

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport définitif :

1<sup>er</sup> au 10 août 2022 – 2<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier Charles

Perrens à Bordeaux

*(Gironde)*



## SYNTHESE

Neuf contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux (département de la Gironde) du 1<sup>er</sup> au 10 août 2022. L'établissement est en charge des soins sur neuf secteurs de psychiatrie adulte, des urgences sur un territoire plus vaste et également de la responsabilité universitaire des chaires de psychiatrie et pédopsychiatrie.

Un rapport provisoire a été adressé au directeur général de l'établissement, au préfet du département, au président du tribunal judiciaire, au procureur de la République près ledit tribunal et au directeur général de l'agence régionale de santé. Seul le directeur de l'établissement a formulé des observations qui sont intégrées au présent rapport.

Le contrôle a porté sur douze unités de psychiatrie pour adultes, l'unité pour adolescents et le service des urgences psychiatriques. Il s'est déroulé dans un climat serein, constructif et transparent. Le rapport provisoire adressé à l'établissement a fait l'objet d'une sérieuse prise en compte et de nombreux points ont été améliorés dès la fin du contrôle.

Les constats principaux ont porté :

### 1 - Sur l'accès aux soins en général

#### 1.1 Concernant l'organisation de l'accès aux soins à l'échelle de l'établissement

**Tout d'abord, la filière de psychiatrie est structurellement saturée avec une insuffisance de lits d'hospitalisation complète.** La gestion de la suroccupation permanente des lits occasionne des atteintes aux droits fondamentaux et à la dignité comme les mouvements de patients en pleine nuit, l'hospitalisation en chambre d'isolement (CI) sans chambre d'hospitalisation disponible, le placement en CI sans garder la chambre d'hospitalisation du malade, et la création non officielle de 22 lits supplémentaires, sans création des postes de personnel nécessaires pour les gérer. Toujours en lien avec la suroccupation, des chambres sont doublées, parfois même triplées sans paravent permettant le respect de l'intimité ; enfin, des patients sont en permanence hospitalisés et pris en charge en hors secteurs avec des médecins et soignants qu'ils ne connaissent pas.

La saturation de la filière est retrouvée tant en psychiatrie adulte qu'en pédopsychiatrie et se remarque également au sein du service d'urgence psychiatrique qui constitue une offre de soins pertinente. Il permet l'accueil des patients 24h/24 avec un panel de dispositifs assurant la prise en charge, parfois dès le domicile, de la crise et de la pré-crise, avec un psychiatre régulateur disponible au téléphone 24h/24, et des perspectives innovantes comme la présence d'infirmier de psychiatrie au centre 15 ainsi que le développement de partenariat avec les forces de l'ordre autour du dispositif Pegase.

**La deuxième problématique majeure concerne la faible dotation en personnel soignant** affecté dans les services d'hospitalisation complète pour adulte, avec une moyenne de soignants présents auprès des patients de 3,5 pour 25 lits. Le contrôle de 2013 avait déjà relevé le manque d'effectifs au regard de la population couverte. Par ailleurs, la maquette organisationnelle de fonctionnement normal prévoit des effectifs qui sont, ailleurs, ceux dit de sécurité en cas de grève, ne permettant qu'un exercice en mode dégradé. Cela impacte les droits des patients dans la mesure où, dans presque toutes les unités, les soignants ne développent pas d'activités thérapeutiques et occupationnelles, n'organisent pas les préparations à la sortie par des sorties

accompagnées, alors même que ces éléments doivent intégrer pleinement le projet de soin individuel du patient dans une prise en charge globale. De la même façon, ces effectifs ne permettent pas l'organisation de la surveillance humanisée des patients en crises d'hétéro ou auto-agressivité. Pour autant, les contrôleurs observent des efforts développés sur la formation des agents vis-à-vis de la prévention des violences.

## 1.2. Sur l'organisation de l'accès aux soins au quotidien dans les services

**L'accès aux soins de psychiatrie est assuré.** Les médecins sont présents dans les services, examinent régulièrement les patients et animent des réunions cliniques. Des projets médico-soignants de pôle conceptualisent les missions à remplir auprès des patients. L'établissement s'est investi dans la formation d'infirmières de pratique avancée (IPA) et seule l'absence de médiateur pair est regrettée. Les pharmaciens et médecins somaticiens participent fréquemment aux réunions cliniques, ce qui permet une bonne pluridisciplinarité de la prise en charge et une meilleure sécurité des soins. Par ailleurs, il n'y a plus de réunion soignants-soignés dans beaucoup de services.

**L'accès aux soins somatiques et à toutes les autres spécialités est assuré.** L'éducation thérapeutique et l'éducation à la santé sont bien développées ; on note également un accès à la conciliation médicamenteuse et aux entretiens pharmaceutiques, y compris en centre médico-psychologique (CMP).

**La recherche du consentement dans les soins, en revanche, devra être améliorée.** Il n'y a pas de recueil formel et systématique de la volonté du patient quant à la confidentialité de son hospitalisation, ou encore de sa volonté d'informer un proche s'il venait à être isolé, à l'exception d'une unité, Carreire 6, qui a mis en place un outil à généraliser. Les observations du patient ne sont jamais mentionnées sur le certificat ; les activités thérapeutiques y compris les activités physiques adaptées ne sont que rarement intégrées dans le projet de soins. La personne de confiance est certes souvent désignée mais elle ne vient pas signer son accord et n'est que rarement associée au soin. Les directives anticipées en psychiatrie ne sont pas encore en place même si les contrôleurs ont noté les réflexions et projets en cours. Enfin, des prescriptions d'injections « si refus de traitement », en « si besoin » sont encore observées au sein de l'établissement.

## 2 - Sur la prise en compte du patient sujet de droit

Si **la liberté d'aller et venir** est une préoccupation inscrite dans le projet d'établissement, le nombre d'unités ouvertes reste cependant inférieur au nombre d'unités fermées (8 sur 14), y compris en pédopsychiatrie. De plus, des personnes en soins libres se trouvent dans des unités fermées, même s'ils peuvent demander que la porte leur soit ouverte. Enfin, trois unités ont des secteurs fermables sans que des soignants y soient présents en permanence. Les personnes y sont ainsi enfermées entre elles avec un couloir, un petit patio et un salon de télévision.

Ces fermetures d'unité freinent l'accès aux activités et à la réhabilitation, d'autant que certains médecins méconnaissent les possibilités mises en place par l'établissement.

Concernant **l'isolement et l'usage de la contention**, l'établissement les prend en compte institutionnellement au sein de son projet d'établissement. Les formations sur l'enfermement, le droit des patients, l'isolement et la contention sont nombreuses et régulièrement proposées. Toutefois, dans le quotidien, la pratique recèle de nombreux paradoxes.

En effet, les chambres d'isolement ne comportent pas l'ensemble des aménagements souhaitables, même s'il est noté que l'établissement dispose d'un nombre important d'espaces d'apaisement (huit). L'établissement compte, par ailleurs, sept chambres « fermables », disposant d'un lit scellé au sol mais qui sont des chambres d'hospitalisation.

La pratique d'isolement est marquée par une traçabilité exhaustive des mesures, qui ne débouche malheureusement sur aucune analyse opérationnelle du registre. Sur 5 269 patients hospitalisés dans les services contrôlés en 2021, 574 ont eu au moins une phase d'isolement soit 9,17 % et 333 patients ont eu au moins une contention associée à l'isolement (soit 6,3 %). Toutefois, ces chiffres sont très variables selon les unités et les pôles. Les durées moyennes d'isolement sont quant à elles presque partout supérieures à 48 heures, allant de 50 heures à 114 heures (soit presque 5 jours) selon les unités. L'isolement des mineurs est trop important.

Les médecins n'interprétant pas tous de la même façon la notion d'espace dédié et hors espace dédié, il n'a pas été possible de connaître la part d'utilisation des chambres dites sécurisées. 18 % des mesures sont initiées en soins libres et le statut du patient est toujours rapidement modifié en SSC. La rencontre avec plusieurs patients en CI et la lecture de certaines motivations médicales d'enfermement (comme le risque de fugue par exemple) montrent que la pratique d'isolement n'est pas encore, pour tous les patients, une pratique de dernier recours. De plus, l'utilisation des espaces d'apaisement n'est pas le même en fonction des unités et du positionnement de cet espace ; certains soignants l'utilisent en soin de pré-crise, d'autres en alternative à l'isolement lors des crises ; il n'y a aucune traçabilité de l'utilisation de ces espaces sur un outil informatique spécifique, qui permettrait une activité de recherche sur la réduction induite de l'isolement.

**L'information orale et écrite des patients en SSC** est investie par l'établissement, que ce soit à travers des livrets d'accueil pratiquement donnés partout et disponibles en plusieurs langues. Les règles de vie sont souvent affichées mais parfois obsolètes et à actualiser. Les pratiques de notification des droits du patient ainsi que de signature des décisions du directeur, qui présentaient des irrégularités, ont été corrigées.

Le contrôle de la CDSP est inexistant depuis plus de trois ans. En revanche, l'établissement accorde une place appréciée aux usagers et à leurs représentants et projette la création d'une maison des usagers.

**Les restrictions de la vie quotidienne** sont assez limitées, par exemple vis-à-vis du téléphone, même si le cordon de recharge reste retiré pour tous. En revanche, les règles de certaines unités fermées ou parties fermées d'unités ouvertes, interdisent tout aux patients que ce soit leur tabac, leur briquet ou leur téléphone, y compris chez les mineurs pour le téléphone.

Enfin, une pratique de surveillance à vue des patients la nuit est systématisée et interroge sur le respect de l'intimité des personnes et le réveil occasionné par le bruit des verrous de confort lorsqu'ils existent.

Ces questions pourront utilement être débattues par le **comité d'éthique** qui est très dynamique.

### 3 - Sur les conditions matérielles de prise en charge ayant un impact sur le respect des droits fondamentaux ou de la dignité

**Les contrôleurs notent la modernisation continue des locaux d'hébergement** avec de nombreux bâtiments offrant des conditions hospitalières propices aux soins de psychiatrie comme, par exemple, des chambres individuelles avec toilettes et douche ; **il reste néanmoins quelques services dont les locaux sont inadaptés**, dans lesquels des chambres n'ont ni douche ni WC, où

il n'y a pas de salle d'activité opérationnelle. Certes, le schéma directeur immobilier prévoit la rénovation totale de trois unités mais dans une perspective étalée sur encore quelques années.

**L'hygiène** est bien prise en compte et des serviettes sont systématiquement mises à disposition à l'admission ; en revanche, il n'y a pas de machines à laver dans les services et le lavomatique accuse des délais d'une semaine pour laver ses vêtements. Par ailleurs, il n'y a plus de coiffeur intervenant au sein de l'établissement.

Pour la protection des biens du patient comme le respect de leur intégrité physique, il sera recommandé la généralisation des verrous de confort.

## 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 ..... 16**

Un numéro gratuit permet au public comme aux professionnels de se renseigner sur l'offre de soins psychiatriques en Gironde et d'être orienté vers les soins les plus appropriés.

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 37**

Une boutique solidaire permet aux patients sans ressources de se vêtir au sein d'un magasin situé dans l'enceinte de l'établissement.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 41**

L'établissement a mis en place un fonds de solidarité permettant de prêter des petites sommes aux patients.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 62**

L'établissement met en place une maison des usagers « itinérante » dans l'attente de la fin des travaux de réfection du local devant accueillir la maison des usagers.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 69**

La politique culturelle de l'établissement apporte une plus-value certaine dans la prise en charge des patients de psychiatrie.

#### **BONNE PRATIQUE 5 ..... 70**

La pharmacie clinique est particulièrement développée et fait partie intégrante de la prise en charge des patients.

### 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**

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 28**

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 30**

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai et, au plus tard, dès que l'état clinique du patient le permet. La décision ne saurait être antidatée.

<b>RECOMMANDATION 4</b> .....	<b>34</b>
Les chambres doivent être pourvues d'équipements sanitaires WC, lavabo et douche ainsi que de verrous de confort. Le mobilier doit être adapté au nombre d'occupants. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent équiper chaque chambre afin d'assurer la sécurité des occupants.	
<b>RECOMMANDATION 5</b> .....	<b>36</b>
L'accès à une douche doit être possible 24h/24.	
<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>38</b>
Les possibilités mises à la disposition des patients pour le lavage et séchage de leur linge doivent être simplifiées et optimisées.	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>38</b>
Un exemplaire de l'inventaire contradictoire des biens doit être remis à la personne concernée.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>39</b>
Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individualisée et motivée par la clinique.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>39</b>
Les patients doivent avoir accès au cours de leur hospitalisation aux sommes déposées à la régie de l'hôpital général.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>44</b>
Les visites des familles doivent pouvoir être effectuées dans les chambres ou dans des locaux d'accueil adaptés.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>44</b>
Les chargeurs de téléphone ne peuvent être retirés aux patients que sur décision médicale motivée et individualisée.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>46</b>
Des mesures doivent être prises afin de sensibiliser le personnel soignant sur le droit des patients relatif à la confidentialité de leur présence dans l'établissement.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>47</b>
Les patients doivent pouvoir exercer leur droit de vote sans avoir à justifier de leur état de santé, conformément à la loi.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>49</b>
En vue de préserver l'intimité des patients, un dispositif de séparation doit exister dans les chambres occupées par plusieurs personnes pour être préservé du regard d'autrui.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>51</b>
La vidéosurveillance des chambres d'isolement comme des WC, douches et lieux de soins, est prohibée. Des dispositifs d'appel d'urgence accessibles doivent être mis à disposition des patients contenus.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>55</b>
Lors du placement en chambre d'isolement, le patient doit conserver sa chambre d'hospitalisation ; il doit pouvoir également conserver l'accès à ses vêtements et autres effets personnels, ainsi que le droit aux appels et visites.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>57</b>
Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque unité et de chaque pôle.	

<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>59</b>
Les mesures d'isolement et contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Les décisions médicales doivent être motivées en conséquence.	
<b>RECOMMANDATION 19</b> .....	<b>60</b>
L'isolement et la contention d'un mineur relevant de soins psychiatriques doit être évité par tout moyen.	
<b>RECOMMANDATION 20</b> .....	<b>63</b>
Le registre de la loi doit être renseigné dans les 24h de la prise des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement et comporter l'ensemble des mesures exigées par l'article L .3212-11 du code de la santé publique.	
<b>RECOMMANDATION 21</b> .....	<b>63</b>
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire de Bordeaux, le préfet de Gironde et, le maire de Bordeaux et ou leurs délégués, doivent visiter au moins une fois par an l'établissement hospitalier Charles Perrens et porter sur le registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.	
<b>RECOMMANDATION 22</b> .....	<b>68</b>
Les activités thérapeutiques sont peu intégrées dans les projets de soins des majeurs et insuffisamment proposées aux patients.	
<b>RECOMMANDATION 23</b> .....	<b>73</b>
Le livret d'accueil doit mentionner les conditions de désignation de la personne de confiance pour les personnes placées sous un régime de protection juridique.	
<b>RECOMMANDATION 24</b> .....	<b>74</b>
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance et la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.	
<b>RECOMMANDATION 25</b> .....	<b>74</b>
La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.	
<b>RECOMMANDATION 26</b> .....	<b>77</b>
L'accès au téléphone doit être garanti et les mesures restrictives de liberté doivent être proportionnées et individualisées.	

## PROPOSITIONS

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

<b>PROPOSITION 1</b> .....	<b>22</b>
Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme ; ils doivent par ailleurs être informés du suivi des incidents qu'ils déclarent.	
<b>PROPOSITION 2</b> .....	<b>23</b>
Le comité d'éthique doit diffuser, à l'ensemble des soignants, le résultat de ses réflexions.	



<b>PROPOSITION 3</b> .....	<b>24</b>
La mention de l'impossibilité de sortir du service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique « quel que soit le statut d'hospitalisation » doit être modifiée.	
<b>PROPOSITION 4</b> .....	<b>25</b>
Un schéma territorial des urgences psychiatriques doit être mis en place par l'agence régionale de santé.	
<b>PROPOSITION 5</b> .....	<b>29</b>
Une information claire sur les règles de vie au sein des unités doit être fournie à tous les patients.	
<b>PROPOSITION 6</b> .....	<b>35</b>
Les WC doivent disposer de lunettes et d'abattants.	
<b>PROPOSITION 7</b> .....	<b>37</b>
Une prestation de coiffeur doit être organisée, en particulier pour les patients des unités d'admission fermées.	
<b>PROPOSITION 8</b> .....	<b>41</b>
Si la prise des repas peut se faire soit en chambre soit en collectif dans un réfectoire, la volonté du patient doit être recueillie dans la modalité choisie.	
<b>PROPOSITION 9</b> .....	<b>48</b>
Les patients doivent être informés des modalités d'intervention des aumôniers de tous les cultes.	
<b>PROPOSITION 10</b> .....	<b>54</b>
Les projets de pôles, de filière ou d'unité doivent être mis à jour et harmonisés, s'agissant de l'isolement et de la contention.	
<b>PROPOSITION 11</b> .....	<b>61</b>
La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer ses missions de contrôle conformément à la loi.	

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>6</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE</b> .....	<b>13</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
3.1 L'établissement occupe une place prépondérante dans la prise en charge psychiatrique des habitants de la Gironde.....	15
3.2 Le budget du centre hospitalier est en équilibre grâce aux postes médicaux et infirmiers vacants et aux appels à projets.....	16
3.3 Les effectifs soignants ne permettent qu'un fonctionnement en mode dégradé .....	17
3.4 L'établissement porte une attention particulière à la prévention et à la prise en charge des violences mais les agents ne sont pas informés des suites données à leurs signalements.....	21
3.5 Les avis du comité d'éthique ne sont pas diffusés à l'ensemble des professionnels de l'établissement .....	23
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>24</b>
4.1 Les personnes sont souvent hospitalisées après admission dans un des services d'urgences du département.....	24
4.3 La notification de ses droits au patient est trop tardive .....	28
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>32</b>
5.1 Des services nécessitent des travaux importants pour que l'hébergement permette une prise en charge respectant la dignité des patients .....	32
5.2 L'attention à l'hygiène est pour l'essentiel satisfaisante .....	35
5.3 La protection des biens des patients est insuffisante .....	38
5.4 Les patients ne peuvent choisir le lieu de consommation des repas.....	41
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>42</b>
6.1 La liberté d'aller et de venir des patients est parfois restreinte .....	42
6.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont mesurées.....	43
6.3 Les communications avec l'extérieur sont facilitées.....	44
6.4 L'accès au vote n'est possible que dans des conditions restrictives.....	46
6.5 L'aumônerie est active, mais non représentative de l'ensemble des cultes .....	47
6.6 L'accès à la sexualité est individualisé et l'intimité assez largement préservée.	49
<b>7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT</b> .....	<b>51</b>
7.1 L'aménagement des chambres d'isolement ne respecte pas l'intimité .....	51

7.2	Les pratiques d'isolement et de contention ne relèvent pas toujours du dernier recours.....	53
7.3	Le registre n'est pas exploité alors qu'isolements et contentions restent fréquents et que de nombreux mineurs sont concernés.....	56
<b>8.</b>	<b>LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>61</b>
8.1	Les usagers sont pris en compte par l'établissement mais la commission départementale des soins psychiatriques n'assure pas ses missions.....	61
8.2	Le registre de la loi est incomplet et parfois tardivement renseigné tandis que les contrôles extérieurs sont réduits au minimum.....	62
8.3	Les modalités d'intervention du juge des libertés et de la détention sont bien organisées mais ce contrôle reste trop formel pour efficacement garantir les droits des patients.....	63
<b>9.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>67</b>
9.1	Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités sont insuffisamment intégrées aux projets de soins.....	67
9.2	Les soins somatiques bénéficient de la présence de médecins généralistes et de la proximité du centre hospitalier universitaire.....	70
9.4	Le consentement du patient aux soins n'est pas toujours recherché.....	73
<b>10.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>75</b>
10.1	La prise en charge matérielle des mineurs est satisfaisante mais leurs libertés sont fortement restreintes.....	75
10.2	La filière de gérontopsychiatrie est en cours de restructuration.....	78
10.3	L'établissement n'accueille que très exceptionnellement des personnes détenues.....	78
<b>11.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>80</b>

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, neuf contrôleurs (Luc Chouchkaieff, chef de mission, Marie Auter, Hélène Baron, Marie-Agnès Crédoz, Hélène Dupif, Agnès Lafay, Antoine Meyer, Estelle Royer, Rabah Yahiaoui) et une stagiaire (Anna Benhamou) ont effectué une visite du centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux (département de la Gironde) du 1<sup>er</sup> au 10 août 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1<sup>er</sup> août 2022 à 15h30 et l'ont quitté le 10 août à 12h. La visite était inopinée et le cabinet du préfet, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) d'Aquitaine, la présidence du tribunal judiciaire de Bordeaux ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général adjoint assurant l'intérim de la direction, le président de la commission médicale d'établissement (CME) et des médecins chefs de pôle et de service, des cadres et cadres supérieurs de santé, divers membres de la direction, la présidente de la CDU.

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

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

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et un entretien a eu lieu avec le syndicat qui l'a sollicité.

Une réunion de restitution a eu lieu le 10 août, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation, élargie à d'autres médecins ou cadres n'ayant pu participer à la première réunion.

Un rapport provisoire a été adressé le 1<sup>er</sup> décembre 2022 au directeur général de l'établissement, au préfet du département, au président du tribunal judiciaire, au procureur de la République près ledit tribunal et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur de l'établissement a adressé des observations en date du 27 janvier 2023, observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue de leur visite de mars 2013, les contrôleurs avaient formulé les observations suivantes :

- La très forte occupation enregistrée dans les différentes unités, avec un taux global moyen proche de 100 %, conduit parfois, durant les périodes de suroccupation, à affecter des patients dans des chambres d'isolement. Dans d'autres unités, un lit supplémentaire a été installé dans des chambres. La commission départementale des soins psychiatriques de la Gironde souligne également ses « *craintes relatives aux possibles atteintes à la dignité des personnes hospitalisées, consécutives au contexte de suroccupation des unités de soins* ». Cette suroccupation est aggravée par la présence de nombreux patients pour lesquels une hospitalisation ne se justifie plus mais qui sont en attente d'une place dans une structure médico-sociale ; 130 étaient dans cette situation lors de la visite (cf. § 4.2).
- L'hospitalisation de patients en programmes de soins, assortie d'une autorisation de sortie du centre hospitalier durant quelques heures, d'ailleurs pas toujours respectée, constitue un détournement de la loi (cf. § 9.3).
- La qualité de fonctionnement du service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) et sa bonne articulation avec le service des urgences du centre hospitalier universitaire méritent d'être soulignées. Sa capacité d'accueil et de prise en charge est cependant parfois atteinte, freinant de nouvelles admissions (cf. § 4.1.1).
- Lors de la procédure d'admission, la désignation d'une personne de confiance n'est pas systématiquement proposée dans toutes les unités. Par ailleurs, les patients mais également les personnels soignants, en charge de réaliser les procédures d'admission, ne sont pas toujours en mesure de faire la différence entre la personne de confiance et la personne à prévenir (cf. § 9.4).
- Le principe de la liberté pour l'accès des patients au téléphone et au courrier est la règle et les restrictions, l'exception. Il en est de même pour les visites : les horaires fixés peuvent être modulés en fonction des contraintes des visiteurs, sous réserve que le fonctionnement des unités n'en soit pas affecté. La possibilité de conserver son ordinateur est généralement accordée même si aucune connexion à Internet n'est possible (cf. § 6.2).
- A l'échelon central, les activités proposées aux patients sont très limitées en l'absence de toute installation sportive et de toute bibliothèque. Seule une cafétéria offre un lieu d'accueil hors des unités. De plus, aucun atelier d'ergothérapie n'existe. Il convient cependant d'observer que l'établissement s'est engagé depuis plus de dix ans dans une importante activité culturelle qui fait l'objet d'une programmation conséquente. Dans les unités, les activités sont également très limitées, même si, ponctuellement, certaines sont mises en place. La télévision reste souvent le principal loisir durant la journée (cf. § 9.1.2).
- Une prise en charge plus satisfaisante des soins dentaires devrait être organisée. La venue d'un praticien en odontologie et l'installation d'un fauteuil dentaire constitueraient une amélioration.
- Le livret d'accueil devrait être actualisé et faire référence aux dispositions législatives les plus récentes.
- Les difficultés rencontrées par les soignants pour notifier aux personnes placées sous contrainte, alors en crise, les mesures dont elles font l'objet ne doivent pas conduire à reporter indéfiniment cette notification.

- Les téléphones muraux placés dans les couloirs ne garantissent pas la confidentialité des conversations et mériteraient d'être mieux protégés.
- Au sein des unités du pôle « 3-4-7 », deux unités sont fermées alors que l'une (Régis) accueille notamment des personnes en admises en soins libres et que l'autre (Génin) ne reçoit que des hommes et des femmes relevant de ce statut.
- Deux unités (Lescure I et Lescure II) ne disposent d'aucune cour en raison de leur installation en étage, ce qui interdit toute sortie à l'air libre à certaines personnes et les fumeurs doivent se limiter à un espace réduit dans la cage d'escalier de secours.
- La mise en service d'une unité d'hospitalisation à temps plein pour les mineurs, en construction lors de la visite, devrait améliorer l'organisation des soins et éviter que des enfants soient placés dans des unités avec des majeurs, comme cela a pu être le cas.
- Dans l'une des chambres d'isolement de l'unité Régis, un oculus donne sur la cuvette des WC (cf. § 7.1).
- Des caméras sont installées dans différentes unités, formant un dispositif qualifié localement de vidéo-vigilance. Des chambres d'isolement en sont équipées. Des caméras sont également placées dans deux chambres dites « sécurisées » dans des unités du pôle universitaire « 5 - 6 », à Carreire 4 et Carreire 6. De plus, les images sont reportées sur les écrans de surveillance placés dans les bureaux des infirmiers, parfois sans mesure de protection. L'installation de caméras dans les chambres devrait être prohibée, comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté le préconisait (cf. § 7.1).

Ces points sont évoqués au sein du présent rapport en les comparant aux constats actualisés.

### 3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 L'ETABLISSEMENT OCCUPE UNE PLACE PREPONDERANTE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES HABITANTS DE LA GIRONDE

L'offre de soins de psychiatrie comprend, pour le département de la Gironde, trois établissements publics, le centre hospitalier Charles Perrens (CHCP), le CH de Cadillac et le CH de Libourne, ainsi que trois cliniques privées situées à Bordeaux. Par ailleurs, plus de 250 psychiatres exercent à titre libéral sur le même territoire. Seuls les trois établissements publics susvisés sont agréés pour les soins sans consentement.

Le département est divisé en 17 secteurs, dont 9 sont assurés par le CHCP. Quatre intersecteurs de pédopsychiatrie sont également assurés par le CHCP.

L'établissement fait partie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016 du groupement hospitalier de territoire (GHT) « *alliance de Gironde* » qui compte dix établissements dont le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux et les deux autres hôpitaux publics de psychiatrie de Libourne et Cadillac.

Le site du CHCP est en ville et desservi par le tramway. Son organisation est faite autour de :

- Quatre pôles de psychiatrie sectorisés pour adultes : pôle de psychiatrie d'urgence Médoc-Arcachon (PUMA), pôle de Bordeaux santé mentale (BSM), pôle universitaire de psychiatrie adultes (UNIVA), pôle de psychiatrie générale et universitaire (PGU),
- D'un pôle inter établissement d'addictologie avec le CHU de Bordeaux,
- Et d'un pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PUPEA).

Les secteurs de psychiatrie disposent de l'ensemble de l'offre de soins ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ), de 478 lits d'hospitalisation complète (dont 20 en pédopsychiatrie) pour une population de 850 000 d'habitants. Dans sa réponse au rapport provisoire, l'établissement mentionne que ce chiffre est erroné et établit ce nombre à 419 lits d'hospitalisation complète mais le livret d'accueil indique bien 478 lits sur l'ensemble des pôles. 5 269 patients ont été hospitalisés à temps plein en 2021 sur une file active totale de 25 300 patients suivis.

Outre l'ensemble de la filière intra et extrahospitalière de psychiatrie, l'établissement dispose de structures médicosociales, comme une maison d'accueil spécialisée (MAS), un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA); l'établissement assure une direction commune sur un établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le contrôle a porté sur douze unités de psychiatrie adultes (BSM Charcot, BSM1, BSM2, BSM3, Falret, Morel, Arguin, Carreire 2, Carreire 4, Carreire 6, PGU 1, PGU 2), l'unité pour adolescents et le service des urgences psychiatriques.

Un projet territorial de santé mentale (PTSM) établi en novembre 2021 pour le département de la Gironde, ambitionne de réaliser la coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associatifs. Il évoque, entre autres, la nécessaire prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence et la promotion du respect des droits. Le projet décline ainsi l'intérêt « *de rendre lisible l'offre de santé mentale et faciliter l'orientation des usagers et des professionnels en référençant l'offre de service et en créant une « plateforme » de santé mentale, en y associant un numéro unique* », de « *poursuivre le déploiement des équipes mobiles d'urgence et de crise (...) sur l'ensemble du territoire* », enfin « *d'élaborer une convention ou un protocole départemental visant à organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, intégrant*

le SAMU, les urgences (y compris l'organisation des transports en urgence) »(cf. § 4.1). Par ailleurs, et concernant la promotion des droits des patients, le projet indique que « les maisons des usagers et les points d'accès au droit doivent être généralisés en institution et les usagers et leurs représentants doivent être encouragés à participer aux dispositifs de gouvernance ainsi qu'aux comités éthiques », ce qui est pris en compte par le CHCP (cf. § 8.1).

En application de ce projet, un numéro vert gratuit « *question psy* » est désormais à disposition du public et des professionnels de 10h à 17h30 en semaine pour toute question sur l'accès aux soins de psychiatrie sur le département de la Gironde.

### BONNE PRATIQUE 1

Un numéro gratuit permet au public comme aux professionnels de se renseigner sur l'offre de soins psychiatriques en Gironde et d'être orienté vers les soins les plus appropriés.

Le projet d'établissement 2020-2024 évoque, quant à lui, le souhait de « *développer les alternatives à l'hospitalisation complète (...) et mener à bien la reconversion dans les trois ans de 80 lits d'hospitalisation complètes pour développer ces alternatives* », tout en « *évitant le sous-dimensionnement capacitaire* ». La suroccupation des places et la saturation de la filière observée lors du contrôle imposeraient une réflexion sur ces objectifs. Une unité d'hospitalisation à domicile pour les 16-24 ans a été créée en juillet 2021 en lien avec les objectifs du projet d'établissement.

Ce projet d'établissement indique également le souhait de « *créer un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques sur le territoire, déployer une offre de soins spécialisés en alternative à l'hospitalisation complète, mettre en œuvre le projet de démocratie sanitaire labellisé et développer la pair-aidance.* » L'objectif de former et installer les infirmiers de pratique avancée de psychiatrie a, quant à lui, déjà été mis en œuvre.

Le projet de soins 2020-2024 met l'accent sur l'objectif de la « *promotion de la culture, de la bientraitance et de la réflexion éthique* », permettant de « *concilier dans les pratiques, la liberté d'aller et venir des patients avec les prises en charge sécurisées* ».

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) le 31 décembre 2018. Ce contrat fixe des indicateurs, comme le nombre de patients en isolement contention, avec un objectif de diminution.

## 3.2 LE BUDGET DU CENTRE HOSPITALIER EST EN EQUILIBRE GRACE AUX POSTES MEDICAUX ET INFIRMIERS VACANTS ET AUX APPELS A PROJETS

Les dépenses globales du CH étaient en 2021 de 114 696 181 euros. 80,4 % de ce budget étaient consacrés à la masse salariale (92 218 408). Ces dépenses sont minorées par les vacances dans les postes médicaux (dix) et d'infirmiers (quarante).

Les recettes globales étaient, en 2021, de 119 918 103 euros. Elles proviennent principalement de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 103 377 994. Aucune activité annexe n'est facturée en tarification à l'activité. Les autres produits (indemnités journalières, prestations, etc.) sont stables autour de 5,7 millions d'euros. Ces recettes comprennent une cession immobilière à hauteur de 1 100 000 euros. Les suppléments pour chambres individuelles ne sont pas facturés.



Le CH est financé pour assurer de nombreuses missions au profit de partenaires extérieurs ; ainsi 39 médecins effectuent soit des mises à disposition soit de l'activité d'intérêt général au profit de structures sanitaires ou médico-sociales.

L'établissement est ainsi à l'équilibre depuis plusieurs années. Un ancien plan de retour à l'équilibre avait été mis en œuvre en 2007, avec alors, quelques suppressions de postes.

La DAF a augmenté de 11 % entre 2011 et 2019, passant de 78 684 825 euros à 87 314 033 euros. Elle s'élève en 2021 à 103 377 994 avec les crédits des « *accords du Ségur* ».

La dette s'élevait en 2021 à 28 millions d'euros et il n'y a pas d'emprunt toxique. Le schéma directeur immobilier est approuvé et contractualisé avec l'ARS et son financement est indiqué comme ne devant pas impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement, avec un taux d'endettement soutenable.

L'établissement tient une comptabilité analytique par pôle et permet à chaque chef de pôle d'organiser avec ses équipes l'éventuelle re-fléchage de crédits non utilisés. Des soignants ont indiqué avoir pu ainsi obtenir des formations supplémentaires.

Enfin, chaque service dispose d'une enveloppe destinée à financer le développement d'activités et de sorties, enveloppe allant selon les unités de 350 à 700 euros par an (*cf.* § 9.1).

### 3.3 LES EFFECTIFS SOIGNANTS NE PERMETTENT QU'UN FONCTIONNEMENT EN MODE DEGRADE

#### 3.3.1 Les effectifs

##### a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2021 à 626,4 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) d'infirmiers (629 en 2019), 158 ETPR d'aides-soignants (163 en 2019) et 67 ETPR pour le personnel éducatif et social (64 en 2019), soit une légère diminution en deux ans ; en effet, l'établissement est depuis deux ans confronté à des postes de soignants restant vacants.

A ces effectifs s'ajoutent 66 ETPR de psychologues dont 11,5 non pourvus et 22 en pédopsychiatrie, 22 ETPR de psychomotriciens dont 15 en pédopsychiatrie, 5,9 ETPR d'ergothérapeutes dont deux non pourvus, 2 ETPR de kinésithérapeute dont 0,5 non pourvu et 13,5 ETPR d'agents socio-éducatifs dont 10 en pédopsychiatrie et 1 vacant.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants travaillant le matin, l'après-midi, ou parfois en journée ; l'équipe de nuit n'est pas spécifique, sauf dans une unité, avec des remplacements itératifs par des soignants de jour. L'effectif de fonctionnement « cible » est de trois soignants (IDE et AS) par demi-journée de semaine et le week-end, et deux la nuit. Ces effectifs sont toutefois ceux qualifiés, dans les autres établissements de psychiatrie contrôlés, d'« *effectifs de sécurité* » en cas de grève, avec des maquettes de fonctionnement normal prévues à des effectifs supérieurs.

Le taux d'absentéisme est à 8,64 % concernant tous les personnels non médicaux. Les absences de courtes durées imprévues sont compensées par des mouvements de personnel effectués au dernier moment, en prenant un agent dans un service disposant d'un effectif au-dessus de l'effectif requis (trois soignants par amplitude) ; ces soignants de remplacement sont ainsi placés dans des services dont ils ne maîtrisent pas l'organisation avec des patients qu'ils ne connaissent pas.

En second niveau, le système « hublot » est activé pour employer des personnes rémunérées en heures supplémentaires, sur leurs congés. Les temps d'activité des soignants sont plafonnés à

240 heures maximales par an et ils ne peuvent travailler plus de 48 heures sur sept jours filants. L'établissement fait depuis peu appel à des intérimaires.

Devant une saturation de la filière d'admission, l'établissement a ouvert il y a quelques années 22 lits supplémentaires (ramenés à 18 au moment du contrôle), répartis à raison d'un à deux dans certaines unités. Il n'y a pas eu d'augmentation des effectifs soignants en lien avec ces ouvertures de lits (qui correspondent à une vingtaine d'ETP). Le nombre de patients maximal, au regard des lits supplémentaires diversement attribués, est variable (de 20 à 26) selon les unités de psychiatrie adultes : 26 pour les unités BSM 1,2,3 et les unités du pôle PGU, 25 pour les unités Morel et Falret, 23 pour les unités Charcot et Carreire 2, 21 pour Arguin, 20 pour les unités Carreire 4 et 6.

L'examen des plannings des IDE et AS des unités d'hospitalisation des trois derniers mois fait apparaître, dans la plupart des unités, des effectifs présents auprès des patients en moyenne de 3,5 par demi-journée. Une unité de psychiatrie adultes se démarque avec une moyenne de 4,18 (Carreire 6), la plus faible étant Falret : 3,16. La pédopsychiatrie est à part avec 6,38 soignants présents auprès des mineurs chaque demi-journée. Les plannings de nuit montrent toujours deux soignants par nuit.

Ces moyennes de nombres de soignants objectivent un respect des maquettes dites cibles censément établies pour permettre un fonctionnement normal, mais qui sont, ailleurs, celles dites de sécurité (cf. supra). L'exemple des autres établissements contrôlés ainsi que l'impossibilité pour les soignants de remplir l'ensemble de leurs missions comme développé dans le présent rapport (animation d'activités, accompagnements à la sortie et surveillance, entre autres) conduisent à penser que les services intra hospitaliers de psychiatrie adultes fonctionnent majoritairement en mode dégradé. L'organisation des soins au quotidien dans les services est ainsi faite non pas selon les besoins de soins des patients mais selon les ressources existantes. Le projet médico-soignant de chaque pôle devra définir les modalités de prise en charge des patients quels qu'ils soient, en soins libres comme en soins sans consentement, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra-hospitalière, et en déduire les besoins de soins donc de soignants pertinents.

Exemple d'événement relaté par un soignant :

« Le weekend du XXX, j'étais seul pour 26 patients avec une aide-soignante d'un autre service et un élève infirmier faisant fonction d'aide-soignant. »

### RECOMMANDATION 1

L'organisation des soins dans chaque secteur doit définir les besoins de prise en charge en intra et extrahospitalier, prévoir des effectifs adaptés et stables auprès des patients, permettant aux professionnels d'assurer l'accès, la permanence et la qualité des soins.

Les négociations menées lors des accords du Ségur de la santé ont débouché sur la création de 28 postes de soignants, d'agents des services et d'assistants médico-administratifs. L'établissement expérimente ainsi au moment du contrôle durant six mois, un renfort des équipes soignantes par cinq assistants médico-administratifs dans les services, afin de s'occuper des tâches comme la gestion des transports et la prise des rendez-vous extérieurs. Dix autres postes sont fléchés sur la création d'un *pool* de remplacement infirmier.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Les ressources humaines soignantes nécessaires pour répondre aux besoins en soins des patients ont été dimensionnées. C'est dans la perspective de les adapter au mieux aux besoins que les accords du Ségur de la santé signés avec les Organisations Syndicales, ont priorisé d'investir tout le budget alloué sur la création de postes soignants pour compléter les équipes des unités d'hospitalisation. Ainsi dans ce cadre, 14 infirmiers et aides-soignants viendront compléter les équipes au ratio soignant/soigné trop faible et 10 autres constitueront un pool de renfort et de remplacement. D'autre part, 5 postes de métiers complémentaires (assistants médico-administratifs ou autres) ont été créés pour venir soulager et renforcer les équipes des unités d'admission des 5 pôles cliniques des tâches liées à la logistique du soin (prise de rendez-vous, gestion des transports...). Par ailleurs, 4 postes d'infirmiers missionnés sur le moindre recours à l'isolement et à la contention (un pour chaque unité fermée des 4 pôles cliniques adultes) ont été créés.*

*L'établissement a donc bien prévu des organisations de soins qui définissent les besoins de prise en charge sous forme de ratio soignant / patient et prévoient des effectifs adaptés. Cependant, il est confronté à des difficultés de recrutement et de stabilisation des effectifs infirmiers qui relèvent d'un contexte de pénurie nationale qui le transcende.*

*L'effectif de fonctionnement cible ne se résume pas à 3 soignants par demi-journée mais à 3,5 soignants, ce qu'attestent par ailleurs les maquettes de planning analysées page 15 du rapport.*

*La plupart des remplacements sont pourvus par le dispositif HUBLO ce qui garantit des remplacements effectués par des personnels soit du pôle soit de l'établissement qui ont tous la connaissance du fonctionnement de l'établissement et des prises en charge psychiatriques.*

*Le capacitaire lits de l'établissement a connu des évolutions régulières, et le constat, partagé, d'un besoin régulier et croissant en lits d'hospitalisation est l'objet d'une prise en compte par la Direction dans le cadre de sa politique de modernisation des locaux. (...)*

*Ainsi, à horizon 2027, non seulement le capacitaire lits d'hébergement en HC aura été augmenté de 37 lits par rapport à la situation actuelle (+ 25 lits C1 + 12 lits 16/24), soit + 10 %, exclusivement en chambre individuelle, portant le total de lits en chambre individuelle dans l'établissement à 390.*

*L'ensemble des créations de lits supplémentaires s'inscrivent dans le respect des caractéristiques techniques et de confort hôtelier précisées par le décret du 28 septembre 2022. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et perspectives à moyen terme.

#### *b) Effectifs médicaux*

L'effectif médical comprend 137 ETPR (147 médecins différents) dont un médecin associé (ayant déjà validé les épreuves nationales) et 10,15 ETP sont vacants (soit moins de 7 %) ; les postes vacants concernent les services intra hospitaliers. 118 ETPR de médecins sont affectés aux seuls services contrôlés. 44 postes d'internes sont également pourvus dont 10 en pédopsychiatrie. 7 médecins sont professeurs des universités praticiens hospitaliers (PUPH), deux en pédopsychiatrie, deux en addictologie et trois en psychiatrie adultes.

Quelques médecins exercent une activité d'intérêt général au profit de structures médico-sociales et d'autres sont mis à disposition d'autres établissements sanitaires, principalement pour la gestion des urgences psychiatriques.

L'établissement ne fait pas appel à des médecins intérimaires. Le faible nombre de postes vacants n'amène pas d'absence de médecin dans les services, d'autant que ces postes vacants correspondent, pour certains, à des créations d'activité et aux délais de recrutement.

Face à l'activité croissante des urgences psychiatriques, une plage additionnelle 18h à 22h a été créée au SECOP permettant la bonne prise en charge des patients, du lundi au vendredi (cf. § 4.1).

### 3.3.2 Le tutorat et la formation

L'établissement n'a pas mis en place de tutorat pour les nouveaux infirmiers mais il offre une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste, aux infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Par ailleurs, les jeunes diplômés sont invités à effectuer des formations en approfondissement des connaissances parmi le catalogue proposé en formation continue.

Concernant cette formation continue, les soignants rencontrés n'ont pas eu à subir le refus de formation demandée pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services. De nombreuses formations sont suivies par de nombreux agents, concernant la gestion des violences, l'entretien infirmier, l'accueil de patients psychotiques aux urgences psychiatriques, les droits des patients, l'isolement et la contention, les directives anticipées psychiatriques.

Enfin, plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été réalisées par les médecins du pôle, parfois sur l'isolement et la contention.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Une action de formation au tutorat a été mise en place depuis novembre 2022 et un groupe de travail du projet de soins a développé des outils pour l'accueil et l'encadrement des nouveaux infirmiers arrivant dans l'établissement. »*

### 3.3.3 La supervision

Plusieurs services ont mis en place des séances, souvent mensuelles, de supervision collective animées par un intervenant extérieur ; il n'y a pas de supervision individuelle.

D'autres services organisent régulièrement des analyses des pratiques professionnelles (60 soignants en ont bénéficié en 2022), avec des séances animées par un psychologue extérieur à l'établissement ; certaines concernent également le droit des patients, l'isolement et la contention.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique que *cette offre sera complétée en 2023 par la mise en place d'analyses des pratiques pour les personnels administratifs, techniques et logistiques.*

### 3.4 L'ETABLISSEMENT PORTE UNE ATTENTION PARTICULIERE A LA PREVENTION ET A LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES MAIS LES AGENTS NE SONT PAS INFORMES DES SUITES DONNEES A LEURS SIGNALEMENTS

#### 3.4.1 La gestion des violences et des incidents

Selon les témoignages recueillis, les situations de violence physique sont rares et les soignants se considèrent globalement formés aux techniques de désescalade. Il est indiqué que 80 à 90 % des soignants ont bénéficié de la formation *Omega*.

La direction du CHCP s'est dotée d'un observatoire de la violence qui, trois fois par an, mène un travail de réflexion et d'analyse des situations de violences, dans un souci de prévention et de réduction des risques.

Les incidents de faible intensité, les violences verbales et les « indisciplines » sont habituellement pris en charge par les soignants. En fonction des situations, diverses mesures peuvent être mises en œuvre : rappel des règles de vie, entretien médical ou soignant, mesures d'apaisement, changement de chambre, séparations provisoires, limitation des sorties ou des visites, retrait du téléphone, procédure de réparation notamment en cas de dégradations matérielles, etc.

En cas de sortie non autorisée d'un patient, les soignants et le service de sécurité effectuent une première recherche sur le site du centre hospitalier et, si le patient n'est pas retrouvé, signalent la fugue au commissariat de police et informent la famille. Dès lors que le patient est localisé par la police, un soignant de l'unité et un soignant de la suppléance se rendent sur place afin de convaincre le patient de réintégrer l'hôpital.

Au sein des unités, les agents sont équipés d'un dispositif d'alarme pour protection du travailleur isolé (PTI) permettant, en cas de besoin, de faire appel à l'équipe de renfort constituée de soignants des autres unités de psychiatrie. En cas de déclenchement d'un PTI, l'équipe de sécurité se déplace à proximité du lieu de l'incident mais n'intervient que très exceptionnellement au sein de l'unité – et toujours sur demande expresse des soignants. Il a cependant été indiqué, dans une unité, que le nombre de PTI fonctionnels pouvait être insuffisant, ne permettant pas à chaque professionnel en service d'en être doté.

Le psychiatre est systématiquement appelé en cas de crise ou d'agression. Des mesures d'apaisement sont mises en œuvre en première intention – certaines unités sont dotées de chambres d'apaisement – et, le cas échéant, le patient est mis en chambre d'isolement. Les épisodes de violence donnent généralement lieu à une réévaluation du traitement médicamenteux. Dans la mesure du possible, il est indiqué que le patient violent ou en crise est maintenu dans son unité. Néanmoins, les patients hébergés en unité ouverte peuvent être transférés en unité fermée.

Les faits de violence donnent lieu à une déclaration faite par le service qualité sur le site de l'Observatoire national de la violence en milieu de santé (ONVS).

#### 3.4.2 Le recensement des événements indésirables

L'ensemble du personnel a la possibilité de déclarer des événements indésirables (EI) *via* le logiciel DEMATIC accessible sur le portail interne du CH. Il n'est pas possible d'effectuer une déclaration de manière anonyme, l'agent devant nécessairement se connecter avec un code d'accès personnel. Il est cependant indiqué que l'identité du déclarant n'est accessible qu'au service qualité qui procède ensuite à l'anonymisation de l'EI.

Les EI sont examinés quotidiennement puis de manière hebdomadaire par le service qualité qui renseigne les niveaux de gravité et de fréquence et décide des suites à leur donner : classement sans suite, mise en œuvre d'actions correctives, demande d'informations complémentaires adressées à l'agent ou au cadre ou mise en œuvre d'une analyse approfondie des causes (AAC).

En 2021, 10 événements indésirables graves (EIG) ont été déclarés et 19 AAC ont été initiées concernant, pour l'essentiel, des décès de patients, des urgences vitales et des tentatives de suicide.

L'ensemble des EI est transmis mensuellement à la cellule d'analyse opérationnelle des événements indésirables (CAOI) – composée du cadre et de l'ingénieur qualité, du directeur des usagers, du directeur des soins, du directeur des ressources humaines, du médecin qualité, du pharmacien et du secrétaire du CHSCT. Elle se réunit dix fois par an et examine quelques EI sélectionnés par le service qualité. Une présentation des EI est également faite auprès de la CDU au moins une fois par an.

Le déclarant d'un EI se voit systématiquement remettre un accusé de réception. En revanche, il n'est jamais informé par le service qualité des suites données à son signalement. Les soignants rencontrés dans les unités ont indiqué déclarer peu d'EI, « *seulement pour les faits les plus graves* » et parfois uniquement « *pour se couvrir* ». Plusieurs ont indiqué qu'ils n'en attendaient aucune action corrective, excepté lorsque le signalement porte sur la maintenance des bâtiments.

En 2021, 645 EI liés aux soins ont été signalés par les services d'hospitalisation adulte. Pour l'essentiel, ils ont concerné des faits de sorties sans autorisation médicale, de violences physiques sur personnel, de conditions d'hospitalisation insatisfaisantes et de défauts de coordination des soins.

#### PROPOSITION 1

Les membres du personnel doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme ; ils doivent par ailleurs être informés du suivi des incidents qu'ils déclarent.

#### 3.4.3 Les requêtes et les plaintes

Les patients sont informés, dans le livret d'accueil, par voie d'affichage et/ou par les cadres des unités, qu'ils peuvent adresser « *tout éloge ou réclamation ou plainte* » à la direction des usagers (CDU), par courrier, mail ou téléphone. Dans ce dernier cas, il est cependant demandé au patient de réitérer sa demande par écrit.

Les requérants reçoivent un accusé de réception dans la semaine qui suit leur demande puis une réponse – signée par la directrice des usagers et le chef de pôle concerné – dans un délai maximal de deux mois.

Selon le rapport annuel de la CDU, 64 réclamations ont été traitées en 2020. Le motif de plainte le plus récurrent concernait les problèmes relationnels et de communication avec le personnel médical et non-médical, représentant 20 % des réclamations.

Il est indiqué que 5 ou 6 médiations médicales ont été proposées en 2021 et qu'entre trois et quatre ont été réalisées.

Les patients qui souhaitent déposer une plainte peuvent, si besoin, être accompagnés au commissariat par un agent de l'unité. En cas d'agression grave, notamment sexuelle, la victime

est systématiquement accompagnée au poste de police. Elle est également orientée par le médecin de l'unité vers l'unité médico-judiciaire du CHU de Bordeaux pour que soient effectués les prélèvements et les constatations médico-légales.

Les agents victimes d'agression sont incités à porter plainte – en se domiciliant sur leur lieu professionnel – et peuvent être accompagnés par le responsable de la sécurité.

### 3.5 LES AVIS DU COMITE D'ETHIQUE NE SONT PAS DIFFUSES A L'ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE L'ETABLISSEMENT

Le comité d'éthique, dont l'existence est plus ou moins connue par les soignants, a vu son activité relancée en 2018. Il est organisé autour d'un bureau et d'une assemblée.

Le bureau est composé d'un président, de trois vice-présidents, de trois coordinateurs et de deux secrétaires. Le président, extérieur à l'établissement, est professeur de philosophie à l'Université de Bordeaux. Deux des vice-présidents n'appartiennent pas à l'établissement.

L'assemblée est constituée d'environ 70 membres qui signent la charte relative au fonctionnement du comité d'éthique. Les membres peuvent également ne pas appartenir à l'établissement, le bureau se prononce alors sur les candidatures.

Une fiche de saisine est accessible dans l'intranet de l'établissement. Une adresse électronique fonctionnelle permet de l'envoyer. Les saisines ne concernent que des cas particuliers relatifs à des patients comme :

- Une patiente suicidaire en état de dénutrition très important peut-elle faire l'objet d'une contention pour une pose de sonde naso-gastrique qu'elle arrache ?
- Une patiente en hospitalisation à la demande d'un tiers en urgence peut-elle prendre la décision d'interrompre sa grossesse ?
- Un patient sous tutelle et en hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat peut-il être contraint à se faire vacciner ?

Le président et les vice-présidents examinent dans un premier temps si le questionnement relève bien d'un problème éthique. Un coordinateur va ensuite prendre contact avec le demandeur et suite à une réunion, le comité rédige l'avis. Le comité d'éthique doit se prononcer sur environ sept saisines par an et travaille aussi en lien avec d'autres comités d'éthiques comme ceux des centres hospitaliers de Cadillac, de Libourne et de l'Institut des sourds et aveugles de Bordeaux pour évoquer notamment des réflexions autour de la contention. Au sein du comité, deux infirmiers en pratique avancée travaillent plus particulièrement sur la contention.

Les usagers peuvent saisir le comité d'éthique par l'intermédiaire de la commission départementale des usagers qui est membre de droit de l'assemblée du comité. Il est envisagé que les questionnements autour de la sexualité des patients soient abordés.

A ce jour, les avis du comité d'éthique ne sont pas diffusés à l'ensemble de la communauté médicale et soignante de l'établissement qui pourrait profiter de ces réflexions comme une aide à la décision dans leur travail quotidien. Il est envisagé par le président de créer une page intranet et de se déplacer dans les unités de soins pour présenter l'activité du Comité.

#### PROPOSITION 2

Le comité d'éthique doit diffuser, à l'ensemble des soignants, le résultat de ses réflexions.

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

### 4.1 LES PERSONNES SONT SOUVENT HOSPITALISEES APRES ADMISSION DANS UN DES SERVICES D'URGENCES DU DEPARTEMENT

#### 4.1.1 La filière d'admission

A l'échelle du département, la filière n'est pas organisée dans sa globalité et les conventions entre institutions s'ajoutent sans qu'il soit facile d'appréhender le dispositif d'ensemble. Pour autant, le projet médico soignant du pôle de psychiatrie d'urgence Médoc-Arcachon (PUMA) en établit un inventaire assez précis à l'échelle de la métropole bordelaise. Ce projet comporte toutefois une mention illégale : « *durant leur séjour, les patients hospitalisés au SECOP ne pourront pas sortir de l'unité et ce quel que soit leur mode d'hospitalisation* ». Or les patients en soins libres ne peuvent en aucun cas être séquestrés dans un établissement de santé sauf le temps nécessaire au changement de leur statut.

#### PROPOSITION 3

La mention de l'impossibilité de sortir du service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique « *quel que soit le statut d'hospitalisation* » doit être modifiée.

A l'échelle des neuf secteurs couverts par le CH, les patients hospitalisés en soins sans consentement ou même en situation de crise peuvent être pris en charge par différentes structures.

Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont amenés, après un premier certificat établi par un médecin généraliste, un médecin de SOS médecin ou un urgentiste, dans le service hospitalier fermé du secteur concerné. Les autres peuvent être amenés directement dans un service d'hospitalisation après régulation par le gestionnaire de lits afin de trouver une place au sein de l'hôpital, ou, en cas d'urgence psychiatrique, être amené au service d'urgence psychiatrique (SECOP) du CH après régulation par le médecin psychiatre de ce service.

Le SECOP est identifié comme le lieu de recours pour faire face à une situation d'urgence psychiatrique et fait face à un afflux croissant de patients, comme cela était déjà indiqué lors du contrôle de 2013. (cf. § 4.1.1).

D'autres dispositifs innovants sont rattachés au même pôle, pour une prise en charge précoce des moments de crise.

Outre que le service d'urgence psychiatrique accueille tous les patients le désirant 24h/24, y compris pour une consultation, l'établissement peut compter sur la réponse et régulation téléphonique spécialisée 24h/24 par un psychiatre.

Par ailleurs, une équipe psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC 33), intersectorielle, prend en charge les situations de pré-crise à domicile sur la métropole bordelaise pour éviter les hospitalisations, diminuer les recours aux soins sans consentement, prodiguer des soins nécessaires et diminuer le nombre de « perdus de vue ». L'équipe comporte 1 ETP de médecins et 6 ETP d'IDE et est active de 9h à 20h (de 10h à 18h le week-end) ; elle a répondu à 425 sollicitations en 2021.



Une équipe de psychiatrie de liaison aux urgences du CHU comprend 1 ETP de psychiatre de 9h à 18h, 2 ETP d'IDE présents sur place du lundi au samedi en journée.

Le pôle met également des équipes à disposition de plusieurs autres services d'urgences d'établissement de santé de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), avec des moyens affectés sur les sites : Hôpital Saint-André (un des sites du CHU, 0,5 ETP psychiatres et 3 ETP IDE), CH d'Arcachon (0,5 ETP psychiatres et 1,5 ETP IDE), clinique mutualiste du Médoc (0,5 ETP psychiatres). Les médecins y sont présents par demi-journée du lundi au vendredi (et samedi à Saint-André) ; un IDE est présent sur site en journée du lundi au vendredi (et jusqu'au dimanche à Saint-André). La permanence des soins est assurée en dehors de leur présence par le médecin du SECOP.

Outre ces services d'urgences qui peuvent compter sur la disponibilité d'une équipe de psychiatrie de liaison du CHCP, les autres, dont trois cliniques privées de Bordeaux, disposant d'un agrément pour un service d'accueil des urgences, n'ont pas de psychiatre ni d'IDE formé en psychiatrie à disposition et appellent, pour avis téléphonique, le médecin régulateur du SECOP.

Enfin, l'établissement développe également des visites à domicile (VAD) intensifiées et a mis en place un dispositif « Pegase » pour la prise en charge ambulatoire des crises, mettant en relation l'ensemble des partenaires impliqués, dont les forces de l'ordre.

Concernant les mineurs de moins de 15 ans et trois mois, ils sont pris en charge dans les services d'urgences générales ou pédiatriques puis sont hospitalisés en pédiatrie au CHU.

La prise en charge des mineurs de plus de 15 ans et trois mois est réalisée par plusieurs dispositifs en fonction de la situation clinique ; ils peuvent ainsi être admis dans les deux chambres du SECOP lorsqu'ils sont en situation de crise et nécessitent une attention particulière, dans les cinq lits du service « post urgences » dans l'attente d'une hospitalisation dans un service de pédopsychiatrie, ou directement dans le service de pédopsychiatrie pour adolescents (20 lits). Cependant, le service de pédopsychiatrie est saturé et des mineurs sont en liste d'attente pour y être admis ; plusieurs mineurs se trouvent ainsi hospitalisés dans les services pour adultes (cinq au moment du contrôle).

L'agence régionale de santé pourrait utilement mettre en place un schéma territorial des urgences psychiatriques (article L 3221-5-1 du code de la santé publique), organisant les prises en charge des adultes et des mineurs dans un meilleur respect des droits des patients.

#### PROPOSITION 4

Un schéma territorial des urgences psychiatriques doit être mis en place par l'agence régionale de santé.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« En complément concernant la prise en charge des mineurs de moins de 15 ans et trois mois à l'hôpital pédiatrique du CHU de Bordeaux, il convient de souligner l'existence d'une équipe d'urgence pédopsychiatrique postée aux urgences pédiatriques du CHU et d'une équipe de pédopsychiatrie de liaison, ces deux équipes étant rattachées au pôle PUPEA du CHCP. (...) Également une astreinte de pédopsychiatrie réalisée par un pédopsychiatre le soir et le week-end est organisée et peut être sollicitée par l'hôpital pédiatrique du CHU ou le SECOP du CH Charles Perrens. »*

#### 4.1.2 La prise en charge aux urgences psychiatriques (SECOP)

Le service d'urgence psychiatrique du CH accueille tous les patients quel que soit le secteur dont ils relèvent, pour une consultation, une hospitalisation courte (jusqu'à trois jours de prise en charge), une évaluation ou une réorientation. Cette offre de prise en charge vient compenser le délai actuellement long de primo rendez-vous dans les CMP qui est de trois à six mois selon les secteurs.



*Entrée et salle d'attente*



*Patio intérieur*

Au sein du service, l'évaluation initiale est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) dont le bureau se situe à toute proximité de l'entrée des ambulances ; cela permet aux patients d'être amenés à l'intérieur sans croiser le public, soit dans une salle d'attente spécifique, soit directement dans le sas d'une chambre d'isolement.

Le service des urgences psychiatriques comprend des locaux lui permettant d'exercer ses missions : des bureaux de consultations, des salles d'attente, des salles de soins et 11 chambres individuelles dont deux dans une aile spécifique fermable. Un patio bétonné, fermé par les murs des bâtiments, visible depuis les fenêtres de la salle de soins, comporte une haute grille d'aspect carcéral. Quatre chambres sont par ailleurs fermables et avec des lits scellés au sol (cf. § 7).

Les soignants sont prévus pour être au nombre de quatre le matin (dont trois IDE), six l'après-midi (dont cinq IDE) et trois IDE la nuit, pour la gestion des 11 lits et l'accueil de tous les patients des urgences, soit plus de 9 000 passages par an et 1 546 patients hospitalisés.

Les deux chambres situées à l'écart et pouvant être isolées des autres parties du service, sont réservées à l'accueil de mineurs ou de patients nécessitant une hypostimulation. Ces deux chambres disposent d'un petit patio et d'un petit salon de télévision qui leur sont propres.

Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle (cf. § 9).

#### 4.1.3 Le service de « post-urgences »

Une unité de « post urgence », contiguë au SECOP, a été créée en 2018, initialement pour les 12-25 ans, en attente d'une admission sous moins de 24 heures dans une unité du pôle PUPEA ou du pôle pédiatrie du CHU (pour les moins de 15 ans et trois mois), ou encore nécessitant une courte hospitalisation d'une durée maximale de 72 heures.

Ce service dispose de cinq chambres individuelles et d'un petit espace d'activité.

La cible des admissions a évolué depuis la création et la tranche d'âge au moment du contrôle était plutôt les 15-18 ans. Quatre adolescentes s'y trouvaient au moment du contrôle.

#### 4.1.4 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour ; certains services reçoivent majoritairement des patients depuis le SECOP, d'autres non.

A leur arrivée dans le service, ils sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dès l'admission.

Il y a souvent des restrictions systématiques en début d'hospitalisation qui peuvent être levées après la consultation du psychiatre.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

### 4.2 LA SUROCCUPATION DES LITS AFFECTE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LE RESPECT DE LEUR DIGNITE

Les divers documents communiqués aux contrôleurs font état de chiffres sensiblement différents concernant le nombre de patients hospitalisés à temps complet dans les unités médicales de l'établissement. Le rapport d'activité de 2021 mentionne un taux d'occupation de 93,7 % et celui de 2020 un taux de 91,3 % sans que ne soit indiqué le comptage ou non des 18 lits supplémentaires « activables ». Durant le mois de juin 2022, la file active des patients hospitalisés dans l'ensemble des unités, hors les unités REPI, a atteint 560 personnes tandis que le taux d'occupation de certaines unités a dépassé 100 %.

L'analyse de ces données et surtout les échanges avec les médecins et les soignants autant que les constats des contrôleurs ont fait ressortir qu'une insuffisance chronique de lits d'hospitalisation s'est installée qui a conduit la direction de l'établissement à autoriser l'usage de 21 lits supplémentaires, ramenés à 18 par une note du 17 juin 202. Au premier jour du contrôle, l'unité BSM2 comptait par exemple 27 patients alors qu'elle ne comporte que 26 lits et une CI.

Cette situation de tension des lits s'est traduite, lors d'admissions de nuit, par des déplacements de patients contraints à un changement inopiné de chambre. Régulièrement, plus spécifiquement au pôle BSM, des patients sont installés dans des chambres doublées voire triplées alors que l'absence de paravent et l'insuffisance de m<sup>2</sup> portent manifestement atteinte au respect de leur intimité. Il doit encore être précisé que le patient placé en chambre d'isolement (CI) ne retrouve, après la résolution de la crise, que rarement sa chambre d'origine ; plus exceptionnellement l'insuffisance de lits a pu conduire à des hospitalisations directement en CI sans lit d'hospitalisation disponible.

Depuis le mois de novembre 2021, la direction a mis en place un service spécifique composé de quatre agents, volontaires et formés, chargé de la gestion des lits. Deux fois par jour, ces agents dressent l'état des lits pour chaque unité et le reportent sur un tableau permettant d'avoir une vision rapide de l'état des places disponibles dans l'hôpital, avec le nombre de chambres doubles réparties entre femmes et hommes, et la présence de mineurs. En lien avec le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique, ils cherchent à anticiper les conditions d'admission et à individualiser les prises en charge. C'est ainsi qu'ils font parfois usage des lits supplémentaires au sein du pôle de référence du patient alors même qu'un lit est disponible sur un autre pôle dont les équipes médicales et soignantes sont inconnues du patient, évitant ainsi de trop nombreuses hospitalisations hors secteur.

Cette nouvelle organisation, certes appréciée des équipes soignantes, ne saurait toutefois pallier les conséquences inévitables de l'insuffisance de lits d'hospitalisation complète sur le respect des droits fondamentaux des patients. Cette insuffisance de place était déjà soulignée dans le rapport de contrôle du CGLPL de 2013.

## RECOMMANDATION 2

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux.

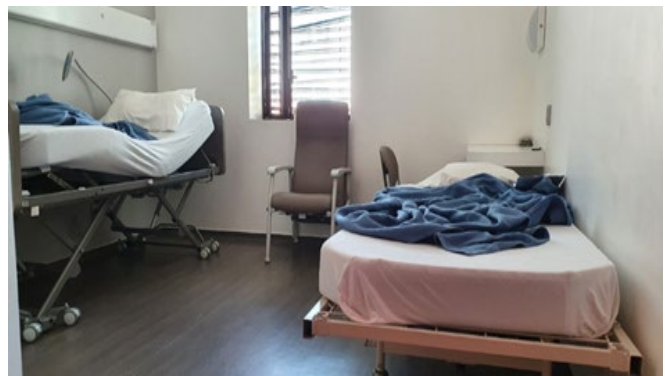
Exemples :

Rédigé par l'équipe de nuit en mars 2022 : « Admission d'un patient de 64 ans, anxieux, à mobilité réduite dans des conditions inadaptées à sa situation de santé. Patient admis à 1h du matin en chambre triple où deux autres patients étaient installés et que nous avons dû réveiller pour installer le lit supplémentaire, d'autant plus que l'un d'eux a des difficultés à s'endormir car charge anxieuse importante. Au moment de quitter la chambre une fois le patient installé, celui-ci se met à pleurer et crier ».

Rédigé par un soignant en novembre 2021 : « Admission de cette patiente à 2h du matin, admise en chambre double sur un lit non médicalisé mais patiente grabataire, présentant une obésité morbide et une suspicion de fracture. Équipe mise en difficulté sur cette admission complexe. Un appel à renfort et la contribution de 6 soignants ont été nécessaires à l'installation de la patiente au lit avec réveil de la patiente voisine (insatisfaction usager) ».



Modalité d'agencement d'une chambre triplée



Chambre doublée BSM3

### 4.3 LA NOTIFICATION DE SES DROITS AU PATIENT EST TROP TARDIVE

#### 4.3.1 L'information générale

Dans la plupart des unités, un livret d'accueil général à l'établissement est soit remis aux patients par un IDE dès leur arrivée, soit laissé à leur disposition dans la chambre d'hospitalisation. Y figurent notamment une présentation générale de l'établissement, un rappel des droits des usagers, une présentation de la commission des usagers, l'adresse du tribunal judiciaire et de brèves informations sur les modes d'hospitalisation et sur le rôle du JLD.

Le livret d'accueil a été traduit en plusieurs langues, il peut être imprimé sur demande pour les patients non francophones.

Une majorité d'unités ne disposent pas de livret résumant les règles de vie, ces dernières étant expliquées oralement au patient à l'arrivée et affichées dans le couloir ou dans les chambres. Toutefois il a été constaté qu'au moins quatre unités sur les quatorze visitées ne délivrent pas du tout d'information écrite aux patients (que ce soit par voie d'affichage ou par la remise d'un livret), ces derniers devant parfois s'informer auprès des autres patients de l'unité.

Une minorité d'unités, principalement celles du pôle BSM, disposent également de livrets résumant les règles de vie et les horaires (parfois obsolètes). Ces livrets sont remis à l'arrivée du patient.

#### PROPOSITION 5

Une information claire sur les règles de vie au sein des unités doit être fournie à tous les patients.

#### 4.3.2 L'information spécifique aux patients en soins sans consentement

La gestion de l'information donnée aux patients en soins sans consentement est centralisée au niveau de la direction des usagers.

Le jour de l'arrivée du patient en SSC, seule l'information de son mode d'hospitalisation et de ses droits, du rôle du JLD et de la possibilité de le saisir, est remise par le cadre de santé contre émargement. Le patient peut refuser de signer. S'il n'est pas en état de recevoir cette information, le cadre peut cocher une case permettant d'en attester. Ce document est traduit en huit langues.

S'agissant des patients admis sur décision du directeur de l'établissement, l'ensemble des décisions les concernant leur sont remises en « lot » si possible quelques jours avant l'audience JLD, parfois la veille. La décision d'admission, les certificats médicaux sur lesquels elle se fonde, les convocations auprès du JLD et les ordonnances du JLD, sont formellement notifiés par une équipe soignante dédiée, placée sous l'égide de la direction des usagers. Deux IDE et une AS se déplacent les mardis, jeudis et vendredis dans l'ensemble des unités pour notifier les décisions aux patients et les informer de la procédure devant le JLD. Les patients sont invités par l'IDE à signer un récépissé attestant de la remise des décisions. Ils peuvent conserver dans leur chambre l'ensemble des documents qui leur sont remis (dont les certificats médicaux). Ces pratiques de notification étaient déjà soulignées comme défaillantes en 2013.

Les jours d'audience devant le JLD (les lundis et mercredis), les IDE et une AS se déplacent dans les unités pour aller chercher les patients convoqués et les accompagner.

Par ailleurs, il a été constaté que les admissions en soins sans consentement sur décision du directeur réalisées à partir du vendredi soir et jusqu'au lundi matin ne sont formalisées que dans la journée du lundi, les directeurs d'astreinte ne se déplaçant pas toujours pour établir et signer la décision d'admission le week-end (ou parfois seulement un jour sur deux). Les décisions signées le lundi sont alors antidatées. Il a été signalé que certains patients arrivés le week-end se voient remettre par le cadre de santé le document évoqué plus haut visant à informer le patient de son mode d'hospitalisation et de ses droits, alors même que la décision d'admission n'a pas encore été signée par le directeur.

S'agissant des patients admis sur décision du représentant de l'Etat, les arrêtés municipaux et préfectoraux leur sont normalement notifiés le jour de l'admission ou le lendemain au plus tard. Il a néanmoins été constaté que ce n'était pas toujours le cas. Ainsi, au moment de la visite, un

patient en SDRE admis le 1<sup>er</sup> août a reçu notification le 4 août de l'arrêté initial, et le 9 août de l'arrêté de maintien. Les convocations à paraître devant le JLD sont remises quelques jours avant l'audience, ou parfois la veille.

### RECOMMANDATION 3

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement doivent être prises en temps réel et leur notification doit intervenir sans délai et, au plus tard, dès que l'état clinique du patient le permet. La décision ne saurait être antidatée.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Le choix a été fait de planifier en 2023 le déploiement d'un dispositif de signature électronique venant compléter et sécuriser le passage quotidien du directeur d'astreinte, maintenant systématique. »*

Les contrôleurs considèrent donc que la recommandation est prise en compte.

Les observations du directeur général évoquent également le développement des pages ci-dessus :

*« Avant le contrôle du CGLPL, les coordinatrices JLD donnaient au patient pour une mesure d'ASPDT : le certificat et décisions d'admission initiaux, le certificat de 24h, le certificat et la décision 72h, en même temps que la convocation à l'audience.*

*Depuis, les préconisations du CGLPL ont été prises en compte. Ainsi, le service usagers fonctionne selon un process en deux étapes :*

- *Décision et certificat d'admission, accompagnés de la notification des droits et voies de recours, sont donnés dans les heures qui suivent la décision d'admission ;*
- *Puis le certificat de 24h et la décision de maintien sont donnés en même temps que les notifications de convocation.*

*Depuis fin novembre 2022, l'établissement a recruté trois AMA<sup>1</sup> pour assurer une permanence administrative le soir, les week-ends et jours fériés. Cette continuité dans la gestion administrative des mesures va fluidifier le fonctionnement interne et améliorer la remise des documents aux patients admis en soins sans consentement. »*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation de notifications des décisions au décours de celles-ci, déconnectées des notifications de convocations aux audiences.

En cas de décision d'hospitalisation à la demande d'un tiers, le nom du tiers est systématiquement effacé de la décision d'admission et de maintien sur l'exemplaire remis au patient. Au cas où le patient n'est pas déjà informé de l'identité du tiers, il doit attendre son audience devant le JLD pour que cette information lui soit dévoilée, ce qui entâche la relation de confiance qu'il doit nouer avec les soignants.

Dans ses observations du 27 janvier 2023, le directeur général du CH indique sur ce sujet, que :

*« Le CHCP a depuis le 1er janvier 2023 modifié et simplifié ses pratiques en révisant le modèle de décision d'admission ou de maintien en hospitalisation. Le service ne rédige dorénavant qu'une seule décision qu'il transmet au JLD et au patient. Le dossier transmis au JLD comprend*

<sup>1</sup> Assistants médico-administratifs.

*cette décision et la copie de la demande d'hospitalisation formée par le tiers, sans occultation de son identité. »*

Le contrôle général indique que l'information sur l'identité du tiers doit être faite par les médecins dès l'initiation de la mesure ainsi que lors des renouvellements.

#### 4.3.3 L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès au dossier médical sont facilitées par la mise en place d'un formulaire de demande accessible en ligne sur le site Internet de l'institution. Les demandes sont centralisées et la majorité d'entre elles concerne des patients qui ne sont plus hospitalisés. Le nombre de demandes annuelles est passé d'environ 110 en 2013 à près de 450 en 2021. Cette augmentation pourrait être liée à la non-délivrance des lettres de liaison qui doivent en principe être remises aux patients lors de la sortie (art. R. 1112-1-2 du CSP).

Par ailleurs, le pôle de Bordeaux santé mentale ne délivre pas toujours les dossiers médicaux, estimant qu'il ne s'agit pas d'une priorité. Pour ce pôle, environ 25 demandes sont en cours dont certaines remontent à plus de deux ans.

## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 DES SERVICES NECESSITENT DES TRAVAUX IMPORTANTS POUR QUE L'HEBERGEMENT PERMETTE UNE PRISE EN CHARGE RESPECTANT LA DIGNITE DES PATIENTS

#### 5.1.1 Présentation générale

Le site de l'hôpital psychiatrique Charles Perrens s'étend sur une superficie de 15 hectares au cœur de Bordeaux et à proximité immédiate du centre hospitalier universitaire situé au Nord.

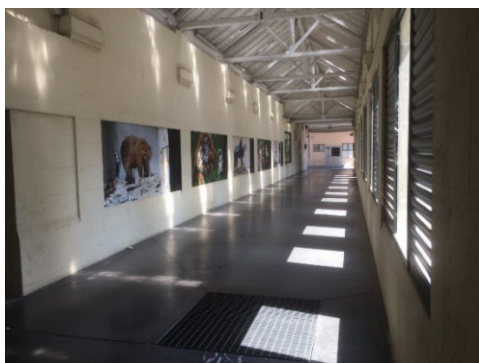
L'ensemble de l'emprise foncière est constitué de trois axes. Au nord se dressent les structures transversales : la cuisine centrale, le restaurant du personnel, les ateliers, le service transport, la chaudière et les équipements électriques.

Dans la partie médiane du site toutes les unités de soins sont implantées. C'est ainsi que d'Ouest en Est se trouvent :

- les unités de soins du pôle UNIVA dénommées Carreire 2, Carreire 4 et Carreire 6 ;
- les unités de soins du pôle PGU dénommées U1, U2, U3 ;
- les unités de soins du pôle BSM dénommées Charcot, BSM1, BSM2, BSM3 ;
- les unités de soins du pôle PUMA dénommées Morel, Falret, Arguin ;
- l'unité de soins du pôle PUPEA dénommée Upsilon (comprenant deux secteurs : le secteur de soins conventionnels (USC) et le secteur de soins aigus (USA) ;
- le SECOP.

Enfin, c'est dans la partie Sud du site que sont implantés les immeubles sans hébergement.

Autour des unités de soins se trouvent des emplacements pour que des véhicules, notamment ceux des familles, puissent stationner. L'ensemble du site est arboré et présente des étendues herbeuses.



*Corridor traversant l'établissement*



*Cour extérieure d'une unité BSM*

#### 5.1.2 Les travaux entrepris et en cours

##### 1. Les travaux réalisés

En 2013 et en 2014, le site a vu la construction du pôle de pédopsychiatrie et du SECOP à l'Est de l'emprise foncière. Le pôle de pédopsychiatrie a été conçu entièrement de plain-pied et grâce aux couloirs intérieurs permet une communication des deux secteurs de soins de l'unité EPSILON avec l'hôpital de jour et les unités ambulatoires. Un jardin borde l'hôpital de jour.



C'est à cette époque que fut élaboré et modernisé le pôle BSM où les quatre unités de soins sont réparties de part et d'autre de la galerie Ouest, conçus sur deux niveaux : un rez-de-chaussée modulable permettant d'organiser au mieux l'espace de vie de certains patients et un étage où se situent tout ou partie des chambres.

En juin 2022 a été finalisée la restructuration du pôle PGU (psychiatrie générale et universitaire) de plain-pied pour l'unité de soins U1 et U2 et sur deux niveaux pour l'unité U3.

## 2. Les travaux en cours et en projet

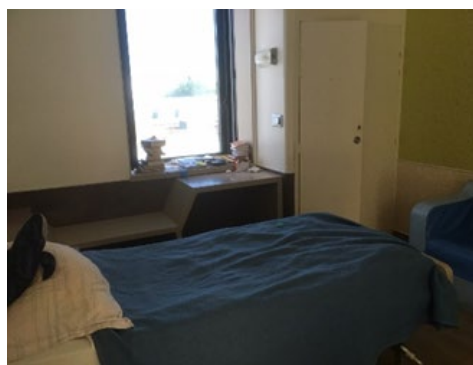
Dans la galerie de liaison « Est-Ouest » qui dessert l'accès à certaines unités de soins, des travaux sont en cours afin d'y installer un cabinet de stomatologie ainsi qu'un plateau technique de diabétologie, de cardiologie et de neurologie. Lorsque les travaux seront achevés (avril 2023), des spécialistes du CHU pourront se déplacer au sein de Charles Perrens pour y prodiguer les soins nécessaires en lien avec les praticiens du site.

Le Pôle PUMA et ses trois unités Arguin, Morel et Falret font l'objet d'une restructuration et d'une extension qui sera achevée en 2027. Les façades et les toitures seront conservées mais l'intérieur sera réaménagé et une extension du bâtiment sera accolée à l'ancien immeuble. Desservis par la galerie Ouest tout comme les unités du pôle BSM, la rénovation des unités PUMA permettra à cette galerie de conduire à des unités complètement neuves ou rénovées à la fin des travaux.

Deux unités ouvertes de 25 lits chacune avec un espace d'apaisement, des chambres toutes individuelles avec des salles de bains équipées de douche, WC et bureau, seront installées. Des équipements sont envisagés tels que la télévision dans chaque chambre, des verrous de confort, des placards fermables pour le patient. Un sous-secteur fermable de quatre lits est envisagé avec un espace extérieur mitoyen. Une unité fermée de 20 lits est prévue avec une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement. Les chambres seront également équipées d'une télévision, d'une salle de douches avec WC et bureau, de placards fermables. Des sous-unités fermées de trois chambres chacune organisées autour d'une cour sont prévues.



*Cour de promenade pôle BSM*



*Chambre d'une unité*

A l'Est du site la démolition de l'ancienne unité LESCURE permettra à la fin 2025 d'y voir se dresser 3300 m<sup>2</sup> d'équipements sportifs, des locaux de cafétéria, un cabinet de kinésithérapie, une salle de formation, un centre consacré à l'addictologie et la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

Une unité dédiée aux patients de 16 à 24 ans rattachée à BSM sera installée dans un bâtiment à proximité du pôle de pédopsychiatrie sur une superficie de 1280 m<sup>2</sup> et sera achevée en 2026.

Le bâtiment classé de l'ancienne cuisine sera rénové pour y installer un lieu à visée culturelle et une salle de conférence.

L'annexe du tribunal judiciaire sera placée dans la galerie de liaison Est pour permettre la rénovation du pôle PUMA. L'aménagement des 90 m<sup>2</sup> devrait être terminé en décembre 2022.

### 5.1.3 Les unités de soins actuelles

Les unités de soins du pôle PUMA sont les plus vétustes. Ainsi, aucun ascenseur ne dessert les chambres de l'unité Arguin situées au 1<sup>er</sup> étage. Si des verrous de confort ont été posés en mars 2022, aucun bouton d'appel n'équipe les chambres, aucun WC, aucune douche n'équipent ces espaces de vie. Les chambres des unités Falret et Morel sont équipées de lavabo et de WC mais les douches sont situées dans les espaces communs.

L'équipement de l'unité de soins U1 vient d'être entièrement rénovée et des téléviseurs y sont mis gracieusement à disposition.

De même, les unités du pôle BSM, rénovées en 2014, ne permettent pas à tous les patients de bénéficier, pour leur intimité, de verrous de confort. Il en est ainsi à BSM 3, où aucune chambre n'en est équipée, à Charcot et à BSM 1, où seules les chambres du rez-de-chaussée en sont munies et à BSM 2, où une seule chambre en est équipée. Bien que récentes, ces unités sont pourvues de volets déjà dégradés qui ne permettent pas de remplir leur fonction. Les patients des unités du pôle BSM ne profitent pas tous, selon leur lieu de vie, d'un espace extérieur suffisamment aménagé, les patios étant de surcroît dépourvus de verdure.

Toutes les unités des différents pôles de soins ont des chambres doubles qui sont parfois triplées. Le mobilier n'est pas adapté à cette suroccupation. C'est ainsi que l'équipement des chambres pourtant récentes du pôle de BSM impose aux patients, en chambre double, de mettre leurs vêtements à même le sol. Dans quelques services, les chambres doublées voire triplées, ne procurent pas aux patients un espace suffisant.

#### RECOMMANDATION 4

Les chambres doivent être pourvues d'équipements sanitaires WC, lavabo et douche ainsi que de verrous de confort. Le mobilier doit être adapté au nombre d'occupants. Des dispositifs d'appel d'urgence doivent équiper chaque chambre afin d'assurer la sécurité des occupants.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Les unités de soins du pôle PUMA sont les plus vétustes et feront l'objet d'une réhabilitation complète à l'horizon 2027 (...): les 70 lits seront toutes en chambres individuelles avec sanitaires et douches dédiées.*

*A l'horizon 2027, l'ensemble des chambres de l'établissement seront équipées de verrous de confort à même de respecter l'intimité du patient. L'approche est identique pour les dispositifs d'appel d'urgence (...).*

*Concernant l'adaptation du mobilier au nombre d'occupants, un groupe de travail (...) est chargé de formuler des préconisations. Ce travail est effectué sous le prisme du respect de l'intimité et de la dignité du patient (...). Ainsi une réflexion est en cours (...) pour acheter des écrans d'intimité/paravents médicaux amovibles et des casiers à roulettes pour permettre au patient de déposer leurs effets personnels en toute sécurité dans la chambre. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais attirent l'attention de l'établissement sur les délais de mise en conformité imposés par le régime des autorisations vis-à-vis du décret D 6124-257 relatif aux infrastructures de psychiatrie.

## 5.2 L'ATTENTION A L'HYGIENE EST POUR L'ESSENTIEL SATISFAISANTE

La prise en compte de l'hygiène est protocolisée, par des référentiels mis à jour périodiquement. La dernière mise à jour des protocoles date du premier trimestre 2022.

### 5.2.1 Le nettoyage des locaux

Dans les unités, le nettoyage des locaux repose essentiellement sur les ASH (agents des services hospitaliers). Ils sont au nombre de 4 ou 5 par unité, selon le nombre de lits, placés sous la responsabilité d'un cadre chargé de l'hôtellerie.

Ils assurent le nettoyage des sanitaires, des locaux communs de l'unité et des chambres. Les soignants prennent en charge le change du linge de lit.

Le nettoyage des locaux autres que les unités d'admission (circulations, salles de consultations, locaux administratifs, cafeteria, etc.) est quant à lui externalisé, pour un budget annuel qui a été estimé à 671 300 € pour l'année 2022.

Les ASH sont présentes dans les unités tous les jours de la semaine, y compris le samedi et le dimanche, à raison d'un agent le matin et un l'après-midi. Ils assurent la réchauffe des repas qui sont ensuite servis par les soignants.

Dans l'ensemble, les locaux ont été trouvés dans un état satisfaisant de propreté. Les exceptions rapportées concernent essentiellement les sanitaires communs mis à la disposition des patients et les locaux spécifiques, tels que les chambres d'apaisement, les lieux d'activités, de loisirs et de regroupement dans les unités (quand ils existent).

### 5.2.2 L'hygiène personnelle des patients

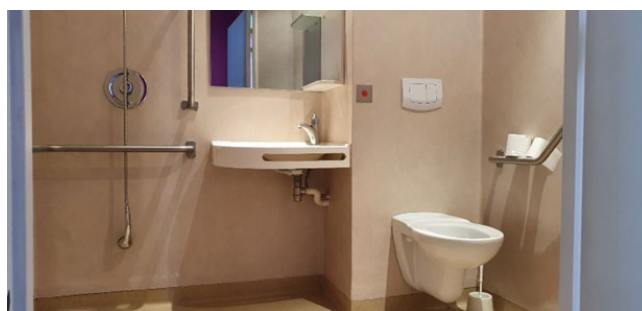
L'accès des patients à un espace sanitaire est assez variable selon les unités. Schématiquement, les unités les plus récentes ou récemment rénovées comportent un espace sanitaire individuel par chambre, comportant lavabo, douche et WC suspendus, sans lunette ni abattant mais à bord large.

#### PROPOSITION 6

Les WC doivent disposer de lunettes et d'abattants.

En cas de doublement voire de triplement des chambres, seule la vasque de lavabo est doublée.

Pour les unités plus anciennes, le patient dispose le plus souvent d'un espace sanitaire individuel avec WC et lavabo, les douches et, le cas échéant, les baignoires, étant collectives dans les couloirs (une douche pour cinq à six patients). L'accès aux douches peut être soit libre tout au long de la journée, soit contingenté sur certains



Salle d'eau de BSM 3

créneaux horaires, de 7h30 à 10h le matin  
et de 17h à 19h le soir.

Or l'accès à une douche quotidienne doit être libre, et d'autant plus en période de canicule. Il a également été constaté des WC collectifs, près des lieux d'activités, qui restaient fermés et non accessibles aux patients, d'autres (unité Arguin) insuffisamment nettoyés.

A terme, il convient de rendre systématique la mise à disposition de douche individuelle et le schéma immobilier en cours de mise en œuvre doit tendre vers cet objectif. (cf. § 5.1).

### RECOMMANDATION 5

L'accès à une douche doit être possible 24h/24.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« A horizon 2027, l'ensemble des patients hospitalisés bénéficieront d'un accès à une douche dédiée et non plus collective ;*

*Au-delà de ces aspects architecturaux, une réflexion institutionnelle est initiée pour les unités dans lesquelles subsistent encore des douches collectives, de sorte que les règles de vie prévoient un accès libre aux douches.*

*A noter, s'agissant de la proposition 6 selon laquelle "les WC doivent disposer de lunettes et d'abattants" que 27 chambres ont été équipées en 2022. Un plan de déploiement cadencé jusqu'en mai 2024 va permettre de couvrir 100 % du besoin, soit 94 équipements planifiés en 2023 dans 9 unités pour un budget de 85 K€ HT, et le solde soit 119 équipements planifiés en 2024 dans 4 unités pour un budget de 83 K€ HT. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais attirent l'attention de l'établissement sur les délais de mise en conformité imposés par le régime des autorisations vis-à-vis du décret D 6124-257 relatif aux infrastructures de psychiatrie.

Des produits d'hygiène personnelle de première nécessité sont distribués aux patients, essentiellement lors de leur arrivée, mais également pendant leur séjour en cas de situation précaire ou d'absence de visites par les proches. Il s'agit de savon, shampoing, dentifrice, brosse à dent. Les contrôleurs ont pu constater l'existence de stocks permettant de faire face aux demandes. En revanche, la cafétéria ne vend aucun produit d'hygiène.

Certaines prestations sont dispensées au sein du local « oxygène », comme l'intervention d'une socio-esthéticienne, à raison de 2 €/séance. Elle se déplace également dans les unités à raison d'une fois par mois. Des consultations gratuites d'un pédicure – podologue, au sein du pôle de santé somatique sont accessibles, les rendez-vous étant pris par les soignants des unités. En revanche, il n'existe plus de coiffeur sur le site alors que le nombre de patients et les restrictions de sortie sont relativement prégnantes dans certaines unités.

**PROPOSITION 7**

Une prestation de coiffeur doit être organisée, en particulier pour les patients des unités d'admission fermées.

**5.2.3 La mise à disposition et le lavage du linge**

La prestation de blanchisserie est externalisée auprès de deux prestataires distincts, pour un budget annuel estimé à 588 000 € pour l'année 2022. Cette prestation inclut le lavage du linge de lit (draps, taies, couvertures, protections), du linge de toilette, ainsi que les tenues des patients (pyjamas) et des soignants. Les premières prestations de lavage du linge des arrivants peuvent être prises en charge à titre exceptionnel en attendant que des dispositions soient prises.

Le change des linges de lit est assuré au minimum une fois par semaine et davantage si nécessaire. Des stocks de proximité sont constitués dans les unités. Le linge de toilette (serviettes, gants) est mis à disposition des patients en tant que de besoin. Dans certaines unités, des serviettes sont placées à proximité des sanitaires collectifs avant l'arrivée des patients.

*Vestiboutique**Catalogue**Lavomatique dit espace « Oxygène »*

Pour les personnes dans le dénuement, des solutions sont mises en place par l'établissement. Chaque unité dispose d'un vestiaire, avec des vêtements recyclés ou issus de dons, lavés et en bon état d'entretien. L'établissement veille à ce que les patients puissent se présenter devant le JLD dans une tenue correcte, ce qui a pu être vérifié par les contrôleurs.

Il existe également, près de l'espace « Oxygène », une boutique solidaire qui vend pour des prix modiques (5 € en moyenne) des vêtements en bon état, dans un local qui s'attache à reproduire le modèle d'un magasin. Des possibilités de « cartes de fidélité » sont proposées. Ceci étant, ses horaires d'ouverture sont assez restreints, et étant gérée exclusivement par des jeunes en services civiques, cette prestation est fermée du mois de juin au mois de novembre, soit un tiers de l'année civile.

**BONNE PRATIQUE 1**

Une boutique solidaire permet aux patients sans ressources de se vêtir au sein d'un magasin situé dans l'enceinte de l'établissement.

Une difficulté a en revanche été mise en exergue concernant le lavage du linge, en particulier pour les patients des unités fermées. Un lavomatique existe au sein de l'espace « oxygène », avec plusieurs machines et séchoirs de bonne qualité et une prestation quasi-professionnelle. Mais

suite aux restrictions liées à la COVID et à l’emménagement dans un local plus restreint, les possibilités d’accès pour les patients ont été largement réduites et complexifiées ; pour les unités fermées, il faut concilier des rendez-vous, sur des créneaux préétablis pour l’unité, à savoir un ou deux créneaux sur la semaine.

Les vérifications diligentées ont montré que le délai d’accès était au minimum d’une semaine et que cette prestation bénéficiait en grande partie aux unités de la filière REPI. De ce fait, sauf à disposer d’une famille ou de proches qui peuvent prendre en charge cette prestation, beaucoup de patients lavent et font sécher leur linge avec des moyens de fortune, y compris dans les chambres doublées : avec séchage dans les sanitaires, sur les radiateurs ou par suspension autour des portes, malgré l’interdiction indiquée dans plusieurs unités.

### RECOMMANDATION 6

Les possibilités mises à la disposition des patients pour le lavage et séchage de leur linge doivent être simplifiées et optimisées.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« La perspective à court terme (2025) de la création de la Plateforme d’Activités Polyvalentes (bâtiment « nouveau LESCURE ») où seront notamment rassemblées toutes les activités de l’Espace Oxygène, permettra de disposer de locaux plus spacieux pour le lavomatic. Ce projet allié au renforcement de l’équipe permettra un service plus adapté et optimisé pour le lavage et le séchage du linge des patients hospitalisés, à travers notamment un parc d’équipements augmenté et techniquement plus performant. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

### 5.3 LA PROTECTION DES BIENS DES PATIENTS EST INSUFFISANTE

Le livret d’accueil mentionne que tout objet de valeur doit être remis à l’admission auprès de la Trésorerie du CH et qu’en cas de refus la responsabilité de l’établissement n’est pas engagée pour les pertes, vols ou détériorations des objets non déposés.

Un inventaire des effets des patients est dressé à l’admission en leur présence par deux soignants, sauf dans une unité (Falret) où il n’est pas effectué contrairement à l’exception des sommes et valeurs que le patient refuse de laisser en dépôt ; dans cette unité, la saisie des biens est uniquement informatique. Dans les autres services, les effets sont consignés sur papier, l’inventaire signé par le patient, puis informatisé dans le logiciel Hôpital Manager et inséré au dossier patient. Cependant, les pratiques divergent concernant la remise d’une copie au patient. Si dans certaines unités, la pratique est d’usage, dans d’autres elle n’a pas cours. Le nombre insuffisant de soignants ne permet pas toujours de procéder à l’inventaire à chaque permission de sortie.

### RECOMMANDATION 7

Un exemplaire de l’inventaire contradictoire des biens doit être remis à la personne concernée.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« une procédure disponible sur l’outil GED définit cette conduite à tenir. Une sensibilisation de l’ensemble des professionnels est planifiée en 2023 par la direction des soins. »*

Les objets contondants ou jugés dangereux (aérosols, coupe-ongles, rasoirs, contenants en verre, notamment) sont systématiquement retirés et stockés dans les bannettes, mais les pratiques ne sont pas uniformes. Dans la plupart des unités, les briquets et surtout les chargeurs de téléphone sont, par principe, considérés comme tels. Dans d’autres, un principe d’individualisation est retenu, sur prescription médicale, en cas notamment de vulnérabilité suicidaire. En secteur fermé sont retirés en outre les téléphones, ordinateurs, tablettes, tabac et briquets. Les objets retirés sont conservés dans les casiers individuels dans le bureau infirmier.

### RECOMMANDATION 8

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individualisée et motivée par la clinique.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Démarche en cours auprès des équipes médico-soignantes afin que toute mesure de retrait des effets personnels soit individualisée et motivée par la clinique. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements, inscrits dans le document « politique droit des patients » de décembre 2022, joint aux observations.

Les objets de valeur, les moyens de paiement et les espèces sont placés à la régie, mais pour les petites sommes la règle est appliquée avec souplesse. Les patients sont autorisés à conserver avec eux, ou éventuellement à placer dans un coffre du bureau du cadre, quelques fonds pour le quotidien dont le montant varie selon les unités (entre 20 et 150 euros). Les clés et pièces d’identité sont gardées dans les bannettes ou par les patients eux-mêmes. Les valeurs déposées à la régie de l’hôpital principal deviennent inaccessibles jusqu’au jour de la sortie du patient.

### RECOMMANDATION 9

Les patients doivent avoir accès au cours de leur hospitalisation aux sommes déposées à la régie de l’hôpital général.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Compte tenu de la réglementation en la matière et en matière d’hospitalisation sans consentement, il n’est pas possible, hormis pour les patients hospitalisés en soins libres, d’organiser des accompagnements pour permettre l’accès aux sommes déposées par les patients à leur admission au Trésor Public. Il existe une seule régie de dépôt sur l’établissement (...).*

*La réglementation relative aux dépôts stipule que les dépôts inférieurs à 30 jours peuvent être pris en charge, conservés dans le coffre dédié de la régie et restitués dans les 30 jours. (...) Lorsque la demande de retrait par le patient est inférieure à 30 jours du premier jour d’hospitalisation, l’argent et les biens sont remis au patient par le régisseur, sous condition de remise du coupon, et en présence d’un membre du personnel soignant.*

*Lorsque la demande de retrait par le patient est supérieure à 30 jours du premier jour d'hospitalisation, l'argent et les biens sont récupérés par le patient au sein du Trésor public situé au 12 Rue Dubernat, 33400 Talence.*

*Si le retrait chez le comptable se révèle impossible et sur la demande des intéressés, les fonds et objets déposés chez le comptable peuvent leur être remis par l'intermédiaire du régisseur ou d'un agent habilité à cette fin. Ce dernier reçoit du comptable, pour les deniers, soit des ordres de paiement individuels, soit un état d'épargne collectif indiquant l'objet du versement, l'identité des intéressés, les sommes revenant à chacun d'eux, ainsi que les espèces correspondant au total des sommes à payer. Concernant les titres, valeurs, moyens de paiement ou objets précieux, le comptable remet au régisseur chaque dépôt individualisé.*

*La remise de ces documents, espèces et objets s'effectue au plus tard la veille du jour prévu pour la restitution des dépôts. Dès que l'acquit des intéressés a été recueilli, le régisseur restitue au comptable les ordres de paiement ou états d'épargne et les fiches de dépôt de valeurs.*

*Lorsque les intéressés ne se présentent pas au jour fixé, les documents, fonds et objets sont restitués immédiatement au comptable. »*

Les contrôleurs considèrent qu'il n'est pas répondu à la recommandation.

Toutes les chambres sont équipées de placards fermés à clé. Cependant, dans les chambres doublées par un lit supplémentaire, le patient en « surplus » ne bénéficie le plus souvent pas de placard et doit entreposer ses affaires au sol.

Des bagageries sont à la disposition des patients pour les effets encombrants.

Il n'existe pas de service de gestion des tutelles au sein de l'établissement et les personnes placées sous le régime de la curatelle et de la tutelle sont suivies par des organismes privés. Les assistantes de service social des unités repèrent les besoins de protection en étroite liaison avec les soignants et les médecins traitants ; présentes dans les réunions cliniques hebdomadaires, elles voient les patients si nécessaire dès leur arrivée et engagent le processus judiciaire de désignation, à la demande des patients ou de leur famille. Les délais entre le dépôt de la requête auprès du juge des tutelles et la mise en place de la mesure est de deux mois. En cas de nécessité, certains médecins psychiatres acceptent de faire un certificat médical descriptif gratuitement.

Les relations avec les tuteurs sont relativement fluides même s'ils sont peu présents, parfois difficilement joignables et leur implication variable. Les tuteurs institutionnels font appel à la société ODYS pour apporter à leurs protégés des vêtements, des cigarettes et de l'argent moyennant une rétribution de 7 euros par déplacement et par personne.

L'établissement a mis en place un fonds de solidarité permettant aux assistantes de service social, de prêter des petites sommes en dépannage qui sont éventuellement récupérées ultérieurement, notamment en cas de difficultés pour joindre les tuteurs.



## BONNE PRATIQUE 2

L'établissement a mis en place un fonds de solidarité permettant de prêter des petites sommes aux patients.

### 5.4 LES PATIENTS NE PEUVENT CHOISIR LE LIEU DE CONSOMMATION DES REPAS

Les menus sont élaborés selon un cycle de cinq semaines et font l'objet de réadaptations régulières. La cuisine propose treize régimes alimentaires qui prennent en compte les préférences confessionnelles ou alimentaires (à l'exception des repas végétariens), les allergies et les prescriptions médicales. Le diététicien peut par ailleurs être sollicité par les unités sur des situations particulières.

De manière générale, le service de restauration est attentif à la qualité des repas proposés : prise en compte des aversions signalées, fourniture de suppléments de légumes ou de féculents aux mineurs hospitalisés, mise en place de questionnaires de satisfaction lors des renouvellements de menus, préparation de repas spéciaux à l'occasion de fêtes ou d'événements particuliers. A quelques exceptions près, les patients ont indiqué qu'ils appréciaient la qualité des repas, de même que les croissants servis le week-end et le café proposé après le déjeuner.

La livraison des repas est faite en liaison froide, en barquettes individuelles. Les menus sont affichés dans les unités.

Depuis le début de la crise sanitaire, la direction de l'établissement a établi de nombreuses notes d'adaptation des mesures de distanciation sociale devant être mises en œuvre lors de la prise des repas. Au jour de la visite, tous les repas sont servis en chambre dans certaines unités, tandis que d'autres privilégient les repas en commun – parfois en recourant à une deuxième salle ou en isolant les patients en attente du résultat de leur test PCR – et que plusieurs ont mis en place un système mixte avec une partie des patients autorisés à manger au réfectoire et une partie obligatoirement servis en chambre – la répartition se faisant en fonction de l'autonomie du patient ou selon un critère de localisation au sein de l'unité. Dans quelques unités, les patients peuvent manger dans la cour extérieure.

### PROPOSITION 8

Si la prise des repas peut se faire soit en chambre soit en collectif dans un réfectoire, la volonté du patient doit être recueillie dans la modalité choisie.

Les petits-déjeuners sont servis à partir de 8h30, le déjeuner de 12h à 12h45 et le dîner de 19h à 19h45. Une collation est prévue entre 16 et 17h et une tisane est servie le soir, à 22h.

Il a été observé, dans certaines unités, que les patients retardataires prenaient le repas en cours – et ne bénéficiaient donc pas de la totalité des plats proposés – et que seuls un pain et un jus d'orange sont donnés après 9h. A BSM3, les patients qui quittent le réfectoire ne sont pas autorisés à revenir à table, sauf pour aller aux toilettes. Enfin, il est interdit aux patients de conserver de la nourriture en chambre même si, dans certaines unités, un ou deux produits non périssables peuvent être tolérés.

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET DE VENIR DES PATIENTS EST PARFOIS RESTREINTE

#### 6.1.1 La liberté de circulation des patients

Les unités sont majoritairement fermées. Certaines unités sont ouvertes avec des secteurs fermés qui accueillent des patients en SSC.

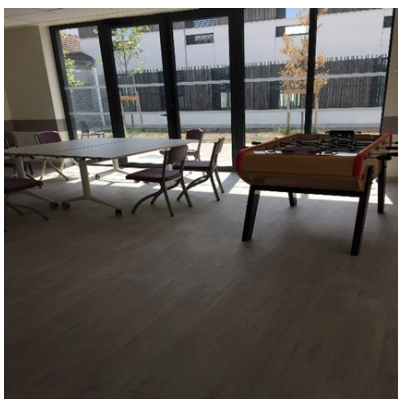
Pour accéder aux unités fermées, le personnel dispose d'un badge permettant l'ouverture des portes. Les visiteurs doivent sonner pour pouvoir pénétrer dans l'unité.

Seules les unités BSM1 et BSM 3 disposent d'un secteur ouvert permettant à certains patients de sortir librement hors de l'unité. Ailleurs, les patients doivent être autorisés, sur décision médicale, à quitter l'unité pour se rendre, seuls ou accompagnés, à la cafétéria, aux activités sportives ou circuler dans l'enceinte de l'hôpital.

Les patients des unités Carreire 4 et 6 (unité en étage du pôle UNIVA) ne disposent pas d'espace extérieur accessible librement. Dans les autres unités, les patients ont accès aux patios librement. Il en est de même des secteurs fermés dans les unités ouvertes. Les chambres sont accessibles aux patients sans restriction, sauf aux heures de ménage. L'accès peut également s'exercer librement, selon les unités, aux jardins ou cours et petits patios où les patients peuvent fumer. Ces lieux sont tous clôturés. Ils sont équipés de tables avec banc, parfois d'une partie abritée et de table de ping-pong. Dans les unités BSM2 et BSM3, les portails des cours sont ouverts en journée de 10h00 à 18h30 ce qui permet à certains patients, sur autorisation médicale, de quitter l'unité.

Globalement, les activités dans les unités sont quasiment inexistantes. Les occupations sont limitées aux salles pourvues de téléviseur et à celles disposant de jeux de société et de baby-foot. Les patients passent la majorité de leur temps à déambuler dans les couloirs.

Pour les patients en SSC, les sorties en dehors de l'établissement sont soumises à décision du préfet ou du directeur de l'établissement.



*Salle à manger convertie en salle d'activité*



*Espace arboré PGU unité 1*

#### 6.1.2 La sécurité de l'établissement

Au sein de l'hôpital une équipe de sécurité, qui dispose d'un local situé à l'entrée principale, est présente 24 heures sur 24. Hormis pour le personnel qui détient un badge permettant l'ouverture

de la barrière pour l'entrée des voitures, un contrôle systématique des véhicules entrant est opéré par le service de sécurité.

L'équipe de sécurité assure la surveillance de l'ensemble du site qui est entièrement protégé par une grille. Des patrouilles en véhicules sont organisées régulièrement au sein de l'hôpital.

Le service de sécurité assure également le risque incendie. Des missions de contrôle technique incendie sont réalisées périodiquement sur l'ensemble des bâtiments. Il intervient également en renfort en cas de déclenchement de PTI (protection travailleur isolé) par le personnel soignant à la suite d'incidents aux seins des unités. Cependant, sauf cas exceptionnel, il n'y a pas d'intervention physique sur les patients. L'équipe de sécurité intervient également en cas de fugue de patients. Des recherches sont organisées, avec l'aide des soignants, dans l'enceinte de l'établissement et aux alentours immédiats de celui-ci avant signalement aux forces de l'ordre.

## 6.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT MESUREES

Les horaires de levers sont fixés, selon les unités, entre 7h00 et 8h00. Le petit-déjeuner est servi entre 8h00 et 9h00.

Les salles d'activités et les salles de télévision, les jardins et les cours sont accessibles dès le matin et jusqu'au soir généralement jusqu'à 23h00, mais l'horaire exact varie selon les unités.

Dans certaines unités, les patios restent accessibles la nuit, ce qui permet aux patients de s'y rendre pour fumer. Dans l'unité Carreire 6, à défaut de cour ou de patio, les patients sont contraints de fumer dans un escalier de secours, dit « le fumoir ».



*Fumoir Carreire 6*



*Salle d'activités*

Lors de son admission dans l'unité, le patient se voit systématiquement retirer tabac et briquet. Ils sont remis assez rapidement après décision médicale. Cependant, certains patients peuvent se voir limiter la consommation du tabac, il est alors distribué par les IDE, à heures régulières, selon la prescription décidée par le médecin.

L'achat du tabac peut être fait soit par la famille, le tuteur, le personnel soignant ou le patient lors des permissions. Le sevrage tabagique ainsi qu'un rendez-vous avec un addictologue est proposé aux patients qui le souhaitent.

Le port du pyjama n'est pas imposé sauf en chambre d'isolement. Les patients peuvent se vêtir à leur convenance.

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

### 6.3.1 Les visites des familles

Les visites sont autorisées sur décision médicale. Elles se font sur rendez-vous et ont lieu du lundi au vendredi entre 13h30 et 18h30. Elles peuvent avoir lieu dans des espaces dédiés : salon famille, ou salon de télévision qui sont pourvus de fauteuils. Certaines unités permettent aux visiteurs l'accès aux chambres des patients et la libre circulation dans les couloirs. Les mineurs ne sont pas autorisés, mais, selon les unités, les visites peuvent avoir lieu dans les espaces extérieurs.

#### RECOMMANDATION 10

Les visites des familles doivent pouvoir être effectuées dans les chambres ou dans des locaux d'accueil adaptés.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Toutes les unités récemment mises en service comprennent à la fois des locaux dédiés à cet effet ainsi que des chambres individuelles d'une taille suffisante pour recevoir la famille.*

*Il en est de même systématiquement pour tous les projets neufs et/ou de réhabilitation des bâtiments existants. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

### 6.3.2 L'accès au téléphone

Dans toutes les unités, les téléphones sont systématiquement retirés lors de l'admission puis rendus sur décision médicale. En revanche, les chargeurs restent systématiquement retirés. Les patients peuvent recharger leur téléphone à heures fixes.

#### RECOMMANDATION 11

Les chargeurs de téléphone ne peuvent être retirés aux patients que sur décision médicale motivée et individualisée.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Réponse identique à celles des recommandations 7 et 25 :*

*Démarche en cours auprès des équipes médico-soignantes afin que toute mesure de retrait des effets personnels soit individualisée et motivée par la clinique. La politique "droit des usagers" présentée lors du Conseil de surveillance du 15 décembre 2022 s'attache au respect des droits du patient et précise le cadre dans lequel les équipes médico-soignantes peuvent recourir à des mesures restrictives. La limitation des droits et libertés du patient est strictement envisagée dans le cadre de mesures d'exception. Ainsi, sur décision médicale et au cas par cas, en fonction de considérations liées à l'état clinique des patients et à la nécessaire protection de leurs intérêts, des limitations nécessaires, adaptées, et proportionnées, peuvent être mises en place. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

Il n'existe pas de cabine téléphonique sauf au sein de l'unité Falret. Pour les patients ne disposant pas de téléphone portable, ils peuvent, sur autorisation, avoir accès à l'appareil téléphonique du service qui est sans fil et permet des conversations en toute confidentialité.

### 6.3.3 Le courrier

Les patients ont accès à la correspondance écrite. Papier, enveloppe et stylo peuvent être fournis gratuitement sur demande. Les courriers, sous pli fermé sauf cas particulier, sont remis au personnel soignant qui les dirige vers le vagemestre qui se déplace dans les unités. Il n'existe pas de vente de timbres postaux au sein des unités, mais l'achat peut être réalisé auprès du vagemestre. L'affranchissement des courriers peut être pris en charge par l'hôpital notamment en ce qui concerne ceux qui sont adressés aux diverses administrations et institutions.

Pour ce qui est de la réception des colis, ceux-ci sont ouverts en présence du soignant et les objets autorisés sont remis à la personne.

Le courrier arrivant est remis, sans contrôle du contenu, à son destinataire par le personnel soignant.

### 6.3.4 L'accès à la presse, la télévision et aux réseaux sociaux

La mise à disposition de la presse n'est pas réalisée dans toutes les unités. Certaines d'entre-elles sont abonnées au quotidien local « Sud-Ouest » auquel les patients ont libre accès. Les familles peuvent apporter des magazines que les patients se prêtent entre eux.

Toutes les unités disposent d'un salon télévision auquel les patients peuvent accéder selon un horaire défini : entre 7h00 et 23h00. L'accès à la télécommande du téléviseur n'est parfois pas libre, celle-ci doit être demandée auprès du personnel soignant.

Dans les unités PGU 1 et 3, toutes les chambres sont équipées d'un téléviseur mis à disposition gratuitement des patients.

Il n'y a pas de salle équipée d'un poste informatique pour les patients, mais ces derniers peuvent être autorisés, selon prescription médicale, à disposer de leur propre ordinateur portable. Les cordons d'alimentation sont soumis aux mêmes restrictions que les alimentations des téléphones portables. L'accès à Internet peut être réalisé soit par un partage de connexion depuis un téléphone portable, soit par connexion au réseau wifi de l'hôpital. Très rares sont les patients qui disposent d'un ordinateur mais beaucoup ont accès à Internet depuis leur téléphone portable. Certaines unités disposent d'une tablette qui peut être prêtée aux patients.

#### ii. La confidentialité et l'anonymat

Dans un paragraphe consacré à la discrétion du séjour, le livret d'accueil précise : « *Aucune indication ne peut être donnée, par téléphone ou de quelque manière que ce soit, sur votre présence dans l'établissement, sauf avec votre accord ou à la demande des autorités judiciaires agissant dans un cadre légal* ».

Or, il a été dit aux contrôleurs que des informations relatives à la présence d'un patient au sein de l'unité peuvent être fournies à la suite d'un appel téléphonique. Pour ce faire, il suffit que la personne se présente comme étant un membre de la famille, aucune vérification n'est effectuée. Cependant, aucun élément concernant la nature de la maladie ou des soins n'est divulgué.

## RECOMMANDATION 12

Des mesures doivent être prises afin de sensibiliser le personnel soignant sur le droit des patients relatif à la confidentialité de leur présence dans l'établissement.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement prend note et s'approprie la remarque. Des consignes de confidentialité seront rappelées aux équipes conformément au livret d'accueil et à la politique sur les droits des patients. »*

Par ailleurs, la possibilité d'une hospitalisation sous anonymat (sous X) est souvent méconnue du personnel soignant.

### 6.4 L'ACCES AU VOTE N'EST POSSIBLE QUE DANS DES CONDITIONS RESTRICTIVES

L'année 2022 a été marquée par deux échéances électorales importantes, à savoir l'élection présidentielle et les élections législatives.

Quelques semaines avant les élections, toutes les unités ont reçu des informations pour rappeler l'échéance électorale, la nécessité d'en informer les patients, et donner les modalités pour l'exercice du vote par procuration. Dans le cadre d'un partenariat avec le commissariat de Bordeaux, des agents assermentés se sont déplacés dans les unités pour diligenter les formalités et recueillir les documents de la procuration.

L'information relayée aux patients est toutefois laissée à l'initiative des unités. Le chiffre effectif des patients ayant donné procuration laisse à penser que la mobilisation des soignants sur ce sujet n'a pas été optimale. Pour l'élection présidentielle 2022, quatre patients ont demandé à bénéficier de ces dispositions, et aucune demande n'a été enregistrée pour les élections législatives.

Par ailleurs, tous les vecteurs d'information présentent l'accès au scrutin exclusivement au moyen du vote par procuration. Ainsi, on peut lire dans le livret d'accueil : *« Vous souhaitez voter, mais vous êtes hospitalisé(e) sans votre consentement, il faut que vous établissiez une procuration, en faveur d'un électeur de votre choix, ... »*.

Or, l'acte de voter au bureau de vote est la règle et doit donc être privilégié, la procuration restant une disposition d'exception. La possibilité des autorisations de sortie, éventuellement accompagnées, doit être rappelée au patient, à l'appui d'une organisation à prévoir par l'établissement.

Dans les unités ouvertes, il semblerait d'ailleurs que les sorties, autorisées ou libres, sont fréquentes pour participer au vote, mais elles ne sont pas répertoriées.

De plus, l'information sur le vote par procuration, quelles que soient les modalités choisies par le patient (dans l'unité, par déplacement au commissariat) prévoit que ce dernier doit justifier de son état de santé et de son hospitalisation au sein du CH Perrens. Ainsi, les directives données aux unités demandent que soit remis par le cadre de santé *« tout justificatif prouvant l'état de santé du patient »*<sup>2</sup>. Cette modalité est corroborée par les termes du livret d'accueil, qui mentionne : *« Si vous pouvez vous déplacer pour faire une procuration, il faut vous présenter au*

<sup>2</sup> Courriel du 3 juin 2022 de la direction des usagers aux cadres de santé des unités en vue des élections législatives.

*commissariat de police, muni d'une pièce d'identité et d'une attestation prouvant votre état de santé ».*

De telles dispositions, qui sont de nature à stigmatiser les patients hospitalisés dans un établissement de santé mentale et qui sont contraires à la confidentialité de l'hospitalisation, sont de plus illégales au regard des récentes évolutions législatives et réglementaires.

En effet, depuis la loi du 27 décembre 2019<sup>3</sup> et la prise d'effet de certaines de ses dispositions, il n'est plus nécessaire pour un électeur de justifier le motif pour lequel il ne peut participer au scrutin, y compris pour les personnes qui requièrent le déplacement d'un officier de police à leur domicile ou dans un établissement de soins, au motif de leur état de santé<sup>4</sup>.

### RECOMMANDATION 13

Les patients doivent pouvoir exercer leur droit de vote sans avoir à justifier de leur état de santé, conformément à la loi.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement prend note de cette recommandation et veillera à faciliter l'exercice du droit de vote du patient. Dans le livret d'accueil, actuellement en cours de révision, l'établissement a précisé les modalités de vote possibles (le vote au bureau de vote, comme étant la règle, et la procuration comme une disposition d'exception) et supprime la mention sur l'état de santé du patient. Le document ainsi actualisé sera diffusé d'ici mars 2023.*

*La politique "droits des patients" présentée au Conseil de surveillance du 15 décembre 2022 mentionne ce droit et en assure le respect. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Enfin, il a été rapporté aux contrôleurs que la venue dans les unités de soins d'officiers de police en tenue aux fins de requérir les procurations, non assortie d'une information appropriée, pouvait se révéler anxiogène pour les patients. Des modalités plus neutres et plus symboliques (lieu spécifique, personnels en civil, présence des soignants) seraient de nature à favoriser des conditions plus favorables pour recueillir les procurations sollicitées.

## 6.5 L'AUMONERIE EST ACTIVE, MAIS NON REPRESENTATIVE DE L'ENSEMBLE DES CULTES

L'activité de l'aumônerie se déploie essentiellement au sein de la chapelle. Ce bâtiment, régulièrement entretenu par le centre hospitalier, est un endroit connu des patients, des soignants et même des visiteurs. Elle est ouverte du mardi au jeudi par l'aumônerie catholique et, depuis le mois de septembre 2021, le vendredi par l'aumônerie protestante. Le local administratif, équipé d'un téléphone et d'un ordinateur, est partagé. Il n'existe pas d'autre local voué à l'exercice du culte sur l'établissement, contrairement à ce qui est indiqué à l'article 43 du règlement intérieur.

<sup>3</sup> Loi relative à l'engagement dans la vie locale et à la proximité de l'action publique – article 112 entré en vigueur à compter du 17 juin 2020 en application du décret 2020 742 du 17 juin 2020-, complétée par la circulaire du 31 déc. 2021.

<sup>4</sup> Cf. la rubrique Internet service public.fr – « Procurations de vote : ce qui change en 2022 ».

De nombreux patients fréquentent ce lieu, quelle que soit leur confession, pour se reposer, allumer un lumignon, discuter avec l'aumônier ou jouer d'instruments de musique mis à disposition des patients. Les lieux sont propres et entretenus.

Bien qu'interrompues pendant la pandémie, des activités culturelles (expositions, concerts, etc.) peuvent également se dérouler au sein de l'édifice. Enfin, une messe est dite chaque samedi et pour les principales fêtes chrétiennes. Certains offices sont œcuméniques.

La fréquentation de la chapelle par les patients est estimée à 350 visites par an. Chaque messe rassemble une trentaine de participants. Les possibilités d'accompagnement des patients à l'office par les soignants est très variable selon les unités.

De longue date, l'aumônerie catholique dispose d'un diacre et de plusieurs bénévoles qui animent ces activités et ces temps d'écoute. La représentation du culte protestant est récente. Il n'a pas été constaté la représentation des autres cultes.



*La chapelle*

Certaines unités disposent d'une liste exhaustive de référents pour l'ensemble des cultes, mais cette liste est obsolète (juin 2010) et comporte des noms de personnes qui ne sont plus présentes.

Les propos recueillis sur la présence d'un imam divergent, certains indiquant qu'un imam serait prêt à intervenir alors que d'autres font état de sollicitations auprès de la mosquée de Bordeaux qui n'auraient pas abouti. Ce point serait à éclaircir dans un projet d'aumônerie visant une complétude des offices et lieux de prière proposés aux patients.

L'autre volet de l'activité de l'aumônerie est la visite des malades au sein des unités. Elle s'avère un peu plus complexe et assez limitée. Au moment de la mission, une dizaine de patients étaient visités régulièrement. Il s'agit souvent de personnes très malades, voire en fin de vie, ou qui doivent affronter des situations personnelles difficiles (deuils, séparations, etc.). La règle posée est que les aumôniers se déplacent au sein des unités de soins uniquement sur demande des soignants, qui sont censés relayer toute demande d'un patient ; il n'existe pas de jour de visite, ou de périodicité établie.

Toutefois, il a été constaté dans les unités l'affichage des horaires de la messe et de l'ouverture de la chapelle. La messe hebdomadaire du samedi est ouverte à des personnes extérieures au centre hospitalier, anciens patients ou patients suivis en ambulatoire.

#### PROPOSITION 9

Les patients doivent être informés des modalités d'intervention des aumôniers de tous les cultes.



## 6.6 L'ACCES A LA SEXUALITE EST INDIVIDUALISE ET L'INTIMITE ASSEZ LARGEMENT PRESERVEE

Les questions relatives à la sexualité et à l'intimité sont abordées par l'établissement à la fois pour gérer les situations dans les unités de soins et pour dégager une culture commune des soignants.

Le règlement intérieur de l'établissement n'aborde pas expressément l'intimité et l'accès à la sexualité ; les règles de vie des différentes unités ne proscrivent pas la sexualité, sous réserve du respect de la décence et de la tranquillité dues aux autres patients. La seule exception concerne l'unité des mineurs dans laquelle la sexualité est proscrite.

Dans les unités, il n'y a pas de tabou particulier sur ce sujet qui est évoqué, si nécessaire, essentiellement entre le patient et le médecin (psychiatre ou généraliste) lors des entretiens médicaux.

Face à ces situations, la préoccupation médicale vise essentiellement la protection du patient et celle d'un autre patient impliqué, et à s'assurer que la relation est pleinement consentie, sans être liée à la pathologie ou aux effets induits de certains traitements. En cas de doute sur ce sujet, de faits de harcèlement ou de plaintes pour attouchements voire agressions, des dispositions d'éloignement sont mises en œuvre, le plus souvent par changement d'unité. Les patients concernés peuvent s'ils le souhaitent être accompagnés dans leur démarche de dépôt de plainte et de constatations médico-légales.

Par ailleurs, peu de chambres sont équipées d'un verrou de confort.

Toute femme fait l'objet d'un bilan relatif à la contraception lors de son hospitalisation par les médecins somaticiens et bénéficie d'un examen gynécologique au sein de l'établissement. Des préservatifs sont disponibles à la pharmacie, dans les unités. Concernant les mineures qui sont en demande d'une contraception ou si elle s'avère nécessaire à leur protection, elles sont orientées vers le planning familial en vue d'une aide, de façon adaptée, gratuite et confidentielle<sup>5</sup>.

Le CH Perrens a également noué un partenariat avec la cellule « Transgender » du CHU de Bordeaux, permettant d'y orienter les patients transgenres, pour les aider dans tous les aspects de leur évolution souhaitée : psychologique, chirurgicale, juridique.

En revanche, des questions relatives au respect de l'intimité du patient restent explicitement posées en cas de doublement, voire de triplement de l'occupation de certaines chambres, sans qu'il existe un dispositif de séparation, même minimal, pour se protéger du regard d'autrui.

### RECOMMANDATION 14

En vue de préserver l'intimité des patients, un dispositif de séparation doit exister dans les chambres occupées par plusieurs personnes pour être préservé du regard d'autrui.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Comme précisé dans la réponse à la recommandation 3, l'établissement s'est engagé dans une démarche d'équipement de dispositifs de séparation dans les chambres disposant de*

<sup>5</sup> Article L 5134-1 du code de la santé publique stipulant que le consentement du représentant légal n'est pas requis pour la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures.

*plusieurs lits. Un groupe de travail co-piloté par la direction de soins et la direction des usagers est chargé de formuler des préconisations. Ce travail est effectué sous le prisme du respect de l'intimité et de la dignité du patient. L'objectif du groupe est le suivant : favoriser et garantir l'intimité, la confidentialité et la dignité du patient dans le cadre des conditions d'accueil pour les patients hébergés en chambre double et/ou installation d'un lit supplémentaire dans les situations de fortes tensions capacitaires.*

*Ainsi, une réflexion est en cours (décision prise en janvier 2023 après avis des équipes médico-soignantes au regard de la praticité du mobilier et de la prévention du risque suicidaire) pour acheter des "écrans d'intimité/ paravents médicaux" amovibles et des casiers à roulettes pour permettre au patient de déposer leurs effets personnels en toute sécurité dans la chambre. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Sur le plan institutionnel, le CH Perrens a engagé globalement une réflexion sur le droit à l'intimité et à la confidentialité. Des réflexions sont également menées en lien avec le comité d'éthique à l'occasion d'événements ponctuels qui surviennent dans les unités.

## 7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

### 7.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE RESPECTE PAS L'INTIMITE

L'établissement Charles Perrens dispose de douze chambres d'isolement et de huit chambres d'apaisement. Les chambres d'isolement sont situées au rez-de-chaussée des unités non loin des bureaux des soignants, excepté pour l'unité de soins Carreire 6 et Carreire 4.

Les sas sont dotés de fenestrons qui permettent de regarder dans la chambre et sur la partie de la pièce où se trouvent implantés les sanitaires. Il n'a pas toujours été prévu de systèmes permettant leur occultation. C'est le cas dans les unités du pôle PGU et de BSM pourtant récemment rénovées. Des recommandations à ce sujet avaient déjà été faites dans le rapport de 2013.

Sauf dans l'unité de soins Morel du pôle PUMA, où la cuvette des WC est en céramique, tous les blocs de WC avec lavabo intégré sont en inox et d'un modèle identique à celui équipant les quartiers disciplinaires des centres pénitentiaires.

Les commandes d'eau de la douche sont installées dans le sas des soignants. Dans l'unité Morel, le patient doit sortir prendre sa douche dans une pièce située dans le couloir. La douche de l'unité de soins Falret dysfonctionne. Quant à l'unité PGU 3 le patient n'est pas autorisé à prendre sa douche dans la chambre dans le but d'éviter que l'eau ne coule dans l'espace de vie.

Les lits scellés au sol sont métalliques et parfois situés au milieu de la pièce comme à l'unité Carreire 6 du pôle UNIVA et à BSM 3. En revanche, de gros matelas mousse équipent les lits du pôle PGU.

Aucune horloge visible par le patient ne comporte d'indication sur la date et le jour de la semaine.

Les commandes de la lumière ne sont pas toujours accessibles librement au patient comme c'est le cas dans l'unité PGU 3.

Les chambres d'isolement sont toutes équipées d'un bouton d'appel mural mais, sauf exception, aucun dispositif d'appel filaire ne permet au patient d'appeler pour demander de l'aide lors des phases de contention.

Toutes les chambres d'isolement sont vidéosurveillées. Les images sont renvoyées dans le bureau des soignants et peuvent parfois être vues par les patients. Les caméras filment également l'espace WC douche de la chambre. Parfois, un floutage de cet espace a été mis en place comme à PGU 1 et 3 et parfois les soignants collent un papier sur l'écran afin de masquer ces images comme dans les unités du pôle BSM. Cette vidéosurveillance était déjà dénoncée lors du contrôle de 2013.

Les repas sont servis dans les chambres grâce à un plateau en mousse posé sur le lit ou à l'aide d'un pouf servant de table.

#### RECOMMANDATION 15

La vidéosurveillance des chambres d'isolement comme des WC, douches et lieux de soins, est prohibée. Des dispositifs d'appel d'urgence accessibles doivent être mis à disposition des patients contenus.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

« S'agissant du déploiement de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement comme des WC, douches et lieux de soins, l'état des lieux des dispositifs déployés est le suivant : chaque chambre d'isolement (CI) en est équipée, soit un total de 12 caméras pour 12 CI ; le dispositif n'est pas un dispositif d'enregistrement (pas de sauvegarde des images), mais de "flux".

A ce stade, l'expression de besoin médico-soignant milite pour une poursuite du déploiement de ce type de dispositif de vidéosurveillance dans les projets neufs. (...)

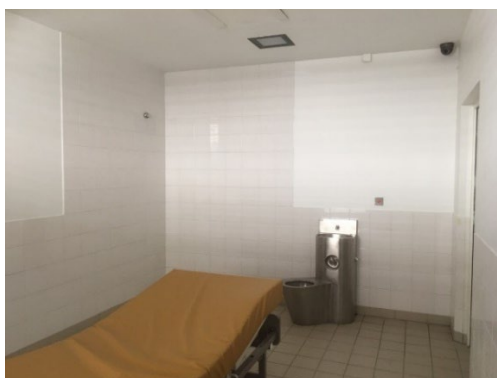
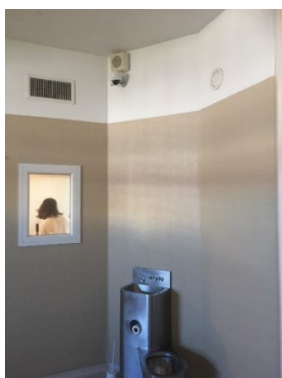
Suite aux recommandations du CGLPL, une réflexion institutionnelle va être menée en interne concernant l'utilisation de ce mode de surveillance considéré comme "attentatoire à la dignité et à l'intimité des patients".

Dans l'hypothèse où le recours à la vidéosurveillance serait jugé indispensable au regard de l'état clinique du patient, son utilisation pourrait être conditionnée aux deux points suivants :

- Un usage complémentaire à la présence régulière du personnel soignant en charge du patient. La vidéosurveillance serait ainsi un "moyen annexe" qui viendrait en renfort de l'équipe médico-soignante, conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé ;
- Un usage strictement nécessaire à l'état clinique du patient au vu des besoins de surveillance, de sécurité, et de protection de ce dernier. Ainsi, son utilisation serait réservée aux situations où elle est considérée comme nécessaire, complémentaire, adaptée et individualisée.

En parallèle de cette réflexion institutionnelle, un audit interne est programmé en février-mars 2023 dans les unités disposant d'une chambre d'isolement. Cet audit co-piloté par la direction des soins et la direction des usagers associera les cadres de santé et les médecins responsables d'unité. L'objectif est double : identifier les chambres et les salles de soins pour lesquelles un ajustement de l'orientation de la caméra (caméra dirigée vers le lit et non vers les toilettes ou la douche) et/ou de l'écran de surveillance situé le bureau soignant (c'est-à-dire légèrement flouté et en s'assurant que les autres patients de l'unité ne puissent rien observer) est à effectuer ; et définir les besoins en matière d'appel malade (type bouton ou bracelet) dédié aux patients contenus. »

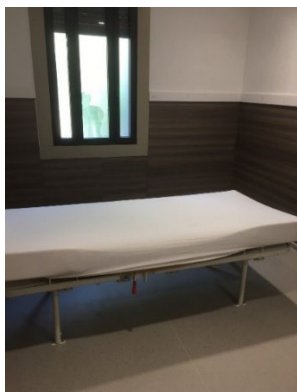
Les contrôleurs prennent acte de l'engagement d'une réflexion institutionnelle sur ces sujets.



Exemple d'une chambre d'isolement avec oculus sur les toilettes

Les salles d'apaisement de l'unité Carreire 4 du pôle UNIVA et de l'unité Charcot du pôle BSM sont de type *Snoezelen* et sont accessibles aux patients qui en font la demande, accompagnés par les soignants. La salle d'apaisement de l'unité de soins Arguin est spacieuse et permet la diffusion d'huiles essentielles. Deux fauteuils en mousse la meublent. La fenêtre, qui ne peut pas

être ouverte, est occultée, ce qui permet au patient de ne pas être vu de l'extérieur. Un lavabo et un miroir équipent cette pièce utilisée parfois pour des entretiens médicaux.



Chambre d'isolement



Matériel d'une unité



Dispositif pour musique

## 7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE RELEVANT PAS TOUJOURS DU DERNIER RECOURS

### 7.2.1 La politique menée

L'établissement aborde brièvement la question de l'isolement et de la contention dans son projet de soins 2020-2024, avec une volonté de « *développer des pratiques d'alternatives (...) (espaces Snoezelen)* » (p. 12). Le CPOM 2019-2023 signé avec l'ARS retient également un objectif de diminution des mesures.

Une politique dédiée a été élaborée en 2018 et une nouvelle version était, à la date du contrôle, en cours de finalisation. Un plan d'action 2022 reprend les quatre objectifs généraux de la politique de 2018 – « *diminuer le recours à l'isolement-contention* » ; « *respecter les bonnes pratiques (HAS 2017) en cas de recours* » ; « *évaluer et améliorer les mesures* » ; « *améliorer et suivre les indicateurs* » – et permet le suivi de diverses actions s'y rapportant. Le rapport annuel 2021 consacré à la thématique rappelle la politique fixée, les actions entreprises en cours d'année, les objectifs pour 2022 et intègre des données statistiques générales (cf. § 7.2.2).

Un groupe de travail pluridisciplinaire coordonné par la direction des usagers (DUQGR) a par ailleurs permis d'adapter l'organisation interne utile à la mise en œuvre juridique, technique et logistique de la réforme de 2020 et de ses suites. 200 professionnels ont été formés, au travers de réunions, doublées de sensibilisations complémentaires au niveau des unités, et un *vademecum* élaboré (cf. § 7.2.2). Plusieurs rencontres avec les JLD ont permis de structurer la transmission des informations. Un séminaire clinique sur la réforme a également été organisé en mai 2022, et une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), espace d'échanges et travaux pluridisciplinaires régulier sur la thématique isolement-contention, se poursuit au niveau de l'établissement (trois réunions en 2021, deux déjà en 2022).

Différents documents propres aux filières, pôles ou unités de soins abordent également la question, quand d'autres sont silencieux. Certains rappellent qu'isolement et contention sont des pratiques de derniers recours mais plusieurs ne sont pas à jour de la réglementation ou comportent des développements inadaptés. Ainsi sont retrouvées des références à la « *chambre de soins intensifs* » comme offrant un « *cadre sécurisant qui permet d'exercer les soins psychiques* » ou à la contention comme « *prescription médicale* » ou de certaines indications

pour l'isolement, telles que, par exemple, « *prévention d'un risque de rupture thérapeutique, alors que l'état de santé impose des soins (ce qui inclut le risque de fugue en cas d'HSC)* » ; « *isolement intégré à un programme thérapeutique* » ; « *en vue d'une diminution des stimulations reçues* ». Des mises à jour étaient prévues pour les unités relevant du pôle PUMA, le projet de la FPU étant déjà à jour.

#### PROPOSITION 10

Les projets de pôles, de filière ou d'unité doivent être mis à jour et harmonisés, s'agissant de l'isolement et de la contention.

### 7.2.2 Les outils et pratiques

Un document de procédure intitulé « *isolement et/ou contention en chambre d'isolement en psychiatrie générale* » élaboré dès 2019 comporte les messages clés relatifs à ces mesures.

Les équipes médico-soignantes ont surtout accès à un protocole, en ligne sur l'intranet de l'établissement depuis avril 2021 et régulièrement mis à jour depuis qui s'attache aux implications pratiques des dernières réformes. Le document rappelle notamment le cadre juridique applicable et comporte différents logigrammes pour les procédures à suivre en journée, le soir et le week-end ainsi que des modèles de documents utiles (avis et décisions médicales motivés, information du patient, saisine du JLD, information des proches, etc.).

Un travail a été réalisé avec l'éditeur de logiciel Hôpital Manager (HM) pour y intégrer informatiquement les échéances relatives aux réévaluations des mesures et les nouvelles règles de calcul de durées, pour l'information ou la saisine du JLD.

En pratique, les mesures d'isolement et de contention sont saisies informatiquement par les médecins sur le dossier patient informatisé (DPI) sur lequel sont horodatées les décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soit le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance ou le nom du médecin. Les mesures sont effectivement motivées et réévaluées dans le cadre d'entretiens assurés par un psychiatre de l'unité, ou celui de garde (cf. § 7.2.3).

Les entretiens menés avec plusieurs patients concernés et la lecture de certaines motivations médicales montrent qu'isolement et contention ne se limitent pas pour tous les patients à une pratique de dernier recours, conformément aux exigences du code de la santé publique. C'est notamment le cas de certaines motivations se rapportant au « *risque de fugue* », à la nécessité de « *poursuivre l'hypostimulation* » ou évoquant l'« *imprévisibilité comportementale* » du patient.

Les alternatives recherchées (« interventions alternatives ») ne sont pas toujours renseignées dans les décisions.

Au moment du contrôle, 9 chambres d'isolement sur 12 étaient occupées.

### 7.2.3 Les conditions de prise en charge et la recherche d'alternatives

Dans la plupart des unités, les patients en chambre d'isolement ne conservent pas leur chambre d'hospitalisation. Des admissions de patients en CI se font parfois alors que toutes les chambres de l'unité sont occupées. Des patients peuvent demeurer dans la chambre d'isolement porte ouverte, en dépit d'une fin de mesure, faute de chambre disponible.

L'accès à des effets personnels (vêtements, livres, radio, feuilles, stylos, etc.) est soit fonction de la clinique, soit systématiquement limité, comme observé dans plusieurs unités, parfois à l'initiative de l'équipe soignante. Il en va de même pour les visites, souvent interdites, y compris pour des mineurs, ou les contacts téléphoniques, qui restent toutefois parfois possibles. Les patients peuvent être temporairement extraits de la chambre pour fumer à l'extérieur, selon la disponibilité des soignants. La sortie de l'isolement est souvent réalisée en mode séquentiel, avant la sortie définitive. La mise en pyjama dans le cadre des mesures d'isolement est systématique dans de nombreuses unités.

### RECOMMANDATION 16

Lors du placement en chambre d'isolement, le patient doit conserver sa chambre d'hospitalisation ; il doit pouvoir également conserver l'accès à ses vêtements et autres effets personnels, ainsi que le droit aux appels et visites.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« (...) la situation de tension capacitaire récurrente à laquelle est confrontée l'établissement depuis plusieurs mois vient mettre à mal ce principe. Faute de lits suffisants pour accueillir les patients, le CHCP recourt parfois à l'utilisation des chambres de réserve pour un autre patient ou utilise la chambre d'isolement en chambre hôtelière. (...) Par principe, le patient a accès à ses vêtements et autres effets personnels et a droit aux appels et aux visites. Concernant les patients placés en isolement, nous veillerons à ce que les mesures restrictives soient strictement motivées par l'état clinique du patient, individualisées et proportionnées. »*

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

Par ailleurs, les pratiques d'isolement hors chambre d'isolement (CI) – en chambre dite « sécurisée » ont été tracées dans le registre en 2021, pour la plupart des unités contrôlées. Mais les notions « d'espace dédié » et de « hors espace dédié » pour les isolements ne sont pas comprises de la même façon par tous les médecins ce qui limite l'exploitation de ces données. La nature « juridique » de ces chambres sécurisées pose question dans la mesure où il s'agit de chambres d'hospitalisation transformées par moment en chambre d'isolement. Or l'établissement ne peut disposer que de chambres d'hospitalisation répondant aux normes hospitalières ou alors d'outils de mise en sécurité temporaire que constitue une chambre d'isolement.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles permettant l'attache aux deux bras et aux deux chevilles et au niveau ventral, par un système à aimants. Les unités disposent de nombreux jeux de différentes tailles, nettoyés à chaque nouvel usage.

S'agissant de la surveillance des mesures, la surveillance psychiatrique est systématiquement assurée deux fois par jour y compris le week-end.

Une surveillance toutes les trente minutes ou toutes les heures est assurée par les équipes soignantes – depuis la vitre ou en entrant effectivement dans la chambre – même si le traçage au niveau du DPI n'est pas nécessairement fait à cette même fréquence.

Si les patients isolés en espace dédié ont généralement accès à un bouton d'appel, sauf dans certaines CI, en cas de contention, l'accès n'est qu'exceptionnellement garanti (bouton mobile à

Arguin). Sur l'ensemble de l'établissement, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, sont signalées en temps réel au service de sécurité incendie.

S'agissant des alternatives, elles associent des interventions verbales, des entretiens avec soignant et/ou médecin, des ajustements de traitements ou l'accès à des espaces ou outils d'apaisement. Les mesures alternatives ne sont pas toujours tracées en détail, même si les médecins ont effectivement la possibilité de le faire<sup>6</sup>. L'établissement dispose de huit espaces d'apaisement. L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), comme les entretiens menés, ont été l'occasion de constater que la dénomination et l'usage fait de ces espaces restent hétérogènes. En effet, l'utilisation des espaces d'apaisement n'est pas la même en fonction des unités et du positionnement de cet espace ; certains soignants l'utilisent en soin de pré-crise, d'autres en alternative à l'isolement lors des crises ; il n'y a aucune traçabilité de l'utilisation de ces espaces d'apaisement sur un outil informatique spécifique, qui permettrait une activité de recherche sur la réduction induite de l'isolement.

Une partie de l'offre de formation de l'établissement s'attache aussi à la prévention et à la disposition de la violence (cf. § 2.3 formation).

Le rapport annuel dédié à l'isolement et contention et l'EPP prévoyait encore, pour 2022, la mise en place d'une formation sur « des plans de crise conjoints » ou « plan de prévention partagé » et le déploiement de cette pratique sur l'ensemble des pôles. Actuellement, un outil de prévention pouvant s'apparenter à des directives anticipées est en place au sein d'une unité (Carreire 6, pôle UNIVA) (cf. § 9.4).

La procédure de 2019, le rapport annuel 2021 et plusieurs documents de filières ou d'unités prévoient des « débriefings » en équipe et avec les patients. Ces derniers ne sont pas systématiquement réalisés. Un questionnaire « post isolement/contention » était, d'après un compte-rendu de l'EPP (juin 2022), en cours de rédaction.

Enfin, le rapport annuel prévoyait de même, pour 2022, la mise en place de binômes médecin/infirmiers référents sur chaque pôle, spécialement formés aux techniques de désescalade. Quatre postes de référents isolement-contention ont ainsi pu être budgétés dans le cadre de la réforme. Un seul était pourvu à la date du contrôle (au sein du pôle BSM) avec notamment pour mission d'animer la réflexion sur les alternatives. Une fiche de poste était finalisée pour le pôle UNIVA.

### **7.3 LE REGISTRE N'EST PAS EXPLOITE ALORS QU'ISOLEMENTS ET CONTENTIONS RESTENT FREQUENTS ET QUE DE NOMBREUX MINEURS SONT CONCERNES**

Le registre de l'isolement et de la contention a été totalement informatisé en cours d'année 2020. Il constitue une base de données exploitable et comporte l'ensemble des mentions prévues par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Un contrôle a été mis en place par le DIM de l'établissement (0,5 ETP) et l'équipe de techniciens dédiés, à compter de 2021.

---

<sup>6</sup> Items que comporte le logiciel : « intervention verbale » ; « désescalade » ; « temps calme / espace d'apaisement » ; entretiens avec un soignant » ; « médicament » ; autre (préciser).



Le rapport annuel 2021 prévoyait, au titre de l'évaluation et de l'amélioration et du suivi des mesures, des bilans trimestriels et une attention aux taux de recours au niveau de chaque unité<sup>7</sup>. Pour autant, aucune analyse systématique du registre en ce sens n'était rapportée dans les unités contrôlées ou ne semblait prévue. Ainsi, si des extractions ont pu être réalisées pour le rapport annuel, ou dans le cadre de travaux de recherche, le registre n'est, à ce stade, pas exploité en continu comme un outil de d'évaluation et de réflexion partagée sur les pratiques, au niveau des unités, des pôles comme de l'établissement en général.

### RECOMMANDATION 17

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque unité et de chaque pôle.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement a formulé des observations dans le cadre du groupe de travail régional concernant l'insuffisance de la documentation relative à la production des indicateurs isolement/contention. L'absence de définition et de règles de calcul précises, notamment au sujet du terme "mesure", conduit à des divergences : pour les soignants, une mesure est une succession de séquences d'isolement et ou de contention, l'ATIH identifie 5 types de mesures (A,B,C,D,E) et le passage d'un isolement dans un espace dédié (A) à un isolement dans un espace non dédié (B) induit le décompte d'une nouvelle mesure, le législateur distingue les mesures d'isolement (5 A et B), d'une part, et les mesures de contention (C,D et E), d'autre part.*

*Conformément à la recommandation, ce modèle sera publié tous les trois mois dans le baromètre d'activité mensuel, pour une analyse et un débat pluridisciplinaire au sein de chaque structure interne ».*

Les contrôleurs confirment ces difficultés retrouvées dans de nombreux établissements qui doivent interpeller le ministère de tutelle. Les données du tableau ci-dessous ont été établies à partir des extractions du DIM et concernent l'année 2021, avec des mesures non fusionnées lors de sorties d'isolement de moins de 48 heures.

Selon le rapport annuel 2021, sur les 1 229 patients « ayant eu des soins sans consentement » au cours de l'année, 281 auraient été isolés (22,9 %), 235 placés sous contention (19,1 %) et 349 en isolement et/ou en contention (28,4 %). Ces données sont incohérentes – la contention ne pouvant en principe intervenir qu'en cas d'isolement – sauf à ce que des contentions soient intervenues hors isolement, ou que des isolements n'aient pas été tracés.

Plus généralement, on relèvera que les données du rapport ne rendent pas compte du recours fait à l'isolement et à la contention pour des patients alors en soins libres.

<sup>7</sup> D'autres indicateurs de suivi étaient mentionnés : nombre et % de médecins et d'infirmiers formés à OMEGA par an ; nombre de procédures et protocoles visant à développer des alternatives à l'isolement-contention ; nombre et répartition des chambres d'isolement ; nombre et répartition des espaces d'apaisement.

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une extraction du registre sur l'année 2021, pour l'ensemble des unités contrôlées. Ils ont pu en déduire les données suivantes (valeur indicative<sup>8</sup>) :

UNITES	File active tout patient	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en heures)	Nb d'isolements continus supérieurs à 72H	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
<b>POLE BSM</b>												
BSM1	276	21	7,6%	26	6	114,2h (2854,96/25)	10	12	57,1%	4,3%	19	34,8h (660,74/19)
BSM2	215	22	10,2%	41	9	62,6h (2502,07/40)	8	9	40,9%	4,2%	12	48,7h (584,48/12)
BSM3	254	27	10,6%	51	3	49,5h (2472h65/50)	11	11	40,7%	4,3%	19	33,7h (641,11/19)
CHARCOT	140	27	19,3%	67	1	72,5h (4860,81/67)	19	15	55,6%	10,7%	46	44,6h (2049,47/46)
<b>POLE UNIVA</b>												
CARREIRE 2	105	2	1,9%	2	1	102,2h*	1	1	50%	0,9%	1	4,3h
CARREIRE 4	204	40	19,6%	247	12	54,1h 13091/242	34	9	22,5%	4,4%	23	18,7h (429,52/23)
CARREIRE 6	197	23	11,7%	58	8	78,7h 4404,52/56	13	10	43,5%	5%	18	21,8h (392,17/18)
<b>POLE PGU</b>												
U1	246	21	8,5%	42	12	98,7h 4045,52/41	12	5	23,8%	2%	15	48,6h (728,45/15)
U3	268	37	18,8%	108	8	63,3h 6831,28/108	28	17	45,9%	6,34	25	17h (425,27/25)
<b>POLE PUMA</b>												
ARGUIN	184	33	17,9%	112	4	51,6h 5729,38/111	22	7	21,2%	3,8%	15	12,5h (187,01/15)
FALRET	209	11	5,2%	49	3	71,4h 3500,36/49	10	5	45,5%	2,3%	19	14,5h (261,79/18)
MOREL	251	22	8,8%	45	8	97h 4169,12/43	12	7	31,8%	2,8%	9	44,8h (403,44/9)
SECOP ADULTES	2594	244	9,4%	301	149	47,4h 13599,69/287	38	200	81,6%	7,77%	194	40,2h (7800,67/194)
TOTAL ADULTES	5143	530	10,3%	1149	224	--	218	308	58,1%	5,98%	415	--
<b>MINEURS</b>												
<b>POLE PUMA</b>												
SECOP + POST URGENCE	432 (199+233)	14	3,2%	16	15	31,6h (505,54/16)	2	11	76,5%	3%	13	25,1h (301,33/12)
<b>POLE PUPEA</b>												
UPSILON	159	9	5,7%	11	11	6,7h (73,98/11)	0	4	36,4%	2,5%	4	5,9h (23,74h/4)
USAA	80	20	25%	52	52	24h 1246,28/52	0	10	50%	4,2%	23	5,2h 118,81/23
TOTAL MNEURS	671	43	6,4%	79	78	--	2	25	58,1%	3,7%	40	--

<sup>8</sup> Les mesures de plus de 1000h ont été neutralisées pour le calcul des moyennes (parfois oubli de fermeture de mesures). Il en a été en revanche tenu compte pour le nombre de mesures. Certaines mesures distinctes mais en réalité continues dans le temps ont été fusionnées, dans la mesure du possible (l'extraction transmise ne présentant pas les mesures dans l'ordre chronologique). Le nombre de mesures de plus de 72h indiqué est donc une indication basse.

\* 2 mesures de 4,27h et 195,78h respectivement

Ces données appellent les observations suivantes :

- La **proportion de la file active** de patients des unités contrôlées concernée par le recours à l'isolement (10,3 % chez les adultes) est significative, quoiqu'inférieure à la moyenne constatée dans les établissements contrôlés par le CGLPL au niveau national (22 %). Cette proportion est très variable d'une unité à l'autre, y compris au sein d'un même pôle : par exemple, de 1,9 % à Carreire 2 (unité ouverte) à 19,6 % à Carreire 4 (unité fermée). Elle est au-delà des 15 % dans quatre unités de l'établissement, qui relèvent toutes de pôles différents (Charcot, Arguin, Carreire 4, U3).
- La proportion de mesures d'isolement concernant des **patients initialement admis en soins libres** est élevée (plus de 19,5 % chez les adultes) même si les modifications de statut, le cas échéant, sont assurées dans les quelques mesures contrôlées.
- Les **durées d'isolement** peuvent être importantes. Elles sont en moyenne supérieures à 48 heures dans toutes les unités adultes (sauf SECOP). 220 mesures continues de plus de 72h ont été tracées sur l'année. Certains patients peuvent être isolés sur une très longue période (ex. plus de 140 jours pour un patient à Carreire 4).
- Le **taux global de recours à la contention** est élevé, à hauteur de 5,98 % de la file active adultes, donnée supérieure à la moyenne des établissements contrôlés (4,9%), même s'il n'est supérieur à 5 % que dans trois unités (Charcot, SECOP, U3).

Les données recueillies suggèrent ainsi des mesures qui ne se limitent pas à une pratique de dernier recours, avec des écarts constatés entre unités (même s'il faut tenir compte des publics différents qu'elles accueillent). Si ces données portent sur l'année 2021 et si des actions évoquées ont pu avoir depuis une incidence positive sur la fréquence ou la durée des mesures<sup>9</sup>, les taux de recours restent importants. En juin 2022, 4,2 % de la file active des unités contrôlées ont été isolés. La proportion est bien supérieure dans plusieurs unités (par ex., 13,8% à Arguin et 17 % à U1).

### RECOMMANDATION 18

Les mesures d'isolement et contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Les décisions médicales doivent être motivées en conséquence.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Le CH a pris en compte cette recommandation. Ainsi les notions de "dernier recours" et de "décisions médicale motivée" apparaissent sur différents documents institutionnels à savoir le support de formation "présentation communauté médicale V2", le vademecum sur l'isolement contention et la note d'information du 29 avril 222. Une nouvelle sensibilisation des médecins sera effectuée. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

<sup>9</sup> Période du 17.05.2021 au 31.10.2021 : 11 mesures exceptionnelles hebdomadaires en moyenne par semaine. Depuis saisine systématique du JLD (loi du 22.10.2022). Période du 24.01.2022 au 30.04.2022 : 7 mesures exceptionnelles hebdomadaires en moyenne. La réduction constatée de la durée des mesures est de 36,5 % selon l'établissement.

Enfin, de l'analyse faite du registre, il ressort que de nombreux mineurs sont exposés à l'isolement et à la contention alors même qu'hospitalisés et demeurant en soins libres. 25 % l'ont été à l'unité de soins aigus pour adolescents (USAA). La contention associée est fréquente, surtout en post-urgence (dans 76,5 % des cas). Les durées d'isolement et de contention, souvent moins importantes que chez les adultes, restent significatives, notamment au SECOP.

### RECOMMANDATION 19

L'isolement et la contention d'un mineur relevant de soins psychiatriques doit être évité par tout moyen.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement prend note de cette recommandation et précise que cette politique du moindre recours est appliquée en interne.*

*En cas d'agitation ou de risque auto/hétéro agressif, des solutions alternatives sont mises en place par l'équipe médico-soignante en première intention. Ainsi, par exemple, l'espace d'apaisement présent au sein de l'unité UPSILON est régulièrement utilisé.*

*Néanmoins, en derniers recours uniquement, lorsque l'état clinique du patient mineur le justifie, une mesure d'isolement peut être décidée par le psychiatre. Cette mesure est strictement adaptée, proportionnée et circonscrite dans le temps.*

*Les équipes médico-soignantes seront sensibilisées à cette recommandation. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

*Concernant les mineurs, l'exploitation des événements indésirables (2021-2022) fait état de plusieurs situations au cours desquelles la chambre d'isolement et la chambre d'apaisement ont été utilisées comme lit supplémentaire.*

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1 LES USAGERS SONT PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT MAIS LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'ASSURE PAS SES MISSIONS

#### 8.1.1 La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Le livret d'accueil (version mars 2020) mentionne encore la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) qui est devenue, avec la loi du 5 juillet 2011, la CDSP avec un rôle accru et des pouvoirs étendus.

La CDSP est totalement inconnue des unités de soin.

Un arrêté préfectoral daté du 22 septembre 2019 porte composition de la CDSP de la Gironde mais elle ne s'est pas réunie depuis 2019 et n'a exercé les années suivantes aucune des prérogatives que l'article L.3223-1 du code de la santé publique lui confère à partir de cette date.

Avant 2019, elle se réunissait une fois par an dans chaque établissement (CHS et UHSA de Cadillac, établissements de Libourne et de Bordeaux), une ou deux réunions plénières avaient lieu au siège de l'ARS et elle visitait systématiquement les unités.

Les comptes-rendus très succincts des années 2018 et 2019 n'ont pas permis d'avoir des renseignements précis sur son activité.

#### PROPOSITION 11

La commission départementale des soins psychiatriques doit exercer ses missions de contrôle conformément à la loi.

#### 8.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil de l'établissement, les règles de vie de certaines unités (Charcot, BSM 1, 2, 3, les règles de vie d'Arguin citant encore la « CRUQPC » dénomination de la CDU antérieure à la loi du 26 janvier 2011) et des affiches figurant dans toutes les unités mentionnent l'existence de la CDU, expliquent son rôle et la façon dont elle doit être saisie.

La CDU, présidée par un représentant des usagers, se réunit quatre fois par an, son activité ayant été maintenue en période de Covid.

La présidente de la CDU et tous ses membres ont accès à l'ensemble des plaintes et aux réponses données par l'établissement. En amont de la réunion de la commission, la présidente fait le choix de celles qui doivent particulièrement être examinées en CDU.

Le délai moyen de prise en charge des réclamations a été en 2019 de 6,4 jours et en 2020 de 7,9 jours.

Les rapports d'activités de la CDU transmis aux contrôleurs sont particulièrement étayés. A l'occasion de chacune de ses réunions, sont notamment traités les sujets suivants : les plaintes orales ou écrites et leur délai de traitement, les événements indésirables graves, le projet des usagers, les dossiers contentieux, l'accès au dossier médical, le questionnaire de satisfaction, ainsi que des questions diverses telles la possibilité de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour la fin de vie, la réforme de l'isolement et de la contention et la politique de l'établissement, les projets culture, la médiation médicale.

### 8.1.3 Le projet de maisons des usagers

L'établissement est promoteur de la création d'une maison des usagers (MDU). Le projet transmis aux contrôleurs n'était pas finalisé en raison du retard pris par les travaux de réfection des locaux qui doivent l'abriter. Pour pallier ce retard, l'établissement a fait le choix de mettre en place à compter de septembre 2022 une MDU itinérante, l'animatrice du projet se déplaçant dans les unités pour expliquer le rôle de la MDU et informer les usagers.

#### BONNE PRATIQUE 3

L'établissement met en place une maison des usagers « itinérante » dans l'attente de la fin des travaux de réfection du local devant accueillir la maison des usagers.

### 8.1.4 Les représentants des usagers

Les représentants des usagers, rencontrés par les contrôleurs, sont associés à la vie de l'établissement et à la prise en charge des patients ; ils participent régulièrement et sont entendus au conseil de surveillance, à la commission des soins, à la commission administrative paritaire locale, au comité d'éthique, au comité de lutte contre les infections nosocomiales et au conseil de vie sociale.

## 8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET ET PARFOIS TARDIVEMENT RENSEIGNE TANDIS QUE LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM

Les registres, dits livres de la loi, sont conservés à la direction des affaires juridiques et renseignés et tenus avec soins par l'un ou l'autre des membres de l'équipe coordinatrice (cf. §.3.3 et 7.3) au bureau des soins sans consentement.

Mais ils ne sont pas systématiquement renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif comme le préconise l'article L.3212-11 du code de la santé publique (CSP), à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises. Au jour du contrôle, les dernières mentions dataient du 18 juillet 2022.

D'un modèle standard (100 folios de format A4), ces registres ne sont pas distincts selon le statut d'hospitalisation (SDDE ou SDRE). Ils sont établis par ordre chronologique d'admission ; les rubriques à renseigner sont remplies manuellement et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le CSP. En effet, deux mentions sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du CSP et parfois, les décisions de protection juridique des majeurs. En revanche, le nom du tiers est, sauf rare oubli, mentionné.

Les certificats médicaux et l'avis motivé adressé au juge des libertés et de la détention (JLD) sont collés dans les registres ; leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificats-types ou de copier-coller.

Les certificats concernant les programmes de soins (PDS) sont dûment joints aux registres. Les autorisations de sorties sont également mentionnées alors que la loi ne l'exige pas.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, font état des voies de recours judiciaire et administrative (devant la CDSP).

Si la date du contrôle judiciaire est notée, le dispositif de la décision n'est pas toujours reporté à la rubrique prévue à cet effet.

### RECOMMANDATION 20

Le registre de la loi doit être renseigné dans les 24h de la prise des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement et comporter l'ensemble des mesures exigées par l'article L .3212-11 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement prend note de cette recommandation.*

*Une réorganisation du travail des agents en charge de cette mission sera effectuée et la mention d'un renseignement du registre dans les 24h suivant la prise de décision sera indiquée sur la fiche de poste des agents.*

*Depuis la venue du CGLPL, un recensement des documents à apposer sur le registre a été réalisé. De fait, les accusés de réception des droits sont à présent enregistrés sur le registre et les décisions de protection des majeurs sont renseignées lorsque le tiers est le mandataire judiciaire à la protection des personnes, et que celui-ci est connu ou renseigné au moment de l'admission. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces modifications.

Selon les renseignements recueillis, le magistrat représentant le procureur de la République du tribunal judiciaire de Bordeaux visite annuellement l'établissement en début d'année et vérifie les informations transcrites au registre de la loi ; sa dernière venue date du 7 janvier 2022. Les membres de la CDSP n'ayant pas visité l'établissement depuis plusieurs années, il n'a pas été trouvé trace de leur visa pas plus que n'a été constaté de contrôle des autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du CSP.

### RECOMMANDATION 21

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le président du tribunal judiciaire de Bordeaux, le préfet de Gironde et, le maire de Bordeaux et ou leurs délégataires, doivent visiter au moins une fois par an l'établissement hospitalier Charles Perrens et porter sur le registre de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

## 8.3 LES MODALITES D'INTERVENTION DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SONT BIEN ORGANISEES MAIS CE CONTROLE RESTE TROP FORMEL POUR EFFICACEMENT GARANTIR LES DROITS DES PATIENTS

Une convention a été signée le 27 février 2015 entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bordeaux et l'agence régionale de santé d'Aquitaine, pour organiser la logistique du contrôle judiciaire bénéficiant aux patients hospitalisés sans consentement au CH Charles Perrens. C'est ainsi que des locaux spécialement aménagés ont été affectés à la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sur le site hospitalier.

Une pièce spacieuse, située dans un bâtiment indépendant des unités d'hospitalisation, est utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoutent un hall d'attente, deux pièces voisines réservées à

l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés d'un mobilier, en bon état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se passe ainsi dans des conditions de confort propice à un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Un fléchage, situé à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permet de localiser la salle d'audience qui bénéficie de facilités d'accès pour les véhicules.

Contrairement à ce que prévoit la convention, la réunion annuelle de bilan n'est jamais tenue.

### 8.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les audiences sont bi-hebdomadaires. Elles débutent vers 9h30 par l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi ; le nombre de dossiers enrôlés est de l'ordre d'une vingtaine par semaine.

Les échanges entre les agents hospitaliers en charge de la mise en œuvre du contentieux devant le JLD et le greffe du tribunal judiciaire de Bordeaux sont, selon les dires, de bonnes qualités.

Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du tuteur, sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints la décision d'admission avec accusé de réception de la notification, les certificats médicaux de 24h et 72h, l'avis motivé (et souvent un deuxième avis motivé est transmis la veille ou l'avant-veille de l'audience), la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation et la précédente décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime). Les avocats désignés n'ont pas l'obligation d'avoir suivi une formation spécialisée pour ce contentieux.

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des admissions avant de lui être notifiée dans son unité d'affectation par un des membres du personnel soignant affecté spécifiquement par la direction des soins au suivi personnalisé des patients en soins sans consentement. Les contrôleurs ont eu l'occasion de constater que les informations données tendaient à expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

### 8.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mercredi 3 août 2022. Les professionnels étaient en tenue civile. L'établissement, comme à l'accoutumée, n'était pas représenté et le ministère public absent. Les mandataires judiciaires ne s'étaient pas déplacés (selon les dires, ils ne se présentent qu'exceptionnellement). La porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Onze dossiers étaient enrôlés à cette audience et trois patients avaient été déclarés médicalement inaptes à y assister.

Les patients, cherchés dans leur unité par une des soignantes de l'équipe coordinatrice, sont arrivés en ordre séparé, tous en tenue de ville, accompagnés d'un soignant de leur unité. L'attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle fut donc de courte durée d'autant



qu'ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur conseil désigné en aide juridictionnelle. Ainsi deux avocats s'étaient ce jour-là répartis les dossiers qu'ils n'avaient toutefois pas consultés préalablement au greffe judiciaire.

Pour chaque affaire, la magistrate, après s'être sommairement présentée a expliqué que « *son rôle était essentiellement formel* ». Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un rapide recueil d'informations sans toujours chercher à faciliter la parole du patient. La plupart se sont pourtant exprimés sur leurs conditions d'hospitalisation, certains déplorant d'être privés de leur téléphone, plusieurs insistant sur le souhait de quitter l'hôpital, d'autres précisant ressentir un mieux-être depuis leur hospitalisation. Personne, autre que les soignants, ne s'est présenté pour assister à l'audience. Les avocats n'ont pas déposé de conclusions écrites mais ont, oralement dans trois dossiers, vainement soulevé des moyens de droit tendant à la levée de la mesure.

Les décisions n'ont pas été rendues immédiatement et il fut dit aux patients qu'elles seront dans l'après-midi transmises à l'établissement. Les modalités de voies de recours n'ont pas été expliquées. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre d'une dizaine de minutes.

Toutes les décisions, ce jour-là, ont maintenu l'hospitalisation en soins sans consentement.

Les notifications ont été faites, le lendemain, dans l'unité par les soignantes coordinatrices affectées au bureau des entrées. Il a été précisé que le médecin référent n'hésitait pas à notifier lui-même la décision quand il la considérait difficile à comprendre par le patient.

### 8.3.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré dans l'établissement par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable. Il est de l'ordre de 1 100 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- en 2021, 929 patients ont été convoqués sur saisine du directeur de l'hôpital tandis que 212 le furent par l'intermédiaire de l'ARS d'Aquitaine après requête du représentant de l'Etat. La mesure fut levée avant le jour de l'audience pour 92 des patients ;
- en 2022, jusqu'au 1<sup>er</sup> juillet, le JLD a rendu 512 décisions suite à 394 requêtes du directeur du CH et 111 du préfet. Les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître sont peu nombreux puisque de l'ordre de 10 % et, selon les dires, les motivations sont clairement explicitées.

Au vu des éléments communiqués et confirmés par l'examen du registre de la loi, les levées de mesures d'hospitalisation sans consentement sont résiduelles et inférieures à 3 %.

### 8.3.4 La saisine du JLD concernant les mesures d'isolement et de contention

Les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement telles que définies par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022 complétées par l'instruction ministérielle du 29 mars 2022 ont été synthétisées et explicitées dans un *vade-mecum* mis à disposition des soignants, le 29 avril 2022, par la direction des usagers et de la qualité.

Le JLD et le greffier ont fait part de leur crainte de ne pas être en capacité, à moyens constants, de traiter avec efficacité ce nouveau contentieux.

Au cours du premier semestre 2022, selon les statistiques fournies par le CH (légèrement différentes des chiffres donnés par le greffe judiciaire), il ressort que le JLD, saisi du contrôle de 115 mesures d'isolement, a prononcé 19 levées. Concernant la contention, le juge a rendu 26 ordonnances dont 7 pour mettre fin à la mesure. Si la saisine tardive est, en pourcentage, la

motivation la plus employée pour justifier la levée, le défaut de justification médicale, d'information aux proches et de transmission des documents réglementaires sont régulièrement relevés par le juge.

Le JLD pas plus que l'avocat ne se sont déplacés sur le lieu d'isolement. Le juge a statué sur dossier et dans l'hypothèse où le patient a demandé à être entendu, l'audience s'est tenue en visioconférence. Pendant le temps de leur visite des contrôleurs n'ont pas eu l'opportunité d'assister à une telle audience.

## 9. LES SOINS

### 9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES SONT INSUFFISAMMENT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

#### 9.1.1 Les pratiques cliniques

A l'échelle du pôle et parfois du service, des projets médico-soignants abordent la prise en charge des patients, sans toutefois aller jusqu'à la description des missions remplies au quotidien par les différents professionnels impliqués. Ces projets de service sont parfois méconnus des soignants. Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier dans la limite de leur disponibilité. Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours présent et joignable.

Des réunions cliniques ont lieu régulièrement dans les unités. Elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins : psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, psychologues. Un pharmacien et un médecin généraliste participent également régulièrement aux réunions cliniques. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié suffisant.

Les projets de soins individualisés sont ainsi discutés lors de réunions pluridisciplinaires mais ne sont pas formalisés dans le dossier des patients ni contractualisés avec eux. En revanche, de nombreux services ne tiennent plus de réunions de synthèse permettant la préparation à la sortie, en présence de soignants des services extra hospitaliers.

Des réunions soignants-soignés se tiennent dans quelques services et ont été supprimées dans d'autres depuis la pandémie. Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins dans la mesure du possible et de la volonté du patient.

Des réunions de pôle permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques.

Si la « *pair-aidance* » est inscrite comme objectif dans le projet d'établissement, l'établissement ne disposerait pas encore de médiateurs pairs.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique que :

*« Un médiateur pair de santé a été recruté depuis plus de deux ans ; il est membre de l'équipe de l'UTEP (unité transversale d'éducation thérapeutique) et participe notamment à de nombreux programmes d'ETP ».*

La permanence des soins est assurée par quatre lignes de garde sur place, avec deux internes et deux séniors : un interne et un sénior sont de garde au sein du SECOP et assurent les urgences psychiatriques ; un interne et un sénior sont de garde sur l'ensemble des services intra hospitaliers, ayant en charge également les renouvellements ou arrêts de placement en isolement et contention.

#### 9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision et d'un ping-pong à disposition, très peu d'activités sont proposées dans les unités pour les patients quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) ; seuls quelques jeux de société sont parfois disponibles.

Certains services n'ont pas de salle destinée à y développer des activités. Les possibilités d'animation de ces activités par des soignants ou professionnels sont difficiles en raison du personnel en faible nombre. Dans la plupart des services, les patients se plaignent d'ennui, ce qui avait déjà été souligné lors du contrôle de 2013.

Si l'offre d'activités thérapeutiques est en théorie variée, l'effectivité de l'accès à ces activités est sensiblement différente d'un service à l'autre ; cet accès reste peu développé, insuffisamment intégré dans les projets de soins individuels et freiné dans les unités fermées par l'indisponibilité des soignants.

Le programme des activités est parfois affiché dans les unités, comme dans les unités BSM1 et Charcot. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients.

De plus, peu d'unités bénéficient de la présence d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'éducateurs ou de soignants spécifiquement affectés aux activités.

A titre d'exemple, au sein d'une unité de PGU, diverses activités sont organisées au niveau du CHS (yoga, tir à l'arc, football, renforcement musculaire, etc.). La participation à ces activités est soumise à autorisation médicale. Seuls quatre patients (majoritairement en SL) sur 25 sont inscrits aux activités hors unité.

## RECOMMANDATION 22

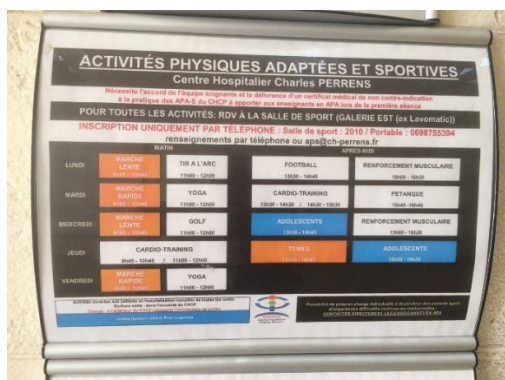
Les activités thérapeutiques sont peu intégrées dans les projets de soins des majeurs et insuffisamment proposées aux patients.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Si l'effectif soignant limité en unité d'admission adulte ne permet pas de conduire des activités thérapeutiques ou occupationnelles régulières, il existe une palette importante d'activités proposées par l'espace Oxygène auxquelles les patients hospitalisés en service libre ou sans consentement et autorisés à sortir peuvent participer (socio-esthétique, atelier « JE », atelier d'ergothérapie, activités physiques adaptées). De plus, concernant les patients hospitalisés en unités fermées, l'établissement a recruté le 14 novembre 2022, un troisième éducateur sportif spécialisé APA (activités physiques adaptées) dans l'objectif de proposer régulièrement des activités physiques adaptées aux patients hospitalisés au sein des unités de soins fermées. »*

Les contrôleurs prennent acte du développement des activités proposées.

Pourtant, un « espace oxygène » rassemble au même endroit, la cafétéria, un lavomatique et une salle d'activités appelé Espace « Je ». A proximité, se trouve également une boutique solidaire (vente de vêtements à bas prix) et les salles affectées aux activités physiques adaptées ou occupées par un ergothérapeute depuis fin 2021. Les activités physiques adaptées sont animées par deux éducateurs sportifs et les séances mêlent souvent patients suivis par l'intra et l'extra hospitalier (4 306 prises en charge en 2021). Les cotisations de cinq patients dans des clubs sportifs extérieurs ont pu être financées par les recettes de la boutique solidaire.



Affichage unité de PGU

ACTIVITÉS PHYSIQUES ADAPTÉES ET SPORTIVES Centre Hospitalier Charles PERRENS			
Nécessite l'accord du médecin traitant et le consentement du patient ou de son représentant légal (en cas de minorité)			
La pratique des APS au CHCP a pour objectif de favoriser l'engagement des patients dans la pratique sportive			
POUR TOUTES LES ACTIVITÉS : RDV À LA SALLE DE SPORT (GALERIE EST) (ex Lavomatic)			
INSCRIPTION UNIQUEMENT PAR TÉLÉPHONE : Salle de sport : 2010 / Portable : 0698755384			
renseignements par téléphone ou apas@ch-perrens.fr			
MATH		ADOLESCENTS	
LUNDI	MARCHE LENTE 09H00 - 10H00	TIR À L'ARC 10H00 - 12H00	FOOTBALL 10H00 - 12H00
MARDI	MARCHE RAPIDE 13H00 - 15H00	YOGA 13H00 - 15H00	CARDO-TRAINING 13H00 - 15H00 / 16H00 - 18H00
MERCREDI	MARCHE LENTE 09H00 - 11H00	GOLF 10H00 - 12H00	ADOLESCENTS 10H00 - 12H00
JEUDI	CARDO-TRAINING 09H00 - 11H00 / 13H00 - 15H00	YOGA 13H00 - 15H00	ADOLESCENTS 10H00 - 12H00
VENREDI	MARCHE RAPIDE 09H00 - 11H00	YOGA 13H00 - 15H00	ADOLESCENTS 10H00 - 12H00

Affichage unité de PGU



Cafétéria

L'établissement défend une politique culturelle et est engagé depuis 2001 dans le dispositif « *culture et santé* », mettant en relation équipes de soins et équipes artistiques du territoire.

Ce volet culturel est inscrit dans le projet d'établissement avec, comme objectifs, de permettre l'accès à la culture, d'ouvrir l'hôpital sur la cité, de valoriser l'image des patients dans le cadre global de la prise en charge soignante.

Pour l'exemple, des citations sont affichées tous les quinze jours dans les unités, apposées sur les murs traversant l'hôpital. Des fresques « *street art* » donnent vie aux murs du CH ainsi qu'aux urgences psychiatriques. Des projets d'ateliers de pratiques artistiques sont prévus pour 2022.

#### BONNE PRATIQUE 4

La politique culturelle de l'établissement apporte une plus-value certaine dans la prise en charge des patients de psychiatrie.

Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique du patient sont proposés aux patients. Une unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP) propose depuis 2018, cinq programmes et trois activités éducatives ciblées, par exemple, « *mieux vivre la schizophrénie* » ou « *l'atelier du médicament*. »

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier ajoute que 360 agents sont formés à l'éducation thérapeutique du patient.

##### 9.1.3 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Quatre ETP de pharmaciens et sept ETP de préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales. Deux internes (1,5 affectés à la PUI du CH) et plusieurs externes sont présents. L'équipe comporte également des agents administratifs et techniques. Il n'y a pas de garde de pharmacie la nuit mais chaque service dispose d'une dotation globale et deux automates d'urgence sont positionnés au sein de l'établissement pour les infirmiers.

Les médicaments arrivent dans les unités en dispensation journalière individuelle nominative, les piluliers étant confectionnés par un automate et contrôlés par les préparateurs.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions ; en 2021, 75 430 lignes de prescriptions ont ainsi été validées, générant 6 300 interventions ; toutes sont

prises en compte et suivies par les prescripteurs, parfois grâce à la présence du pharmacien dans les services lors de réunions cliniques.

Le pharmacien participe à certaines réunions cliniques, ainsi qu'aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) de pédopsychiatrie, et au développement de l'éducation thérapeutique via les « ateliers du médicament », par groupe de six patients lors de plusieurs séances collectives hebdomadaires.

La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients de plus de 65 ans avec des entretiens à l'entrée et à la sortie de l'hospitalisation ; 391 patients en ont bénéficié à l'entrée et 342 à la sortie en 2021. 59 entretiens pharmaceutiques ont par ailleurs été réalisés par les pharmaciens seniors la même année. Ces entretiens se développent depuis 2022 également au sein des CMP.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent régulièrement (trois à quatre fois par an) et avec la présence des médecins. Des comptes-rendus sont établis, diffusés et un bilan annuel également rédigé. La présentation d'un travail, engagé sur l'« optimisation du traitement médicamenteux de l'agitation chez l'adulte » y est prévu.

#### BONNE PRATIQUE 5

La pharmacie clinique est particulièrement développée et fait partie intégrante de la prise en charge des patients.

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

Le projet territorial de santé mentale aborde la question des patients hospitalisés de manière inadéquate ou au long cours dans les établissements et développe le besoin de structures d'aval de type service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), service d'aide à la vie sociale (SAVS), hospitalisation à domicile (HAD), équipe mobile et structures sociales.

Au moment du contrôle, 58 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 280 jours dont 36 dans les unités « REPI » non contrôlées car sans soins sans consentement ni enfermement. Sur les 22 présents dans les unités contrôlées (soit 8 % des 287 places actives), 2 disposaient d'une orientation foyer d'accueil médicalisé (FAM) et SAVS, les autres n'ayant pas de solution.

Dans les unités, les soignants et travailleurs sociaux rapportent le manque d'accès aux logements sociaux malgré la mobilisation du dispositif droit au logement opposable (DALO), de FAM pour lesquels il peut y avoir trois à cinq ans d'attente et de places en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

## 9.2 LES SOINS SOMATIQUES BENEFICIENT DE LA PRESENCE DE MEDECINS GENERALISTES ET DE LA PROXIMITE DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

### 9.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des unités d'hospitalisation complète, par cinq médecins généralistes (4,5 ETP ; un poste est actuellement vacant) ; ils sont secondés par cinq IDE et un cadre. Chaque médecin est en charge de quatre à cinq unités.

Un médecin est présent tous les jours de semaine dans toutes les unités afin d'examiner les patients admis (non déjà examinés par un généraliste au SECOP) et de voir en consultation les patients signalés par les soignants et psychiatres. Le médecin généraliste vient examiner également les patients admis en chambre d'isolement mais uniquement sur demande du psychiatre.

Les médecins participent régulièrement aux réunions cliniques.

Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès du généraliste formé à cet effet.

Le pôle de médecine somatique comprend aussi des IDE qui ont été mobilisés sur la gestion du Covid et n'ont pas encore repris l'activité initialement prévue, comme la participation aux consultations ou le développement d'actions d'éducation à la santé. Ils effectuent les électro-encéphalogrammes.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du CHU situé à proximité. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée. Lors des hospitalisations d'un patient en SSC dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un infirmier de psychiatrie doit rester présent avec le patient hospitalisé, y compris la nuit, sur la base d'un certificat établi par le psychiatre, qui peut ne pas estimer cette présence nécessaire.

Sur le site du CHCP, un plateau technique permet l'accès à une consultation de gynécologie (*cf. supra*), à un neurologue (une fois par semaine), à un endocrinologue tous les quinze jours et à un kinésithérapeute (1,5 ETP). Le cardiologue ne vient actuellement plus et un fauteuil dentaire est en cours d'installation pour une activité programmée à deux demi-journées par semaine (auxquelles s'ajoutent une demi-journée de prévention buccodentaire) ; un pédicure intervient à hauteur de 0,4 ETP.

Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé et disent ne pouvoir dégager le temps nécessaire.

### 9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et, pour les patients hospitalisés, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui se déplace dans les services et fait le lien avec la prise en charge ambulatoire ; ces professionnels inscrivent leurs observations dans le dossier patient du logiciel HM.

Cette équipe est bien connue des soignants et il n'est pas relevé de difficulté pour la mobiliser.

## 9.3 LA SORTIE SE HEURTE AU MANQUE D'OFFRE DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

La prise en charge du patient en soins sans consentement est très vite orientée vers sa réinsertion sociale. La préparation à la sortie est abordée dès la stabilisation de l'état clinique du patient et travaillée en équipe pluridisciplinaire en lien avec l'extra-hospitalier.

Ainsi, dans chaque unité, lors des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires, chaque situation est analysée au regard du projet de sortie, sans toutefois être systématiquement formalisée. Le lien est alors fait avec les structures ambulatoires tels que le centre médico-psychologique (CMP), l'hôpital de jour (HJ) ou le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) du secteur. Outre la possibilité d'orienter le patient, après la période de crise et pour favoriser sa réhabilitation, dans l'une des deux unités de recherche pour le rétablissement en psychiatrie

intersectorielle (REPI) la recherche de domicile s'organise autour de la famille, d'appartements thérapeutiques (trop peu nombreux), d'hôtels sociaux voire d'EHPAD. A la différence des tuteurs familiaux, les mandataires sociaux institutionnels sont, selon les dires, peu enclins à se mobiliser et sont peu présents aux réunions de synthèse auxquelles ils sont pourtant conviés.

La difficulté à trouver un logement adapté est le frein principal à une sortie rapide. Une des assistantes socio-éducatives a précisé aux contrôleurs qu'un délai de plusieurs années n'était pas rare pour obtenir une place dans le foyer idoine.

Il est à préciser que les patients « au long cours » ne sont pas sous statut de soins sans consentement mais en hospitalisation libre.

### 9.3.1 Les sorties de courte durée

Concernant les patients en SSC sur décision du directeur l'établissement, des sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont fréquemment demandées pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social ; elles sont toujours accordées par le directeur. Compte tenu des délais généralement courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel) sont généralement informés par courrier électronique ou par téléphone. Dans certains cas et plus particulièrement dans l'hypothèse de très courtes sorties, accompagnées d'un soignant pour faire des achats, la famille n'est pas systématiquement avisée. Ces sorties sont toutefois dépendantes de la disponibilité des soignants. Pendant le temps de la mission, une trentaine de patients ont bénéficié de telles autorisations. La lecture des registres de la loi a de plus permis de constater que des autorisations étaient données avant même le passage devant le JLD.

Concernant la demande d'autorisation des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), la demande de sortie doit être adressée à l'ARS au moins 48 heures avant celle-ci. Les exigences préfectorales sont variables et diffèrent selon le représentant de l'Etat en poste. Bien souvent une sortie de 48h n'est autorisée qu'après une ou plusieurs sorties de 12h concluantes. Quant à la demande de levée d'hospitalisation, le deuxième avis n'est pas systématiquement mais fréquemment sollicité par la préfecture qui, en revanche, ne s'oppose pas au contenu des programmes de soins. Les médecins savent qu'ils doivent circonscrire avec rigueur le certificat médical tendant à la demande de levée.

### 9.3.2 Les programmes de soins et le collège des professionnels de santé

Les programmes de soins (PDS) sont toujours menés en ambulatoire et correspondent à une réelle sortie d'hospitalisation ; compte tenu du nombre de patients hospitalisés annuellement en soins sans consentement, ils sont relativement peu nombreux ; un des chefs de pôle considère d'ailleurs que la mise en œuvre d'une telle mesure est dans la plupart des cas peu opportune et inefficace. Ainsi au jour du contrôle, 245 patients en soins sans consentement bénéficiaient d'un programme de soins.

Le collège des professionnels de santé se réunit, après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres. Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège se réunit davantage pour examiner la situation des patients en programmes de soins (PDS) que pour ceux, peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.



Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 du code de la santé publique, qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations parfois floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contenterait, au moins dans quelques cas, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait présenter huit avis, la mention « *l'avis du patient a été recueilli* » était toujours présente.

#### 9.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

Les projets de soins individualisés, non contractualisés avec les patients, sont expliqués à ceux-ci lors de chaque entretien avec le psychiatre assisté d'un soignant. Le contenu des certificats médicaux est alors explicité par le médecin qui recueille les observations des patients et les mentionne dans le dossier médical, mais non sur les certificats.

La désignation de la personne de confiance est systématiquement proposée lors de l'admission mais elle n'est que rarement avisée et contactée sauf s'il s'agit du tiers, d'un membre de la famille proche ou du tuteur. Cette personne de confiance ne participe ainsi jamais de la compréhension des soins proposés et de la recherche de son consentement à ces soins. Ce point était déjà soulevé lors du contrôle de 2013.

Le livret d'accueil mentionne qu'il est possible de désigner une personne de confiance « *si vous êtes majeurs et ne bénéficiez pas d'une mesure de tutelle* » évoquant l'exclusion d'une telle désignation de manière générale pour tous les majeurs protégés. Aux termes de l'article L. 1111-6 du CSP lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille. L'exclusion ne concerne donc pas les personnes n'ayant qu'une tutelle aux biens et la désignation est toujours possible avec l'accord du juge ou du conseil de famille pour les patients bénéficiant d'une tutelle complète.

#### RECOMMANDATION 23

Le livret d'accueil doit mentionner les conditions de désignation de la personne de confiance pour les personnes placées sous un régime de protection juridique.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement a pris bonne note de cette recommandation et a amendé le livret d'accueil en conséquence. Le document sera diffusé à l'ensemble des professionnels d'ici mars 2023. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

L'établissement n'a pas mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou plan de prévention des crises). Ces directives sont d'autant plus importantes à recueillir que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celles-ci.

Toutefois, un questionnaire préventif de la « gestion des émotions » est proposé à l'entrée dans l'unité Carreire 6 pouvant s'apparenter à des directives anticipées. Ce document est renseigné à l'admission avec les patients, avec pour intention de comprendre avec eux ce qui peut générer une crise, les moyens de la prévenir, et de renseigner par ailleurs leurs souhaits en cas de recours

contraint à l'isolement et éventuellement à la contention, et d'information, le cas échéant, de leurs proches. Une étude rétrospective doit permettre d'en mesurer l'impact à terme. Au moment du contrôle, cet outil n'était pas nécessairement connu des autres unités, et en tout état de cause, pas mutualisé.

#### RECOMMANDATION 24

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance et la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou plan de prévention des crises.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« Un groupe de professionnels travaille actuellement à la recherche du consentement et de l'adhésion aux soins et sa formalisation. A ce titre, un projet de support a récemment été présenté en comité risque qualité. Ce document (non encore validé) fait état de l'information de la personne de confiance. Une sensibilisation des équipes au rôle et à la mobilisation de la personne de confiance sera à effectuer. Une réflexion sur le plan de prévention de crise est en cours au sein de l'EPP isolement contention. A ce jour, une note de cadrage documentée et un questionnaire de gestion des émotions (outil déjà éprouvé sur l'unité Carreire 6) sont finalisés. La diffusion large de ces supports est conditionnée à l'intégration du questionnaire dans le DPI. Par ailleurs cette thématique est inscrite au plan de formation 2023. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

Concernant le consentement aux traitements, douze prescriptions en « si besoin » étaient effectives au moment du contrôle sur l'ensemble des services contrôlés ; le logiciel de prescription comporte d'ailleurs un pré-enregistrement automatique « *si refus de traitement per os* ». Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

#### RECOMMANDATION 25

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

Dans ses observations du 27 janvier 2023 répondant au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier indique :

*« L'établissement prend bonne note de la remarque, le sujet sera inscrit à l'ordre du jour des travaux d'une prochaine séance de la commission du médicament (CMDMS). »*

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée dans la salle de soin, la pharmacie et dans une unité, dans les chambres, en toute confidentialité.

## 10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 LA PRISE EN CHARGE MATERIELLE DES MINEURS EST SATISFAISANTE MAIS LEURS LIBERTES SONT FORTEMENT RESTREINTES

Le pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PUPEA) mis en place au sein de l'établissement Charles Perrens en 2014, accueille des enfants de zéro à dix-huit ans dans les différentes structures qui lui sont rattachées.

Une unité d'hospitalisation complète de 20 lits est chargée des admissions d'adolescents de 11 à 18 ans : il s'agit de l'unité de psychiatrie infanto-juvénile et de liaison (UPSILON) qui comprend deux secteurs : le secteur « unité de soins conventionnels » (USC) et l'unité de soins aigus (secteur USA).

Le dispositif est complété par une unité de traitement ambulatoire et un hôpital de jour situés à proximité immédiate des unités d'hospitalisation complète.

Des équipes mobiles de ressources et de visites à domicile ainsi que onze centres médico-psychologiques pour enfants et adolescents (CMPEA) complètent le dispositif qui comprend également un centre périnatal mère-enfant.

#### 10.1.1 Les locaux

Les deux secteurs de l'unité d'hospitalisation complète occupent un bâtiment de plain-pied et les locaux administratifs et dévolus aux soins permettent l'exercice de leurs missions par les professionnels.

Un couloir mène au secteur de soins conventionnels (USC) qui dispose d'une cour intérieure décorée par de grandes fresques murales.



*Cour intérieure UPSILON*



*Salon d'accueil de l'unité  
UPSILON*



Quelques équipements meublent cet espace et permettent aux patients de jouer au ping-pong ou au badminton. A chaque extrémité se trouvent des auvents apportant de l'ombre et permettant de s'abriter des intempéries.

Une médiathèque permet la mise en place d'activités variées ; elle comporte un téléviseur, des instruments de musique (guitares et piano électrique) un billard, des ordinateurs, des jeux de société et des livres tels que dictionnaires, livres de la bibliothèque verte, bandes dessinées et des livres d'aventures.

Une salle polyvalente permet également aux patients de se réunir, de s'asseoir sur des poufs colorés et d'y pratiquer des activités d'arts plastiques. La salle de classe est équipée d'un

ordinateur, de tables et de chaises colorées. Le service dispose également d'une salle de psychomotricité.

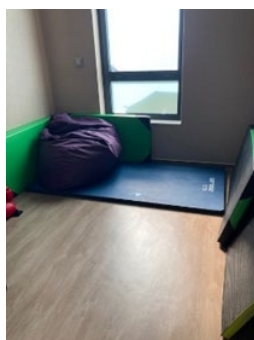
Les chambres des patients sont situées de part et d'autre du bureau des soignants. D'un côté, se tiennent six chambres de l'USA et, à droite, les quatorze chambres de patients hospitalisés dans l'UCS.

En face du bureau des soignants se trouve la salle d'apaisement. Il s'agit d'une pièce plutôt petite qu'une fenêtre opacifiée obscurcie légèrement et équipée de poufs, de tapis de sol en mousse et d'un sac de frappe.

Les chambres d'environ 20m<sup>2</sup> sont toutes individuelles et dotées de salle de douches avec WC et lavabo. Ni la porte de la chambre ni celle de la salle d'eau ne sont dotées de verrous de confort. La cuvette des WC n'est pas munie d'abattant. Un bouton d'appel est accessible à côté du lavabo de même qu'au-dessus de la tête de lit à côté de la commande des lumières. Un vaste placard avec penderie est disponible. Il est équipé d'un verrou mais n'est jamais fermé à clef.



*Chambre d'un patient*



*Salle d'apaisement*



*Cour de l'unité USA*

A proximité des chambres de l'USA se trouve une petite cour décorée de fresques fleuries très colorées. Le revêtement vert imite le gazon. Il s'agit de l'espace de détente offert aux patients hospitalisés dans cette unité. Un baby-foot, des poufs, une table et des bancs meublent l'espace.

### 10.1.2 L'équipe

L'unité UPSILON fonctionne avec une équipe pluridisciplinaire complète. Outre le praticien hospitalier chef de pôle PUPEA, trois médecins seniors et quatre internes sont affectés dans le service. Ils exercent à 80 % en intra hospitalier et à 20 % en extra hospitalier.

Un praticien est toujours présent en journée. Les soins somatiques sont pris en charge par l'un des cinq médecins généralistes de garde et un neurologue, une demi-journée par semaine.

L'équipe soignante est composée de 31 soignants dont 25 infirmiers, 6 aides-soignants et 5 agents des services hospitaliers.

Sont affectés dans l'unité : deux psychologues à mi-temps, un éducateur spécialisé, un psychomotricien, une assistante sociale, une monitrice éducatrice dont l'emploi a été validé lors du « Ségur de la santé ». Un professeur des écoles est coordonnateur des enseignements destinés aux jeunes patients.

En journée, les équipes de soignants (IDE ou AS) sont au nombre de six le matin et sept l'après-midi. C'est ainsi qu'au sein de l'USC sont affectés quatre soignants le matin et quatre l'après-midi tandis que deux soignants le matin et trois l'après-midi sont chargés de l'USA. Le personnel soignant tourne en général tous les deux mois sur chaque secteur. La nuit l'équipe est composée de deux soignants (IDE ou AS).

### 10.1.3 Le fonctionnement

Au jour du contrôle se trouvaient hospitalisés 19 patients, treize dans l'unité de soins conventionnels qui comporte 14 lits et 6 dans l'USA, la capacité totale des deux secteurs de l'unité UPSILON étant de 20 lits. Un seul patient était hospitalisé à la demande d'un représentant de l'Etat et aucun patient n'était hospitalisé par ordonnance de placement provisoire. Sur les 19 patients il y avait 14 garçons et 5 filles. Le plus jeune patient était âgé de 11 ans et 7 mois et le plus âgé de 16 ans et 7 mois. Au moment du contrôle, 7 patients étaient âgés de 11 à 13 ans, 7 patients étaient âgés de 14 à 16 ans et 5 patients avaient plus de 16 ans. L'hospitalisation la plus ancienne remontait au 18 juin 2022 et concernait le patient en SPDRE. La durée moyenne de séjour est de trois semaines.

Les patients sont admis par le SECOP qui les reçoit soit directement soit après un passage au centre hospitalier universitaire Pellegrin situé à proximité de Charles Perrens. Par ailleurs, il existe une liste d'attente de patients, dont le nombre n'a pas pu être donné précisément mais qui comporterait plusieurs dizaines de noms, alimentée par les médecins de ville ou les soignants de l'unité ambulatoire du pôle. Des consultations de pré-admission peuvent avoir lieu mais la prise en compte des urgences retarde l'admission de personnes figurant sur cette liste d'attente. La liste d'attente a été revue avant l'été afin de l'alléger des patients ayant suivi un autre parcours de soins. Toutes les semaines, le médecin fait le point et anticipe une éventuelle admission.

Par manque de lits, certains mineurs sont hospitalisés dans des unités pour adultes. Au jour du contrôle cinq mineurs de plus de 16 ans sont hospitalisés dans les unités pour adultes.

A l'admission, les parents seront reçus par le médecin dans les 24 heures. Le livret d'accueil est remis aux parents et au patient. Il s'agit d'un document spécifique au pôle PUPEA.

Les règles de vie sont expliquées par le soignant verbalement au jeune patient et, selon son état de santé, rappelées ultérieurement.

Les deux secteurs de soins (USC et USA) sont partie intégrante de l'unité de soin UPSILON qui est fermée. Les patients, bien qu'en soins libres pour la quasi-totalité d'entre eux, ne peuvent pas sortir seuls. Lors de leur arrivée tous les objets personnels sont retirés et placés dans de petites armoires fermées à clefs se trouvant dans le bureau des soignants. Ils ne peuvent pas appeler ou voir leurs parents pendant 48 heures. Durant les premiers jours après cette période ils peuvent appeler dix minutes en utilisant le téléphone des soignants qui écouteront la conversation. Aucun d'entre eux ne peut garder son téléphone. A l'USA, les appels téléphoniques sont toujours médiatisés. Le soignant branche le haut-parleur et intervient lorsque la conversation est susceptible de perturber le jeune patient. Les soignants constatent parfois que certains parents insultent le jeune et que celui-ci est bouleversé à la fin de l'appel. A l'USC les premiers appels sont médiatisés puis sont libres mais durent toujours 10 minutes.

#### RECOMMANDATION 26

L'accès au téléphone doit être garanti et les mesures restrictives de liberté doivent être proportionnées et individualisées.

En réponse au rapport provisoire, le directeur général du centre hospitalier a formulé des observations identiques à celles en réponse aux recommandations 7 et 10.

Le tabac est interdit dans l'unité. Si un jeune était déjà dépendant au tabac au moment de son admission, des produits de substitution sont utilisés.

Les parents peuvent rendre visite aux jeunes après accord du médecin en général deux fois par semaine et une fois le week-end. Ils ne peuvent pas entrer dans l'unité : les rencontres se déroulent dans le parc de l'établissement ou dans le salon des familles. Les parents qui arrivent s'annoncent à l'accueil et un soignant va prendre en charge le patient pour le conduire auprès de ses parents. Les premières visites sont médiatisées. Les parents sont aussi reçus par l'assistante sociale.

#### 10.1.4 Les activités et l'enseignement

De nombreuses activités occupationnelles et thérapeutiques sont mises en place et ces activités sont pleinement intégrées dans le projet de soin des patients.

Un budget, d'un montant annuel de 4 460 euros pour les secteurs USC et USA, permet de mettre en œuvre des projets de sorties et des activités.

En période scolaire, c'est le médecin avec l'enseignant référent qui désignent les patients qui peuvent aller en cours. Différentes matières sont proposées : mathématiques, physique, français, histoire. C'est l'enseignant référent qui fait appel aux enseignants nécessaires pour dispenser les matières.

### 10.2 LA FILIERE DE GERONTOPSYCHIATRIE EST EN COURS DE RESTRUCTURATION

A la date du contrôle, le centre hospitalier Charles Perrens ne compte pas d'unité spécifique de gérontopsychiatrie. Une telle unité existait, jusqu'en décembre 2021, avec l'accueil d'une vingtaine de lits sur le site hospitalier Xavier Arnoz. Cette fermeture rapide répondait à la nécessité de redéployer le personnel de cette unité vers les unités d'admission, en raison de l'absentéisme lié à la Covid. Les patients ont alors été réorientés en fonction de leur pathologie et des possibilités d'accueil.

Au moment du contrôle, certaines unités d'admission comptent plus de 25 % de patients âgés de plus de 60 ans, avec des difficultés à trouver des structures d'aval adaptées.

Face à ce constat, un programme de développement de la psychiatrie de la personne âgée figure parmi les projets de l'année 2022, avec les orientations suivantes : réouverture d'une unité d'hospitalisation intersectorielle à temps plein, au sein du pôle UNIVA, pour une capacité de 15 lits<sup>10</sup>, renforcement des soins ambulatoires et développement des consultations spécialisées.

### 10.3 L'ETABLISSEMENT N'ACCUEILLE QUE TRES EXCEPTIONNELLEMENT DES PERSONNES DETENUES

Aucun détenu n'était présent dans l'établissement lors du contrôle. Les détenus relèvent généralement de l'UHSA de Cadillac.

Seuls trois détenus ont été hospitalisés au sein de l'établissement depuis 2015 au titre de l'article D. 398 du code de procédure pénale, respectivement en 2016, 2020 et 2021 avec des admissions au SECOP et dans l'unité BSM-Charcot (unité fermée). Aucune spécificité n'a été rapportée s'agissant de leur prise en charge.

Selon la direction qualité, aucun protocole/convention spécifique n'existe concernant ce type d'hospitalisation au sein de l'établissement. Le règlement intérieur de l'établissement, spécifie tout de même que « *les détenus patients ou blessés qui ne peuvent être transférés ou maintenus*

---

<sup>10</sup> A savoir 10 lits dans un premier temps dans l'ex-unité Genin, et ensuite 15 lits au total dans l'ancienne unité Carreire 1.

*dans un établissement pénitentiaire approprié en raison de leur état de santé, sont admis dans une chambre du CH Charles Perrens où un certain isolement est possible et où la surveillance par les services de police peut être assurée, sans entraîner de gêne pour les autres patients. Les mesures de surveillance et de garde dans les locaux hospitaliers des patients placés incombent exclusivement aux personnels de police ou de gendarmerie et s'exercent sous la responsabilité de ces derniers et ce jusqu'à la décision d'hospitalisation. La garde cesse dès que l'hospitalisation est prononcée (art. 33) ».*

*Le vade-mecum relatif à l'isolement et contention précise par ailleurs que ces mesures « ne peuvent répondre en aucun cas à des impératifs d'ordre disciplinaire. De ce fait, lorsque des personnes détenues sont hospitalisées dans l'attente d'une place en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) ou suite à une décision d'irresponsabilité pénale, le recours à l'isolement ou à la contention ne peut s'envisager que s'il est médicalement nécessaire ».*

## 11. CONCLUSION

Le contrôle du CH Charles Perrens s'est opéré dans des conditions sereines et constructives avec l'administration et les professionnels de l'établissement.

Certaines recommandations émises lors du contrôle de mars 2013 n'ont pas été suivies d'effet comme celles relatives à la suroccupation des lits et à l'insuffisance d'activités proposées aux patients en soins sans consentement.

Cet hôpital spécialisé et universitaire joue un rôle majeur dans la prise en charge de psychiatrie sur son territoire et assure, pour les patients en soins sans consentement, un total accès aux soins de psychiatrie et aux soins somatiques.

Les restrictions de liberté au quotidien sont relativement limitées, mais la liberté d'aller et venir est contrariée par un défaut d'organisation de la surveillance humaine des patients et du fait que de nombreuses unités sont fermées. Les conditions immobilières ont fait l'objet de nombreuses rénovations et modernisation mais quelques bâtiments restent inadaptés aux soins de psychiatrie et les portes des chambres ne disposent pas encore de verrous de confort.

L'établissement est confronté à un manque de personnel et une insuffisance de lit occasionnant des atteintes aux droits fondamentaux des patients sur certains aspects de la prise en charge, comme le respect de l'intimité ou les fermetures de portes par exemple. L'avantage de disposer de nombreux espaces d'apaisement n'est pas encore mis à profit d'une réflexion générale sur les chambres d'isolement et le statut juridiquement opaque des « chambres sécurisées » ; les pratiques d'isolement et de contention restent importantes et dépassent le concept de « dernier recours » attendu.

Enfin, le patient sujet de droit n'est pas encore suffisamment pris en compte, que ce soit dans la recherche du consentement lors de chaque soin ou dans l'information donnée sur ses droits ou la notification des mesures le concernant.



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