



Rapport de visite :

6 au 16 juin 2017 - Première visite

Centre hospitalier spécialisé de
Cadillac

(Gironde)

SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Cadillac, du mardi 6 au vendredi 16 juin 2017. Le rapport établi à l'issue de cette visite a été communiqué au directeur de l'établissement, au préfet de la Gironde, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Bordeaux ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de Santé - délégation départementale de la Gironde - le 29 janvier 2018. Par courrier du 7 février 2018, le procureur de la République a fait savoir que ce rapport n'appelait aucune observation de sa part ; le directeur de l'établissement a fait connaître ses brèves observations dans sa réponse du 7 mars 2018 ; les autres destinataires n'ont pas donné suite à cet envoi.

Outre l'unité pour malades difficiles (UMD) et l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) ouverte en septembre 2016, le CHS de Cadillac offre 375 lits d'hospitalisation. Ils sont répartis dans quatre pôles (dont trois géographiques) comportant au total 16 unités éparpillées sur quatre sites, dont une de géronto-psychiatrie, quatre accueillant des patients « chroniques » et une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP). Il s'agissait d'une première visite qui a porté essentiellement sur les unités hébergeant des patients admis en soins sans consentement ainsi que les unités fermées. L'UMD, qui a déjà fait l'objet de deux visites, en 2011 et 2015, n'était pas concernée par le présent contrôle. A l'arrivée des contrôleurs, 136 patients des unités visitées avaient été admis en soins sans consentement dont 98 sur décision du directeur de l'établissement et 38 sur décision du représentant de l'Etat.

L'établissement a mis en œuvre depuis janvier 2017 une réorganisation des unités, qui poursuit quatre objectifs :

- proscrire la présence de patients en soins libres en unité fermée ;
- diminuer les fugues des patients en soins sans consentement en les regroupant dans des unités fermées et réunies sur le site de Cadillac ;
- diminuer la capacité des unités fermées et ouvrir, par conséquent, une unité intersectorielle supplémentaire ; ceci à moyens constants donc avec un redéploiement du personnel et une baisse d'effectif soignant dans les unités dont la capacité est abaissée ;
- diminuer les transferts vers la salle d'audience, installée sur le site de Cadillac, des patients en soins sans consentement hospitalisés dans les unités éloignées.

L'établissement prend en compte, à la fois dans son ensemble et également dans son individualisation, la question des droits et libertés des patients.

Cette démarche se traduit en premier lieu par un « projet des droits des usagers » où il s'agit de maximiser les libertés tout en préservant la sécurité, et sans écarter les interrogations au quotidien qui vont avec, notamment les incidents (vols, indécrottes avec les téléphones, etc.) ; en deuxième lieu, par la qualité des procédures dans leurs écrits (documents relatifs aux soins sans consentement) et dans leur pratique, notamment l'organisation des audiences devant le juge de la liberté et de la détention (JLD) qui facilite au maximum les présentations ; enfin, par la sensibilisation des soignants à l'information sur les droits auprès des patients.

Deux nuances doivent être apportées : la procédure de la personne de confiance n'est pas conduite jusqu'à son terme et l'information sur les élections aurait pu être complétée par un affichage dans les unités ou évoquée dans les ateliers éveil.

Ces objectifs de respect des droits des patients (dignité, intimité) imprègnent les pratiques et ont été pris en compte dans la restructuration et dans les réflexions engagées qui ne sont pas encore abouties.

Un programme de restructuration va commencer en septembre et s'étendre sur six ans pour refaire, notamment, cinq unités. Cette première tranche est financée notamment par le gel de postes techniques et administratifs. L'amélioration des conditions d'hébergement (chambres individuelles) est, en effet, indispensable. Les locaux sont dégradés, comportent de nombreuses chambres collectives (2 à 4). Dans l'unité accueillant des patients « à spectre autistique », les conditions d'hébergement sont clairement dangereuses : sorties de secours impraticables, fenêtre et volets jamais ouverts dans des chambres aménagées en box en quinconces, fermés par des tissus, et dont il paraît difficile à de tels patients de trouver la sortie en cas d'incendie. Les sanitaires sont minimaux.

L'amélioration de la prise en charge thérapeutique s'impose en raison de l'absence d'examen somatique sérieux à l'arrivée et de la faiblesse de l'effectif médical. Le projet prévoit le développement d'un plateau technique, mais à ce jour les moyens sont insuffisants. En revanche, la présence des psychiatres dans les unités est assurée.

La faiblesse de l'offre d'activités thérapeutiques inter-unités et dans les unités-mêmes, notamment par l'indisponibilité des soignants, et le déficit d'intervenants paramédicaux doivent être corrigés. On peut se demander si la liberté d'aller en ville dont jouissent les patients ne devient pas une excuse à l'absence d'activités même occupationnelles. Parmi les cinquante personnes au « long courts », certaines perdent des capacités à cause de la faiblesse de la prise en charge, ce qui complique encore plus l'accès à une structure extérieure. Le potentiel du parc et l'environnement sont insuffisamment mobilisés. En revanche, une cafétéria a été ouverte en janvier 2018.

Un travail de réflexion sur les pratiques et les conditions d'isolement et la contention doit être conduit dans les meilleurs délais.

Les conditions matérielles sont inacceptables dans plusieurs unités : pas de double accès, mobilier dangereux, pas d'appel malade, pas d'horloge, pas de climatisation, utilisation des chambres ordinaires pour l'isolement.

Les pratiques font apparaître des confusions nombreuses : la décision initiale porte sur 24 h, elle peut être interrompue et reprise au gré des soignants, constituant en quelque sorte un « bon de tirage » sur 24 heures. Les décisions de mise en chambre d'isolement sont formellement enregistrées mais de façon inexploitable comme outil *a posteriori* d'observation des pratiques. Les soignants de certaines unités ont le sentiment d'isoler beaucoup alors que l'examen du registre ne le confirme pas. Le passage systématique d'un médecin somaticien n'est pas assuré quand un patient est placé en chambre d'isolement ou en cas de contention. La recherche d'alternatives à l'isolement est insuffisante. Les chambres d'isolement peuvent être utilisées comme chambres d'hébergement en cas de sur-occupation.

La prise en charge affiche partout un souci de bienveillance mais les résultats sont inégaux.

D'un côté, la réduction des capacités des unités a entraîné une réduction corrélative du calibrage des équipes qui passe mal auprès du personnel soignant. Cette réorganisation souffre de trois difficultés présentées comme conjoncturelles : un assèchement du recrutement infirmier consécutif à l'ouverture de l'UHSA et d'établissements dans la région ; les conditions d'hébergement n'ont pas encore changé – même si le nombre de patients a baissé – et ne facilitent pas les prises en charge ; une sur-occupation est constatée depuis septembre 2016, inexpliquée mais qui touche toute la France.

En conséquence, la réorganisation est mal vécue par les équipes soignantes, qui ont le sentiment d'en faire plus (sur-occupation) avec des roulements qui sont à effectif minimum. Elles font valoir, en outre, que la limitation des unités fermées conduit à y concentrer les patients difficiles.

Les patients « chroniques » connaissent les pires des conditions d'hébergement ; certes, ce sont leurs unités qui vont être refaites les premières mais l'achèvement de la réalisation est à horizon 5 ans.

L'unité de géronto-psychiatrie, bien que théoriquement ouverte, est fermée en raison à la fois de l'inadéquation des locaux, de l'indisponibilité de l'équipe soignante, "confortée" ou justifiée par la nature des pathologies traitées (démences), et de la nécessité d'avoir une structure contenant... Le projet d'humanisation *a minima* qui démarrera à la rentrée n'améliorera pas les choses : le projet d'une unité fermée et d'une autre ouverte ainsi qu'un hôpital de jour est différé en 2020.

Ces constats sont contrebalancés par des réalisations intéressantes : l'USIP a un projet rassurant permettant une évolution thérapeutique favorable, la contenance bien conçue en fait un espace de liberté pour exprimer la pathologie. Les règles propres à l'USIP bénéficient à la sérénité de son fonctionnement, notamment l'absence de sur-occupation et des chambres individuelles ainsi qu'une préparation à l'entrée et à la sortie effectives et favorables. La règle de la durée de séjour impose une réflexion sur la démarche thérapeutique et le projet de soins. En outre, elle bénéficie de son inclusion dans le pôle de psychiatrie médico-légale et de son plateau technique et humain, mutualisation favorable à des patients dont la prise en charge est *a priori* plus difficile.

En définitive, il s'agit d'un établissement qui, dans sa réorganisation, conduit au moins au niveau de la hiérarchie mais dans des perspectives matérielles un peu lointaines, des réflexions approfondies qui articulent la question des droits fondamentaux des patients et la qualité des soins.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- | | |
|--|-----------|
| 1. BONNE PRATIQUE | 18 |
| Les formations et les évaluations des pratiques professionnelles font une part importante aux droits des patients sous contrainte et à la bienveillance. | |
| 2. BONNE PRATIQUE | 20 |
| Le statut d'admission en soins sans consentement n'entraîne pas nécessairement une hospitalisation dans une unité fermée. | |
| 3. BONNE PRATIQUE | 21 |
| La vigilance dont fait preuve la cellule des admissions sur la qualité des motivations des certificats médicaux et les conséquences qu'elle en tire sont protectrices des droits des patients sur l'adaptation de leur statut d'admission aux circonstances. | |
| 4. BONNE PRATIQUE | 22 |
| La qualité des documents concernant les droits des patients sans consentement, élaborés par la direction de la clientèle et applicables à tout l'hôpital, permet de les citer en exemple. | |
| 5. BONNE PRATIQUE | 31 |
| Les patients ont accès au parc, soigné et agréable, indépendamment de leur statut d'admission ou de celui de leur unité d'hébergement. | |

RECOMMANDATIONS

- | | |
|---|-----------|
| 1. RECOMMANDATION | 19 |
| L'établissement doit réduire la proportion très importante de patients admis en procédure d'urgence sur demande d'un tiers alors que cette procédure, qui ne garantit pas une appréciation de la situation par un double avis médical, devrait rester exceptionnelle. | |
| 2. RECOMMANDATION | 23 |
| Pour être valable, la procédure de désignation de la personne de confiance doit comprendre l'obtention systématique de la signature de celle-ci confirmant son accord. | |
| 3. RECOMMANDATION | 24 |
| Au-delà des informations diffusées, dont la qualité n'est pas en cause, il serait souhaitable d'offrir aux patients de véritables possibilités d'accéder concrètement au culte de leur choix durant leur hospitalisation. | |
| 4. RECOMMANDATION | 29 |
| L'existence du contrat de soins doit être mentionnée dans le livret d'accueil. | |
| 5. RECOMMANDATION | 36 |

Un salon aménagé pour les visites, préservant l'intimité, doit être mis à disposition dans chaque unité.

6. RECOMMANDATION 36

L'impossibilité pour les patients d'accéder à un équipement Wifi paraît difficilement justifiable. Il conviendrait d'y remédier.

7. RECOMMANDATION 37

La majorité des patients sont logés dans des chambres à deux lits ou plus, sans réelle séparation entre les lits. Il convient de remédier à cette situation irrespectueuse de l'intimité des patients.

8. RECOMMANDATION 37

L'intérieur de la plupart des chambres est visible depuis le couloir. La possibilité d'observer les chambres doit être réservée au personnel soignant.

9. RECOMMANDATION 37

Toutes les chambres doivent disposer d'un système d'appel.

10. RECOMMANDATION 38

Toutes les chambres devraient disposer d'un système permettant au patient de s'enfermer, mais autorisant en toutes circonstances les soignants à ouvrir.

11. RECOMMANDATION 39

Les conditions d'hébergement des patients de l'unité Séglas sont non seulement indignes mais très dangereuses. Une restructuration de ces locaux doit être entreprise dans les plus brefs délais.

12. RECOMMANDATION 39

La restructuration des bâtiments doit conduire à ce que les chambres de toutes les unités disposent d'une salle d'eau avec douche.

13. RECOMMANDATION 41

Les changements de chambre doivent demeurer exceptionnels, et ne doivent jamais entraîner un hébergement en chambre d'isolement.

14. RECOMMANDATION 41

Les conditions et les délais de récupération de leurs valeurs par les patients doivent être étudiés de sorte que ces opérations n'entraînent ni un retard de leur sortie ni une obligation pour eux de revenir les chercher ultérieurement.

15. RECOMMANDATION 42

L'établissement a initié une réflexion sur la question de la vie sexuelle des patients, qui devra aboutir à un écrit garantissant une démarche homogène dans toutes les unités.

16. RECOMMANDATION 45

Il est souhaitable de ne pas attendre la réalisation du projet de restructuration immobilière du site de Cadillac pour améliorer l'organisation et l'utilisation par les patients des activités thérapeutiques intersectorielles et installer une cafétéria.

17. RECOMMANDATION46

L'offre d'activités au sein des unités est particulièrement pauvre et se traduit par un ennui des patients, qui peut avoir des conséquences néfastes, notamment sur leur capacité de sortie de l'institution. Des activités encadrées par les soignants doivent être organisées régulièrement.

18. RECOMMANDATION48

Dans le cadre de la réorganisation en cours du CHS, il est nécessaire de revoir l'organisation et l'offre des soins somatiques sur le site.

19. RECOMMANDATION :51

Les registres prévus par la loi et précisés dans l'instruction ministérielle, (ministère des affaires sociales et de la santé) du 29 mars 2017 doivent être mis en place de manière homogène dans l'ensemble des unités pratiquant l'isolement. Une réflexion permettant de déterminer des items utiles pour l'exploitation a posteriori des données de ces registres est à finaliser.

20. RECOMMANDATION52

L'examen somatique du patient en amont de l'isolement et à l'issue d'une période de douze heures doit être systématisé dans toutes les unités.

21. RECOMMANDATION53

Les chambres d'isolement doivent impérativement être mises en conformité avec les exigences réglementaires. Elles doivent notamment disposer d'une double ouverture sur l'extérieur, de dispositif d'appel y compris sur le lit en cas de contention, d'une horloge, d'un interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière, de point d'eau et de toilettes ainsi que de la possibilité de redresser le matelas pour la position demi-assise. Sauf à méconnaître le respect de sa dignité, le patient placé en chambre d'isolement doit être protégé de la vue des tiers.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LES OBJECTIFS DE RESTRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT SONT AMBITIEUX MAIS LEUR ASPECT MATERIEL EST FINANCE	11
2.1 l'offre d'hospitalisation psychiatrique du département repose essentiellement sur trois établissements publics	11
2.2 les objectifs de l'établissement visent une meilleure cohérence de la prise en charge des patients et une amélioration sensible de leur hébergement.....	11
2.3 L'organisation de l'établissement vise à réunir sur le site central les patients en soins sans consentement	12
2.4 La réorganisation du centre hospitaliser a coïncidé avec des tensions sur le recrutement de soignants.....	16
3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS	19
3.1 les patients en soins sans consentement sont minoritairement admis selon un procédure de droit commun.....	19
3.2 L'information des patients sur leurs droits fait l'objet d'un processus précis dont l'application reste de qualité variable selon les unités.....	20
3.3 La formation du personnel aux droits des patients doit continuer à requérir l'attention de la direction et des unités.....	22
3.4 les modalités de traitement des requêtes sont satisfaisantes	22
3.5 la procédure de désignation de la personne de confiance la prive de caractère opératoire	23
3.6 Les informations sur l'exercice du droit de vote demeurent minimales.....	23
3.7 L'accès au culte de son choix est possible mais essentiellement en dehors de l'établissement	23
3.8 un dispositif de qualité organise la protection juridique des patients majeurs	24
3.9 L'accès du patient à son dossier médical est respecté	24
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS PAR LES INSTITUTIONS	25
4.1 les difficultés internes de fonctionnement de la CDSP ont fait obstacle, au cours des deux dernières années, à l'exercice de ses missions	25
4.2 La qualité de la tenue du registre permet de vérifier la régularité des procédures	25
4.3 L'établissement a consenti les efforts nécessaires pour permettre au JLD d'exercer son office dans de très bonnes conditions	26

4.4	le fonctionnement des collèges des professionnels ne présente pas de difficulté	27
5.	LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS.....	28
5.1	Le centre hospitalier ne dispose pas d'un règlement intérieur.....	28
5.2	Hormis en géronto-psychiatrie, les règles de fonctionnement des unités n'édicte aucune restriction systématique et définitive à la liberté individuelle des patients	28
5.3	Le contrat de soins formalise l'individualisation des restrictions de liberté.....	28
5.4	Le tabac fait l'objet de mesures dont la diversité peut interroger.....	29
5.5	Le vaste parc clôturé est sécurisé ; les patients doivent disposer d'une autorisation pour y accéder et les visiteurs sont filtrés.	30
5.6	Comme la liberté d'aller et venir, les contraintes imposées aux patients dans leur vie quotidienne sont individualisées, formalisées et en pratique peu nombreuses.	33
5.7	les contraintes sur les droits de communiquer avec les proches sont mesurées et individualisées.....	34
6.	L'ETABLISSEMENT OFFRE AU PATIENT DES CONDITIONS DE VIE TRES HETEROGENES SELON LES UNITES.....	37
6.1	Les conditions d'hébergement laissent côtoyer le meilleur et l'inacceptable.....	37
6.2	La sur occupation est endémique dans certaines unités.....	40
6.3	La gestion des biens des patients accompagne leur autonomie.....	41
6.4	la réflexion sur la vie sexuelle des patients demeure balbutiante.....	42
7.	LA PRISE EN CHARGE MEDICALE.....	43
7.1	le patient bénéficie de soins psychiatriques adaptés.....	43
7.2	La prise en charge somatique, préoccupation affirmée dans les unités, souffre de moyens très insuffisants.....	48
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE.....	48
8.1	Des procédures d'accueil et des règles de vie respectueuses de l'état du patient et de son parcours.....	48
8.2	Les pratiques d'isolement et de contention sont questionnées par l'institution.....	50
8.3	La délivrance des traitements est respectueuse du secret médical.....	53
8.4	Les procédures de signalement des événements indésirables sont bien formalisées et permettent une analyse fine de la situation de l'établissement.....	53
8.5	Le comité d'éthique reste une instance qui se cherche.....	54
9.	CONCLUSION.....	55

Rapport

Contrôleurs :

- Anne Lecourbe, cheffe de mission ;
- Dominique Bigot ; contrôleur,
- Annick Morel ; contrôleure,
- Philippe Nadal; contrôleur,
- Bruno Rémond; contrôleur,
- Cédric de Torcy ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Cadillac, du mardi 6 au vendredi 16 juin 2017.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 juin 2017 à 14h30 ; ils l'ont quitté le 16 juin à 12h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement qui leur a fait une brève présentation du contexte de fonctionnement du CHS. Il a ensuite été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont, outre le directeur, le président de la commission médicale de l'établissement (CME), le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la secrétaire générale -directrice adjointe chargée du patrimoine et de la communication-, les directeurs adjoints, des chefs de pôle et de secteur, des cadres de santé et des représentants des usagers. Il a été précisé que la mission ne concernait ni l'unité pour malades difficiles (UMD) – déjà visitée à deux reprises, la dernière fois en octobre 2015 – ni l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA).

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Gironde, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Bordeaux.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet. Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à sa disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 16 juin 2017 en présence de la secrétaire générale, des directeurs adjoints et du président de la CME.

Le rapport rédigé à l'issue de cette visite a été communiqué au directeur de l'établissement, au préfet de la Gironde, au procureur de la République près le tribunal de grande instance de Bordeaux ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé - délégation départementale de la Gironde - le 29 janvier 2018. Par courrier du 7 février 2018, le procureur de la République a fait savoir que ce rapport n'appelait aucune observation de sa part. Dans sa réponse du 7 mars 2018, le directeur de l'établissement indique, s'agissant de la recommandation n°16 du rapport, qu'une Maison des usagers est ouverte depuis le 31 janvier 2018, que des activités se mettent en place progressivement en co-construction avec les usagers et, qu'en ce qui concerne les autres recommandations, un plan d'améliorations est en cours de finalisation.

2. LES OBJECTIFS DE RESTRUCTURATION DE L'ETABLISSEMENT SONT AMBITIEUX MAIS LEUR ASPECT MATERIEL EST FINANCE

2.1 L'OFFRE D'HOSPITALISATION PSYCHIATRIQUE DU DEPARTEMENT REPOSE ESSENTIELLEMENT SUR TROIS ETABLISSEMENTS PUBLICS

L'offre d'hospitalisation publique psychiatrique à temps plein du département est répartie sur l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux, le service psychiatrique de l'hôpital de Libourne et le CHS de Cadillac. Aucun de ces établissements ne dispose d'un service d'urgence psychiatrique disposant d'un plateau technique somatique adapté.

Toutefois, l'hôpital Charles Perrens dispose d'un service d'évaluation, de coordination et d'orientation psychiatrique (SECOP) où peuvent être amenés les patients en crise. De là, ils sont conduits dans l'hôpital de leur secteur, après éventuellement, qu'ait été prise une décision de soins sans consentement.

Par ailleurs, deux cliniques psychiatriques privées offrent au total quatre-vingt-douze lits d'hospitalisation.

Les files actives de l'établissement pour 2016 sont retracées dans le tableau ci-dessous.

	Adultes	Enfants
Nombre de patients pris en charge à temps complet	2 071	15
Nombre de patients pris en charge à temps partiel	273	149
Nombre de patients pris en charge en ambulatoire	9 160	2 374
Nombre de patients pris en charge en ambulatoire hors CATTP	8 881	2 259
Nombre de patients exclusivement pris en charge en ambulatoire	7 484	2 322

L'activité est en croissance constante depuis 25 ans : depuis 1995, la file active adulte a crû de 95 % et 4 150 nouveaux patients ont été pris en charge en 2016. Le nombre de patients adultes hospitalisés a décliné de 2 292 en 2001 à 1 745 en 2010 pour croître constamment depuis et s'établir 2 059 en 2016, représentant 126 438 journées d'hospitalisation.

2.2 LES OBJECTIFS DE L'ETABLISSEMENT VISENT UNE MEILLEURE COHERENCE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET UNE AMELIORATION SENSIBLE DE LEUR HEBERGEMENT

En janvier 2017 a été mise en place une réorganisation des unités d'hospitalisation élaborée dans le cadre d'un projet « SOCLE ». Ce projet répond aux objectifs suivants :

- distinguer les unités d'hébergements destinées aux patients admis en soins libres (SL) de celles accueillants des patients admis en soins sans consentement (SSC) afin de pouvoir ouvrir les premières ;
- définir trois pôles de psychiatrie adulte géographiquement identifiés ;
- diminuer à dix-huit le nombre de patients par unité fermée, ce qui a entraîné l'ouverture d'une nouvelle unité ;
- réunir dans des unités proches du site central les patients en SSC, afin de limiter les transports vers Cadillac lors des audiences devant le juge des libertés et de la détention.

Cette réorganisation a entraîné des modifications d'affectation des médecins en interne et une grande partie des chefs de pôle a changé.

Par ailleurs, le CHS conduit un projet architectural de restructuration des bâtiments afin d'offrir dans chaque unité des chambres individuelles et un plateau technique somatique.

Enfin, une cafétéria devrait être ouverte avec un embryon de maison des usagers. Est aussi étudié un projet d'espace culturel et associatif, dont les plans architecturaux existent, installé à l'entrée de l'hôpital, où des avocats pourraient aussi venir donner des consultations ou conseils. Ce projet est travaillé avec la cadre de santé d'une unité de l'UMD et une représentante des usagers.

2.3 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT VISE A REUNIR SUR LE SITE CENTRAL LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

2.3.1 La politique Intra/extra hospitalière

Le CHS comporte désormais six pôles de psychiatrie prenant en compte l'origine géographique des patients :

- le pôle A, rive droite, admet les patients de la partie Nord de la rive droite de la Garonne ;
- le pôle B admet les patients du Sud-ouest et la psycho-gériatrie ;
- le pôle C, admet les patients du Sud-est du département et comporte une unité post-urgences et courts séjours ;
- un pôle de réhabilitation, dénommé « Perspectives », prenant en charge des patients chroniques ;
- un pôle de psychiatrie médico-légale regroupant l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) et l'UMD ;
- un pôle infanto-juvénile.

Le pôle infanto-juvénile n'a pas d'unité d'hospitalisation à Cadillac, ses unités d'hospitalisation temps plein sont à l'hôpital Charles Perrens de Bordeaux. Cependant, on constate l'entrée de mineurs au CHS de Cadillac (cf. § 2.3.3). Chaque pôle comporte des unités d'hospitalisation temps plein réparties sur le site central de Cadillac, à Lormont (45 km de Cadillac), à Villenave-d'Ornon (33 km), à Laroque (4 km) ou encore sur le site de Boissonnet (situé dans Cadillac, à proximité du site central).

L'unité pour malades difficiles (UMD) ainsi qu'une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) sont situées sur le site de Boissonnet.

Le réseau de structures extrahospitalières hors du site pour les adultes est constitué par quatorze centres médico-psychologiques (CMP), trois hôpitaux de jour, un hôpital de nuit, deux unités de géro-psycho-ambulatoire et six centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

L'ensemble offre 178 places. Le délai d'attente pour un rendez-vous en CMP varie selon les centres mais la moyenne est de 32 jours pour une consultation avec un psychiatre et de 21 jours pour un rendez-vous avec un soignant (infirmier ou psychologue).

La direction regrette que ces structures soient insuffisamment mobilisées ; aussi, dans le cadre de la contractualisation de pôle, elle affiche un l'objectif d'abaissement du délai de rendez-vous soignant à 15 jours et que, si les pôles ont un projet, elle mettra les moyens à leur soutien.

2.3.2 Répartition des unités d'hospitalisation et spécificités de celles-ci

En principe, en application de la politique récemment mise en œuvre, chaque unité est désormais toujours ouverte ou toujours fermée et non ouverte ou fermée selon le statut des patients qui y sont accueillis à un moment donné. Pour autant, l'affectation des patients en soins sans consentement (SSC) dans des unités fermées n'est pas systématique, des patients en SSC peuvent aller en unité ouverte lorsqu'ils sont proches de la sortie.

POLES	Unités	Localisation	Lits autorisés	Type d'unité
A	PINEL	CADILLAC	18	Unité fermée Admissions
	BROCA	CADILLAC	17	Unité fermée Admissions
	CPL	LORMONT	30	Unité ouverte Admissions
	GRAVIERES	LORMONT	24	Unité ouverte
B (dont la psycho-gériatrie)	TOSQUELLES	CADILLAC	26	Unité fermée Admissions
	Clinique de Villenave-d'Ornon	VILLENAVE-D'ORNON	34	Unité ouverte Admissions
	PARCHAPPE	CADILLAC	29	Unité fermée Psycho-gériatrie
C	CHARCOT	CADILLAC	18	Unité fermée admissions
	PMP BAZAS	BAZAS	25	Unité ouverte Admissions
	RAYNIER	CADILLAC	17	Unité ouverte Admissions
	UCS (unité de courts séjours)	CADILLAC	20	Unité mixte Post urgence et courts séjours
PERSPECTIVES (patients chroniques)	DAUMEZON	CADILLAC	21	Unité ouverte
	TRELAT	CADILLAC	32	Unité ouverte
	SEGLAS	LAROQUE	15	Unité ouverte 16-25 ans
	REGIS	LAROQUE	35	Unité ouverte
USIP		BOISSONNET	14	Unité fermée
Total			375	

Au jour de la visite, seules deux unités (Les Gravières et Régis) n'hébergeaient aucun patient en SSC ; il a été indiqué que les quelques patients en SSC qui demeuraient dans des unités géographiquement éloignées continuaient à y séjourner pour leur épargner un changement de prise en charge problématique pour eux.

La réorganisation a été diversement appréciée par le personnel en raison des constats suivants : Est relevé positivement le fait que les unités n'admettent plus de patient hors secteur ce qui permet un meilleur appui sur l'extrahospitalier.

Il a également été indiqué que, du fait qu'une unité est fermée, on recourt moins à l'isolement pour éviter que les patients s'échappent. Mais, corrélativement, tous les patients sont enfermés alors qu'en pratique, beaucoup ont le droit de sortir et les soignants se plaignent de passer beaucoup de temps à ouvrir les portes.

Plus négatif est le constat que la diminution des effectifs de patients dans les unités fermées n'est qu'apparente puisque, hormis dans les unités accueillant des patients chroniques (pôle Perspectives) et à l'unité de soins intensifs en psychiatrie, une sur occupation est possible jusqu'à vingt et un patients. Or, l'établissement a fait face à un afflux de patients entre l'été 2016 et le printemps 2017, afflux qui a limité les effets de la réorganisation tels que perçus par le personnel. Certaines équipes trouvent que l'accumulation de patients en SSC dans une même unité génère une ambiance pesante, tendue.

Par ailleurs, alors que l'unité de courts séjours (UCS) avait été créée pour des admissions post urgence afin d'éviter les sur occupations dans les autres unités, sa nouvelle mission dans le cadre du projet SOCLE, recevoir les patients en court séjour (<14 jours), conduit à ce que l'unité Charcot reste saturée en permanence.

En principe, les patients en SSC sont placés en unité fermée et les patients en soins libres (SL) dans une unité ouverte. En cas de levée de mesure de SSC, le patient est d'office transféré dans une unité ouverte. Or, Raynier est l'unique unité ouverte située dans l'enceinte du CHS. Il arrive donc régulièrement qu'un patient soit transféré dans une unité extérieure. Les patients n'apprécient pas ces déplacements ; ils préféreraient rester dans l'unité où ils étaient en SSC.

L'établissement était sensible à ces critiques, mais l'analyse de leur prise en compte était, lors de la visite, perturbée par les phénomènes circonstanciels tenant à l'afflux de patients conjugué à des difficultés de recrutement.

2.3.3 Le rôle particulier de l'UCS

L'unité de courts séjours, intersectorielle, a été créée il y a quelques années, comme « unité d'admission post-urgence » dans le but de désengorger les autres unités, qui étaient régulièrement en situation de sur occupation. Depuis janvier 2017, dans le cadre du projet « SOCLE », elle reçoit également des patients en « court séjour », dont l'hospitalisation est censée ne pas dépasser 14 jours, durée correspondant à l'ancien délai de passage en audience devant le JLD. Le terme de « *lit porte* » est utilisé dans l'unité.

Cette double mission lui confère un rôle proche de celui d'une unité d'accueil pour tout patient admis dans l'établissement. Aussi, un des médecins psychiatres de l'unité assume la fonction de « médecin coordonnateur » : il est systématiquement contacté par l'organisme qui souhaite adresser un patient au CHS de Cadillac, et il sélectionne son unité d'admission.

Ce n'est pas le médecin coordonnateur qui fixe les déplacements depuis l'UCS vers les unités sectorielles : il propose et les unités décident ; parfois un patient « difficile » n'est pas retenu au profit d'un patient plus facile, arrivé plus récemment, provoquant ainsi une concentration de patients « lourds » maintenus dans l'UCS au-delà des 14 jours et une augmentation de charge de travail des équipes soignantes ; « *l'UCS s'occupe de tous les patients dont personne ne veut* ».

Parfois l'unité reçoit des mineurs – jusqu'à cinq simultanément. Il est arrivé qu'un mineur de 13 ans placé en ordonnance de placement provisoire (OPP) soit admis à l'UCS et y reste plus de 14 jours.

Entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juin 2017, l'unité a procédé à 235 admissions dont 17 mineurs (dont le plus jeune avait 15 ans).

2.3.4 La politique financière

L'établissement a décidé d'un plan ambitieux de rénovation des cinq unités d'hospitalisation dont l'état est indigne (cf. § 6.1) et de la réfection d'une cuisine, d'une pharmacie, d'un centre

de consultations médicales pour les soins somatiques. Le coût total des travaux a été évalué à 30 millions d'euros, dont le financement de la première tranche ferme (23,3 millions d'euros) réalisée entre 2017 et 2022 est assuré en partie par les ressources propres actuelles de l'établissement : la dotation annuelle de financement a baissé entre 2016 et 2017 à activité constante mais les effets d'un plan de maîtrise des dépenses salariales par le gel de postes administratifs, logistiques et techniques – une quarantaine de postes gelés sur les 300 existants – a dégagé un excédent de fonctionnement auquel se sont ajoutées, pour l'année 2016, les conditions financières favorables de l'ouverture de l'UHSA. Cette politique devrait être reconduite. Il est prévu que le complément du financement résulte d'un emprunt sur 20 ans. Ainsi, les choix opérés par le projet d'établissement trouvent-ils une assise financière réaliste.

2.4 LA REORGANISATION DU CENTRE HOSPITALISER A COÏNCIDE AVEC DES TENSIONS SUR LE RECRUTEMENT DE SOIGNANTS

Le centre hospitalier de Cadillac comptait en juin 2017 au total (UHSA comprise) un effectif de 1 243,04 équivalents temps plein (ETP) rémunérés de personnel non médical et 62,83 ETP de médecins (respectivement 1 234,05 et 63,70 en 2016) auxquels il convient d'ajouter 14 internes.

2.4.1 Les postes de médecins

Lors de la visite, six postes de médecins étaient vacants dont deux en pédopsychiatrie, l'établissement recourt à quelques médecins étrangers. Le nombre de psychiatres intervenant à chacun des pôles et des unités dépend de la nature et du nombre des patients accueillis. Ainsi 3 ETP de psychiatres sont affectés à l'unité d'admission Pinel (vingt lits) du pôle A contre 0,6 ETP à l'unité Daumézou (vingt et un lits) du Pôle Perspectives qui prend en charge des patients au long cours. Sauf exception, les médecins hospitaliers assurent des vacations dans les CMP et des gardes au sein de chaque pôle.

2.4.2 Le personnel soignant

Si l'organisation des unités prévoit des effectifs cibles de soignants, leur recrutement a connu des difficultés depuis janvier 2017 au moment de la mise en place du projet « SOCLE ». Alors que les postes de médecins sont pourvus, des tensions récentes ont pesé sur le recrutement des infirmiers et des aides-soignants (AS). Le nombre de postes vacants communiqué en juin 2017 (10,3 postes de soignants) ne reflète pas cette tension en raison du recours palliatif à des agents en contrat à durée déterminée (CDD) et à l'intérim. Au cours du deuxième trimestre 2017, les recours à l'intérim ont concerné principalement les unités Pinel/Broca au pôle A, Parchappe et Tosquellès au pôle B, Bazas et surtout l'UCS au pôle C. Depuis le début de l'année, on a compté deux CDD d'aide-soignant et d'agent des services hospitaliers (ASH) et trente-six missions d'intérim d'infirmiers, dix-sept étant programmées en juin. L'ouverture de l'UHSA en juillet 2016 et la « concurrence » d'autres hôpitaux du département expliquent cette pénurie conjoncturelle qui a coïncidé avec la mise en place du projet « SOCLE » dans l'établissement : la conjonction des deux éléments a conduit à un mouvement social qui reste encore sporadiquement et partiellement mobilisé. Les difficultés de recrutement devraient se réduire avec les prochaines sorties d'écoles d'infirmiers et d'aides-soignants.

Sur la base du projet « SOCLE », la nouvelle organisation du personnel par unité, en cours d'évolution, prévoit des effectifs cibles, et minimum en cas de grève, différents et modulés entre infirmiers et aides-soignants selon la nature et le nombre des patients accueillis : ainsi, l'équipe de l'unité Régis de trente-cinq places, accueillant des patients au long cours, est composée

majoritairement d'aides-soignants à l'inverse des unités d'admission. Dans la journée (6h45-14h30 ; 13h-30-21h15), sont prévus pour des unités d'admission, de dix-sept à vingt lits, entre trois et quatre soignants le matin et l'après-midi, complétés ou non par un ASH. Les équipes de nuit (21h-7h), allégées (en général deux soignants), sont composées, par rotation, des personnels de jour, mais des contrats spécifiques peuvent « dédier », sur la base du volontariat, certains agents à ces horaires.

Les effectifs totaux des unités intègrent des agents supplémentaires pour tenir compte de l'absentéisme (autour de 8 % pour le personnel de soins en 2015 pour l'absentéisme maladie et maternité) et des contraintes spécifiques de transport des patients : transport depuis un autre établissement (service des urgences de l'hôpital Charles Perrens pour les personnes sous contrainte), à partir du domicile pour les ré-hospitalisations des patients en programme de soins, accompagnement à des consultations spécialisées ou à l'intérieur de l'établissement aux audiences du JLD, enfin, transfert d'une unité à une autre. En dépit de cette organisation, les unités peuvent être confrontées à un manque de personnel : il est dans ce cas, fait appel à des solidarités de pôle ou entre pôles mais aussi à l'intérim ou à des CDD (cf. *supra*).

L'encadrement de chacune des unités est assuré par un cadre de santé à l'exception de celui des deux unités Pinel/Broca au pôle A, assumé par le même cadre.

Les nouveaux arrivants connaissent une période de tutorat dans les équipes de travail (des formations au tutorat sont mises en place) : selon les informations recueillies dans certaines unités, la pénurie de personnel rend parfois théorique cet accompagnement.

2.4.3 La formation professionnelle

Le budget de formation, se répartit chaque année par importance décroissante entre la formation promotionnelle (accès des agents à des diplômes qualifiants), les axes prioritaires de l'établissement et une enveloppe par pôle.

Depuis 2011, les axes prioritaires font une part importante aux droits des patients sous contrainte ; en 2017, quatre sessions sont prévues pour quinze personnes chacune. Cette formation, suivie régulièrement par les agents de la cellule « admission des patients » au sein de la direction de la clientèle - en charge des procédures applicables aux patients sans consentement - a été rendue obligatoire l'année dernière pour les médecins. Depuis 2011, ce sujet fait également l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP), attachée au processus de certification de la HAS (cf. *infra*).

A été mise en place également, depuis 2014, une formation à la gestion de la violence « OMEGA », (deux à cinq groupes de dix à quinze personnes), préoccupation mise en lumière en 2014 par l'agression d'un aide-soignant à l'UMD : 100 personnes auraient été formées depuis 2015 dont principalement le personnel de l'UMD. Afin de motiver les médecins et les équipes soignantes des autres unités, la direction des soins envisage d'intégrer ce programme dans une approche plus large concernant la relation soignant-soigné et les pathologies.

Ces thèmes sont à mettre en relation avec les préoccupations institutionnelles sur la bientraitance (EPP depuis 2010) et le respect des droits des patients/usagers qui constitue une des bases du projet d'établissement (2016-2020).

Bonne pratique

Les formations et les évaluations des pratiques professionnelles font une part importante aux droits des patients sous contrainte et à la bientraitance.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT MINORITAIREMENT ADMIS SELON UN PROCEDURE DE DROIT COMMUN

Les patients hospitalisés sans consentement la première semaine de la visite se répartissaient selon leur statut d'admission, comme indiqué dans les tableaux ci-dessous.

Admission sur décision du directeur de l'établissement		
Procédure	Article du code santé publique	Nombre de patients
droit commun (SDT)	3212-1-II 1°	34
péril imminent (SPI)	3212-1-II 2°	10
urgence (SDTU)	3212-3	54
Total		98

Admission sur décision du représentant de l'Etat		
Procédure	Article du code santé publique	Nombre de patients
Procédure de droit commun	3213-1	36
Initiative du maire	3213-2	36
Changement de statut après admission	3213-6	24
Initiative judiciaire	3213-7	14
Patient détenu	3214-3	20
Décision judiciaire (article 706-135 du code pénal)		6
Total		136

Plus de la moitié des patients admis sur demande d'un tiers le sont en procédure d'urgence, donc sur le fondement d'un seul certificat médical. Cette situation serait imputable au service des urgences de l'hôpital Charles Perrens qui pratique les admissions en procédure d'urgence par souci de simplicité.

Recommandation

L'établissement doit réduire la proportion très importante de patients admis en procédure d'urgence sur demande d'un tiers alors que cette procédure, qui ne garantit pas une appréciation de la situation par un double avis médical, devrait rester exceptionnelle.

Parmi les patients admis en SDRE, seuls trente-trois étaient hospitalisés hors du pôle médico judiciaire ; l'USIP comptait six patients en SDT et cinq en SDRE.

Le statut d'admission ne pèse pas nécessairement sur le mode de prise en charge. Au cours de cette même période, trois patients admis en SDRE étaient hospitalisés dans une unité ouverte – dont un dans l'unité Daumézon – de même que treize patients admis en SDT.

Bonne pratique

Le statut d'admission en soins sans consentement n'entraîne pas nécessairement une hospitalisation dans une unité fermée.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS FAIT L'OBJET D'UN PROCESSUS PRECIS DONT L'APPLICATION RESTE DE QUALITE VARIABLE SELON LES UNITES

3.2.1 Le rôle de la cellule d'admission

L'information sur les droits des patients, notamment ceux hospitalisés sous le régime des soins sans consentement, fait l'objet d'une grande attention : le processus est géré pour l'ensemble de l'hôpital par la cellule d'admission des patients (quatre personnes à temps partiel) au sein de la direction de la clientèle.

S'appuyant sur un groupe de travail, mis en place dès 2011 dans le cadre d'une EPP et composé des représentants de tous les pôles, la cellule a élaboré l'ensemble des procédures et processus, lié à l'admission des patients sous contrainte : elle a normalisé les documents utiles (y compris les certificats médicaux), notamment ceux à destination des patients (récépissés de remise des décisions et de notification des droits à chacune des étapes), des tiers ou des institutions : l'ensemble est décrit dans un corpus de textes, disponible pour toutes les unités dans l'intranet de l'hôpital et dans un livret papier « *Livret d'information des soins sans consentement* ». Des indicateurs qui mesurent par unité les délais de retour des notifications d'admission, accompagnent cette documentation, désormais précise, complète et mise à jour périodiquement.

Au-delà de ce *vade-mecum* à destination des équipes de médecins et de soignants, les droits des personnes hospitalisées sans consentement, sont précisés très clairement dans le livret d'accueil de l'hôpital, remis à tous les patients : ils font en outre l'objet d'un petit dépliant spécifique avec les coordonnées postales (JLD, procureur de la république, CDSP) ou téléphoniques (avocats) des instances de recours. Il est à observer que cet opuscule, par mesure de simplification (?) ne mentionne pas la CDSP ou encore le CGLPL.

Le processus d'information est partagé entre l'unité de soins (rédaction de certificats médicaux, envois à l'agence régionale de santé pour les SDRE ou à la direction de la clientèle pour les SDDE pour les arrêtés de placement, information du patient sur les décisions et ses droits) et la cellule « admission des patients » (rappel des échéances, transmission des arrêtés de l'agence régionale de santé (ARS) ou du directeur, convocations devant le JLD, transmission des ordonnances du juge, tenue des registres). Une grande vigilance est apportée par la cellule d'admission sur la précision du contenu des certificats médicaux d'admission. Si les critères de péril imminent ou d'urgence ne sont pas caractérisés, la responsable de la cellule prend contact avec l'auteur, ce qui peut conduire à la reprise du document ou l'abandon de la mesure si le patient n'est pas encore admis et éventuellement à une levée de la mesure si le patient est déjà admis et que la

procédure ne peut être rectifiée. La même vigilance est apportée sur le contrôle de la réalité de la recherche de tiers.

Bonne pratique

La vigilance dont fait preuve la cellule des admissions sur la qualité des motivations des certificats médicaux et les conséquences qu'elle en tire sont protectrices des droits des patients sur l'adaptation de leur statut d'admission aux circonstances.

3.2.2 La pratique des unités

L'arrivée des patients vers les unités d'hospitalisation de Cadillac se fait selon plusieurs modalités :

- vers l'UCS, en urgence depuis le SECOP basé à l'établissement Charles Perrens (60 % des admissions s'y ferait de 19h à 5h du matin) ou le service des urgences de l'hôpital de Langon, mais aussi, plus rarement, vers les autres unités (sur 294 transports vers Cadillac par le SECOP, près de 60 % concernait l'UCS en 2016) ;
- vers les autres unités, de façon programmée depuis les CMP, les autres établissements psychiatriques (vers l'USIP) ou médico-sociaux (vers Parchappe), ou encore depuis les autres unités d'hospitalisation (vers l'UCS notamment).

En outre, l'information sur les droits des patients sans consentement peut être rendue nécessaire par la transformation du statut d'admission au sein d'une même unité (Pôle Perspectives par exemple).

L'organisation des admissions en urgence fait peser sur l'UCS une bonne partie de la charge de l'information des patients entrants et en dégage les unités d'admissions, les équipes des autres unités ayant la charge de l'accueil programmé.

Selon les unités, l'information sur les décisions, à l'arrivée et au cours de l'hospitalisation (convocations devant le JLD, ordonnances du juge, notification de maintien ou de levée de la décision) est délivrée :

- exceptionnellement par les médecins (Parchappe) ;
- indifféremment par les médecins et l'équipe soignante, parfois par le cadre de santé (UCS, Charcot) ;
- les infirmiers seuls (Pinel, Broca, Daumézon).

Quels qu'ils soient, les soignants prennent le temps de l'explication des décisions de soins sans consentement, les informations pouvant être répétées (USIP) lorsque le patient est en état de les comprendre. Les originaux des décisions sont adressés aux patients par la cellule « admission » et remis en mains propres aux patients par les soignants (en cas d'urgence, une copie de la décision peut être adressée par télécopie). Un récépissé, signé ou non par le patient, atteste que la décision, accompagnée des certificats médicaux et d'une information sur ses droits, lui a été notifiée.

A l'arrivée, selon les observations recueillies sur place, le livret d'accueil de l'hôpital est donné au patient ou déposé dans sa chambre.

L'ensemble des documents est conservé par les patients dans le tiroir de leur chambre ou les placards : quelques-uns d'entre eux ne s'en séparent pas de la journée (Parchappe).

3.3 LA FORMATION DU PERSONNEL AUX DROITS DES PATIENTS DOIT CONTINUER A REQUERIR L'ATTENTION DE LA DIRECTION ET DES UNITES

Selon les informations recueillies, la formation des personnels soignants à l'information des patients sans consentement (cf. *supra*), obligatoire pour les médecins, est variable selon les unités. Elle n'est pas ciblée sur les soignants des unités d'hospitalisation dont les connaissances et la pratique restent perfectibles.

A l'unité Parchappe, les deux psychiatres du pôle qui délivrent l'information, présents toute la semaine et expérimentés, sont formés, compétents et bienveillants. Compte tenu des pathologies des personnes accueillies, la perception de cette information est diverse ainsi qu'ont pu le constater les contrôleurs.

Si les soignants de l'UCS, récemment mise en place, se déclarent formés aux lois de 2011 et 2013, de même que ceux de Charcot, il n'en est pas de même dans les unités Pinel et Broca. Dans les structures accueillant des malades chroniques (Daumézou) et compte tenu de la faible occurrence des nécessités d'information (changement de statut des patients), la qualité de l'information peut apparaître problématique.

Bonne pratique

La qualité des documents concernant les droits des patients sans consentement, élaborés par la direction de la clientèle et applicables à tout l'hôpital, permet de les citer en exemple.

Recommandation

La formation du personnel aux droits des personnes sans consentement doit être poursuivie et ciblée sur les soignants des unités d'hospitalisation qui n'en ont pas bénéficié.

3.4 LES MODALITES DE TRAITEMENT DES REQUETES SONT SATISFAISANTES

Lorsqu'un patient dépose une plainte ou une réclamation, celle-ci est adressée au directeur, qui la transmet au bureau de la direction de la clientèle chargé de ces questions, lequel envoie un accusé de réception au patient, accompagné éventuellement d'une réponse. S'il n'est pas en mesure de traiter la question, il transmet le dossier à la (ou les) personne(s) concernée(s) ; il centralise les réponses et les adresse au patient.

Le délai de réponse au patient est inférieur à une semaine dans 40 % des cas, à quinze jours dans 20 %, à un mois dans 13 %, à deux mois dans 18 % et supérieur à deux mois dans 9 % (il s'agit en général de questions concernant les assurances).

Au cours de l'année 2016, l'établissement a fait l'objet de 135 réclamations et 114 plaintes.

L'établissement dispose d'un médiateur médical – plus un suppléant – et un médiateur non médical – plus deux suppléants : un administratif et un soignant. A la réception d'une plainte, le directeur peut décider de lancer une procédure de médiation ; un médiateur, médecin ou non selon le cas, est alors sollicité pour instruire l'affaire et rencontrer les personnes concernées. Le plaignant peut aussi initier lui-même une médiation mais cela arrive très rarement. La commission des usagers est systématiquement tenue informée des actions de médiation. Il a été procédé à trois médiations en 2016 et trois depuis le 1^{er} janvier 2017.

En juin 2016, une réclamation concernant une contestation de soins sans consentement a été transmise à la CDSP conformément aux directives ; malgré trois relances et des promesses de prise en compte, la CDSP n'avait toujours pas répondu au moment de la visite des contrôleurs, soit au bout d'un an.

3.5 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE LA PRIVE DE CARACTERE OPERATOIRE

Une note d'information du directeur, en date du 16 novembre 2016, détaille le rôle de la personne de confiance et les règles concernant sa désignation. Il y est notamment précisé que celle-ci doit cosigner le formulaire de désignation.

Dans la pratique, environ la moitié des patients ont désigné une personne de confiance ; seules sont informées de leur désignation les personnes de confiance qui viennent rendre visite au patient, et leur signature n'est quasiment jamais demandée ; les contrôleurs ont constaté qu'elle n'apparaissait quasiment jamais, sauf dans l'unité de géronto-psychiatrie Parchappe, où, sur trente patients, quinze avaient désigné une personne de confiance, parmi lesquels dix formulaires comportaient la signature de ladite personne de confiance.

Recommandation

Pour être valable, la procédure de désignation de la personne de confiance doit comprendre l'obtention systématique de la signature de celle-ci confirmant son accord.

3.6 LES INFORMATIONS SUR L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE DEMEURENT MINIMALES

La direction de l'hôpital a élaboré une note, à l'attention du personnel soignant, indiquant les modalités à suivre pour permettre aux patients d'exercer leur droit de vote, par voie de procuration, lors des élections présidentielles puis législatives du printemps. Cette note a été diffusée dans toutes les unités du centre hospitalier. Il n'est pas possible de savoir si tous les patients en âge et en droit d'exercer cette activité citoyenne ont été bien informés - et à temps - des démarches à suivre. Il est certain, en revanche, que :

- le document adressé au personnel soignant n'a pas fait l'objet d'un affichage visible et lisible dans les unités ;
- malgré leur importance, ces échéances électorales n'ont pas, non plus, été l'occasion d'actions d'information ou de sensibilisation permettant aux patients de comprendre l'importance des enjeux et, par voie de conséquence, d'exprimer leur intention de pouvoir voter.

Les résultats sont là : sur l'ensemble du centre hospitalier, seulement sept patients ont demandé à pouvoir voter lors des élections présidentielles et aucun d'entre eux n'a exprimé le même souhait pour les élections législatives du mois de juin.

3.7 L'ACCES AU CULTE DE SON CHOIX EST POSSIBLE MAIS ESSENTIELLEMENT EN DEHORS DE L'ETABLISSEMENT

Dans la fiche intitulée « votre séjour », le livret d'accueil mentionne bien, dans un court paragraphe, le droit reconnu aux patients de pouvoir faire appel à un ministre du culte de leur choix. Par ailleurs, une petite plaquette en couleurs donne toutes les informations nécessaires

permettant de contacter téléphoniquement ou par courrier les aumôniers ou les ministres des différents cultes, à l'exception du bouddhisme qui n'est pas mentionné.

En pratique, seuls se déplacent, à la demande des patients, un aumônier catholique et un pasteur évangélique.

Enfin, sur le site même de l'hôpital, dans un lieu banalisé, car la chapelle est en réfection, une messe catholique est célébrée chaque vendredi à 16h45.

Mais la possibilité pour les patients d'accéder au culte de leur choix s'arrête là. Non seulement l'hôpital n'a rien organisé pour permettre aux ministres des différents cultes de passer dans les unités, mais il n'existe même pas, malgré l'importance des espaces disponibles, de lieu, éventuellement multiconfessionnel, dédié aux cultes.

Recommandation

Au-delà des informations diffusées, dont la qualité n'est pas en cause, il serait souhaitable d'offrir aux patients de véritables possibilités d'accéder concrètement au culte de leur choix durant leur hospitalisation.

3.8 UN DISPOSITIF DE QUALITE ORGANISE LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS MAJEURS

Si les relations entre l'hôpital, le tuteur et le patient protégé sont de qualité variable lorsque le tuteur est une personne ou une association extérieure au centre hospitalier, il n'en est pas de même lorsque l'hôpital lui-même assure la tutelle. Lors de la visite, c'était le cas pour 106 personnes dont 62 hospitalisées dans les unités de Cadillac et 44 dans les maisons de retraite ayant des liens avec le centre hospitalier.

Un service spécial a été organisé à cet effet. Les dossiers concernant les patients sont remarquablement organisés et tenus, les différents documents étant classés par nature de problème ou de pièces (facture d'achat, ou de services, question notariale, fiscalité nationale ou locale, gestion de patrimoine, documents divers, relations familiales, etc.).

En relation avec la trésorerie principale, ce service gère les avoirs financiers des patients, placés à la banque des patients lorsque la somme ne dépasse pas 60 euros et chez le comptable public pour les montants supérieurs. Dans ce cadre, c'est ce service qui assume la fonction d'ordonnateur des dépenses, quelle que soit la nature de celles-ci.

Les assistantes sociales sont en charge de l'élaboration des demandes de protection. Dans l'unité Parchappe, elles sont efficaces et très actives : elles rencontrent tous les patients, les familles et les tuteurs lorsqu'ils existent avec une triple mission : l'accès aux droits ; l'élaboration des projets de sortie (EPHAD ou domicile) et la mise en place des mesures juridiques de protection. Sur trente patients présents le jour de la visite, douze faisaient l'objet d'une mesure de protection, un patient avait refusé une mesure, et deux mesures étaient en cours par l'assistante sociale.

3.9 L'ACCES DU PATIENT A SON DOSSIER MEDICAL EST RESPECTE

Conformément à la législation, le patient peut demander à consulter son dossier sur la base d'une lettre au directeur d'établissement. Selon les informations recueillies, cette demande peut aussi se résoudre simplement sans formalisme par un entretien avec le médecin traitant.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS PAR LES INSTITUTIONS

4.1 LES DIFFICULTES INTERNES DE FONCTIONNEMENT DE LA CDSP ONT FAIT OBSTACLE, AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES, A L'EXERCICE DE SES MISSIONS

En 2016, la commission départementale des soins psychiatriques a rencontré des difficultés matérielles qui l'ont empêchée d'exercer correctement ses missions : absence du secrétariat - fourni en principe par l'agence régionale de santé -, démission d'un membre psychiatre, longue indisponibilité d'un autre membre. Aussi, aucune visite du centre hospitalier de Cadillac n'a été effectuée ; la CDSP s'est bornée à conduire des réunions sur les dossiers qui lui étaient signalés et traiter certaines des réclamations dont elle était saisie, mais pas celle de du CHS de Cadillac (cf. § 3.4).

Il a été précisé que, lors de la visite conduite à la seule UMD en 2015, les patients avaient été informés de celle-ci et avaient pu rencontrer sans difficulté les membres de la CDSP sur place.

Le président de la commission a souhaité que l'établissement dispense une information plus précise auprès des patients sur les compétences de la CDSP afin d'éviter que celle-ci ne soit saisie de questions étrangères à sa mission mais dont la réponse aux patients pouvait se révéler coûteuse en temps au regard des moyens dont disposent les membres.

4.2 LA QUALITE DE LA TENUE DU REGISTRE PERMET DE VERIFIER LA REGULARITE DES PROCEDURES

Un même registre est utilisé pour les SDDE et SDRE ; le registre en cours a été ouvert le 17 mai 2017 ; la première mesure est un transfert du SECOP de Charles Perrens le 19 mai, date de l'admission au CHC. Le registre précédent a été ouvert le 3 avril 2017.

En haut de la page est indiqué le mode d'admission - SDT, SDTU, SDRE - ainsi souvent que le nom de l'unité d'hospitalisation. Au 7 juin 2017, quarante-quatre mesures sont enregistrées.

Les certificats médicaux sont horodatés, le service des admissions y veille, et collés de telle sorte qu'il est très facile de contrôler les noms des auteurs et de vérifier qu'ils sont différents au cours des 72h lorsque c'est nécessaire. L'avis destiné au JLD mentionne l'absence de besoin d'interprète et la capacité à assister à l'audience.

La date de notification des droits, dont l'article 3212-11 4° prévoit qu'elle devrait être reportée dans le registre, n'y figure jamais (le modèle officiel ne prévoit pas de place pour ce faire).

Les ordonnances du juge ne sont pas mises dans le registre et le sens du dispositif est retranscrit dans l'item prévu dans la première page.

Les mesures durables sont reportées de registre en registre, avec indexation du registre précédent et du suivant.

La tenue minutieuse du registre permet très facilement de suivre les mesures.

La vice-procureure se rend une fois par an à l'établissement : elle vise les registres et profite de sa visite pour un échange avec la responsable de la cellule des admissions. Par ailleurs, celle-ci peut aussi prendre contact avec elle sur des dossiers qui posent problème.

4.3 L'ETABLISSEMENT A CONSENTI LES EFFORTS NECESSAIRES POUR PERMETTRE AU JLD D'EXERCER SON OFFICE DANS DE TRES BONNES CONDITIONS

4.3.1 La préparation de l'audience

Les saisines du greffe du juge des libertés et de la détention (JLD) sont préparées à la cellule des admissions du service clientèle. Deux audiences ont lieu par semaine, les mardi et jeudi matin ; ce qui permet de convoquer les patients à la date la plus proche du délai de 12 jours dans lequel ils doivent être présentés.

Les convocations des patients sont adressées par le greffe du juge au service clientèle qui les transmet aux unités ; les soignants les notifient aux patients, les leur font signer et compléter sur la demande d'un avocat nommé et les coordonnées, le cas échéant, d'un tuteur et transmettent directement les récépissés au greffe, un double étant adressé au service clientèle. Le juge convoque le tuteur et le tiers.

La vice procureure vise les dossiers avant l'audience JLD.

Le mandataire de l'établissement se rend systématiquement à toutes les audiences JLD où une des personnes dont il a la protection est convoquée. En revanche, il est constaté que les autres mandataires viennent peu.

4.3.2 La tenue de l'audience

Une salle d'audience est installée dans l'enceinte de l'établissement. Elle est aménagée de façon classique en prétoire, le juge et le greffier étant derrière un large bureau placé sur une estrade, le justiciable et son avocat à une table face à lui ; le public se tient derrière une balustrade.



La salle d'audience

Deux agents, une aide-soignante et un technicien du service des transports, sont détachés pour l'organisation de l'audience. Ils assurent l'ordre de passage sur la base du rôle. Les patients sont toujours transportés en véhicule même si l'unité qui les héberge est proche de la salle d'audience.

Deux avocats d'office sont convoqués à chaque audience de sorte que l'un s'entretient avec un patient, pendant que l'autre assiste le deuxième patient à l'audience ; deux salles sont aménagées pour ces entretiens, disposant de table et chaises et dont la porte close assure une réelle confidentialité des échanges. La porte de l'un de ces bureaux est percée d'un oculus permettant une surveillance extérieure. De façon générale, les avocats reçoivent les patients seuls ; les entretiens durent dix à quinze minutes. Le barreau de Bordeaux a constitué un pool

d'avocats formés spécialement au contentieux de soins sans consentement ; leur présence ne pose donc aucune difficulté.

Cette organisation assure à la fois la fluidité de l'audience et un temps suffisant pour chacun de s'exprimer pendant l'entretien préalable et au cours de l'audience.

Le juge ne revêt pas toujours sa robe pour l'audience ; les avocats tiennent, en revanche à porter la leur. Les patients sont toujours habillés en vêtements de ville.

Le juge prend le temps d'entendre le patient, lui explique le sens de sa décision, précise les possibilités et les conditions de l'appel et rappelle au patient qu'il peut à tout moment demander la mainlevée de la mesure dont il fait l'objet ou demander une expertise.

Si le patient ne peut se déplacer à l'audience, le juge peut le rencontrer dans l'unité et s'entretenir avec lui.

4.3.3 Les décisions rendues

En 2016, 1 041 patients ont été convoqués à une audience ; 612 concernaient des patients en SDT et 429 des patients en SDRE.

22 mainlevées ont été prononcées et 103 ordonnances constatant que la décision était sans objet – la mesure ayant été levée avant l'audience ou le patient ayant été passé en programme de soins. Quatre expertises ont été demandées et la cour d'appel a été saisie de quarante-quatre décisions.

La motivation des mainlevées a été tirée dans cinq cas de l'absence de bien-fondé de la mesure, dans deux du non-respect des délais et dans les dix-sept autres cas d'un vice de forme ou de l'irrégularité de la procédure.

Le nombre de saisines du JLD à l'initiative des patients est croissant, passant de trente-six en 2015 à cinquante-neuf en 2016.

4.4 LE FONCTIONNEMENT DES COLLEGE DES PROFESSIONNELS NE PRESENTE PAS DE DIFFICULTE

Les échéances de la réunion du collège sont gérées très en amont par la cellule d'admission des patients et communiquées à l'avance aux unités (médecins et soignants) qui n'ont pas de difficultés à réunir les professionnels concernés. Sur les quatre-vingt-deux réunions organisées depuis le début de l'année 2017, les collèges ont prononcé une levée de la mesure avec un programme de soins.

5. LE RESPECT DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

La gestion et la prise en compte des libertés individuelles des patients ont été placées au cœur du projet « SOCLE ». D'abord, par la réunion des unités fermées sur le site principal de Cadillac, ensuite par l'absence totale de patients en soins libres dans des unités fermées et enfin par une volonté affirmée de diminuer les fugues.

5.1 LE CENTRE HOSPITALIER NE DISPOSE PAS D'UN REGLEMENT INTERIEUR

Si le livret d'accueil énumère en page 7, « *quelques règles à respecter* », l'établissement ne s'est pas doté d'un règlement intérieur global pouvant servir de socle commun aux règles de vie des unités.

5.2 HORMIS EN GERONTO-PSYCHIATRIE, LES REGLES DE FONCTIONNEMENT DES UNITES N'EDICTENT AUCUNE RESTRICTION SYSTEMATIQUE ET DEFINITIVE A LA LIBERTE INDIVIDUELLE DES PATIENTS

Les unités ont édicté chacune leurs « règles de vie », celles de Broca étant seulement en instance de rédaction ; l'USIP s'est dotée d'un véritable règlement intérieur composé de treize articles. Sans même entrer dans le détail des contenus, la seule présentation des règles de vie de chaque unité met en évidence une élaboration propre à chaque structure.

Malgré ces différences de présentation, les contenus apparaissent finalement globalement identiques, avec des rappels de quelques impératifs de la vie en communauté et une large information sur le fonctionnement de l'unité, gestion des biens, heures des repas, etc.

Même le règlement intérieur de l'USIP contient peu de restrictions autres que celles concernant le respect des autres patients.

Surtout, aucune des « règles de vie » n'édicte de restriction systématique et définitive à la liberté individuelle des patients, ni pour l'usage du téléphone, ni pour les relations sexuelles, ni pour le port d'un pyjama, ni pour les sorties. Il est indiqué pour ces questions - lorsqu'elles sont abordées - qu'elles sont soumises au médecin qui prononce des restrictions.

Les règles de vie de l'unité Parchappe font exception et sont, en fait, plus strictes que celles décrites dans le document d'information : chambres et placards sont fermés à clef pour tous et non accessibles dans la journée.

Plus curieusement, aucune de ces « règles de vie » n'évoque l'existence du « contrat de soins », contrat individuel qui précise pour chaque patient les autorisations ou interdictions évolutives dont il fait l'objet sur prescription médicale. Seules les unités Raynier et UCS évoquent son existence, non pour en préciser le contenu ou l'application, mais pour rappeler que « *le non-respect de ces règles peut entraîner une révision du contrat de soins et/ou un dépôt de plainte* ».

5.3 LE CONTRAT DE SOINS FORMALISE L'INDIVIDUALISATION DES RESTRICTIONS DE LIBERTE

Le contrat de soins est un document d'une page, contenu informatiquement dans le dossier de chaque patient. Y apparaissent les dates de prise en charge, le nom du médecin référent, le cadre thérapeutique puis, six cadres que le médecin renseigne sur :

- les vêtements personnels autorisés ou non ;
- les visites autorisées ou non ;
- les communications téléphoniques avec cinq choix « réception, émission, carte, en chambre, portable » ;

- la télévision¹ autorisée ou non ;
- les sorties autorisées ou non et des cases à cocher pour « parc » ou « ville » ;
- une case « autres » que le médecin utilise par exemple pour prescrire un « temps d'apaisement en chambre d'une heure après chaque repas ».

Le document est évolutif. Chaque nouvelle interdiction ou, plus souvent, chaque levée d'interdiction entraîne sa mise à jour et permet de prendre connaissance de l'évolution de chaque restriction que le médecin a prescrite.

Les contrôleurs ont pu constater dans les unités que ce document constituait la base et la référence non seulement des soignants mais aussi des patients dans les interdits ou restrictions de la vie quotidienne. Dans certaines unités, il est tenu sous forme électronique et une version papier n'est remise au patient que s'il en fait la demande, ce qui est rare. Selon les déclarations d'un soignant : « ça peut être embrouillant ». Seule l'unité Tosquellès procède à une remise systématique d'un exemplaire papier du contrat à chaque patient. Dans l'unité Broca ainsi que dans l'unité Daumézon, les contrats de soins des patients présents sont imprimés et placés dans un classeur situé dans le bureau infirmier pour permettre une consultation immédiate et rapide de la situation de chaque patient.

Il est surprenant à l'analyse que cette démarche constructive de formalisation des restrictions aux libertés individuelles ne fasse pas l'objet au niveau de l'établissement d'une information plus large dans la documentation fournie aux patients.

Recommandation

L'existence du contrat de soins doit être mentionnée dans le livret d'accueil.

5.4 LE TABAC FAIT L'OBJET DE MESURES DONT LA DIVERSITE PEUT INTERROGER

L'usage du tabac fait l'objet de réglementations différentes selon les unités et selon les patients : il peut être libre, obéir à un « contrat-cigarette », ou être interdit. Certains patients conservent leur tabac avec eux, d'autres le remettent au personnel soignant, soit par choix, soit par contrainte. La détention des briquets n'est pas autorisée ; les fumeurs doivent demander du feu au personnel soignant, qui peut ainsi s'assurer qu'ils ne fument pas de produit toxique.

Des actions d'éducation thérapeutique sont parfois proposées ainsi que le recours à des substituts nicotiques, mais peu de patients y adhèrent, estimant plus agréable de fumer.

Dans une unité, la limitation pose des problèmes d'éthique et de droits au médecin qui limite la consommation : qui doit décider du nombre de cigarettes que doit ou peut fumer un patient, en l'absence de motifs médicaux ou pathologiques (patient compulsif dans la consommation ou qui ne saurait éviter les « emprunts forcés ») ? Est-ce au médecin de faire des choix pour d'autres motifs, tels que la dépense que cela peut représenter pour un patient démuné ?

Le tabac des patients fumeurs qui ne sont pas autorisés à sortir en ville est acheté, selon les unités, par le personnel soignant, le vagemestre ou la banque des patients.

¹ Il a été indiqué à propos de cette option qu'elle n'apparaissait que parce que le document avait été recopié sur celui d'un autre établissement. Aucune interdiction de télévision ne serait jamais prescrite.

5.5 LE VASTE PARC CLOTURE EST SECURISE ; LES PATIENTS DOIVENT DISPOSER D'UNE AUTORISATION POUR Y ACCEDER ET LES VISITEURS SONT FILTRES.

Le choix bienvenu de n'hospitaliser aucun patient en soins libres dans une unité fermée n'a pas eu pour conséquence de fermer l'accès au parc ou à la ville à tous les patients en soins sans consentement présents à Cadillac dans des unités fermées.

5.5.1 Le parc

Ancien asile départemental, le CHS de Cadillac bénéficie d'une importante emprise foncière. L'architecture des bâtiments, les vastes aires de circulation à l'intérieur, le soin apporté à l'entretien des espaces verts font de l'ensemble un lieu de vie très agréable.



L'allée principale

Le parc lui-même est très étendu, abondamment arboré, fleuri et ombragé.



Les espaces verts dans le parc

Le domaine est totalement clôturé par un mur haut peu visible sauf dans le fond. A l'exception de cette partie arrière, le visiteur ne ressent absolument pas l'impression d'être dans un lieu de privation de liberté.

Assez curieusement, dans un établissement de cette dimension et de cette ancienneté, aucun lieu de convivialité tel qu'une cafétéria n'a été installé. A l'étonnement et au questionnement des contrôleurs sur cette absence, il a été précisé que le projet existait et serait bientôt réalisé.

Bonne pratique

Les patients ont accès au parc, soigné et agréable, indépendamment de leur statut d'admission ou de celui de leur unité d'hébergement.

5.5.2 La sécurité de l'établissement

Les visiteurs, le personnel et les patients ne peuvent entrer dans la structure que par un seul accès, la porte principale qui donne dans la rue Cazeaux-Cazalet.



L'entrée principale du CH de Cadillac

Un effectif total de douze agents assure la présence permanente 24 h sur 24 de deux personnes à l'intérieur du poste de garde où se trouve également le standard de l'hôpital. Ces gardiens sont en charge du filtrage de l'entrée et de la sortie des piétons et véhicules.

L'ensemble du personnel de l'hôpital a été doté de badges magnétiques nominatifs ; ce qui réduit pour le poste de garde le filtrage aux visiteurs et patients. Bien que les lieux n'aient pas été particulièrement sécurisés par la pose d'un sas, il a été indiqué qu'il n'y avait guère de problème et encore moins de passage en force, le personnel de garde connaissant les patients autorisés à sortir de l'établissement.

Ce dispositif est renforcé en raison de l'application du plan Vigipirate par une équipe de quatre agents de sécurité dont la mission principale, en journée et en semaine, est de faire ouvrir les sacs des visiteurs entrant dans l'établissement.

Ces gardiens, employés dans le cadre d'un emploi jeune, procèdent également à des rondes dans le parc. Ils ont fait l'objet d'une formation à ces métiers, notamment pour la sécurité incendie.

Malgré cette vigilance, il a été signalé aux contrôleurs de nombreuses introductions de produits stupéfiants à l'intérieur de l'hôpital. Des dealers seraient régulièrement présents, notamment autour des distributeurs de boissons et friandises (à l'entrée du self du personnel et devant le bâtiment de l'unité Charcot) ; en cas d'interpellation, ils affichent une attitude agressive vis-à-vis du personnel.

La mission des agents de sécurité est de rassurer par leur présence patients et soignants, de prévenir tant que possible les échanges de produits interdits dans le parc mais en aucun cas d'intervenir dans le processus thérapeutique. Ils ne sont jamais utilisés lors des placements en chambre d'isolement ou lors des déclenchements des alertes.

5.5.3 L'accès au parc et aux activités extérieures aux unités

Même si l'ensemble des unités est fermé, même si la totalité des patients sont en soins sans consentement, l'accès au parc reste possible pour les patients qui y sont individuellement autorisés par leur médecin, autorisation formalisée sur le contrat de soins.

A l'analyse, il apparaît que finalement peu de patients se voient totalement interdire l'accès au parc de l'hôpital : aucun à Daumézon, quatre à Tosquellès, deux à Broca, neuf à Pinel, six à Charcot, neuf à l'UCS.

Dans toutes les unités fermées, la possibilité pour un patient d'accéder au parc implique l'obligation pour un soignant de venir lui ouvrir la porte.

Mais, en dehors du grand parc, chaque unité possède un vaste jardin, ouvert en permanence sur de larges plages horaires. Les patients des unités situées à un étage, comme Pinel, ont accès au jardin au rez-de-chaussée. Ces jardins largement utilisés par les fumeurs suffisent à bon nombre de patients, d'autant que leur aménagement a fait l'objet de réflexions pertinentes. Ainsi pour les unités Pinel-Broca, la cour a été clôturée par un grillage d'une hauteur conséquente, mais il a été placé à l'intérieur une décoration en forme de trompe-l'œil champêtre du meilleur effet qui annihile totalement l'impression de restriction de l'espace.



Pare-vue décoré dans l'unité Broca

L'UCS dispose de deux cours de promenade ; l'une, non sécurisée, n'est accessible qu'à condition d'être accompagné d'un soignant ; lors de la visite, elle était essentiellement utilisée pour un

patient qui devait être isolé des autres ; l'autre consiste en un patio totalement fermé, sécurisé, accessible du matin au soir sans accompagnement.

Les cours intérieures sont équipées de tables et de bancs scellés.



La cour "patient isolé" de l'UCS

Enfin, il a été précisé que l'interdiction d'accès au parc de l'établissement, lorsqu'elle était décidée par le médecin, n'emportait pas en conséquence l'interdiction de participation aux activités extérieures organisées à Falret (cf. § 7.1.3). Dans ces cas-là, le patient est accompagné par un soignant pour les trajets aller et retour et participe à l'activité.

5.6 COMME LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR, LES CONTRAINTES IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES, FORMALISEES ET EN PRATIQUE PEU NOMBREUSES.

Dans les règlements intérieurs des unités, le niveau de contrainte dans la vie quotidienne des patients est apparu faible. (cf. § 5.2). Les contrôleurs ont pu vérifier que c'était effectivement le cas.

Aucun retrait systématique de téléphone personnel - hormis à l'USIP -, aucune obligation de port de pyjama, aucune interdiction de fumer, aucune restriction d'accès aux chambres en journée n'est effectivement en application dans les unités.

Au-delà de ce premier constat satisfaisant, il a été également constaté, fait plus rare, qu'il n'y a pas de différences notables de restrictions d'un pôle à l'autre ou d'une unité à l'autre, hormis pour Parchappe (cf. ci-dessous) comme on peut le constater dans certains grands établissements quand chaque médecin-chef applique ses propres choix sans souci de cohérence avec ceux du voisin.

La situation ne mérite pas d'être détaillée d'une unité à l'autre tant elles fonctionnent toutes selon les mêmes choix de base, même si la présence de patients plus difficiles à l'USIP y restreint l'usage des briquets.

L'accès au tabac est libre, sauf pour certains patients incapables de maîtriser leur consommation ou trop sujets vis-à-vis des autres à des distributions forcées. Si les briquets sont retirés, des solutions ont été prévues pour les remplacer (soignant ou briquet attaché à une huisserie).

L'usage du « pyjama-sanction » est inconnu. En revanche, il peut être prêté aux patients démunis des « habits hospitaliers ». Si le patient est en situation délicate de danger pour lui-même ou pour autrui, il peut se voir imposer le port d'une sorte de jogging sans poche, non stigmatisant, et prescrit sur le contrat de soins, le temps de la crise.

Aucune unité, hormis Parchappe, ne restreint dans la journée l'accès aux chambres. Mais, il a été indiqué que l'évolution attendue était la mise en place de clés de confort à l'usage des patients pour sécuriser leur chambre, soit lorsqu'ils en sont absents, soit aussi lorsqu'ils désirent s'isoler des autres patients en s'y enfermant.

5.7 LES CONTRAINTES SUR LES DROITS DE COMMUNIQUER AVEC LES PROCHES SONT MESUREES ET INDIVIDUALISEES

5.7.1 La correspondance

Le principe respecté dans toutes les unités, y compris l'USIP, est celui de la liberté de correspondance.

Les plis adressés aux patients sont apportés par le vaguemestre dans les unités et sont distribués aux patients par les soignants sans être ouverts.

Les unités ne disposent pas de boîtes aux lettres. Les patients remettent leur courrier au secrétariat ou aux soignants ; ceux qui ont le droit de sortir peuvent poster leur courrier en ville. A l'unité Parchappe, une prescription médicale peut restreindre les envois mais aucun patient n'était dans ce cas la semaine de la visite.

En principe, les patients doivent affranchir le courrier qu'ils expédient mais en cas d'indigence, le vaguemestre affranchit lui-même les lettres aux frais de l'établissement, ce qui est rarement nécessaire.

Selon les soignants, certains patients peuvent se montrer un peu graphomanes écrivant au directeur, et à d'autres autorités, éventuellement pour leur tenir des propos un peu délirants. Ils ne censurent rien et font tout partir. La confidentialité des envois n'est pas toujours garantie sans pour autant qu'il ait été fait état de souci de préserver les patients de se mettre eux-mêmes en danger, par les propos qu'ils pourraient tenir aux destinataires.

Le vaguemestre compte une vingtaine de lettres envoyées chaque jour par les patients.

5.7.2 Le téléphone

Aucune restriction de principe à l'accès au téléphone n'est pratiquée. Les restrictions appliquées le sont en fonction des particularités des patients (âge, pathologie, relations avec les proches). Ainsi à Charcot, lors de la visite, les restrictions médicales de téléphone portaient sur un seul patient pour la réception d'appels et sur huit autres pour les émissions. A Daumézon, pour certains patients, les jours de téléphone sont limités ; pour certains, les appels sont passés du bureau des soignants qui restent et peuvent écouter ; il a été indiqué que ces limites sont discutées en équipe et peuvent répondre à une demande de la famille, à un souci de ne pas perturber le patient si les appels le mettent mal. Les soignants reconnaissent que c'est douloureux.

Les patients qui en possèdent peuvent donc utiliser leur téléphone personnel, éventuellement récupéré par les soignants durant la nuit (Charcot), les cordons d'alimentation sont conservés dans le poste de soins. A l'UCS, des cordons d'alimentation de 10 cm sont prêtés aux patients.

Dans certaines unités (Parchappe, Daumézon), les patients qui possèdent un téléphone portable sont rares.

Lorsque les unités ne sont pas équipées de cabines, un téléphone sans fil est confié au patient qui peut l'utiliser de façon à garder la confidentialité des conversations.

Pour les patients qui ne disposent pas d'appareil personnel, le nombre des communications peut être limité. Ainsi, à Charcot, les patients peuvent passer une communication une fois et recevoir un appel, entre 14h et 20h « *car, le matin, les soignants n'ont pas le temps de gérer les appels* ». A Parchappe, ces plages horaires sont plus restreintes : de 14h30 à 18h30.

A l'USIP, le téléphone n'est pas en libre accès, son usage est basé sur un contrat individuel initial : un appel émis et un appel reçu par semaine lors de l'admission. Puis la fréquence est adaptée à la situation spécifique du patient. En revanche, les proches peuvent s'enquérir tous les jours auprès de l'équipe de l'état de santé du patient. La confidentialité est une priorité (filtre du cadre – les infirmiers ne donnent aucune information directement) notamment en raison d'affaires médiatisées. L'accès par téléphone à l'avocat et aux autorités habilitées est libre.

5.7.3 Les visites

Les visites dans les unités du site central sont autorisées de 14h30 à 18h30. Hormis Tosquellès, les unités ne disposent pas de salle réservée et organisée pour les visites. Certaines mettent à disposition des familles un bureau libre, ou le réfectoire, ou une des salles d'activité (Charcot) ; à Daumézou, une des salles de télévision peut être utilisée, mais elle n'est pas agréementée : les autres patients peuvent y entrer sans prévenir et il faut traverser une partie de l'unité pour s'y rendre ; ce qui ne rend pas la démarche facile pour les visiteurs.



Salle utilisée pour les visites (Charcot)

Faute de salle *ad hoc*, les familles rencontrent leurs proches dans le parc ou dans leur chambre ou encore en ville pour les patients qui sont autorisés à sortir. A Pinel, pour les visites avec enfants en bas âge, qui sont interdits d'entrée dans l'unité, un accueil est organisé au sein du secrétariat médical.

Le droit à visite est prévu dans le contrat de soins. Au moment de la présence des contrôleurs, dix des vingt patients de l'UCS étaient autorisés à recevoir des visites, un seul des patients de Charcot n'était pas autorisé à en recevoir. A Daumézou, tous les patients étaient autorisés à recevoir des visites mais elles ne sont pas très fréquentes et en pratique, seuls douze patients en recevaient, certains, une ou deux fois par an seulement ; un patient qui n'a aucune famille recevait la visite de « son visiteur » et il a témoigné du plaisir qu'il en ressentait. Une rencontre avec le frère d'un patient qui est en MAS dans le Lot-et-Garonne est organisée de temps en temps par l'établissement.

A l'USIP, les visites sont autorisées chaque semaine le mardi, mercredi, samedi et dimanches et 15h à 16h et de 16h à 17h après accord médical. Elles se déroulent dans le salon du rez-de-chaussée de l'unité. Elles peuvent être médiatisées par la présence d'un soignant sur avis médical. Les patients et proches doivent prendre contact avec l'équipe préalablement par

téléphone pour convenir d'un rendez-vous. L'apport de denrées alimentaires par les visiteurs est possible. Leurs consommations doivent se faire pendant le temps de la visite.

Recommandation

Un salon aménagé pour les visites, préservant l'intimité, doit être mis à disposition dans chaque unité.

5.7.4 L'accès à l'informatique

Sauf contre-indication médicale, les patients sont autorisés à conserver leurs appareils électroniques. Cependant, en l'absence d'équipement Wifi disponible aux patients, l'accès à Internet reste limité à ceux qui disposent d'un téléphone portable pouvant servir de modem. Dans certaines unités, comme par exemple à l'USIP, en cas de nécessité, des recherches ou consultations sont possibles avec le concours d'un soignant.

Recommandation

L'impossibilité pour les patients d'accéder à un équipement Wifi paraît difficilement justifiable. Il conviendrait d'y remédier.

6. L'ETABLISSEMENT OFFRE AU PATIENT DES CONDITIONS DE VIE TRES HETEROGENES SELON LES UNITES

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT LAISSENT COTOYER LE MEILLEUR ET L'INACCEPTABLE

6.1.1 Les chambres

Seules l'UCS et Parchappe ne disposent que de chambres individuelles ; l'USIP comporte une seule chambre double et douze chambres individuelles. Les autres unités ont quelques chambres individuelles mais aussi des chambres à deux lits voire parfois trois – Broca, Daumézon, Pinel. Charcot dispose de deux lits supplémentaires utilisés en cas de sur occupation ; ils sont alors ajoutés dans les deux chambres doubles, obstruant partiellement le passage et n'offrant aucun meuble – chaise, table de chevet, placard, armoire – à leur occupant.

Certaines chambres collectives n'offrent pas une table de chevet et une chaise par occupant.

Recommandation

La majorité des patients sont logés dans des chambres à deux lits ou plus, sans réelle séparation entre les lits. Il convient de remédier à cette situation irrespectueuse de l'intimité des patients.

Les fenêtres peuvent être entrouvertes sur quelques centimètres ; certaines fenêtres donnent sur une cour intérieure ou sont munies de barreaux, elles peuvent alors être grandes ouvertes.

L'intérieur de la plupart des chambres est visible depuis le couloir qui les dessert – sauf à Broca – , soit au travers d'un fenestron sur la porte, soit par une fenêtre murale, qui est parfois équipée d'un store vénitien dont la commande est dans le couloir, manipulable par tout le monde.

Recommandation

L'intérieur de la plupart des chambres est visible depuis le couloir. La possibilité d'observer les chambres doit être réservée au personnel soignant.

Toutes les chambres ne disposent pas d'un système d'appel.

Recommandation

Toutes les chambres doivent disposer d'un système d'appel.

L'accès aux chambres est libre toute la journée, sauf à Charcot où il est interdit entre 10h et 12h30 pour permettre le ménage.

A l'unité de psycho-gériatrie Parchappe, les chambres sont fermées dans la journée de même que les placards, les papiers personnels des patients étant de plus placés dans des casiers, appelés hamacs, situés dans deux petites pièces fermées de chaque aile. Ces « métarègles » ne sont précisées nulle part : le règlement intérieur n'existe pas et le livret de l'unité aux patients ne détaille pas ces points. La pratique a donc inversé la règle : tout devrait être ouvert et seule la prescription médicale devrait pouvoir restreindre la liberté. Or, c'est l'inverse qui est observé : la sieste dans la chambre doit être prescrite de même que l'ouverture des chambres ou des placards. Seule une patiente a obtenu la clé de sa chambre et de son placard. Ce constat doit faire la part entre les contraintes imposées par les pathologies des patients (intérêt d'une structure contenant) et les locaux et celles imputables à une déviation des pratiques. Quoiqu'il

en soit, l'ensemble a permis un glissement vers une « fermeture » maximale. Le projet de service prévoit la création de deux ailes, l'une ouverte, l'autre fermée ainsi qu'un hôpital de jour. Mais le financement de ce projet pertinent n'est pas envisagé avant 2020 et encore de façon hypothétique.

Seule l'UCS dispose de chambres où les patients peuvent s'enfermer ; le personnel soignant peut toujours ouvrir la porte.

Recommandation

Toutes les chambres devraient disposer d'un système permettant au patient de s'enfermer, mais autorisant en toutes circonstances les soignants à ouvrir.

A Daumézon, les changements de lits sont fréquents car la chambre du patient est fonction de ses problématiques. Ainsi, une patiente qui avait des difficultés à supporter les autres occupe l'unique chambre individuelle ; l'apaisement qu'elle y trouve lui épargne les montées en pression qui la conduisent à des séjours en chambre d'isolement. Une autre patiente, diabétique, est placée dans la chambre la plus proche du poste de soins.



Une chambre à deux lits



Vue d'une chambre depuis le couloir

Les conditions d'hébergement de l'unité Ségla sont non seulement indignes mais dangereuses : des dortoirs ont été aménagés en boxes par la pose de cloisons légères qui ne montent pas jusqu'au plafond. Les fenêtres sont en hauteur et difficiles à manipuler ; lors du passage des contrôleurs en milieu d'après midi, elles étaient toujours fermées ainsi que les volets, la forte odeur de renfermé laissait douter que les dortoirs aient été aérés dans la journée. L'entrée de ces boxes peut être occultée par des tissus pour préserver l'occupant de la vue ; leur desserte par un passage qui n'est pas en ligne droite, au motif louable d'éviter les vis-à-vis, complique le cheminement à l'intérieur des dortoirs de sorte qu'en cas d'alerte ou d'incendie, les occupants, surtout s'ils sont endormis, auront de grandes difficultés à trouver la sortie, difficultés accentuées

par leur déficit intellectuel. Fait aggravant, les contrôleurs ont constaté que la porte de secours était fermée à clef empêchant toute sortie par cette issue.

Recommandation

Les conditions d'hébergement des patients de l'unité Séglas sont non seulement indignes mais très dangereuses. Une restructuration de ces locaux doit être entreprise dans les plus brefs délais.

6.1.2 L'hygiène personnelle

A l'exception de celles des unités Pinel, Parchappe, Daumézou et de l'USIP, les chambres disposent d'une salle d'eau avec un lavabo – rarement deux –, un miroir, un WC et une douche. Pinel ne dispose que de deux douches communes ; le matin, les patients y sont conduits à tour de rôle et ceux qui le souhaitent peuvent y retourner l'après-midi à partir de 17h. A Parchappe, Daumézou et à l'USIP, chaque chambre comporte un cabinet de toilette avec lavabo et WC mais sans douche.

Recommandation

La restructuration des bâtiments doit conduire à ce que les chambres de toutes les unités disposent d'une salle d'eau avec douche.

Chaque unité a quelques WC et salles de bain communs. Les unités dont les chambres n'ont pas de douche disposent de douches communes ; à Parchappe, certaines douches sont très dégradées. A l'USIP, selon « le règlement », les douches sont obligatoires entre 8h et 9h ; dans les faits, un patient qui souhaite se doucher ou prendre un bain en dehors de ces horaires contraints peut le faire en demandant l'accès aux douches ; une infirmière confirme : « Ici, tout fait soin ! ».

Le linge personnel est lavé en priorité par les familles ; si ce n'est pas possible, les patients sont accompagnés à une laverie automatique payante en ville. En dernier recours, et notamment pour les malades particulièrement déficients, le linge est remis à la laverie de l'hôpital.

6.1.3 La restauration

A l'occasion de l'entretien d'admission, le médecin somaticien note les éventuelles aversions ou demandes de menus ou de régime, qu'il adresse à l'équipe de diététiciennes, laquelle les valide et les transmet au service de restauration. Depuis quelques mois, un médecin généraliste de l'établissement, assure la fonction de « référent nutrition ».

Dans chaque unité d'hospitalisation, un infirmier et un aide-soignant sont désignés référents « qualité restauration-diététique ». Tous les référents se réunissent avec les diététiciennes deux à trois fois par an. Au moment de la visite des contrôleurs, les dernières réunions dataient du 29 novembre 2016 et du 14 mars 2017.

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, en 2016, les diététiciennes ont procédé à plus de 200 consultations sur demande médicale pour des cas d'anorexie, de surpoids, de difficultés à s'alimenter, etc.

Les menus sont fixés selon des cycles de cinq semaines à l'issue d'une réunion avec les équipes de restauration et de diététiciennes. Ils varient d'une saison à l'autre.

Les repas sont élaborés à « J moins 3 » par la cuisine de l'établissement avec des produits frais et locaux.

En complément du menu « normal », il est possible de commander des menus sans porc ou sans viande, ou des régimes prescrits médicalement. Il a été signalé aux contrôleurs que la commande d'un menu particulier demandait un délai de 36 heures en raison de la nécessité d'obtenir le visa d'un médecin et d'une diététicienne.

Les jours de fête donnent lieu à des menus améliorés ; des repas à thème sont organisés deux à trois fois par an ; il est préparé, à la demande, des gâteaux d'anniversaire.

Chaque unité conserve des « repas entrant », comportant un plat à réchauffer au four à micro-ondes, destinés aux patients admis en soirée, ainsi que des repas pique-nique. Parfois, des produits sont fournis aux unités pour réaliser des barbecues.

La qualité des repas est examinée à l'occasion des réunions de la commission des usagers.

Les réclamations sur les repas sont rares : elles concernent essentiellement la quantité, qui est estimée insuffisante ; parfois, le personnel complète le repas d'un patient avec les sacs de pique-nique dont disposent les unités.

Les salles à manger sont propres mais peu décorées. Parfois, elles servent de salle de télévision (UCS) ; d'autres fois, elles sont fermées en dehors des repas (Daumézon) ; certaines ne sont pas climatisées (Tosquellès).

Les repas sont collectifs, avec service à table pour les plus déficients et en self pour les autres, leur laissant le choix de l'heure de repas dans les tranches horaires prévues.

Les places ne sont pas réservées dans la salle à manger ni le placement imposé. Un patient peut éventuellement être autorisé à manger dans sa chambre lorsque son état le justifie, notamment à l'USIP.

Sauf exception, les couverts sont ordinaires (métal).

Le petit-déjeuner est pris librement entre 8h30 et 9h30. Un goûter est proposé à 16h.

Les patients autorisés à sortir s'achètent de la nourriture en ville. Certaines règles de vie précisent : « *Le stockage des denrées périssables est interdit, sont tolérés deux paquets maximum de biscuits ou de confiseries et une bouteille de boisson (soda, jus, ...)* ».

6.2 LA SUR OCCUPATION EST ENDEMIQUE DANS CERTAINES UNITES

Certaines unités ont conservé quelques lits supplémentaires, qui, au besoin, sont ajoutés dans des chambres aujourd'hui individuelles mais destinées à l'origine à recevoir plusieurs patients ; c'est notamment le cas de Daumézon et Tosquellès.

Deux unités souffrent d'une sur occupation chronique : Charcot et l'UCS.

Charcot est régulièrement en situation de sur occupation afin de désengorger d'autres unités ; cela entraîne de nombreux déplacements de patients d'une chambre à l'autre ; notamment lorsqu'un patient est placé en chambre d'isolement, la chambre qu'il occupait est immédiatement affectée à l'occupant du lit d'appoint et, à la fin de sa période d'isolement, il est placé dans une autre chambre. C'était le cas au moment de la visite des contrôleurs ; par ailleurs, près d'un patient sur deux avait été déplacé au cours de son hospitalisation.

Parfois, un patient est hébergé en chambre d'isolement faute de place ailleurs.

Ainsi, il arrive régulièrement que l'unité reçoive vingt et un patients. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était arrivé qu'un 22^{ème} patient fût admis, auquel cas un patient stabilisé était envoyé dans sa famille pour quelques jours.

Lorsqu'un patient d'une autre unité est reçu provisoirement, il est pris en charge par les équipes soignante et médicale de l'unité Charcot.

L'UCS, disposant de chambres individuelles dont dix chambres « isolables », est en permanence mise à contribution pour recevoir des patients difficiles, demandant une prise en charge lourde, qui restent souvent plus longtemps que les 14 jours initialement prévus, notamment des mineurs. L'unité peut être amenée à plus de dix mouvements de patients par jour – admissions, sorties, changements de chambre.

Recommandation

Les changements de chambre doivent demeurer exceptionnels, et ne doivent jamais entraîner un hébergement en chambre d'isolement.

6.3 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS ACCOMPAGNE LEUR AUTONOMIE

A l'admission, il est procédé à un inventaire des biens que le patient ne peut pas conserver – objets pouvant présenter un danger pour lui-même ou pour les autres, substances interdites – ou qu'il ne souhaite pas conserver notamment par crainte de vol ; cet inventaire est signé par le patient et un soignant ; s'il n'est pas possible d'obtenir la signature du patient – soit en raison de son état de santé, soit parce qu'il refuse –, l'inventaire est cosigné par deux soignants. Il est ensuite placé dans le dossier du patient ; à l'USIP, un exemplaire est remis au patient.

Le patient est invité à déposer les objets de valeur, numéraires, moyens de paiement, qui sont placés dans un coffre situé à la conciergerie de l'établissement ; les espèces sont ensuite déposés à la trésorerie de Cadillac.

Il a été déclaré aux contrôleurs que leur récupération par le patient nécessitait une procédure qui pouvait demander quatre à cinq jours de délai.

Recommandation

Les conditions et les délais de récupération de leurs valeurs par les patients doivent être étudiés de sorte que ces opérations n'entraînent ni un retard de leur sortie ni une obligation pour eux de revenir les chercher ultérieurement.

Toutes les chambres sont équipées de placards ou armoires individuels fermant à clé. La clé est laissée au patient qui le souhaite sauf contre-indication médicale, auquel cas, elle est remise au personnel soignant. Les règles de vie de l'UCS précisent « *Les clés des placards doivent être remises aux soignants à chaque sortie de l'unité (permissions comprises). Une recherche d'objets à risque peut être effectuée par le personnel soignant* ». A Parchappe, aucun patient ne peut conserver sa clé ; ce principe, qui peut répondre à des besoins de sécurité pour des patients désorientés, est devenu une règle générale non écrite, partiellement en raison de l'inadéquation des locaux à la surveillance des patients mais aussi sans doute par commodité pour l'équipe soignante.

Chaque unité dispose d'un placard dans le bureau des soignants, comportant des casiers individuels où le patient peut remettre des objets qu'il souhaiterait pouvoir utiliser régulièrement, comme un cordon d'alimentation de téléphone portable, des cigarettes, etc.

Une « Banque des patients » – régie centrale d'avance et de dépôt – permet à chaque patient d'y déposer de l'argent et de venir le retirer pour pouvoir procéder à des achats ; elle est ouverte les mardis et jeudis après-midi. Les patients peuvent retirer jusqu'à 60 euros par semaine ; cette somme peut être modifiée, soit sur prescription médicale, soit par une décision du tuteur.

Certaines unités, notamment celles du pôle Perspectives, disposent de leurs propres régies, particulièrement utiles pour les patients ne pouvant pas sortir de leur unité afin de se procurer des espèces.

6.4 LA REFLEXION SUR LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS DEMEURE BALBUTIANTE

Au moment de la visite des contrôleurs, aucun écrit ne permet au personnel soignant de traiter la question de la vie sexuelle des patients d'une façon réfléchie et homogène, la position de l'interdiction absolue ayant été invalidée par la cour administrative d'appel de Bordeaux qui a annulé une telle disposition d'un règlement intérieur d'une de ses unités². La direction en est consciente et une réflexion est initiée sur le sujet.

En pratique, les unités adoptent une politique relativement commune : tolérance, invitation à la discrétion par respect des autres, rappel à l'ordre en cas de gestes ou propos déplacés, au besoin placement dans une chambre individuelle ; vigilance notamment vis-à-vis des personnes vulnérables et fragiles ; entretien avec un médecin généraliste qui peut préconiser des contraceptifs.

L'établissement ne dispose pas de gynécologue.

A Daumézon, un travail a été conduit avec des patients sur le corps humain – dont certains ne comprennent pas réellement tout le fonctionnement. Des réunions permettent à des professionnels de parler avec les patients en dehors de la présence des soignants de l'unité ; ainsi, durant l'été 2016, une séance intitulée « Vie affective et sexualité » a été organisée par le « centre information accueil sexualité », qui dépend du CHC, à laquelle ont participé trois patientes et un patient.

Recommandation

L'établissement a initié une réflexion sur la question de la vie sexuelle des patients, qui devra aboutir à un écrit garantissant une démarche homogène dans toutes les unités.

² CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, M. X et l'UDAF, requête n° 11BX01790

7. LA PRISE EN CHARGE MEDICALE

7.1 LE PATIENT BENEFICIE DE SOINS PSYCHIATRIQUES ADAPTES

7.1.1 L'admission des patients

Un respect de l'organisation géographique des pôles évite aux patients des passages d'une unité à l'autre avec une rupture des prises en charge. Le travail de sectorisation trouve ici tout son sens et la continuité de la prise en charge entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation peut se réaliser.

Néanmoins, ce principe général est à nuancer. En effet, l'UCS, qui est supposée être une structure d'accueil et de court séjour, se voit contrainte de garder les patients refusés par les autres unités. Ce phénomène remet peut-être en cause la logique du « projet SOCLE ».

Lors de l'admission du patient, il n'y a pas à proprement parler de période d'observation. Chaque patient semble pris en charge avec ses spécificités. La période initiale n'est pas gérée par un protocole spécifique et ne donne lieu à aucune restriction systématique de liberté. Aucune pratique de routine n'est appliquée : pas de mise en chambre d'isolement systématique, ni d'interdictions absolues, ni de mise en pyjama humiliante. Ceci constitue un atout pour un accueil le moins traumatisant possible.

7.1.2 La présence médicale et l'implication des soignants

Dans la majorité des unités, les soins psychiatriques reposent sur une bonne présence médicale généralement relayée par les équipes soignantes engagées mais en tension, compte tenu des effectifs.

Les médecins psychiatres sont très présents dans les unités et facilement joignables lorsqu'ils sont à l'extérieur. C'est un point extrêmement positif pour la prise en charge psychiatrique qui est de ce fait pluridisciplinaire et coordonnée par un psychiatre.

Chaque patient a un médecin référent, pas d'infirmier référent. En cas de ré-hospitalisation, il reprend son médecin référent précédent.

Les patients sont vus au moins deux fois par semaine par le psychiatre. Selon les informations recueillies, ils bénéficient d'un entretien psychiatrique par semaine. Lors de leur arrivée, cet entretien peut se dérouler dans leur chambre ; dès que l'état de santé le permet, ces entretiens se déroulent dans le bureau de consultation souvent en présence d'un infirmier.

Cependant, si, en général, des *staffs* pluridisciplinaires et des réunions de synthèse, y compris avec les ergothérapeutes et éducateurs sportifs, se déroulent régulièrement dans la plupart des unités, certaines d'entre elles fonctionnent sans réunion d'équipe.

Les contrôleurs ont relevé que la sur occupation des unités conjuguée à la maîtrise des dépenses de personnel mettaient les soignants en situation de tension : les ratios d'encadrement sont prévus pour des unités de dix-huit lits mais une occupation réelle de vingt lits voire vingt-trois lits à effectifs constants éventuellement avec des effectifs impactés par des absences.

7.1.3 Les activités

a) Les activités intersectorielles

Les activités intersectorielles sont organisées par deux structures distinctes, implantée dans deux lieux différents. La première, l'unité Falret, installée sur le site même de Cadillac, est un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP) créé il y a deux ans. La seconde, une structure

de l'hôpital dénommée fédération d'ergothérapie « Regain », est située à 4 km kilomètres de là, au château Lassalle où le CHS dispose de terrains et de serres. Elle est ouverte à tous les patients y compris ceux qui sont en SSC ; au besoin, ces derniers reçoivent un certificat leur permettant de sortir. Une navette spéciale assure les transports. Cette fédération, très appréciée des patients, organise des activités de jardinage et de rempotage.

Le CATTP dispose de locaux fort différents dans leur structure comme dans leur capacité d'accueil situés dans deux bâtiments :

- deux salles de sport sont installées au premier étage d'un bâtiment moderne au rez-de-chaussée duquel se trouve le restaurant du personnel ; vastes et modernes, bien équipées, disposant de tous les sanitaires nécessaires, elles permettent de pratiquer différentes activités sportives ou artistiques – comme la danse –, ce qui complète celles qui se déroulent sur des terrains à l'extérieur ; ces deux salles sont desservies par un ascenseur ;
- quatre salles - une grande salle, qui ne peut pas accueillir plus de dix-neuf personnes, et trois plus petites et quelques bureaux ou espaces de rangement sont installés au premier étage d'un ancien bâtiment ne disposant pas d'ascenseur, et désigné par « espace Falret ».

Le personnel animant les activités thérapeutiques intersectorielles comprend, en pourcentage de leur temps de travail, un médecin référent (10 %), deux infirmiers (100 %), deux ergothérapeutes (80 et 100 %), une éducatrice sportive (100 %), un coiffeur (en mi-temps thérapeutique partagé avec l'UMD), un cadre (10 %) et une secrétaire (10 %).

Les activités les plus importantes et qui réunissent le plus de patients sont celles initiées, organisées et encadrées par l'éducatrice sportive : très diverses (football, sports de ballons en salle, athlétisme, danse orientale, tir à l'arc, fréquentation de la salle SNOEZELEN,...), elles réunissent hebdomadairement de 80 à 100 patients. En 2016, 192 patients ont participé à ces activités pour, au total, 2 235 actes.

Compte tenu de leur nature et du peu de places disponibles, les autres ateliers, fort nombreux et très diversifiés (cuisine, bien-être, stimulation cognitive, esthétique, peinture sur soie, théâtre, poterie, conte, peinture, écriture,...) comptent moins de participants, tant par activité que, au fil des semaines et au long de l'année, globalement.

Ces activités intersectorielles sont dans l'ensemble assez fréquentées : en 2016, elles le furent par 393 patients dont 136 étaient en soins sans consentement (dont 36 SDRE). Les candidats sont inscrits sur une liste d'attente pour une durée moyenne de deux à trois semaines.

Une action mérite tout particulièrement d'être signalée : la préparation, chaque semaine, par un groupe de patients, où se retrouvent tout à la fois des personnes hébergées à Cadillac et des malades en hôpital de jour, d'une émission mensuelle de radio qui donne lieu soit à des enregistrements sur place, soit à un déplacement afin de réaliser l'enregistrement nécessaire en studio. Dénommée « *Pas d'affolement, nous voilà !* », cette émission est diffusée, souvent en direct, par une station privée locale, « *Radio entre deux mers* ». Un journaliste de cette antenne participe régulièrement, avec les animateurs de Falret, à la préparation de cette émission.

Comme il s'agit d'activités à finalité thérapeutique, l'inscription des patients à l'une ou à l'autre d'entre elles se fait sur prescription médicale. Elle donne lieu à un entretien d'accueil individualisé, puis à l'élaboration d'un « carton » indiquant les jours et heures de la prise en charge proposée, remis au patient ainsi qu'à l'équipe soignante. Le souhait de l'équipe de Falret est de

créer un lien continu de prise en charge avec les unités concernées, mais il ne s'agit pour l'heure que d'un souhait formulé dans un document intitulé « *projet CATTP Falret* » qui doit prochainement être présenté et discuté avec le personnel de chacune des unités du centre hospitalier.

Il est regrettable que cet ensemble d'activités, qui est loin d'être négligeable dans sa conception comme dans sa réalisation, soit si mal et si succinctement présenté dans le livret d'accueil qui n'y consacre que quelques paragraphes rédigés de manière fort elliptique.

Par ailleurs, si le constat formulé est largement positif, certains manques ou certains problèmes doivent être relevés et signalés :

- alors que le centre hospitalier dispose d'un vaste ensemble immobilier, l'espace Falret est exigu, mal desservi, inaccessible aux personnes à mobilité réduite et il ne permet pas d'organiser simultanément plusieurs activités ;
- il n'existe pas d'atelier informatique - à finalité culturelle, pédagogique ou professionnelle -, la direction de l'hôpital ayant décidé - pour des raisons difficilement compréhensibles et demeurées inexplicables - que les patients ne devaient pas pouvoir accéder à Internet, alors même que ceux qui disposent d'un Smartphone le peuvent ;
- aucune bibliothèque diversifiée, conçue et gérée en fonction des capacités et des besoins des patients n'est offerte sur l'ensemble du site de l'hôpital ; quelques ouvrages sont disposés dans la grande salle de l'espace Falret, d'autres dans les unités ;
- la documentaliste qui était en fonction jusqu'en 2016 n'a pas été remplacée alors que son activité était considérée comme fort utile : elle reliait toutes les activités au sein de l'hôpital et celles-ci avec d'autres activités ou possibilités d'actions à l'extérieur de celui-ci ; son travail permettait aussi de préparer les émissions mensuelles de radio et les sorties des patients ;
- un atelier cuisine, à l'unité Tosquellès, est arrêté depuis longtemps ;
- dans l'ensemble, peu d'activités thérapeutiques sont organisées dans les unités.

Enfin, il n'existe pas de cafétéria sur l'ensemble du site de Cadillac, seuls quelques distributeurs automatiques de boissons sont installés à l'entrée du bâtiment « restauration », ce qui n'a rien à voir naturellement avec les possibilités de sociabilité et de convivialité que peut offrir un espace agréablement aménagé où les patients pourraient se détendre et d'échanger ; seuls les patients de l'USIP bénéficient de l'accès à la cafétéria du pôle de psychiatrie médico-légale. Certes, il est indiqué, même dans le livret d'accueil, « *qu'une maison des usagers devrait bientôt voir le jour sur le site de Cadillac* », mais la réalisation de ce projet ne semble pas immédiate. Par ailleurs, il est projeté de transférer l'espace Falret dans d'autres bâtiments, dans le cadre d'une opération à tiroirs, ce qui risque de prendre beaucoup de temps. En outre, il ne faudrait pas que ce transfert implique une baisse de la qualité des salles de sport.

Recommandation

Il est souhaitable de ne pas attendre la réalisation du projet de restructuration immobilière du site de Cadillac pour améliorer l'organisation et l'utilisation par les patients des activités thérapeutiques intersectorielles et installer une cafétéria.

b) Les activités offertes dans les unités

Outre les défauts de l'offre d'activités thérapeutiques inter-unités, les unités mêmes organisent peu d'activités, notamment par indisponibilité des soignants. Très souvent, il a été déclaré aux contrôleurs que les patients sortaient en ville ou dans le parc pour expliquer l'absence d'activités proposées. Il serait dommageable que la liberté d'aller en ville soit une excuse à l'absence d'activités dans les unités.

Toutes les unités disposent d'une – rarement deux – salle de télévision ; à Parchappe, le second téléviseur est placé dans la « salle musicale », qui, en principe, est ouverte entre 14h30 et 16h ; les deux salons de télévision de l'USIP sont climatisés. Lorsqu'un seul téléviseur est disponible, ce sont les patients les plus « convaincants » qui déterminent l'utilisation du poste aux dépens des autres. C'est d'autant plus regrettable que les autres activités au sein des unités sont rares.

En dépit de l'existence, dans certaines unités, d'équipements de loisirs - table de ping-pong, baby-foot, grand écran, jeux de société, bibliothèque, matériel de relaxation, de musicothérapie, atelier cuisine, peinture -, aucune activité encadrée n'est programmée. Dans toutes les unités visitées, les contrôleurs ont constaté la présence de patients assis une grande partie de la journée les uns en face des autres dans une salle commune, dans une passivité asilaire et où les soignants sont peu présents. A Parchappe, la présence d'une aide médico-psychologique (AMP), qui a quitté l'unité en mars 2016 et n'était toujours pas remplacée au moment de la visite des contrôleurs, permettait, auparavant, une animation du quotidien des patients (bibliothèque, atelier pâtisserie).

Il convient de noter une exception : l'USIP. Outre l'existence de deux salles de télévision, de nombreuses activités sont organisées à l'intérieur de l'unité. Un éducateur sportif propose deux séances le matin et deux séances l'après-midi ; il participe aux réunions cliniques et enrichit le « dossier patient » des observations qu'il peut recueillir lors des séances sportives. Sont également proposées de l'ergothérapie et des activités autour de la terre, du bois, du carton. Une socio-esthéticienne anime une séance hebdomadaire ; une patiente rencontrée témoigne de la qualité des soins esthétiques et du dialogue intéressant dont elle a pu bénéficier. Un atelier de jardinage, « Terre à terre », a été récemment mis en place. Des activités permettent une « stimulation cognitive » : mémoire, dessin, écriture. Un atelier « Eveil des sens » permet de goûter des plantes aromatiques différentes. Des animations événementielles sont proposées : fête de la musique, olympiades ; l'intervention d'un magicien est « reprise » avec les patients pour un travail sur « la disparition », la réalité, la perception du vrai et du faux. Une bibliothèque, un peu indigente, est à disposition des patients.

Recommandation

L'offre d'activités au sein des unités est particulièrement pauvre et se traduit par un ennui des patients, qui peut avoir des conséquences néfastes, notamment sur leur capacité de sortie de l'institution. Des activités encadrées par les soignants doivent être organisées régulièrement.

Selon les informations recueillies auprès de soignants, parmi les cinquante personnes au long court (plus de 280 jours consécutifs d'hospitalisation), certaines perdraient des acquis – écriture, lecture, mais aussi relations sociales – à cause de la faiblesse de la prise en charge. Ceci aurait pour conséquence la difficulté encore plus grande de trouver une issue après leur hospitalisation sur une structure d'aval de type médico-social.

Dans l'ensemble des unités du site principal et des autres sites, on relève que les espaces extérieurs pourtant de qualité sont insuffisamment exploités à des fins thérapeutiques ou occupationnelles. L'exemple de l'unité « Séglas » est particulièrement emblématique.

7.1.4 Le projet de soins individualisé

Toutes les informations recueillies par un membre de l'équipe soignante sont retracées dans le dossier informatisé du patient. Un dossier de soins sur des supports papiers réunis dans un classeur par patient reste accessible dans les salles de soins ou bureaux infirmiers. L'examen de ces classeurs ne laisse pas entrevoir l'élaboration d'un réel « *projet de soins individualisé* ».

Cette notion de projet de soins personnalisé reste floue d'une unité à l'autre. Bien souvent, il se résume à des consignes générales mais reste indigent sur la description des symptômes et des potentiels du patient et sur la conduite à tenir pour un parcours de soins progressif avec un projet d'orientation et de sortie dans les meilleures conditions.

Il n'a pu être constaté une attention particulièrement apportée à la préparation à la sortie. Les contrôleurs ont noté la présence et l'implication des assistantes sociales qui sont partie intégrante des équipes de soins et dont les missions incluent les préparations à la sortie des patients.

Lors de la commission des usagers de juin 2017, il a été évoqué une information insuffisante des familles sur les projets de sortie alors qu'elles sont souvent impliquées.

7.1.5 L'association des patients et de leurs proches dans la prise en charge thérapeutique

Les médecins psychiatres et les soignants sont dans l'ensemble soucieux de faire partager au patient les informations utiles pour sa prise en charge. Les explications sur les traitements sont données mais, toutefois, de manière sommaire et le plus souvent dans un cadre informel. Cependant, la recherche de l'adhésion à l'hospitalisation et aux soins prodigués fait l'objet d'une préoccupation constante des équipes soignantes. Il n'existe toutefois pas de formalisation d'un consentement explicite du patient sur son traitement. Il n'y a pas à proprement parler « d'éducation thérapeutique ».

Les représentants de deux associations, l'UNAFAM³ et le CISSA⁴, sont associés aux réflexions et projets de l'établissement. Un représentant du CISSA, rencontré par les contrôleurs souligne le souci de l'institution de fournir aux représentants des usagers toutes les informations utiles pour assurer leurs missions et leurs responsabilités : ils sont notamment destinataires des statistiques sur les pratiques de mise en chambre d'isolement, associés aux restitutions du comité de pilotage de la qualité et l'accès aux unités leur est notamment ouvert. Il relève que c'est un représentant des usagers qui préside la commission des usagers dont l'ordre du jour est établi par l'établissement mais dont il peut ajouter les points qui lui semblent devoir l'être. Il évoque aussi le projet de création d'une maison des usagers dans le plan d'investissement de l'établissement. Enfin, l'association des usagers a participé à l'élaboration du projet d'établissement par sa participation aux commissions du droit des patients, de l'éthique, de pédopsychiatrie et du parcours de soins.

³ Union nationale de familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques.

⁴ Collectif inter associatif sur la santé en Aquitaine.

7.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE, PREOCCUPATION AFFIRMEE DANS LES UNITES, SOUFFRE DE MOYENS TRES INSUFFISANTS

Quatre médecins assurent les 2,5 ETP que l'établissement a consacrés en interne aux consultations somatiques. Ils assurent une présence systématique dans les unités à raison d'une ou deux demi-journées (à Parchappe) par semaine et s'y rendent, en tant que de besoin, sur appel.

Les visites effectuées dans les différentes unités font apparaître une grande attention du personnel soignant aux problèmes ou aux inquiétudes de nature somatique constatés ou exprimés par les patients. Ces questions sont régulièrement évoquées lors des réunions de passation de consignes entre les différentes équipes. Les soins somatiques sont assurés à l'hôpital général de Langon et le personnel soignant de l'unité prend les différents rendez-vous nécessaires, qu'il s'agisse de rendez-vous avec des spécialistes ou d'exams à réaliser, et accompagne le patient. Si les problèmes d'effectifs compliquent quelque peu l'organisation des transports des patients, il n'en reste pas moins que, une fois les rendez-vous pris, l'accompagnement de ceux-ci est correctement organisé.

En revanche, au-delà de cette préoccupation au sein des unités, les données structurelles relatives aux soins somatiques sur l'ensemble du centre hospitalier sont nettement moins satisfaisantes :

- lors de l'arrivée, le patient n'est pas systématiquement examiné par un médecin généraliste permettant de faire un bilan somatique ;
- le centre hospitalier ne dispose actuellement d'aucun plateau technique et le projet d'en créer un ne se concrétisera pas immédiatement ;
- réduite à 2,5 ETP, l'équipe de médecins généralistes présente sur le site est très insuffisante ;
- l'entité dénommée « bloc médico-technique » n'offre, par semaine, que deux consultations de dentiste, une consultation de pédicure de deux heures et la possibilité d'effectuer des électrocardiogrammes réalisés par une infirmière, les données étant transférées ensuite pour lecture et interprétation à l'hôpital de Langon.

Recommandation

Dans le cadre de la réorganisation en cours du CHS, il est nécessaire de revoir l'organisation et l'offre des soins somatiques sur le site.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DE LA PERSONNE ACCUEILLIE

8.1 DES PROCEDURES D'ACCUEIL ET DES REGLES DE VIE RESPECTUEUSES DE L'ETAT DU PATIENT ET DE SON PARCOURS

8.1.1 Le traitement des urgences

Le CHS de Cadillac assure une liaison psychiatrique avec le service des urgences de l'hôpital de Langon ainsi qu'avec le SECOP de l'hôpital Charles Perrens. Mais, ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus (cf. § 2.1), aucun des établissements hospitaliers du département susceptibles de transférer un patient au CHS de Cadillac n'offre de service d'urgence psychiatrique complet ; les

patients ne bénéficient pas de façon assurée et protocolisée des examens somatiques complets avec bilan biologique pour préciser les diagnostics et éviter les hospitalisations inadaptées.

8.1.2 Le transfert du patient vers le CH de Cadillac

En règle générale, l'arrivée d'un patient en soins sans consentement dans une unité n'est pas directe, sauf pour les patients arrivant d'un CMP. Outre le passage par un CMP, le parcours d'hospitalisation psychiatrique peut s'opérer par deux « entrées » : l'une, à Bordeaux, par le service d'urgence psychiatrique SECOP de l'hôpital Charles Perrens, l'autre par l'unité de courts séjours (UCS) du CH de Cadillac.

A partir de 21h, le SECOP garde les patients pour la nuit ; il n'y a donc pas d'arrivée de nuit en provenance du SECOP.

Les patients ne bénéficient pas d'un examen somatique réel avec un plateau technique conséquent avant leur arrivée au CHS.

Aucun dossier de pré admission formalisé n'est établi par le service d'origine du patient. Les demandes d'admission sont examinées au fil de l'eau, le plus souvent par téléphone. La sectorisation s'impose avant tout autre critère médical.

Ainsi, toutes les admissions sont le plus souvent non programmées, depuis le service d'urgence de l'établissement de départ (le plus souvent le SECOP de Bordeaux) vers l'unité d'hospitalisation en passant éventuellement par l'UCS de Cadillac. Au cours de l'année 2015, 710 personnes ont été admises à l'UCS, soit une moyenne de près de deux par jour, et 613 en 2016, dont près de 60 % entre 19h et 5h.

Dans ces conditions, un réel travail de préparation de l'entrée des patients n'est pas toujours possible en lien avec les équipes du secteur. Ceci rend sans doute plus traumatisant pour le patient l'entrée dans une unité de soins psychiatriques, faute d'une réelle préparation.

Les services du CHS de Cadillac se partagent une permanence « SECOP » qui consiste à aller chercher les patients à Bordeaux pour les transporter en ambulance à Cadillac. L'usage de la contention pendant le transport n'est pas systématique. La permanence SECOP dure quatre jours, elle oblige l'unité qui l'assure à disposer d'un effectif d'IDE supplémentaire. Les modalités de transport font l'objet d'un protocole très minutieux.

En aucun cas, les services de sécurité ne participent à la conduite d'un patient directement au sein de l'unité.

8.1.3 L'accueil dans l'unité d'hospitalisation

Le patient entrant est accueilli par les soignants présents qui sont informés de l'arrivée du patient. L'arrivée est donc préparée et un protocole avec une liste des points de vigilance permet un accueil sécurisé et dans un climat relativement détendu.

Les chambres sont choisies en fonction des disponibilités ; pour les chambres doubles, le choix des cohabitations est effectué par le personnel soignant et corrigé ensuite si besoin.

L'inventaire des biens est réalisé par l'équipe soignante sur une liste préétablie, les objets sont retirés ou laissés contre signature.

Les patients sont reçus par le praticien hospitalier (PH) ou par un interne de garde dès leur arrivée.

Les mesures restrictives de droits font l'objet d'un écrit, « le contrat de soins », renseigné par le PH dès l'arrivée où sont précisées les restrictions sur le port des vêtements personnels, les visites,

l'utilisation du téléphone, la télévision (il a été indiqué qu'elle n'aurait jamais lieu), les sorties dans le parc ou en ville.

Aucun isolement systématique du patient n'est pratiqué à l'arrivée.

Au cours de la visite, les contrôleurs ont pu assister à une arrivée à l'USIP : celle-ci était programmée, précédée d'un échange entre les deux médecins en amont, une fiche de transfert accompagnait le patient, un véhicule sanitaire adapté a été utilisé, une infirmière et un aide-soignant accompagnaient le malade qui n'était pas contentonné. L'interne du service s'est entretenu avec le patient dès son arrivée puis, celui-ci a été conduit en chambre individuelle. Parallèlement, l'inventaire des affaires du patient a été dressé de manière non contradictoire mais une copie a été remise au patient. Un rafraîchissement lui a été proposé. Aucune mesure de restriction systématique n'a été prise : pas de pyjama, pas d'isolement, pas de fouille. Il n'a pas été procédé à la présentation du service, ni à une visite des locaux. Les informations données semblaient adaptées à l'état de santé du patient et l'attitude des soignants, respectueuse et professionnelle, constituait un accueil de qualité, approprié à l'état du patient durant cette première heure passée dans le service.

C'était sans doute une situation exceptionnelle, les témoignages d'entrées intempestives étant plus fréquents.

8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT QUESTIONNEES PAR L'INSTITUTION

8.2.1 Les chambres d'isolement

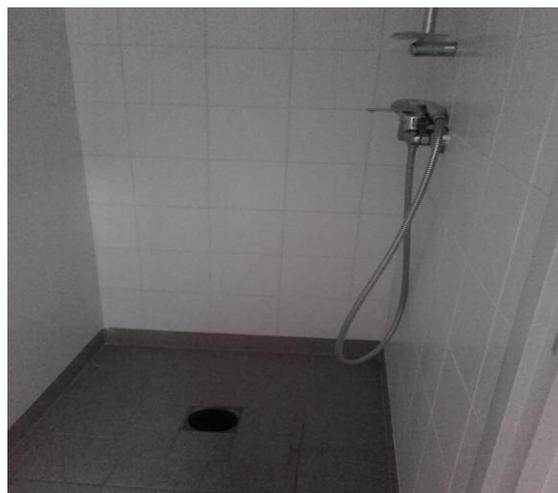
Le nombre de chambres d'isolement (CI) du CHS est difficile à déterminer tant les appellations et les pratiques sont diverses d'une unité à l'autre.

Selon les documents fournis par l'administration, les chambres d'isolement se répartissent de la manière suivante : quatorze unités sont dotées d'une chambre d'isolement, parmi elles, l'unité Ségla dispose en plus d'une chambre d'apaisement ; le centre psychothérapeutique de Lormont dispose de trois chambres d'isolement et l'USIP comporte « onze chambres de soins intensifs dont six dites sécurisées ».

Les chambres d'isolement voire les lieux d'isolement (chambres banalisées) sont disparates. Beaucoup de chambres d'isolement ne sont pas conformes aux recommandations, des conditions matérielles inacceptables sont constatées dans plusieurs unités (pas de double accès, présence de mobilier dangereux (Ségla), absence de moyen d'appel pour le malade, d'horloge, de climatisation, pas d'accès aux sanitaires).

D'autres n'offrent qu'une partie des exigences : à Broca, une des chambres dispose de deux entrées, d'un sas, d'une salle d'eau (lavabo, WC, et douche), l'autre plus démunie, n'offre qu'un WC et n'a pas de double entrée ; les deux chambres sont climatisées, sans boutons d'appel ; une horloge a été disposée pour les deux dans le couloir, elle est visible depuis l'intérieur par l'oculus ; de l'oculus, les autres patients savent qui est en isolement.

A Daumézon, les patients en isolement ont accès à une douche et à des WC ; la CI n'est pas climatisée et aucun dispositif d'appel n'est installé ; l'unique porte donne directement sur le couloir mais son oculus est fermé à clef.



Chambre d'isolement de l'unité Daumézon, douche attenante

8.2.2 Le registre d'isolement

Des registres d'utilisation des chambres d'isolement et des chambres banalisées servant pour l'isolement sont remplis. Les informations consignées dans ces registres ne sont pas de même nature d'une unité à l'autre. Les items sont renseignés de manière incomplète ou confuse. Ainsi, les registres actuels ne sont donc pas exploitables *a posteriori* comme outil de réflexion sur les pratiques.

Les soignants de certaines unités ont le sentiment d'isoler beaucoup alors que l'examen du registre ne le confirme pas.

Recommandation :

Les registres prévus par la loi et précisés dans l'instruction ministérielle, (ministère des affaires sociales et de la santé) du 29 mars 2017 doivent être mis en place de manière homogène dans l'ensemble des unités pratiquant l'isolement. Une réflexion permettant de déterminer des items utiles pour l'exploitation a posteriori des données de ces registres est à finaliser.

8.2.3 Les pratiques

Le protocole rédigé par l'établissement relatif à l'isolement est en date de février 2017 et prend en compte les changements législatifs récents, rappelant notamment les termes de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique⁵. Ce protocole précise que : « *Le temps d'isolement est une mesure thérapeutique lors d'une phase critique de la maladie, consistant en la mise en chambre individuelle fermée à clé.* »

De fait, outre les mises à l'isolement en chambre d'isolement proprement dite, les habitudes consistent à utiliser les chambres des patients comme lieu d'isolement de courte durée.

⁵ Article L.3222-5-1 du code de la santé publique : « L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. »

Tous ces isollements sont consignés dans les registres. La procédure ne prévoit pas l'information systématique de la famille en cas de MCI.

Les contrôleurs ont constaté, par ailleurs, l'usage d'enfermements la nuit à la demande du patient pour des motifs de sécurité. Cette pratique paraît être fondée sur un mauvais prétexte, les chambres individuelles devant être dotées d'un moyen de fermeture interne permettant de préserver l'intimité du patient.

L'utilisation du terme de « prescription » d'une mise en chambre d'isolement est généralisée. Alors qu'une telle décision d'un médecin ne peut porter légalement que sur une durée courte, ces décisions sont prises, dans plus de la moitié des cas, pour une durée de 24 heures. Les bonnes pratiques formulées par la Haute Autorité de Santé (HAS) invitent à une décision pour une durée de 12 heures éventuellement renouvelable. Les examens somatiques obligatoires toutes les douze heures ne semblent pas toujours être réalisés. En tout état de cause, ils ne sont pas tracés. Il en est de même dans les situations de contention.

Recommandation

L'examen somatique du patient en amont de l'isolement et à l'issue d'une période de douze heures doit être systématisé dans toutes les unités.

Les registres font mention de sorties intermittentes des patients de leur chambre d'isolement. Par exemple : décision pour 24 heures d'isolement mais sortie régulière la journée. Ce type de décision équivaut à une consigne de mise en isolement « si besoin » sans que le médecin n'ait réellement connaissance de l'état du patient au moment de sa mise ou sa remise en isolement.

Par ailleurs, au pôle C, il a été déclaré que le nombre de placements à l'isolement serait supérieur à la moyenne nationale notamment en raison des faibles effectifs mais aussi de la jeunesse et du manque d'expérience d'une partie du personnel soignant.

Il a été relevé, à l'occasion de la commission des usagers, que l'insuffisance des effectifs dans les unités d'hospitalisation conduisait à ne pas réfléchir, faute de temps, à la question de l'isolement et de la contention, et, notamment, aux alternatives possibles.

De façon générale, les mises en chambre d'isolement sont réalisées selon des procédures irrégulières et marquent une confusion des lieux et des temps.

8.2.4 Les perspectives

La direction de l'établissement a conscience des marges de progrès importantes à réaliser dans le domaine de l'isolement et de la contention.

Un groupe de travail a été mis en place au printemps 2017. Si ces travaux ne sont pas encore opérationnels, la méthode utilisée et les thèmes que les membres de ce groupe souhaitent traiter témoignent d'un souci réel d'amélioration.

Ainsi, afin d'avoir une approche systémique et complète sur le thème de l'isolement et de la contention, ce groupe a souhaité aborder les différents volets de la question :

- l'architecture et le matériel utilisé : conformité des locaux, choix de mobilier adapté ;
- les ressources humaines et la formation ;
- les alternatives à l'isolement et la contention et les activités thérapeutiques ou occupationnelles ;

- la communication et l'information du patient avec les registres, la traçabilité, l'information faite aux patients et à ses proches.

Une réflexion sur les pratiques de l'isolement et de la contention est donc initiée. Elle répond aux questionnements légitimes des soignants qui s'interrogent sur leur rôle, leurs responsabilités et leurs pratiques professionnelles.

Les recommandations du CGLPL issues des constats pourront être incluses dans la réflexion de ce groupe mais devront trouver des réponses dans des délais raisonnables.

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent impérativement être mises en conformité avec les exigences réglementaires. Elles doivent notamment disposer d'une double ouverture sur l'extérieur, de dispositif d'appel y compris sur le lit en cas de contention, d'une horloge, d'un interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière, de point d'eau et de toilettes ainsi que de la possibilité de redresser le matelas pour la position demi-assise. Sauf à méconnaître le respect de sa dignité, le patient placé en chambre d'isolement doit être protégé de la vue des tiers.

8.3 LA DELIVRANCE DES TRAITEMENTS EST RESPECTUEUSE DU SECRET MEDICAL

Même si les habitudes sont différentes d'une unité à l'autre, les traitements médicamenteux sont remis individuellement en préservant le secret médical sur le type de médicament distribué dans un même service.

S'il n'est pas aisé d'évaluer si un traitement médicamenteux porte atteinte à l'intégrité d'un patient, il a été possible aux contrôleurs du CGLPL de converser aisément, de manière sereine, avec nombre de patients qui, malgré leurs traitements, pouvaient encore avoir une communication correcte et une certaine altérité protégée.

8.4 LES PROCEDURES DE SIGNALEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT BIEN FORMALISEES ET PERMETTENT UNE ANALYSE FINE DE LA SITUATION DE L'ETABLISSEMENT

La procédure de signalement et de traitement des événements indésirables existe au sein de l'établissement depuis septembre 2001. Depuis cette date, elle a été actualisée à plusieurs reprises, la dernière version datant du 16 septembre 2016.

Ce document très complet explicite le circuit de signalement de chaque événement ainsi que le processus à mettre en application pour établir un signalement, démarche à effectuer sur l'intranet.

Ce document est complété par un second « *signaler un événement indésirable grave à la plateforme régionale de veille et d'urgences sanitaires (A.R.S)* », procédure mise en service en mars 2014 et actualisée le 15 janvier 2017.

Enfin un troisième document « *réaliser une analyse approfondie des causes et un retour d'expérience suite à un événement indésirable grave ou à un événement indésirable récurrent* » décrit les modalités de réalisation des démarches d'analyses approfondies des causes (AAC) et de retour d'expérience (RETEX).

Au sein du CH Cadillac, le traitement des informations est géré par la direction des affaires générales de la qualité et de la gestion des risques.

Ce service édite tous les ans, un bilan annuel des événements indésirables (EI), document de dix pages, qui permet une information précise, détaillée et explicités des événements survenus.

On retiendra que 1 290 EI ont été recensés en 2016 contre 1 134 en 2015 soit une augmentation de 15 %. Quatre-vingt-un signalements relèvent des deux niveaux supérieurs de gravité, soixante-dix-sept au niveau 5 et quatre au niveau 6. Parmi les plus significatifs :

- quatre décès dont deux suicides (niveau 6) ;
- vingt-six sorties sans autorisation (fugues) dont vingt patients admis en SDRE, quatre mineurs, deux SDT ;
- vingt violences graves ;
- cinq suspicions d'agressions sexuelles ;
- deux trafics de stupéfiants.

Les vingt violences de niveau 5 présentent une gravité importante (menaces avec arme blanche, intervention des forces de l'ordre, conséquences médicales). Il convient d'y ajouter 349 situations de violence. Ce chiffre est en forte augmentation par rapport à 2015, mais le rapport précise que l'augmentation provient essentiellement de certaines unités qui, semble-t-il auparavant, signalaient moins les événements.

Deux signalements de faits permettant de suspecter une situation de maltraitance ont été enregistrés.

Neuf signalements ont été effectués auprès de l'agence régionale de santé.

8.5 LE COMITE D'ETHIQUE RESTE UNE INSTANCE QUI SE CHERCHE

En mai 2016, a été organisée de manière quelque peu informelle une journée de formation au cours de laquelle ont été abordées les questions relatives à la liberté d'aller et de venir, à la gestion des personnes en soins sans consentement et à la sexualité des patients. Par ailleurs, lors de l'intervention du Contrôle, il a pu être constaté que des groupes de travail ont été récemment constitués, notamment pour réfléchir sur les pratiques en matière d'isolement et de contention.

Mais le comité d'éthique, en tant qu'entité structurée, n'est pas encore opérationnel. Si son règlement intérieur, validé par le directeur du centre hospitalier, a été approuvé le 17 mai dernier, si sa composition – douze personnes représentant tous les métiers et, à une exception près, toutes les unités du centre hospitalier – a été arrêtée, il est encore dans sa phase de mise en place, ses premières réunions ayant pour objet de déterminer son mode de fonctionnement et de tenter de répertorier les thèmes de nature éthique qu'il pourrait aborder.

En conséquence, même si ses missions sont assez clairement définies (favoriser la réflexion des professionnels, formuler des avis à l'attention des équipes soignantes, organiser des journées de réflexion), si son rythme de réunion - une tous les deux mois - est prévu, seul l'avenir pourra dire si cette nouvelle instance saura assumer correctement le rôle qui lui est imparti.

9. CONCLUSION

Le centre hospitalier spécialisé de Cadillac apparaît globalement comme soucieux et respectueux des droits des patients : les documents remis aux patients de même que le respect des procédures relatives aux personnes hospitalisées sans consentement sont particulièrement remarquables. Les équipes médicales et soignantes sont bienveillantes et attentives. Cependant, les récentes réorganisations ou rationalisations de l'offre de soins de l'établissement, intervenues dans un contexte de tension sur les recrutements des soignants, ont déstabilisé les équipes, sans porter encore clairement leurs fruits. Dans ce contexte, le respect des droits des patients doit continuer à constituer le socle du projet d'établissement. Les ajustements qui doivent être recherchés doivent s'accompagner d'une humanisation de certains locaux dont les conditions d'accueil sont inadaptées (Parchappe, Falret) ou rudimentaires, portant atteinte notamment à l'intimité des patients.

L'USIP est un projet rassurant et contenant, permettant une évolution thérapeutique favorable, la contenance conçue, en fait, comme un espace de liberté pour exprimer et prendre en charge la pathologie du patient. Une préparation à l'entrée et à la sortie est effective et favorable. Les règles propres à l'USIP contribuent à la sérénité de son fonctionnement, notamment l'absence de sur-occupation et les chambres individuelles. La règle de la durée de séjour impose une réflexion sur la démarche thérapeutique et le projet de soins. L'USIP bénéficie de son inclusion dans le pôle de psychiatrie médico-légale et de son plateau technique et humain, mutualisation favorable à des patients dont la prise en charge est *a priori* plus difficile.

On peut regretter que l'autre unité spécifique qu'est l'UCS n'ait pas un fonctionnement aussi cohérent.

La réflexion doit en outre s'engager dans certaines unités sur les contraintes non écrites mises à la liberté d'aller et venir (géronto-psychiatrie) et être poursuivie dans tout l'établissement sur le sujet de la contention et de l'isolement.