évalué au cas par cas.

A l'exception d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) effectuées sur le sujet de l'instauration d'un suivi métabolique, aucune EPP n'est mise en œuvre à l'initiative de l'équipe médicale somatique par manque de temps pour ce faire.

**RECOMMANDATION 26**

Les équipes pluriprofessionnelles doivent bénéficier de la mise en œuvre d'évaluation de leurs pratiques professionnelles s'agissant des soins somatiques en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'établissement souhaite s'engager dans une évaluation des pratiques professionnelles de soins somatiques* ».

La recommandation est maintenue en raison de l'absence d'information sur l'évaluation des pratiques professionnelles psychiatriques.

**8.4 DES PRATIQUES DE PRESCRIPTIONS « SI BESOIN » DE TRAITEMENTS PSYCHOTROPES INJECTABLES ET DES ADMINISTRATIONS SYSTEMATIQUES DE TRAITEMENTS SOUS FORME BUVABLE EN GOBELET LAVES ET REUTILISES ONT ETE OBSERVEES**

L'administration des traitements pharmacologiques, hors période de pandémie, est réalisée de façon individualisée avec un respect de la confidentialité en salle de soins, dont la porte est fermée pour ce faire, selon les unités. Pendant la période de pandémie, les soignants ont dû s'adapter et les traitements ont pu être distribués au réfectoire pendant les temps de repas, de façon individualisée, avec un respect de la confidentialité dégradé et limité aux seules mesures d'espacement liées à la distanciation physique entre les patients. La distribution des traitements en gouttes est effectuée avec des gobelets de plastique dont les soignants assurent le nettoyage après chaque utilisation, en l'absence de financement de matériel consommable jetable à usage unique.

**RECOMMANDATION 27**

Les patients doivent bénéficier d'une administration des traitements pharmacologiques sous forme de gouttes dans des gobelets jetables à usage unique, dans le respect des règles de bonne pratique de l'hygiène et de la prévention des risques de contamination infectieuse.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'achat de gobelets à usage unique va être proposé aux équipes, la sensibilisation des équipes à une autre pratique est nécessaire.* »

La recommandation est maintenue car la seule sensibilisation des équipes à l'utilisation de gobelets à usage unique n'est pas suffisante.

Un IDE référent de la pharmacie est désigné dans chaque unité de soins.

Les effectifs du personnel de la pharmacie se composent de 2,6 ETP de pharmaciens et de 7,1 ETP de préparateurs. L'équipe est décrite comme soudée, faisant l'objet de peu d'absentéisme et des candidatures sont disponibles en cas de nécessité de recrutement.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se déroule deux fois par an avec la participation d'un psychiatre. La dernière a eu lieu au mois de juillet 2020 et son ordre du jour ne présentait aucun point relatif à la psychiatrie.

Les traitements sont délivrés par la pharmacie de façon nominative bi-hebdomadaire aux soignants qui viennent les chercher et un réassort est possible en cas de besoin, acheminé par un coursier qui livre toutes les unités.

Des prescriptions de traitement « *si besoin* », bien que mentionnant une précision, s'agissant du contexte clinique de leur administration (sommeil, anxiété par exemple), sont relevées dans toutes les unités de psychiatrie par la pharmacie, qui délivre le quart des posologies en dotation.

### RECOMMANDATION 28

L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « *si besoin* » est à proscrire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'une réflexion pluridisciplinaire sur les pratiques en matière de « si besoin » injectable est lancée fin 2021.* »

La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre d'une modification des pratiques, s'agissant de l'administration de médicaments injectables « *si besoin* ».

En cas d'erreur de prescription, les pharmaciens rédigent un commentaire dans le logiciel *ad hoc* à l'intention des psychiatres qu'ils contactent également par téléphone.

## 9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 9.1 LES CONDITIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INDIGNES

#### 9.1.1 L'isolement

Les chambres d'isolement (CI) sont partiellement restées dans l'état décrit dans le rapport de la visite de 2015. Aucune ne répond aux normes décrites par la haute autorité de santé (HAS).

- à l'UPSI, il s'agit toujours de deux chambres d'une surface de 11 m<sup>2</sup>, équipées d'un lit métallique fixé au sol ; la tête de lit est éloignée du mur d'une quarantaine de centimètres ; un interphone, sur le mur à la tête du lit, permet de communiquer avec le personnel dans les salles de soins et de repos ; la lumière est commandée de l'extérieur ; une horloge à aiguilles est accrochée dans le sas ; des tâches de moisissures marquent le plafond et une odeur de moisi s'en dégage en permanence ; le personnel lui-même les décrit comme « *vétustes* » ;



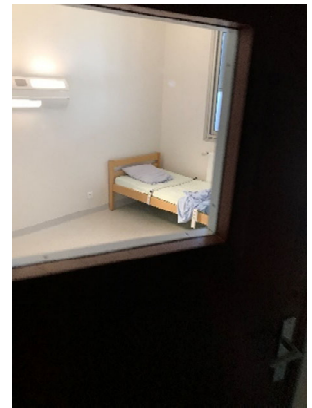
*Lit, interphone et plafond d'une des deux CI de l'UPSI*

- à l'UAPA, l'unique CI a un lit métallique dont la tête est accolée au mur et est surmontée d'un bloc lumineux, des interrupteurs pour la lumière, un interrupteur installé sur le mur à la tête du lit correspondant à un dispositif d'appel des soignants même si son usage n'est pas indiqué, une horloge murale à aiguilles, une prise électrique non sécurisée, etc. ; cette CI est hors service lors de la visite : les murs ont été dégradés par un occupant et le percement du sol pour y sceller le lit a provoqué une dégradation du système de chauffage au sol ;
- à l'UAPB, l'unique CI présente la même configuration qu'à l'UAPA – sauf à noter l'absence d'horloge – mais celle-ci pouvait être utilisée lors de la visite ;
- à l'URP, l'unique CI est plus grande que celles précédemment décrites ; le lit est en bois, non scellé ; une planche en bois court le long d'un mur et sert de table ; il n'y a pas d'horloge.

Les CI des UAPA, UAPB et URP sont parfois présentées comme des « *chambres sécurisées* », ce qu'elles ne sont pas. Si les CI des UAPA et UAPB sont identifiées en tant que telle dans le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention, celle de l'URP ne l'est jamais (cf. *infra* § 9.3). Les discours entendus tendent aussi à les présenter comme des chambres normales car « *elles ont été enregistrées comme telle par l'ARS* », car « *on a tenté de les fermer en tant que chambres d'isolement en 2017* » : les pratiques le démentent (cf. *infra* §. 9.2).



*CI hors-service à l'UAPA, vue depuis le sas*



*CI de l'URP, vue depuis le sas*

La lumière naturelle provient d'une double baie vitrée, que le patient peut faire coulisser lui-même sur quelques centimètres. Il n'existe aucun autre accès à l'air libre. Le volet roulant qui les équipe, actionnable depuis le sas, est en bon état de fonctionnement partout.

Les horloges, quand elles existent, ne sont pas visibles d'un patient allongé dans son lit (sauf à l'UAPA). Aucune n'affiche la date.

Le dispositif d'appel des soignants, mural exclusivement, qu'il s'agisse d'un interphone ou d'un bouton d'appel, n'est pas accessible à un patient allongé dans son lit.

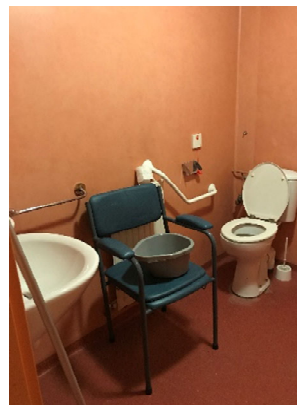
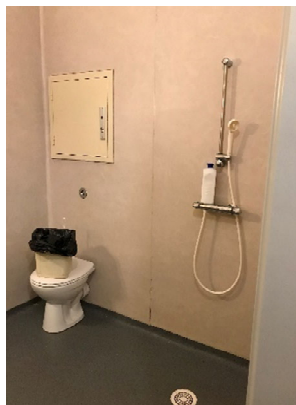
Les CI ne sont dotées que d'un seul accès, au bout du couloir servant de sas dans lequel donne aussi la salle d'eau et où se trouve un placard dans lequel des effets personnels peuvent être rangés. Le passage est parfois encombré de la tablette roulante sur laquelle sont pris les repas. La porte de la chambre est percée d'un fenestron, rectangulaire ou rond selon les unités.

Il n'existe aucun autre mobilier adapté que le lit, notamment aucun siège.

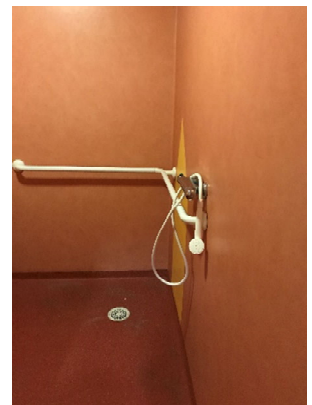
La salle d'eau de chaque CI est séparée de la chambre ; on y accède par le sas. Elle comporte un lavabo, un miroir, un porte-serviette, une douche à l'italienne avec un pommeau de douche équipé d'un flexible, un WC en porcelaine avec abattant.



*Salle d'eau d'une CI de l'UPSI*



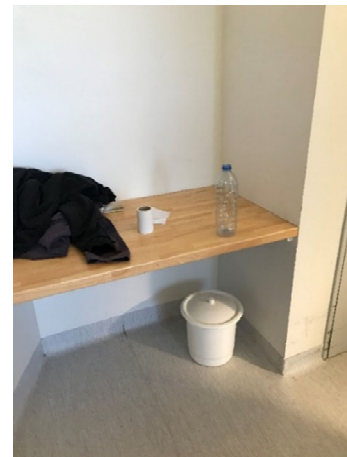
*Salle d'eau de la CI de l'UAPA*





*Salle d'eau de la CI de l'URP*

Les portes de la CI et de la salle d'eau étant fermées, le patient ne dispose en réalité pour ses besoins que d'un seau hygiénique posé au pied du lit, sauf à sonner pour faire venir les infirmiers. Une bouteille d'eau est distribuée par les soignants.



*Seau hygiénique dans les CI de l'UPSI et de l'URP*

Toutes ces chambres sont proches du bureau des infirmiers des unités. La porte qui donne dans le couloir principal, pleine – sauf à l'URP où elle est percée d'un hublot –, ne comporte pas d'identification en tant que CI (on y lit selon les unités : « 23 », « U1 », « U2 », etc.).

### RECOMMANDATION 29

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un double accès, d'un dispositif d'appel et d'une horloge permettant de connaître le jour et l'heure également accessibles pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou d'éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau, aux toilettes, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. Leur conception immobilière et mobilière doit être de nature à réduire le risque de mise en danger du patient et d'autrui.



Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'un projet architectural visant à rénover entièrement les chambres d'isolement est en cours (étapes consultations des architectes), livraisons des travaux à la fin du 1<sup>er</sup> semestre 2022. L'ensemble des prescriptions sera satisfait.* »

La recommandation est maintenue dans l'attente de la livraison des travaux que l'établissement doit engager.

La HAS, dans son rapport de certification du CHAC en 2017, résume : « [...] *les conditions d'hébergement en chambres ne permettent pas toujours de respecter la dignité des patients. Dans les chambres d'isolement de l'UPSI, du fait de l'impossibilité d'utiliser de façon autonome la salle de bains adjacente, un seau hygiénique est mis à disposition des patients. Cette situation portant atteinte à la dignité du patient a été mentionnée dans le rapport du CGLPL, établi en septembre 2015. Il a également été constaté la vétusté du sanitaire adjacent à la chambre d'isolement et de chambres de l'unité d'hospitalisation de psychiatrie UAPB.* »

L'encadrement soignant, conscient de ces nombreuses lacunes, cherchait à mieux identifier les besoins en procédant à des visites dans d'autres établissements de santé mentale en vue de faire rénover les CI de l'UPSI avant la fin de l'année 2021.

### 9.1.2 La contention

Dans les salles de soins des quatre unités pour adultes visitées sont rangés plusieurs lots de sangles à cinq points d'attache (quatre membres, ventre) en tissu blanc à aimant. Le dernier lot livré dans certaines unités est bleu. A l'UAPB, un lot est dans la salle de soins et l'autre dans le placard situé dans le sas de la CI ; à l'UPSI, plusieurs lots sont dans la salle de soins et un dans les placards des sas des CI.

Généralement, les lots sont séparés par type d'attache et rangés dans des boîtes en plastique.



Bacs de rangement des sangles à l'UAPB



Bacs de rangement des sangles à l'UPSI

Les aimants des lots les plus anciens fonctionnent mal ; il a ainsi été difficile de procéder à une contention à l'URP en raison de matériel défectueux. Certains soignants ont l'habitude de conserver dans leur poche de blouse un aimant en bon état pour pallier les difficultés.

Ces sangles sont utilisées sur tout type de lit : lit métallique avec passe-sangles dans certaines CI, lit métallique simple, lit en bois. Des risques de blessures ou d'étouffement existent (par glissement vers le haut, retournement du matelas, etc.) mais ces événements ne se sont pas encore réalisés.

Si la préparation d'une CI en vue d'une mesure éventuelle à venir induit l'installation du dispositif de contention, ce dernier est généralement laissé sur le lit une fois la CI occupée même sans mesure de contention, comme cela a été constaté à l'URP : le patient dort alors par-dessus la sangle transverse, *a minima* au risque d'un inconfort et au pire au risque d'une souffrance psychique du fait d'être ramené en permanence à l'idée d'être à nouveau attaché. Cela vaut également dans certaines chambres conventionnelles (cf. *infra* § 9.2).



*Lit équipé des sangles dans la CI de l'URP*

Il n'a pas été rapporté de formation relative à l'usage des sangles de contention, malgré les questions des contrôleurs. L'empirisme prévaut.

### RECOMMANDATION 30

Le matériel de contention doit faire l'objet d'un contrôle régulier en vue d'écartier celui qui fonctionne mal et son rangement doit permettre un usage aisé et immédiat. Aucun de ses éléments ne doit être maintenu en permanence sur le lit d'un patient isolé mais non contenu. Le personnel soignant doit être formé à sa pose.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que le matériel de contention est adapté et actualisé à l'USIP, concernant la méthode de rangement, une bonne pratique existe à la MAS (boîte de rangement de contentions dédiée) et sera transposée aux pavillons de secteurs. Une réflexion d'équipe sur la pose des sangles transversales est programmée. Le niveau de formation est hétérogène et fera l'objet d'une formation institutionnelle au plan de 2022.* »

La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre objective d'une modification des pratiques. Des formations et un renouvellement du matériel sont en jeu.

## 9.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION INTERVIENNENT AUSSI DANS DES LIEUX NON DEDIES ET NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT UN « DERNIER RECOURS »

La plupart des positions médicales recueillies tendent à accréditer le fait que les mesures d'isolement et de contention sont pratiquées en dernier recours. Les infirmiers n'expriment pas non plus de bénéfice à faire placer un patient sous une telle mesure.

Pourtant, il a été constaté des mesures d'isolement longues : deux patients y étaient soumis à l'URP, l'un depuis plusieurs mois avec dorénavant deux sorties de trente minutes par jour avec les autres patients<sup>25</sup>, l'autre depuis une semaine avec dorénavant des sorties possibles sous surveillance constante des soignants. L'isolement séquentiel est pratiqué au CHAC.

<sup>25</sup> Il ressort des données communiquées relatives aux mesures d'isolement que ce patient a été isolé du 31 décembre 2020 jusqu'au 9 janvier 2021 à l'USPI, puis du 13 au 14 janvier 2021 à l'UAPB, puis du 19 au 20 janvier et du 26 au 27 janvier à l'USPI, puis à partir du 28 février jusqu'à la visite du CGLPL à l'URP.

Il est aussi constaté des recours fréquents à l'isolement : une personne a ainsi été isolée à l'UAPA du 8 au 9 janvier 2021, du 17 au 18 janvier, du 25 au 26 janvier, du 27 janvier au 2 février, du 6 au 7 février, du 13 au 14 février, du 15 au 16 février, du 17 au 20 février, du 23 au 28 février, du 2 au 3 mars puis à l'UPSI du 27 au 28 mars 2021.

Le 29 mars 2021, deux patients étaient isolés à l'UPSI dans les CI : un depuis le 24 mars (en SDT), l'autre depuis le 26 mars (en SDTU).

A la question de savoir quelles alternatives à l'isolement et à la contention sont mises en œuvre institutionnellement, il a été répondu : formation OMEGA en 2020 renouvelée en 2021 avec l'objectif de former à terme l'ensemble des agents de psychiatrie<sup>26</sup>, formation à la loi de 2011, formation aux psychopathologies, participation aux travaux de la FERREPSY Occitanie<sup>27</sup> (cf. § 3.3), etc. Dans les unités, il a été évoqué de manière classique la discussion avec le patient, son occupation, la tentative de le détourner de ses préoccupations, le fait de lui laisser du temps, un bain, une promenade, la prise d'un traitement « si besoin », etc., « *quitte à ce que les agents s'épuisent* ».

Il n'existe aucun espace d'apaisement dans les unités pour adultes. C'est d'autant plus regrettable que l'unité Esquirol pour enfants et adolescents (cf. § 10.2) en est dotée depuis plusieurs années et que les professionnels en perçoivent le bénéfice pour tous.

La prise de conscience institutionnelle des évolutions législatives et soignantes en matière d'isolement et de contention est en fait récente. Elle n'a pas eu lieu en 2016 et est maintenant impulsée par l'article 84 de la loi de décembre 2020<sup>28</sup>.

Un groupe de travail s'est réuni le 8 mars 2021 et devait à nouveau le faire le 8 avril afin de moderniser l'ensemble des pratiques. Plusieurs axes ont été déterminés : réorganisation pour tenir compte des nouveaux délais des mesures, saisine du JLD, information du patient et de son représentant ou ses proches, rénovation du système d'information, rénovation bâtementaire, etc.

L'ensemble de ces constats est à relier avec ceux concernant les ressources humaines – pénurie médicale concernant les psychiatres, déficit d'encadrement par les cadres (cf. § 3.3 et 8.2) – qui n'ont pas permis de faire avancer l'ensemble des services du pôle de psychiatrie du CHAC en temps réel sur ce sujet, d'autant plus que la chefferie médicale du pôle a changé deux fois en quatre ans, que les médecins intérimaires se succèdent dans la plupart des services, que le logiciel DxCare® installé en 2016 par le GHT ne se montre pas adapté aux besoins en matière d'isolement et de contention.

### RECOMMANDATION 31

L'établissement doit définir une politique de recours à l'isolement et à la contention conforme aux textes en vigueur et les moyens de la mettre en œuvre.

<sup>26</sup> Projet d'en avoir formé 32 au 1<sup>er</sup> semestre 2021 (source : rapport annuel isolement et contention, exercice 2020).

<sup>27</sup> FERREPSY : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale.

<sup>28</sup> L'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021 (LFSS) réécrit l'article L3222-5-1 du code de la santé publique concernant l'isolement et la contention en psychiatrie, après la censure du Conseil constitutionnel en juin 2020.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que dans le projet de soins actualisé début 2022, une politique relative à l'isolement et à la contention sera rédigée.* »

Dans leur réponse au rapport provisoire concernant les recommandations 42 et 45 (devenues dans le rapport définitif la recommandation 32 et la recommandation prise en compte 11), la Présidente et le Procureur de la République près le tribunal judiciaire de Foix expliquent « *que dès le 4 février 2021, la juridiction fuxéenne a transmis à la direction du CHAC l'ensemble des textes sur la réforme en matière d'isolement et de contention dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement (notamment l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, le décret du 30 avril 2021, la circulaire du 5 mai 2021) puis l'intégralité des documents nécessaires à son application (une note synthétique reprenant les dispositions législatives, toutes les trames d'avis et de notification, le circuit de transmission des documents par le CHAC au service du JLD...).*

*La demande du TJ de disposer d'éléments chiffrés sur le nombre de mesures d'isolement et de contention mises en œuvre au cours de l'année 2020 (notamment celles prolongées au-delà de 48 heures et des 24 heures) n'a jamais été suivi d'effet ; à l'occasion de la réunion du 23 septembre 2021, la direction du CHAC a indiqué qu'elle n'était pas en mesure de fournir ces éléments, en l'absence d'un registre « suffisamment exploitable ».*

A ce jour, le JLD n'a pas été saisi d'un recours concernant une mesure d'isolement ou de contention car il semblerait que les dispositions législatives applicables ne soient pas mises au sein de l'établissement psychiatriques.

Par ailleurs, il doit être précisé que le Procureur de la République près le TJ de Foix a effectué une visite du CHAC, le 11 septembre 2019, conjointement avec M. Le directeur de cabinet de Mme la Préfète de l'Ariège et, le 8 octobre 2020, conjointement avec la cheffe de bureau de la Préfecture de l'Ariège, ayant pu procéder, à ces deux occasions, à la consultation des livres d'admission, des registres, à l'inspection des chambres de contention et d'isolement et à des entretiens avec plusieurs patients. La prochaine visite annuelle aura lieu d'ici au 31 décembre 2021. »

La recommandation est maintenue dans l'attente de l'actualisation du projet de soins et de sa mise en œuvre.

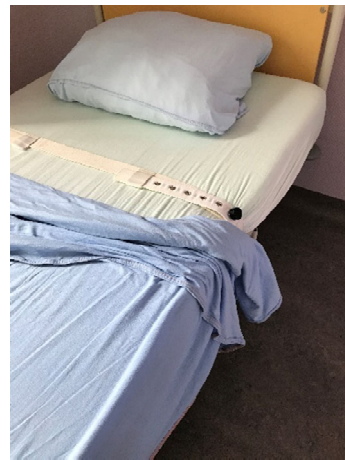
L'existence d'un protocole relatif à l'isolement ou à la contention n'est pas évidente. Celui-ci n'a été cité par personne. Il existe pourtant, daté de mai 2016. Il n'a pas été actualisé depuis. Les pratiques sont donc bien ancrées.

Dans ces conditions, lors de la visite, les professionnels utilisent encore le terme « *prescription* » en lieu et place de « *décision* », comme le logiciel DxCare® leur indique de façon inappropriée. De plus, lesdites « *prescriptions* » d'isolement ou de contention sont toujours prises initialement pour vingt-quatre heures en lieu et place de douze heures et six heures respectivement s'agissant des décisions initiales.

Le logiciel DxCare® ne permet pas de prendre connaissance aisément des mesures en cours : en s'intéressant à la situation du patient isolé à l'URP par le biais d'une habilitation d'IDE, il n'a pas été possible de lire avec assurance la date de la mesure initiale.

Dans les UAPA, UAPB et URP, les CI décrites *supra* au §.9.1.1 sont utilisées comme des chambres d'hospitalisation conventionnelles, notamment dans le souci de surveillance de certains patients (mineurs (cf. § 10.2), patients instables, etc.). Les portes de la chambre et de la salle d'eau, de même que celle du couloir, sont alors laissées ouvertes et du mobilier complémentaire (table de nuit, chaise, bureau, etc.) est ajouté. Une patiente de l'UAPB était affectée en permanence dans une telle chambre lors de la visite mais la porte principale dans le couloir a été fermée le 1<sup>er</sup> avril au matin alors qu'aucune mesure d'isolement n'avait été décidée.

De plus, l'isolement comme la contention sont aussi pratiqués dans des chambres conventionnelles, telles que décrites *supra* au § 7.1.1. Lors de la visite, c'était le cas pour une patiente de l'URP et pour un patient de l'UPSI, isolés en chambre non dédiée faute de chambre spécifique disponible.



*Chambre d'hospitalisation conventionnelle dans laquelle sont pratiqués l'isolement et la contention*

### RECOMMANDATION 32

L'isolement, et *a fortiori* la contention, ne doivent être mis en œuvre que dans des chambres spécifiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que les possibilités architecturales d'identification des chambres d'isolement dédiées sont limitées ; l'établissement a entamé cependant une réflexion architecturale et fonctionnelle sur le sujet des espaces d'apaisement. Une démarche d'accompagnement auprès de l'ARS a été faite.* »

La recommandation est maintenue en l'absence d'information sur l'arrêt de pratique d'isolement en espace non dédié.

L'enregistrement des lieux d'isolement ou de contention (type A dédié ou type B non dédié) ne permet pas non plus de déterminer clairement le lieu de mise en œuvre de la mesure : le patient isolé longuement à l'URP dans ce qui est *de facto* une CI était parfois enregistré dans un lieu non dédié (type B sur l'une des décisions médicales prises), parfois dans un lieu dédié (type A dans l'onglet « plan de soin » servant à retracer la surveillance infirmière), alors qu'il n'avait pas changé de chambre durant la période examinée.

L'actualisation de la mesure apparaît variable selon les praticiens, en témoignent les mesures d'isolement très longues.

On observe dans les données informatisées que la majorité des décisions sont prises aux heures ouvrables, ce qui laisse présumer que l'état du patient n'est pas évalué en temps réel de la survenue de l'événement motivant le placement en isolement, sauf à démontrer que ces événements ne surviennent qu'en journée. Aucune décision « *si besoin* » n'est permise par le logiciel.

Dans tous les cas, elle n'est pas réévaluée dans les douze heures de la décision initiale en matière d'isolement. Le médecin qui inscrit une mesure dans DxCare® ne peut choisir qu'une heure pleine de début de mesure : pour une mesure débutée à 9h20 qu'il commence à renseigner à 9h45 une fois la personne placée en CI, le médecin a le choix entre 9h ou 10h pour faire débiter la mesure.

La sédation n'est pas systématique, lors d'un isolement comme lors d'une contention : elle fait l'objet d'une appréciation médicale au cas par cas.

Aucun examen par un médecin somaticien n'est pratiqué pendant une mesure (cf. § 8.2).

La surveillance infirmière est effectuée toutes les heures, et tracée dans DxCare®.

La mise en pyjama en tissu de la dotation hospitalière accompagne systématiquement le placement en isolement, sauf exception décidée par le médecin et sauf à ce que la distribution du linge propre ait été défectueuse. Ce pyjama n'est changé au mieux qu'une fois tous les jours, un patient en isolement séquentiel étant ainsi amené à sortir dans l'unité en journée vêtu de sa tenue de nuit. Dans le protocole de 2016 relatif à l'isolement et à la contention, la mise en pyjama est pourtant décrite comme « *éventuelle* ».

### RECOMMANDATION 33

Le port du pyjama en chambre d'isolement, ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que le port du pyjama est circonscrit au moment de l'inventaire à l'admission en chambre d'isolement.* »

La recommandation est maintenue en raison de la confirmation par le directeur du systématisme de la mise en pyjama en chambre d'isolement.

Pour pallier l'absence de WC dans la CI, les portes menant à la salle d'eau sont laissées ouvertes dès que l'état du patient le permet. Ce n'était le cas pour aucun des patients isolés à l'UPSI et à l'URP lors de la visite. Le personnel propose aussi aux patients de se rendre aux WC à chaque fois qu'il intervient dans la chambre et que son état le permet.

Les repas sont pris sur une table roulante, servis sur un plateau dans de la vaisselle et avec des couverts en plastique. Une bouteille d'eau est laissée à disposition.

Pour fumer, il est permis de le faire à la fenêtre de la chambre. Les soignants amènent de quoi le faire plusieurs fois par jour.

Il a été indiqué aux contrôleurs que deux mesures d'isolement ou contention mises en œuvre à l'UPSI ont fait l'objet d'une mainlevée par le JLD au 1<sup>er</sup> trimestre 2021. L'un des deux patients a fait l'objet d'un transfert, l'autre était toujours hospitalisé à l'UPSI.

### 9.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, INEXPLOITABLE, NE PERMET NI D'ANALYSER LES PRATIQUES NI D'ASSEoir UNE POLITIQUE DE REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

La question de la présentation du registre s'est révélée épineuse.

Le département de l'information médicale (DIM) ne s'en occupe pas. En revanche, dans la perspective du programme de médicalisation du système d'information (PMSI), il est à l'origine depuis 2020 d'évolutions dans la façon de renseigner les données informatisées relatives à l'isolement et à la contention : chambre dédiée, chambre non dédiée par exemple, mais aussi motif du placement, état de santé détaillé du patient (pathologies chroniques psychiatriques, troubles de la personnalité, prise de substances toxiques), etc. Le GHT – qui est en relation avec les concepteurs de DxCare® – a fait intégrer une fiche spécifique pour répondre aux besoins du DIM du CHAC, fiche qui a évolué en 2021 pour tenir compte des évolutions législatives. Les psychiatres du CHAC ont été invités par le DIM à participer à une formation : au 16 février 2021, cinq psychiatres avaient répondu positivement. Ne pas remplir la fiche empêche de décider d'une mesure.

Une procédure relative à la prescription contention et MCI<sup>29</sup> a été diffusée par l'équipe du GHT dénommée DPI Ariège<sup>30</sup> le 22 janvier 2021. Elle décrit la façon de procéder aux « *actes de prescriptions* » dans DxCare®.

Le DIM en ressort, en vue de leur transmission trimestrielle à l'ARS et au ministère des solidarités et de la santé *via* l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), une fiche complémentaire (FICHCOMP) relative à l'activité d'isolement et de contention. La fiabilité de ces données, discutable eu égard à la variété des pratiques observées et de l'assimilation des outils informatiques par les professionnels du CHAC, n'a pas permis de se les faire communiquer. Elles ne servent pas à une analyse des pratiques. Elles restent de plus incomplètes vis-à-vis des exigences légales en matière de registre d'isolement et de contention : la surveillance infirmière n'y est par exemple pas tracée.

Les données du DIM n'ont jamais été sollicitées par qui que ce soit au sein du CHAC.

Parallèlement, en extrayant des données renseignées dans DxCare®, la direction des systèmes d'information (DSI) établit un tableau valant registre, transmis au bureau des entrées en fichier de format PDF et présenté sur un poste informatique à la CDSP lorsqu'elle visite l'établissement. Ce format n'autorise aucune exploitation des données par la CDSP – qui l'aurait critiqué, selon ce qui a été rapporté aux contrôleurs – ni par le CGLPL.

Dans tous les cas, le registre est :

- incomplet : il ne permet d'analyser, éventuellement par unité d'hospitalisation, éventuellement en distinguant l'isolement de la contention, que le nombre de patients soumis à des mesures et le nombre de médecins en ayant décidé ; le mode d'hospitalisation (SL / SSC) n'apparaît pas ;
- erroné : la durée des mesures est automatiquement calculée en journée ; une mesure a nécessairement *a minima* une durée d'un jour et l'impossibilité d'extraction de l'heure de fin de mesure ne permet pas de recalculer sa durée.

---

<sup>29</sup> MCI est l'acronyme utilisé localement pour le placement en isolement : mise en chambre d'isolement.

<sup>30</sup> DPI : dossier patient informatisé.

En mars 2021, pour élaborer le rapport annuel relatif à l'isolement et à la contention mais aussi pour travailler la mise en œuvre de l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020, il a par exemple été envisagé d'extraire des données relatives aux jours de la semaine de survenue des placements en isolement et contention ou aux types de chambres et de matériel de contention (A/B/C/D/E). Cela s'est révélé impossible, le DSI ne pouvant notamment pas requêter dans la fiche spécifique adjointe à *DxCare*®. Pire, afin d'élaborer le rapport pour l'année 2020, les données mises à disposition par la DSI ont dû être contrôlées manuellement par un cadre de santé.

Les équipes comptent sur une nouvelle version de *DxCare*® (version 7.7.9) annoncée courant 2021.

Il a enfin été dit que les données de 2020 sont très probablement gonflées par des « *isolements sanitaires* » liés à la pandémie de Covid-19 et aux précautions sanitaires prises lors de chaque admission ou retour de permission. Ce défaut semble être écarté en 2021 : aucune des mesures de précaution sanitaire en cours lors de la visite ne faisait l'objet d'une consigne médicale écrite, l'oralité prévalant entre soignants lors des temps de transmission.

Dans ces mauvaises conditions, un rapport annuel intitulé « *pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention* » a été élaboré dès l'exercice 2018.

S'appuyant sur des éléments de contexte antérieurs à 2017 (projet de service de l'UPSI dans lequel l'isolement est présenté comme un soin et un outil thérapeutique, protocole de 2016 relatif à l'isolement et à la contention) reproduits à l'identique dans les rapports annuels 2019 et 2020, aucune des données présentées ne concerne l'URP alors qu'il est établi lors de la visite d'avril 2021 que des mesures d'isolement et de contention y sont mises en œuvre.

Aucune distinction n'est faite entre les mesures d'isolement et les mesures de contention.

La comparaison des trois rapports annuels fait apparaître une augmentation du recours à l'isolement et à la contention pour les patients qui y ont été soumis : 12,23 % des patients en SSC en 2018 ont été soumis à une mesure contre 13,06 % l'année suivante et 16,66 % en 2020 ; les patients concernés (35 en 2018, 32 en 2019, 44 en 2020) ont subi 2,2 fois ce type de mesure en 2018 contre 2,78 fois en 2019 et 4,68 fois en 2020 (78 mesures enregistrées en 2018, 89 en 2019, 206 en 2020) ; la mesure la plus longue a duré 15 jours en 2018 contre 20 jours en 2019 mais redescend à 16 jours en 2020.

Le rapport de 2020 précise que les augmentations résultent de la gestion de trois patients qui ont été soumis à eux seuls à 130 mesures. Les données 2020 corrigées de l'influence de ces trois patients ramènent les données à des proportions comparables à celles des années précédentes.

## RECO PRISE EN COMPTE 12

L'établissement doit se doter d'un registre de l'isolement et de la contention permettant non seulement, que soit tracées l'ensemble des décisions prises en temps réel mais aussi d'analyser les pratiques en la matière et de conduire sa propre politique de réduction du recours à l'isolement et à la contention.



## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE D'AUCUNE OFFRE DE SOIN SPECIFIQUE NI D'AUCUNE UNITE D'ACCUEIL RESERVEE AUX PATIENTS DE GERONTOPSYCHIATRIE

L'unité de gérontopsychiatrie du CHAC, qui disposait de quinze lits, a été transformée en unité cognitivo-comportementale (UCC) de douze lits en 2016. Un des trois lits différentiels a été restitué à chacune des unités d'hospitalisation de psychiatrie (UAPA, UAPB, URP). La maison de retraite spécialisée (MRS) a été transformée en EHPAD du secteur MCO et les agents de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie ont muté vers le service de gériatrie.

Un groupe de travail, qui avait engagé une réflexion sur l'urgence de la personne âgée, la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie et l'intérêt d'une maison de retraite spécialisée, a cessé de se réunir (cf. § 3.2). Le CHAC ne dispose donc plus actuellement d'aucune offre financée ni d'aucun projet de soin sanitaire ou médico-social spécifique pour la gérontopsychiatrie.

#### RECO PRISE EN COMPTE 13

Les patients de gérontopsychiatrie doivent bénéficier d'un dispositif de soins hospitaliers à temps complet spécifique et animé par des soignants formés aux particularités de la prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles mentaux.

L'établissement ne dispose pas d'un service de soins palliatifs mais le livret d'accueil mentionne une équipe mobile interne « *douleur et soins palliatifs* ». Les très rares patients de psychiatrie en fin de vie sont transférés en service de médecine, dès qu'il existe une indication de soins techniques et palliatifs.

### 10.2 LA PRISE EN CHARGE SPECIALISEE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EST MARQUEE PAR LA MISE EN ACTIVITE THERAPEUTIQUE MAIS SOUFFRE DE L'ABSENCE DE DISPOSITIF SCOLAIRE

Au sein du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, l'unité Esquirol dispose toujours de sept lits pour des enfants de 6 à 16 ans. Lors de la visite, ils étaient tous occupés, par un enfant de cinq ans et demi hospitalisé en exécution d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) et six adolescentes de 12 à 15 ans en soins libres.

#### 10.2.1 L'organisation de l'unité Esquirol

##### a) L'activité

Le taux d'occupation de l'unité de 100 % au moment de la visite a été qualifié d'exceptionnel (deux jeunes seulement sont parfois accueillis) et la période qualifiée de tendue (sept demandes d'admission étaient en attente).

Les cas d'OPP sont rares : trois en deux ans et demi. Le seul cas d'hospitalisation en SDRE cité est antérieur.

Le taux d'occupation de l'unité en 2019 a été 74,68 % et en 2020 de 69,16 %, à mettre en lien avec une diminution de la durée moyenne de séjour (DMS, 27,19 jours en 2019 puis 22,58 jours en 2020) et de la durée moyenne d'hospitalisation (DMH, 31,8 jours en 2019 puis 28,05 jours en 2020). Parallèlement, l'hospitalisation a concerné trois jeunes de plus en 2020 (soixante-trois contre soixante en 2019).

Il arrive que des jeunes soient admis alors qu'ils ne résident pas dans le secteur. Le cas d'un jeune du Pays basque a été cité.

Les structures ambulatoires sont rares dans le département. A Foix (Ariège) coexistent un centre médico-psycho-pédagogique (CMPP) sans médecin, qui propose une prise en charge dans le délai d'une année et une maison des adolescents (MDA), rapidement accessible mais sans consultation médicale non plus<sup>31</sup>. A l'exception des généralistes en ville avec lesquels le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent entretient des relations et un pédopsychiatre à Lavelanet (Ariège), les jeunes et leur famille peuvent, le cas échéant, être reçus au CHAC par le psychiatre du pôle de l'enfant et de l'adolescent.

Les durées de séjour en hospitalisation sont expliquées par des problématiques familiales complexes et la difficulté à préparer la levée d'hospitalisation par un simple retour en famille. Elles témoignent à la fois d'une attention durable pour le devenir des enfants pris en charge, sachant que les conditions matérielles d'hospitalisation sont satisfaisantes, mais aussi le déficit en structures d'aval, comme c'était le cas pour une jeune fille hospitalisée depuis le 23 décembre 2020, soit plus de trois mois. Le rapport de visite de 2015 le déplorait déjà.

#### i) Les locaux

L'emplacement de l'unité sur le site du CHAC n'a pas changé depuis la première visite du CGLPL. En revanche, elle a fait l'objet d'une rénovation importante ayant fondamentalement modifié les conditions matérielles d'hospitalisation.

Les sept chambres, dont une adaptée aux personnes à mobilité réduite (PMR) avec un lit médicalisé, disposent toutes d'une salle d'eau individuelle, sont meublées de façon complète et sont propres. Une partie de la fenêtre, doublée d'une grille destinée à protéger les enfants, peut être ouverte par le patient. Les volets roulants ne sont actionnables que par les soignants mais de façon individualisée.

Le couloir central décrit comme « *anxiogène* »<sup>32</sup>, l'architecture décrite comme « *oppressante et insécurisante* »<sup>33</sup> sont dorénavant rendus lumineux par diverses sources d'éclairage naturel et adoucis par des murs à angles arrondis. Les revêtements de sol ont été modernisés et le mobilier défoncé de la salle de télévision changé. L'ensemble est spacieux, agréable et propre mais encore d'apparence très neutre puisqu'aucun mur des espaces communs n'est décoré. L'équipe de l'unité envisageait de procéder à des embellissements décoratifs en faisant intervenir des professionnels.

---

<sup>31</sup> Le psychiatre de l'unité Esquirol n'assure à la MDA que les réunions de synthèse avec l'équipe composée de deux IDE, un psychologue, un éducateur.

<sup>32</sup> CGLPL, Rapport de visite du CHAC, 2015.

<sup>33</sup> CGLPL, Rapport de visite du CHAC, 2011.

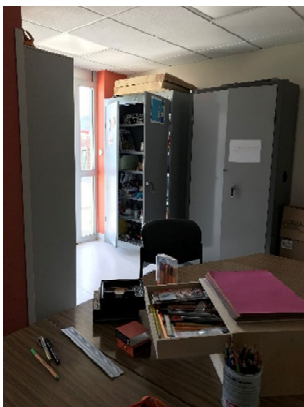


*Le couloir du côté de l'hébergement*

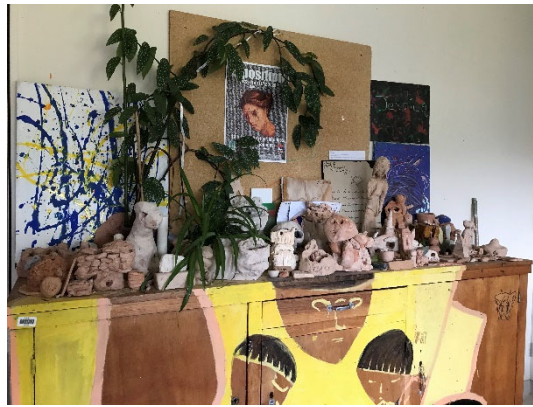


*Les fauteuils de la salle de télévision*

Plusieurs pièces sont aménagées pour des activités : ergothérapie, poterie, arts plastiques, télévision, billard, jeux vidéo, bibliothèque, salle à manger adaptable en salle d'activités, cuisine, balnéothérapie, etc. Le matériel, aussi varié que les espaces, est entretenu.



*Arts plastiques*



*Poterie*



*Ergothérapie*

En outre, le gymnase du CHAC est accessible.

Comme en 2015, la cour, ceinte d'un grillage, bitumée sur une partie mais engazonnée sur l'autre, est équipée de jeux d'extérieur et agrémentée d'un banc.

## ii) Le personnel

L'équipe décrite en 2015 a été légèrement réduite. Outre le psychiatre présent tous les jours à hauteur de 0,8 ETP et la cadre de santé qui partage son temps de travail entre l'unité, un CMP et un hôpital de jour, l'équipe comprend douze IDE, trois AS, deux ASH, un éducateur spécialisé, un psychologue, un psychomotricien, un assistant de service social.

Le planning des soignants est prévu pour assurer la présence d'au moins trois IDE et AS en journée du lundi au dimanche, ainsi qu'un ASH. La nuit, deux IDE sont présents<sup>34</sup>.

<sup>34</sup> La même équipe d'IDE travaille les jours et les nuits à tour de rôle.

Les soignants rencontrés sont apparus motivés. Outre leur formation en tant qu'infirmier ou aide-soignant, ils avaient une solide expérience dans la prise en charge du public mineur.

Une réunion de synthèse a lieu le lundi matin.

Aucun pédiatre n'intervient et depuis décembre 2020 plus aucun médecin généraliste n'est prévu. Les besoins des jeunes sont principalement couverts par le psychiatre, qui parvient à faire venir un collègue somaticien une fois par semaine.

Depuis deux ans, plus aucun enseignant n'est détaché par l'Education nationale pour assurer l'enseignement auprès des jeunes, dont il convient de rappeler qu'ils sont pourtant tous âgés de moins de 16 ans et soumis à l'obligation de scolarité. La durée des séjours, importante, impose une telle intervention. Les jeunes interrogés sur les défauts de leur prise en charge n'ont d'ailleurs critiqué que cette absence d'école.

#### RECOMMANDATION 34

L'Education nationale doit organiser la présence d'un enseignant pour assurer la prise en charge scolaire des enfants hospitalisés dans l'unité Esquirol.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *qu'une démarche de la direction de l'établissement vers le rectorat va être initiée afin d'obtenir une présence d'enseignants spécialisés sur le secteur d'hospitalisation pédopsychiatrique ainsi que d'hôpital de jour.* »

La recommandation est maintenue dans l'attente de la mise en œuvre objective de l'enseignement.

#### 10.2.2 Les modalités de prise en charge

Le temps de l'admission comprend une visite des locaux au cours de laquelle des explications concrètes sont données sur le fonctionnement de l'unité. Si un document intitulé « *Règles de vie – Unité Esquirol* » existe bien, il n'est plus utilisé et n'est pas remis. Cela n'a pas fait défaut aux jeunes accueillis, interrogés sur ce fait.

Le temps d'observation et d'évaluation dure quarante-huit heures, pendant lesquelles il n'y a pas d'activité organisée et pas de liens avec la famille.

En outre, au moment de la visite, un isolement sanitaire de sept jours est mis en œuvre. Il l'est de façon adaptée, selon ce qui a été observé par les contrôleurs vis-à-vis du très jeune patient.

Le lever, qui consiste à avoir le droit de quitter sa chambre, a lieu entre 8h30 et 9h et s'accompagne du petit-déjeuner. Les activités commencent à 10h. Le déjeuner est pris en deux services<sup>35</sup> à 11h45 et à 12h15, à la suite duquel un temps en chambre de 45 mn est imposé. Un goûter est servi à 16h. Les douches se prennent à partir de 18h, avant le dîner servi à 18h45 et 19h15. Déjeuners et dîners sont considérés comme des repas thérapeutiques, avec une présence active des infirmiers qui prennent leurs repas avec les patients. Le coucher a lieu en semaine à 21h30, à 22h30 les veilles de fin de semaine ou de jour férié ; les soignants accompagnent le coucher, surtout des plus jeunes patients en leur lisant une histoire.

<sup>35</sup> Il s'agit d'un aménagement horaire lié à la pandémie de Covid-19.

Les portes des chambres sont laissées en permanence ouvertes en journée, notamment pour que les jeunes puissent utiliser le WC de leur salle d'eau, qu'ils préfèrent aux WC communs également accessibles. Elles ne sont fermées que lorsque le patient quitte le service afin de protéger ses biens.

Les chambres peuvent être décorées, sans limitation particulière, avec usage d'une pâte collante. Les appels téléphoniques sont toujours médiatisés par un soignant. Le médecin en informe les parents dès le début de la prise en charge de leur enfant.

Les visites sont autorisées par principe, interdites par exception médicalement motivée. En avril 2021, elles ne pouvaient se dérouler que dans une pièce spécifique en dehors de l'unité, en gardant le visage masqué, et ne concernaient que le premier cercle familial à l'exclusion de la fratrie. Les sorties dans le parc ne sont plus permises en raison de la pandémie de Covid-19.

Outre les activités dirigées par des spécialistes, les IDE sont tous chargés d'en animer, selon leurs appétences. Il a par exemple été cité des activités de lecture-écriture, d'écriture-dessin, de tissage-couture, animées chacune par trois IDE différents qui assurent ainsi la pérennité de l'activité au gré du planning de service. Chaque enfant a une enveloppe à son nom dans la salle d'arts-plastiques, dans laquelle il range ses productions qu'il peut ainsi reprendre au fur et à mesure.

Dans la semaine de la visite, il a non seulement été constaté que tous les jeunes étaient en activité à chaque fois que les contrôleurs sont venus, mais aussi que les activités étaient adaptées à la météo, particulièrement clémente, en privilégiant celles en extérieur comme une promenade dans les bois avoisinants pour l'ensemble du groupe une après-midi.

Les activités avec les infirmiers sont discutées collectivement, lors de temps parfois dit « *temps de regroupement* », qui ont lieu vers 10h30, 14h30 et 20h dans le salon de télévision. Il s'agit en fait de « *temps de latence* », comme l'a expliqué un autre soignant, pendant lesquels la télévision n'est pas allumée.

S'il n'existe pas de réunion soignants-soignés, il a été dit que « *la parole émerge dans plein de lieux et moments* ». L'éducatrice organise parfois un temps d'écoute musicale, au cours duquel un jeune choisit une chanson qu'il partage avec les autres, prélude à des discussions y compris sur le fonctionnement du service. Les psychologues et psychomotriciens organisent le jeudi matin un temps d'échange *a priori* sur un sujet d'actualité, qui peut dériver vers tout autre objet.

La consommation de tabac est interdite. Cela n'a pas semblé être une difficulté car « *on leur fait oublier !* ». Des substituts nicotiques peuvent être obtenus mais ils sont peu demandés et il semble ne jamais y avoir de crise de manque à gérer.

Les familles sont associées aux soins entrepris, parfois au-delà de l'obligation légale dès lors qu'elles continuent à avoir l'exercice de l'autorité parentale comme cela peut être le cas en situation d'OPP. Le médecin y tient, dans une approche systémique du soin. Les familles parviennent à se déplacer pour des rendez-vous au CHAC, sans difficulté notable.

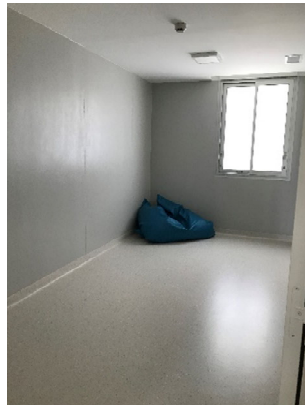
Les diverses autorisations des titulaires de l'autorité parentale, à commencer par celle concernant l'hospitalisation, sont en outre recueillies par le cadre de santé et le secrétariat.

### 10.2.3 Les pratiques d'isolement et de contention

Il n'existe ni isolement ni contention dans le service. Le besoin est rare : il a été évoqué comme s'étant présenté une fois, pour une jeune fille de 13 ans en SDRE, qui a fini par être isolée à l'UPSI pendant trois jours avant de revenir à Esquirol.

Une salle d'apaisement existe en revanche depuis plusieurs années, déjà décrite dans le rapport de 2015. Si elle a été rénovée comme le reste du service, son emplacement et sa configuration sont identiques : pièce de forme allongée sans aucune décoration, meublée dans un angle d'un matelas à billes recouvert de plastique bleu, dotée d'une fenêtre au vitrage opacifié et accessible par deux portes. L'une des deux portes, pleine, donne dans le couloir principal, l'autre, percée d'un hublot, donne dans la salle de soins.

Cette salle est aussi le lieu de passage quotidien vers la salle de soins pour les patients qui prennent un traitement. Cela présenterait le double avantage d'en banaliser l'accès et de sécuriser le lieu, qui est assimilé à l'infirmerie.



*La salle d'apaisement : son coussin bleu et la porte donnant sur la salle de soins*

Lorsqu'un patient y va, les infirmiers ont une surveillance très fréquente et active. Il a été cité : « toutes les cinq minutes, jusqu'à parvenir à engager naturellement la conversation en se mettant à la disposition de l'enfant ».

L'usage de cette pièce est décrit aux patients lors de la phase d'admission.

Un projet de décoration de cette salle, en respectant sa vocation, est à l'étude.

### 10.3 LES 16/18 ANS SONT PRIS EN CHARGE AVEC LES ADULTES

Aucun autre adolescent que ceux qui étaient accueillis à l'unité Esquirol n'était hospitalisé au CHAC début avril, mais lorsqu'un jeune de 16 à 18 ans doit être pris en charge, il l'est dans l'une des unités pour adultes : UAPA et UAPB en fonction de son secteur, et UPSI.

Les témoignages recueillis dans les unités laissaient penser que leur présence est rare : « environ trois situations par an », « par périodes ». Il ressort en réalité des éléments transmis par la direction du CHAC, concernant les hospitalisations de mineurs en dehors de l'unité Esquirol pour les années 2019 et 2020 que :

- dix-sept admissions de mineurs ont eu lieu en 2019 et onze en 2020 ;
- deux avaient 14 et 15 ans lors de leur admission ;
- treize admissions ont eu lieu à l'UPSI, dix à l'UAPA, six à l'UAPB ;
- la durée moyenne de séjour en 2019 et 2020 a été de 18,86 jours, plus précisément 28,77 jours à l'UPSI, 16,10 jours à l'UAPA, 2 jours à l'UAPB.

L'équipe soignante est alors particulièrement vigilante ; l'affectation dans une chambre à proximité du bureau des infirmiers est privilégiée, éventuellement dans une chambre d'isolement équipée comme une chambre normale et dont la porte n'est pas fermée à clé (cf. supra §.10.2.1).

La question de la responsabilité du CHAC en cas d'événement indésirable grave (fugue d'un mineur par exemple) est évoquée par les professionnels. Une discussion sur la nécessité de fermer totalement les unités pour adultes lorsqu'elles accueillent un jeune en leur sein a eu lieu. Elle est rapportée comme étant un point à améliorer dans le projet médico-psycho-social de l'UAPA daté de juin 2016 en raison d'un conflit entre deux positions nécessitant l'arbitrage des autorités de tutelle : « *légalement, tout mineur doit être hospitalisé dans une unité fermée* » et « *nous ne pouvons pas fermer notre unité HL adulte pour la durée de l'accueil des mineurs* ». Lors de la visite, il était acté que les UAPA et UAPB ne sont pas fermées quand un mineur est accueilli. Concernant les spécificités des besoins des jeunes, il a été indiqué que les assistantes sociales sont capables de contacter les établissements scolaires par exemple et que l'équipe soignante peut faire appel facilement au pédopsychiatre chef du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent pour toute question. Ce dernier a également précisé qu'il facilite la continuité de la prise en charge, quand il s'agit d'un patient connu de son service, par exemple en faisant visiter les locaux d'hospitalisation pour adultes avant une réhospitalisation au-delà de 16 ans. Les parents sont informés et associés car « *c'est logique, c'est vrai pour tout acte médical* ».

Malgré les questions des contrôleurs et l'absence de protocole connu des soignants, il n'a pas été fait état de difficultés quant à la prise en charge de ces adolescents dans des unités pour adultes, ni sur le plan du soin, ni sur le plan relationnel. Aucune mise en danger du fait de l'hospitalisation dans une unité pour adultes n'a été identifiée. Pour autant le CGLPL recommande que les mineurs ne soient pas accueillis dans un service de psychiatrie pour adultes<sup>36</sup>.

### RECOMMANDATION 35

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés en santé mentale avec des adultes. Dans tous les cas leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'admission d'enfants de moins de 13 ans n'est jamais réalisée en secteur adulte. Lors d'admission provisoire faute de place disponible, d'adolescent en secteur adulte : une vigilance accrue est demandée aux équipes soignantes et information systématique du procureur de la république. Le passage du médecin pédopsychiatre est systématique et quotidien. L'établissement a parallèlement déposé un dossier de création d'une équipe mobile adolescents complexes.* »

La recommandation est maintenue car lors de l'admission provisoire d'adolescents en secteur adulte, ces jeunes sont face à des équipes soignantes non formées à la pédopsychiatrie.

<sup>36</sup> On se référera à : CGLPL, *Les droits fondamentaux des mineurs enfermés*, Paris, Dalloz, 2021, p. 28 et s., [disponible en ligne sur le site Internet du CGLPL](#).

#### 10.4 LES PERSONNES DETENUES SONT PLACÉES SYSTEMATIQUÉMENT EN ISOLEMENT A L'UPSI ET NE PEUVENT PAS EXERCER LEURS DROITS

Le CHAC assure les soins en santé mentale au sein de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt (MA) de Foix, laquelle accueille jusqu'à 120 hommes majeurs dans des conditions de promiscuité rendues flagrantes par l'installation de matelas au sol<sup>37</sup>. Le CHAC organise auprès des détenus la présence d'un médecin psychiatre, praticien hospitalier, une demi-journée par semaine, ainsi qu'une IDE à temps plein également chargée d'une consultation infirmière post-carcérale non sectorisée au CMP de Foix et qui a précédemment travaillé à l'UPSI, ce qui facilite les relations entre les équipes, une IDE à temps partiel, deux psychologues à temps partiel présentes au total à mi-temps environ.

##### BONNE PRATIQUE 4

Une consultation post-carcérale non sectorisée au centre médico-psychologique de Foix facilite la continuité des soins engagés pendant l'incarcération.

Les pathologies identifiées sont généralement naissantes et les addictions tiennent une place importante dans les problématiques rencontrées chez les détenus. Il n'est pas proposé de thérapie de groupe mais des entretiens individuels.

En application des articles L.3214-1 du CSP, les hospitalisations décidées sur le fondement de l'article L.3214-3 du CSP et en application des dispositions de l'article D.398 du code de procédure pénale (CPP) doivent se faire à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Toulouse (Haute-Garonne) et, à défaut, au CHAC. Si le rapport de la visite de 2015 établissait que « *l'admission de personnes détenues [au CHAC] est résiduelle* », tel n'est plus le cas aujourd'hui : le psychiatre de l'USMP estime parvenir à adresser à l'UHSA, directement depuis la MA, environ trois à quatre patients détenus par an alors qu'une dizaine d'entre eux sont admis au CHAC, au point que les professionnels du CHAC disent « *On a fait le deuil de l'UHSA !* ». Une admission à l'UHSA doit être préparée par l'USMP au moins un mois avant. Une demande émise par le CHAC une fois l'hospitalisation en SSC dans cet établissement engagé est soumise à la fois à une commission qui se réunit hebdomadairement à l'UHSA, puis à une liste d'attente, qui comprenait « *vingt-cinq personnes* » lors de la visite de l'UHSA par le CGLPL en septembre 2019 « *mais ce nombre est souvent supérieur à trente avec des délais pouvant dépasser trois mois. La durée moyenne d'attente était de 29 jours en 2018.* »<sup>38</sup>. Pour un patient détenu admis au CHAC le 31 mars 2021, et malgré une demande d'UHSA émise dès le 2 avril suivant, aucune perspective de transfert n'était envisageable avant deux semaines. La recommandation émise dans le rapport de visite de l'UHSA en 2019 doit être renouvelée.

<sup>37</sup> La MA de Foix a une capacité opérationnelle de 65 places (source : DAP, capacité des établissements pénitentiaires au 1<sup>er</sup> juillet 2020).

<sup>38</sup> CGLPL, [2<sup>ème</sup> Rapport de visite de l'UHSA de Toulouse](#), septembre 2019, p. 8.



**RECOMMANDATION 36**

L'offre de soin de l'UHSA doit permettre aux patients détenus d'avoir accès aux soins spécialisés adaptés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que l'établissement n'est pas porteur d'une UHSA. Les démarches d'admission sont anticipées le plus possible.* »

La recommandation est maintenue en l'absence d'éléments sur l'éventuelle gestion de patients détenus dans le cadre de l'article D398 du code de procédure pénale.

Afin de respecter les termes de l'article L3214-3 du CSP<sup>39</sup>, le certificat médical initiant la décision du préfet est généralement rédigé par un médecin du SAMU du CHIVA, qui rencontre le détenu à la demande des IDE de l'USMP.

Dès l'arrêté préfectoral de SDRE reçu par le CHAC, le transport vers ce dernier, qui dure environ trois quarts d'heure depuis la MA de Foix ou depuis le CHIVA, s'effectue systématiquement couché et sous contention, sous la surveillance de deux infirmiers qui ont préalablement expliqué au patient qu'une hospitalisation en psychiatrie est organisée. La sédation n'est pas automatique. Une escorte de gendarmerie ou de police est organisée en cas d'évaluation d'un risque de fugue ; ledit véhicule suit l'ambulance.

L'USMP étant équipée du dossier patient informatisé (DPI) commun à l'ensemble des établissements du GHT<sup>40</sup>, la communication des informations médicales est fluide et ne fait pas intervenir le personnel pénitentiaire, ni à l'admission ni à la levée d'hospitalisation.

A son arrivée au CHAC, le patient détenu est systématiquement dirigé vers l'UPSI et conduit dans une des deux chambres d'isolement (CI), décrites *supra* (cf. §. 9.1), où il revêt un pyjama hospitalier en tissu.

La procédure relative à l'admission d'un détenu en psychiatrie, datée du 16 avril 2015, précise qu'il s'agit d'une « *chambre sécurisée* » et qu'il doit se dévêtir de ses sous-vêtements. En pratique, une mesure d'isolement est enregistrée par l'actuel psychiatre dans les conditions décrites *supra* (cf. § 9.2) et un sous-vêtement peut être conservé sous le pyjama. Un pyjama est conservé pendant tout le séjour.

Le patient détenu ne quitte jamais la CI : les entretiens avec le médecin ont lieu dans celle-ci et la présentation au JLD n'est pas effective.

Les documents relatifs à l'admission en SDRE sont notifiés au patient détenu, mais ils ne lui sont pas remis. La liste des droits est seulement survolée par ceux qui les lisent avant de signer. Ils ne sont pas mis en œuvre, le principe du secret de l'hospitalisation des détenus surpassant la mise en œuvre des droits du patient en SSC.

Aucun élément d'information n'est transmis par l'administration pénitentiaire. Aucune fiche de liaison n'est communiquée. Le CHAC ne sait donc pas si des liens avec l'extérieur ont été autorisés, tant avec la famille qu'avec un avocat. Le principe appliqué de ne communiquer

<sup>39</sup> Article L.3214-3 du CSP : « [...] Le certificat médical ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. [...] ».

<sup>40</sup> DxCare® équipe le CHAC comme le CHIVA.

aucune information sur l'hospitalisation en cours d'un détenu contrevient également à la mise en œuvre des droits d'un détenu.

Le patient arrive avec les seuls effets personnels qu'il avait sur lui – contrairement à l'UHSA qui demande qu'un trousseau soit prévu<sup>41</sup>. Il est très rare qu'il ait ses cigarettes. Aucune procédure ne facilite la demande du patient détenu d'un virement d'argent du compte nominatif vers un compte en lien avec l'établissement hospitalier afin que du tabac puisse lui être acheté. Le personnel hospitalier parvient à se débrouiller pendant quelques jours (notamment par de la récupération ou avec l'aide de l'IDE de l'USMP qui ramène quelques affaires si besoin) ; il rapporte avoir réussi une fois à faire rembourser par la prison des achats effectués pendant l'hospitalisation. Dans tous les cas, il n'est prévu de pouvoir fumer que cinq cigarettes par jour, dans la CI, à la fenêtre.

Une fois la période d'observation passée et sur autorisation médicale, des livres ou magazines et de quoi écrire peuvent être laissés à disposition du patient détenu dans la chambre. Aucune autre possibilité de se divertir n'est envisagée.

L'accès à l'air libre, autrement qu'en respirant par la fenêtre ouverte sur une dizaine de centimètres, est impossible, le grillage qui entoure le jardin ayant déjà été franchi par un patient – attestant du risque de fugue depuis l'UPSI.

Le CGLPL renvoie à son avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé<sup>42</sup>.

### RECOMMANDATION 37

La prise en charge d'un patient détenu ne doit pas reposer par principe sur sa contention pendant le transport puis sur son placement en isolement pendant le séjour.

Il doit bénéficier pendant tout son séjour des droits garantis tant aux personnes détenues qu'aux patients en soins sans consentement, notamment à des soins dispensés pendant la période de stabilisation requise par son état clinique.

Il convient de rédiger un protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues : le transfert, l'admission et le séjour des patients détenus doivent être organisés en amont avec toutes les parties prenantes afin de leur garantir l'accès à l'ensemble de leurs droits.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique « *que dans la pratique, il n'existe pas de systématisation de la contention durant le transport du patient. Le séjour en chambre d'isolement est principalement destiné à éviter les forts risques de fugues.* »

La recommandation est maintenue car la réponse est floue et contraire aux constats et échanges des contrôleurs avec les soignants.

<sup>41</sup> Dans un classeur mis à disposition des soignants et réunissant diverses procédures, une fiche présente le trousseau du détenu attendu par l'UHSA.

<sup>42</sup> CGLPL, [Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé](#), JORF, 16 juillet 2015.

De plus, le patient détenu ne doit pas être placé en chambre d'isolement de façon systématique et non justifiée autrement que par son état clinique. Sa prise en charge doit être individualisée et le respect de ses droits assuré dans les mêmes conditions qu'en établissement pénitentiaire, sauf restriction médicale prononcée par un médecin psychiatre.

Dans ces conditions, « *la plupart des détenus préfèrent revenir à la MA, surtout s'ils ne sont pas sédatisés* ». Cela concerne aussi des malades qui ne sont pas encore soignés. L'impression générale des patients rapportée aux contrôleurs est qu'« *on est enfermé en chambre et tout est fait pour qu'on ne reste pas* ».

Lorsque l'administration pénitentiaire vient chercher le détenu à l'issue de la mesure d'hospitalisation, les surveillants pénitentiaires pénètrent dans l'unité par le hall et le récupèrent dans la CI, dont le patient ressort *a minima* menotté au vu et au su de tous.

## 11. CONCLUSION

Le CHAC a fait le choix d'une politique de soins dispensés dans des unités ouvertes, sur le site naturel de son implantation et vers la cité voisine de Saint-Girons. Les restrictions à la liberté d'aller et venir des patients sont l'exception et doivent le rester au regard des effets bénéfiques sur les patients de l'ouverture de la structure.

Néanmoins, les deux tiers des observations faites lors du contrôle du CGLPL en 2015 sont restées lettre morte et les atteintes aux droits fondamentaux demeurent très importantes.

Les locaux se dégradent et les chambres sont encore moins propices aux soins et plus inadaptées en termes d'hygiène qu'il y a six ans. De même pour la cafétéria, dont le bâtiment est presque impropre à sa destination alors qu'il s'agit d'un lieu essentiel de socialisation dans ce type d'établissement.

Les chambres d'isolement sont toutes indignes et certaines sont dangereuses. De plus, le registre d'isolement et de contention étant inexploitable, il ne favorise pas l'analyse des pratiques en vue de les réduire. De même, les difficultés de l'établissement n'ont pas permis de prendre en compte les évolutions législatives et soignantes en matière d'isolement et de contention.

Certes, le CHAC souffre d'une pénurie de psychiatre mais si l'établissement ne veut pas que les difficultés de recrutement s'élargissent à d'autres catégories de personnel, il doit réfléchir à une politique de ressources humaines plus attractive.

Les critiques formulées ci-dessus sont d'autant plus regrettables que le cadre de l'établissement est idéal pour une prise en charge psychiatrique de qualité, sous réserve que les autorités de tutelle lui donnent les moyens de fonctionner, que lesdits moyens soient consacrés à l'évolution des dispositifs psychiatriques et que l'établissement prenne des dispositions pour devenir plus attractif auprès du personnel.

Des évolutions positives ont également marqué les six ans qui séparent l'établissement du dernier contrôle. Ainsi il en va de l'information sur les droits spécifiques des patients hospitalisés en soins sans consentement et surtout de la prise en compte des enfants et adolescents dont les bâtiments ont fait l'objet d'une rénovation adaptée et dont la prise en charge est congruente modulo l'absence d'enseignant pour assurer la prise en charge scolaire des enfants.

L'établissement ne peut qu'être encouragé à mettre en œuvre au plus vite les recommandations du CGLPL.

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