



---

## Rapport de visite :

7 au 15 mars – 1<sup>ère</sup> visite

Centre Hospitalier du Gers à  
Auch

*(Gers)*



## SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué en mars 2019 une visite du centre hospitalier (CH) du Gers qui a porté sur les sept unités de psychiatrie adulte, l'unité d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile et l'accueil aux urgences du CH d'Auch.

A la suite de cette visite, un rapport provisoire a été adressé au directeur général de l'établissement, au directeur de l'ARS, ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Les observations en réponse du directeur de l'établissement, seul à avoir répondu, ont été intégrées au présent rapport définitif.

Le CH est le seul établissement public spécialisé en santé mentale du Gers et couvre les besoins des 190 000 habitants du département avec 288 lits, places et structures ambulatoires. Il assure également la psychiatrie de liaison et les soins psychiatriques aux urgences au centre hospitalier d'Auch.

Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, le pôle de psychiatrie adulte s'est réorganisé, à l'échelle du département, en une filière admission et une filière de préparation à la sortie et d'hospitalisation au long cours. Cette réorganisation devrait permettre une meilleure lisibilité des parcours de soins.

**Concernant l'accès aux soins**, cette filière reste néanmoins à améliorer. En amont de l'hospitalisation, il conviendrait de protocoliser et renforcer la présence aux urgences des équipes de psychiatrie, de développer en interne le système d'accueil et d'orientation psychiatrique, grâce au projet d'unité d'accueil et d'orientation pour adulte et à la création de l'équipe mobile de pédopsychiatrie.

En aval, des liens restent à tisser avec les autres institutions sanitaires, médico-sociales, ou sociales par la création de structures adaptées au public hospitalisé depuis plus d'un an dans l'établissement. On note des améliorations grâce au projet d'appartements de mise en situation pour les adultes, au projet d'hôpital de jour pour adolescents et surtout au service d'hospitalisation à domicile. Le taux de personnes hospitalisées depuis plus d'un an reste cependant important, amenant l'établissement à prendre en charge avec une culture et une infrastructure sanitaire, des patients qui sont en droit d'attendre des modalités de prise en charge plus adaptées.

L'organisation actuelle des soins est particulièrement préjudiciable à leur qualité. Ainsi il n'y a pas de projet médico-soignant réellement mis en œuvre, définissant les soins à apporter aux patients des différentes unités avec une analyse de la présence nécessaire, quantitative et qualitative de soignants auprès d'eux. La présence et l'implication des médecins est insuffisante dans certains services où il convient de préserver une dynamique d'équipe et un suivi régulier des patients avec les soignants. Les consultations de psychiatre s'effectuent souvent avec un infirmier mais il n'y a toujours pas de réunion clinique hebdomadaire permettant l'élaboration et le suivi du projet de soin individualisé du patient.

Le non remplacement des absences de soignants désorganise quotidiennement l'ensemble des services par la mutualisation de la pénurie y compris avec la maison d'accueil spécialisée. Le temps de transmission entre soignants n'est pas intégré dans le temps de travail ; les heures de présence du personnel dans les unités et leur nombre sont sans lien direct avec le besoin réel des patients au regard de leur projet de soins.

La formation continue est insuffisante sur le droit des patients, l'isolement et la contention ; la consolidation des savoirs pour les nouveaux infirmiers diplômés est minimale, il n'y a plus de tutorat pour les premiers postes, pas de supervision des pratiques professionnelles sauf en pédopsychiatrie.

L'accès aux activités occupationnelles est insuffisant dans les unités, avec cependant une offre conséquente d'activité thérapeutique intersectorielle et la possibilité de maintenir ces activités après la sortie.

L'accès aux soins somatiques est performant et investi, avec une participation active des médecins généralistes et du chirurgien-dentiste aux projets de soin là où des réunions le permettent, avec le développement d'actions d'éducation à la santé.

Enfin, les pratiques d'isolement et de contention ne sont toujours pas analysées par les praticiens, alors même que l'étude du registre par les contrôleurs indique **une pratique de l'isolement encore assez habituelle** mais très différente d'une unité à l'autre, avec un usage des contentions plus modéré. L'établissement devra permettre à tout patient placé en isolement de conserver sa chambre d'hospitalisation avec ses effets personnels. Les locaux dédiés à l'isolement ne sont actuellement pas propices à l'apaisement. Par ailleurs, les placements en chambre d'isolement de patients en soins libres sont nombreux et majoritairement non régularisés dans les douze à vingt-quatre heures par l'enclenchement d'une mesure de soins sous contrainte.

**Concernant le patient sujet de droit**, l'information générale donnée aux patients sur leurs droits est insuffisante dans le livret d'accueil et le règlement intérieur alors même qu'une notice des droits bien faite mais malheureusement peu remise est notifiée au patient. Le livret d'accueil est peu diffusé dans certaines unités et les règles de vie n'existent pas partout.

Le registre de la loi est très incomplet, et il manque de nombreux éléments obligatoires permettant le contrôle du parcours des patients en soins sans consentement.

La notification de la décision de soins sans consentement est faite trop tardivement et n'est pas indiquée dans le registre de la loi. Aucune notification des décisions n'est mise dans le dossier du JLD. Enfin, le collège des professionnels ne se réunit pas systématiquement pour les patients le nécessitant.

**Concernant le respect des droits fondamentaux généraux**, la liberté d'aller et venir est plutôt bien prise en compte, et il y a un nombre limité d'unités fermées. Les locaux sont bien entretenus, propres et propices à une bonne qualité des soins avec encore quelques unités qui sont anciennes et un réel problème pour quelques unités où des chambres sont à l'étage. Les verrous de confort sont encore rares et le mobilier parfois minimaliste.

La communication avec l'extérieur est bien prise en compte, même s'il est nécessaire d'améliorer les possibilités pour le patient de voir sa famille dans des espaces dédiés et faciliter l'accès à la télévision individuelle et à l'informatique. L'inventaire des biens est rarement fait et n'est jamais contradictoire.

En conclusion, l'établissement doit rapidement organiser les soins, médicaux et paramédicaux autour du besoin de prise en charge et de mise en œuvre des projets de soins individualisés. Il doit acquérir une culture du patient reconnu comme sujet de droit, et investir la pratique de

l'isolement et de la contention de manière collégiale, contextualisée, sans oublier qu'elle ne peut être qu'un dernier recours, conformément à la loi.

## SYNTHESE DES OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

*Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.*

#### **BONNE PRATIQUE 1 ..... 27**

Les frais d'expertise pour les décisions de protection juridique sont avancés par l'association société d'entraide et sportive des malades du CH du Gers.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 46**

Tous les patients peuvent faire laver leur linge personnel gratuitement, sur place.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 47**

Lorsque les patients ne peuvent se déplacer à la régie pour retirer de l'argent en espèces, le régisseur peut se rendre dans les unités pour remettre directement l'argent en espèces aux patients.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 57**

L'établissement a mis en place un service d'hospitalisation à domicile de psychiatrie qui permet une prise en charge ambulatoire adaptée pour certains patients.

#### **BONNE PRATIQUE 5 ..... 61**

Les anciens patients peuvent continuer d'accéder aux activités et infrastructures sportives du centre hospitalier.

#### **BONNE PRATIQUE 6 ..... 63**

Le chirurgien-dentiste se déplace dans les unités auprès des patients et est pleinement intégré au projet de soin.

#### **BONNE PRATIQUE 7 ..... 72**

La création de l'équipe mobile pour adolescents a permis de diminuer les hospitalisations complètes.

#### **BONNE PRATIQUE 8 ..... 75**

Tout adolescent hospitalisé en unité pour adulte reste suivi par le pédopsychiatre de la clinique des ados.

### RECOMMANDATIONS

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

#### **RECOMMANDATION 1 ..... 15**

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins et prenant en compte la spécificité des missions actuellement remplies.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 16**

Le temps de présence des médecins doit permettre, dans toutes les unités, un accès du patient à son psychiatre dans un délai satisfaisant et préserver une dynamique d'équipe.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 19**

Le triplement du nombre d'hospitalisations pour péril imminent en six ans doit donner lieu à une analyse de la part de la commission départementale des soins psychiatriques.

<b>RECOMMANDATION 4</b> .....	<b>21</b>
Le livret d'accueil doit être remis systématiquement à toute personne hospitalisée.	
<b>RECOMMANDATION 5</b> .....	<b>22</b>
Les règlements de fonctionnement de chaque unité, conformes au règlement intérieur de l'établissement, ne peuvent imposer des interdictions systématiques sans lien avec la clinique. Les règles doivent en outre être portées à la connaissance des patients.	
<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>23</b>
Un protocole de notification de toute décision concernant les patients et de notification de leurs droits doit impérativement être mis en œuvre.	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>23</b>
Le service de sécurité incendie doit connaître en temps réel les chambres dans lesquelles des patients sont enfermés.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>29</b>
La CDSP doit se réunir et assurer ses missions dans l'intérêt des patients.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>33</b>
Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des informations prévues à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>34</b>
Les tutelles sanitaires et médico-sociales doivent adapter les filières de prise en charge de manière à répondre aux besoins d'accès aux soins et d'hébergement de toute personne souffrant de troubles psychiques.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>35</b>
Le document de notification des droits du patient doit être joint au dossier du JLD.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>35</b>
L'avis motivé accompagnant la saisine du JLD doit être en rapport avec l'état clinique dans lequel le patient se trouve au moment de sa comparution, au plus près de la date d'audience et ne peut être rédigé dès la 72 <sup>ème</sup> heure.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>36</b>
Les avocats assurant la permanence du JLD au sein de l'établissement psychiatrique doivent recevoir une formation leur permettant d'être inscrits sur la liste des avocats volontaires pour cette procédure.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>37</b>
Le dossier remis au tribunal doit être établi d'une façon telle que le JLD et l'avocat puissent s'assurer de la régularité de la procédure de soins sans consentement et de la connaissance de ses droits par le patient.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>40</b>
L'établissement doit organiser un accès effectif aux cultes en mettant à la disposition des patients un lieu pour des activités culturelles et un fléchage pour indiquer où se trouvent ces lieux ainsi qu'une liste à jour des aumôniers des différents cultes.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>41</b>
Les patients doivent pouvoir disposer d'un appareil informatique, de type tablette ou ordinateur portable, sans devoir faire des démarches administratives complexes.	

- RECOMMANDATION 17** ..... **43**  
 Les conditions d'hébergement doivent répondre aux normes attendues en terme de température, été comme hiver.
- RECOMMANDATION 18** ..... **44**  
 Chaque chambre doit être équipée d'une table, d'une chaise, d'un chevet et d'un bouton d'alarme. Les patients doivent pouvoir ouvrir leur fenêtre, au moins en partie, sans être contraints de solliciter les soignants.
- RECOMMANDATION 19** ..... **47**  
 Les patients sortant de l'hôpital ne doivent pas être contraints de se rendre à la trésorerie d'Auch pour récupérer les biens et valeurs déposés à l'entrée.
- RECOMMANDATION 20** ..... **48**  
 Les armoires des chambres doivent pouvoir être fermées à clef ou par cadenas. L'impossibilité d'accès direct d'un patient à ses affaires doit être limité à des situations dans lesquelles l'état clinique du patient le justifie et faire l'objet d'une réévaluation régulière.
- RECOMMANDATION 21** ..... **50**  
 La détention et la gestion de petites sommes d'argent appartenant à des patients sous tutelle ou curatelle ne peuvent se faire par les infirmiers ou les cadres de santé que dans le cadre de procédures définies dans le règlement intérieur du CH. Les entrées et sorties d'argent doivent faire l'objet d'une double signature, celles du soignant et du patient.
- RECOMMANDATION 22** ..... **52**  
 L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles.
- RECOMMANDATION 23** ..... **54**  
 Les décisions de mises de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être validées par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 24** ..... **54**  
 La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.
- RECOMMANDATION 25** ..... **55**  
 Un protocole actualisé doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.
- RECOMMANDATION 26** ..... **57**  
 Les services d'hospitalisation à domicile doivent disposer des locaux nécessaires à leur mission.
- RECOMMANDATION 27** ..... **62**  
 Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes et les patients en soins sans consentement.
- RECOMMANDATION 28** ..... **65**  
 Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à l'eau et au fonctionnement de la chasse d'eau et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. L'usage du pyjama ne peut y être systématique.

<b>RECOMMANDATION 29</b> .....	<b>66</b>
Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée.	
<b>RECOMMANDATION 30</b> .....	<b>68</b>
Une décision d'isolement pour des patients en soins libres n'est possible, au-delà de douze heures, que si une démarche de soins sans consentement est engagée.	
<b>RECOMMANDATION 31</b> .....	<b>71</b>
La structure immobilière et le mobilier de la psychogériatrie sont inadaptés. Des activités thérapeutiques ou occupationnelles doivent être organisées régulièrement.	
<b>RECOMMANDATION 32</b> .....	<b>73</b>
La contractualisation des règles de vie dans la Clinique des ados telle que prévue dans le livret d'accueil doit être effective.	
<b>RECOMMANDATION 33</b> .....	<b>74</b>
L'unité de pédopsychiatrie doit disposer d'un espace d'apaisement mais pas d'une chambre de contention située au milieu des autres chambres des mineurs.	

## RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>17</b>
Les temps de passage de consignes du matin et du soir sont des temps de travail indispensables et doivent à ce titre être rémunérés.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 2</b> .....	<b>17</b>
L'organisation des soins doit être adaptée aux besoins des patients. Les remplacements ne doivent pas se faire au détriment d'autres unités et une réflexion sur un meilleur roulement des soignants doit être engagée, à la fois pour limiter les changements de planning et pour que les effectifs les plus importants soient mobilisés dans les temps forts de la journée.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 3</b> .....	<b>18</b>
La formation continue doit être investie pour tous les soignants. La supervision, individuelle et collective, doit être développée pour permettre aux soignants d'exprimer les difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel et les dépasser.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 4</b> .....	<b>25</b>
Le bilan annuel des événements indésirables et celui particularisé à chaque unité doivent être diffusés aux soignants.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 5</b> .....	<b>25</b>
Une supervision régulière du personnel soignant (y compris les agents de service hospitalier) doit être instaurée dans toutes les unités d'hospitalisation du CH. Cette supervision doit être assurée par un intervenant extérieur.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 6</b> .....	<b>26</b>
Les textes du livret d'accueil et des affichages sur la personne de confiance doivent être mis à jour. La signature des personnes pressenties doit être recherchée par les soignants.	

**RECO PRISE EN COMPTE 7 ..... 28**

Le livret d'accueil doit faire apparaître qu'un patient peut demander l'anonymisation de sa présence. La procédure d'appel téléphonique *via* le standard téléphonique doit être modifiée en ce sens.

**RECO PRISE EN COMPTE 8 ..... 35**

La réunion du collège des professionnels de santé doit être convoquée par le directeur de l'établissement conformément à l'article L3211-9 du code de la santé publique.

**RECO PRISE EN COMPTE 9 ..... 42**

Afin de préserver l'intimité et la sécurité des patients, les portes des chambres doivent être équipées de systèmes leur permettant de s'enfermer dans leur chambre et de refermer derrière eux lorsqu'ils en sortent.

**RECO PRISE EN COMPTE 10 ..... 69**

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

**RECO PRISE EN COMPTE 11 ..... 75**

Les prescriptions « *si besoin* » sont prohibées en matière d'isolement ou de contention.

## PROPOSITIONS

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

AUCUNE ENTREE DE TABLE DES MATIERES N'A ETE TROUVEE.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>10</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>13</b>
2.1 Le centre hospitalier est le seul établissement du Gers habilité à prendre en charge les personnes en soins sans consentement.....	13
2.2 L'établissement ne dispose pas d'un budget suffisant pour remplir ses missions .....	14
2.3 Les ressources humaines sont suffisantes mais la formation et l'organisation du travail sont inadaptées aux besoins des patients.....	15
2.4 L'étude de l'activité du centre hospitalier montre un nombre élevé d'hospitalisations en péril imminent.....	19
<b>3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS</b> .....	<b>20</b>
3.1 L'information des patients en soins sans consentement sur leurs droits est très lacunaire .....	20
3.2 Les événements indésirables font l'objet d'une analyse globale ignorée du personnel soignant .....	23
3.3 La procédure de désignation de la personne de confiance est en place, mais les informations données ne sont pas à jour.....	26
3.4 L'accès au vote est organisé .....	26
3.5 La protection juridique des majeurs est organisée et les unités gèrent leur argent de poche .....	27
3.6 L'anonymisation d'une hospitalisation n'est pas organisée .....	27
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>29</b>
4.1 Les usagers sont représentés mais dans des structures institutionnelles parfois peu actives.....	29
4.2 Le registre de la loi est très incomplet .....	31
4.3 Les sorties sont facilement autorisées, mais la sortie est souvent impossible faute de structure d'accueil .....	33
4.4 L'intervention du JLD ne permet pas de garantir au patient le respect de ses droits .....	35
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>38</b>
5.1 La plupart des patients bénéficient d'une grande liberté d'aller et venir .....	38
5.2 Les contraintes de la vie quotidienne sont rares, l'accès aux cultes inexistant..	38
5.3 Les communications avec l'extérieur sont inégalement disponibles.....	40

<b>6. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>42</b>
6.1 Le domaine est vaste et bien entretenu, mais les conditions d’hébergement sont hétérogènes dans le confort et la réponse aux besoins des patients.....	42
6.2 L’hygiène est bien assurée et le lavage du linge personnel est gratuit pour tous les patients.....	45
6.3 Les modalités de gestion des biens manquent de cohérence et ne sont pas tracées sauf à la régie .....	46
6.4 Les repas sont préparés sur place et satisfont la majorité des patients.....	50
6.5 La sexualité des patients demeure un sujet tabou.....	52
<b>7. LES SOINS.....</b>	<b>53</b>
7.1 L’établissement participe à l’admission aux urgences du centre hospitalier général mais avec un accueil insuffisant .....	53
7.2 Les prises en charge en soins psychiatriques sont désorganisées .....	56
7.3 L’accès aux soins somatiques est complètement assuré .....	62
<b>8. LE RESPECT DE L’INTEGRITE DES PERSONNES .....</b>	<b>65</b>
8.1 Les chambres d’isolement ne sont pas conformes aux normes en vigueur .....	65
8.2 L’isolement n’est pas pratiqué en dernier recours .....	66
8.3 Le registre d’isolement et de contention n’est pas encore analysé .....	67
<b>9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>70</b>
9.1 La psychogériatrie prend en charge de nombreux patients en inadéquation avec la structure.....	70
9.2 La pédopsychiatrie est un service de qualité et ambitieux, malgré quelques réserves.....	71
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>76</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;

Julien Attuil-Kayser, contrôleur ;

Alexandre Bouquet, contrôleur ;

Philippe Lescene, contrôleur ;

Vianney Sevaistre, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier du Gers **du 7 au 15 mars 2019**.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 mars 2019 à 10h. Ils l'ont quitté le 15 mars 2019 à 10h.

Ils ont été accueillis par le directeur général et la mission a pu se présenter devant l'ensemble des médecins-chefs de service et de pôle, des cadres supérieurs de santé, le médecin du département d'information médicale (DIM) et les membres de la direction.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet de la préfète du Gers, la présidente du tribunal de grande instance (TGI) d'Auch, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis et regroupés dans un dossier électronique.

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

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

La réunion de restitution s'est tenue le 15 mars 2019 avec les mêmes participants que pour la réunion de présentation. Les représentants syndicaux y ont été associés.

Un rapport provisoire a été adressé le 5 juillet 2019 au directeur général de l'établissement, au directeur général de l'ARS, à la préfète du Gers, au président du tribunal de grande instance d'Auch et au procureur de la République près ce tribunal.

Seul le directeur de l'établissement a émis des observations, le 19 août 2019 ; elles ont été intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LES OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE CENTRE HOSPITALIER EST LE SEUL ETABLISSEMENT DU GERS HABILITE A PRENDRE EN CHARGE LES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT.

Le centre hospitalier (CH) du Gers a été créé en 1855 dans des locaux antérieurement occupés par un couvent de frères capucins. Il est le seul établissement public spécialisé en santé mentale du Gers et **couvre les besoins des 190 000 habitants** du département le plus rural de l'ex-région Midi-Pyrénées, avec une population majoritairement âgée et vieillissante.

**3 800 patients adultes et 1 300 mineurs ont été accueillis en 2018 au sein des 288 lits, places et structures ambulatoires.** La majorité des patients primo requérants sont pris en charge par les centres médico-psychologiques (CMP). **Le CH du Gers assure également la psychiatrie de liaison et les soins psychiatriques aux urgences au centre hospitalier d'Auch.**

Le CH du Gers comprend un site principal à Auch avec des structures d'accueil, de traitement et d'hébergement, un centre de post-cure « Camille Claudel », une maison d'accueil spécialisée (MAS) de Villeneuve, un centre de soins et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) Arthur Rimbaud, trente-six places d'hôpitaux de jour, six lits d'hospitalisation de nuit et le service d'hospitalisation à domicile.

Un pôle de pédopsychiatrie à vocation départementale comprend une clinique pour adolescents (11 à 17 ans) avec cinq lits d'hospitalisation complète, deux places d'hospitalisation de nuit, neuf places d'hospitalisation de jour (dont six pour enfants à « la villa ») et une équipe mobile pour adolescents (EMA 32) pour des jeunes de 12 à 18 ans.

Le réseau de structures de soins ambulatoires comprend, pour les adultes, huit centres médico-psychologiques (CMP), dix centres d'activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), et pour les mineurs, cinq CMP.

**Le CH a intégré en 2017, le groupement hospitalier de territoire (GHT) du Gers qui regroupe douze établissements** pour les 190 000 habitants avec, outre le CH du Gers, le centre hospitalier d'Auch, huit établissements de santé (CH) de proximité et deux établissements médico-sociaux. La partie psychiatrie du projet médical partagé du GHT 2017-2022 correspond au projet du CH du Gers. Hors GHT, les patients nécessitant des soins de psychiatrie sont pris en charge également par une clinique psychiatrique à Auch de soixante-six lits et quelques psychiatres libéraux.

**Le CH du Gers s'est engagé depuis trois ans dans une démarche de réorganisation de ses activités et structures de psychiatrie adulte**, décrite dans son projet d'établissement 2015-2019. Jusqu'en 2018, l'hospitalisation complète adulte était organisée autour de deux types d'unités : d'une part les unités sectorisées (Duras, Pussin et clinique Nord) disposant chacune d'un hôpital de jour et pouvant accéder à un quatrième hôpital de jour intersectoriel, et d'autre part quatre unités spécialisées intersectorielles : unité de psychogériatrie, unité de réinsertion (préparation de la sortie des patients hospitalisés au long cours), unité Janet (hospitalisation au long cours) et unité Charcot, pour patients lourdement déficitaires. Les médecins assuraient le suivi de leurs patients quelles que soient les unités d'hospitalisation, avec des pratiques différentes, mais se trouvaient souvent en faible nombre sur des secteurs de taille réduite.

**Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2018, le pôle de psychiatrie adulte est organisé en filières à l'échelle du département : une filière admission**, regroupant les unités Duras et Pussin, l'unité de psychogériatrie et le service d'accueil des urgences du centre hospitalier d'Auch **et une filière de préparation à la sortie et d'hospitalisation au long cours**, regroupant l'unité de projet et

d'accompagnement à la sortie (UPAS), l'unité de réinsertion, l'unité Janet, l'unité Charcot ainsi que des services transversaux comme l'unité de post-cure Camille Claudel, l'hospitalisation à domicile (HAD), l'espace de soins et d'activités médiatisées (ESAM), l'atelier thérapeutique Marminos, le CATTP l'envol, et les hôpitaux de jour.

La réorganisation impacte davantage l'ancienne clinique Nord qui était une unité dite d'admission dotée de vingt lits, d'une place d'hôpital de jour, d'une place d'hôpital de nuit et d'une sous-unité pour patients en crise (UPC) de quatre chambres d'isolement. Cette unité avait une vocation intersectorielle et accueillait les patients admis en soins sans consentement ainsi que des patients déjà hospitalisés dans l'établissement et nécessitant un isolement impossible à réaliser dans leur unité d'origine. Désormais l'unité UPAS, qui a repris ces lits sauf trois chambres d'isolement qui ont été condamnées, se spécialise dans la préparation active de la sortie des patients au long cours ; les unités Duras, Pussin et la psychogériatrie sont devenues des unités d'admission en janvier 2019.

**Cette fermeture a conduit à ramener le nombre de chambres d'isolement (CI) de l'établissement de huit à cinq en psychiatrie adulte (fermeture des trois CI en février 2019).**

Cette réorganisation en filières s'inscrit dans l'évolution progressive de l'établissement vers la fin du modèle sectoriel : l'activité ambulatoire sur l'agglomération d'Auch a été intégralement déssectorisée début 2017, l'hospitalisation complète l'est également depuis mai 2018, les hospitalisations de jour réalisées dans les trois anciennes unités d'admission sectorisées ont été progressivement regroupées sur un seul hôpital de jour adulte, l'hôpital de jour « Régis ». Seul subsiste aujourd'hui un seul hôpital de jour autonome, en raison de sa spécialisation dans la prise en charge du sujet âgé. **La direction du CH du Gers propose de mettre en place une organisation faisant de l'ensemble du département du Gers un seul secteur**, à l'image du dispositif mis en place pour la psychiatrie infanto-juvénile. Cette proposition a recueilli l'avis unanimement favorable de la commission médicale d'établissement (CME). Le comité technique d'établissement et le conseil de surveillance sont appelés à se prononcer sur ce point en mars 2019.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) pour la période 2019-2023. Il est très général, bâti en considération des priorités de l'agence régionale de santé et n'aborde aucune des problématiques structurelles de l'établissement, dont le nombre de patients hospitalisés depuis plus d'un an particulièrement important et les pratiques d'isolement.

**Le contrôle a porté sur les sept unités de psychiatrie adulte, l'unité d'hospitalisation de psychiatrie infanto-juvénile et l'accueil aux urgences du CH d'Auch.**

## 2.2 L'ÉTABLISSEMENT NE DISPOSE PAS D'UN BUDGET SUFFISANT POUR REMPLIR SES MISSIONS

Le CH du Gers a disposé d'une **dotation globale de fonctionnement, hors soutien de trésorerie, de 28 728 622 euros en 2018**, contre 27 974 102 en 2010, soit une augmentation de 2,7 % en huit ans ne compensant pas les augmentations annuelles des coûts. **Les seules dépenses de personnel s'élevaient à 29 165 196 euros en 2018.**

Sans les aides à la trésorerie renouvelées chaque année depuis trois ans, l'établissement présente un résultat négatif depuis plus de quatre ans, entre 700 000 euros et 2 millions d'euros chaque année, la capacité d'autofinancement étant elle aussi négative sans ces aides depuis plus de quatre ans.

Les durées très longues de séjours des patients accueillis (soixante-sept patients actuellement hospitalisés depuis plus d'un an dont quarante-sept depuis plus de cinq ans) empêchent l'établissement de bénéficier des péréquations financières régionales alors même qu'il assure la prise en charge de patients pour lesquels aucune autre solution n'est actuellement offerte par l'organisation générale des soins et de la santé dans le département (cf. § 7.2).

**Cette insuffisance structurelle de financement l'amène à diminuer la qualité des soins**, que ce soit par le non remplacement de postes d'infirmiers, le non-paiement d'heures supplémentaires ou l'absence d'embauche d'intérimaires pour remplacer les absences. Depuis 2016, un supplément pour chambre individuelle est par ailleurs facturé aux patients qui disposent d'une mutuelle, sauf à ceux qui sont en soins sans consentement.

### RECOMMANDATION 1

L'établissement doit pouvoir disposer d'une dotation financière à la hauteur de ses besoins et prenant en compte la spécificité des missions actuellement remplies.

## 2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT SUFFISANTES MAIS LA FORMATION ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL SONT INADAPTEES AUX BESOINS DES PATIENTS

### 2.3.1 Les effectifs

Les effectifs du CH du Gers sont stables avec **598 équivalents temps plein** en 2018 (605 en 2016 ; 589 en 2017). La moyenne d'âge du personnel est de 45 ans, avec une augmentation des congés de longue maladie et de longue durée (+ 60 % en deux ans) et celle des restrictions médicales à l'exercice professionnel. Les accidents de travail sont en baisse de 35 % depuis deux ans. Au total, le taux d'absentéisme du personnel est stable autour de 9 %. Il est à noter qu'aucun médecin du travail n'exerce sur la structure depuis un an. Les départs en retraite s'accroissent nettement depuis deux ans et tous les départs en retraite n'ont pas été remplacés : entre 2013 et 2017, l'établissement a perdu seize postes, cette érosion touchant majoritairement le personnel administratif.

Lors de la visite des contrôleurs, le CH du Gers employait **trente-quatre médecins**, dont trois internes, représentant **29,1 équivalents temps plein (ETP)**. Tous les postes sont pourvus, ce qui constitue une réelle amélioration par rapport aux années précédentes (deux postes vacants en 2017, et trois en 2018) et tous les médecins disposent de la plénitude d'exercice. Pour autant, une problématique de présence médicale est apparue aux contrôleurs. Celle-ci résulte à la fois d'un déséquilibre entre unités (de 5 ETP à l'unité Pussin à 0,4 ETP à l'unité de réinsertion, à Charcot ou encore à Janet) et d'un manque de présence réelle des médecins au sein de certains pavillons. Cette carence a été rapportée par les patients, la direction et le personnel paramédical ; les rendez-vous rapides avec le psychiatre sont difficiles à obtenir dans la filière de préparation à la sortie et d'hospitalisation au long cours.

**RECOMMANDATION 2**

Le temps de présence des médecins doit permettre, dans toutes les unités, un accès du patient à son psychiatre dans un délai satisfaisant et préserver une dynamique d'équipe.

Les effectifs non médicaux s'établissent, au 31 décembre 2017, à **597 agents, représentant 570,4 ETP** (personnel soignant : 364 ETP ; technique : 84 ETP ; socio-éducatif : 60,2 ETP ; administratif : 58,6 ETP ; médico-technique : 3,6 ETP).

Les agents sont affectés par pavillon mais les remplacements sont fréquents entre unités. **Les contrôleurs ont observé des mutations imposées à la dernière minute et parfois inadaptées aux besoins de prise en charge dans les services respectifs.** Ces remplacements peuvent concerner tous les services de l'hôpital mais aussi la MAS. **Cette mutualisation générale et dans l'urgence participe d'une certaine forme de désorganisation des soins.** Du reste, elle ne facilite pas l'émergence de projets d'unité et la bonne connaissance des patients par les soignants.

Le recrutement des infirmiers et des aides-soignants est difficile selon la direction. C'est pourquoi des solutions palliatives sont dégagées : recrutement d'aides médico-psychologiques à la place d'aides-soignants (Janet, Charcot, réhabilitation, psychogériatrie) ou d'éducateurs à la place d'infirmiers (réhabilitation, clinique des adolescents). Par ailleurs, le nombre de psychologues est faible dans la majorité des unités et le suivi à ce titre demeure insuffisant : la direction a annoncé aux contrôleurs le prochain recrutement de trois nouveaux psychologues à l'échelle du CH du Gers. Elles ne sont présentes ce jour que dans les unités Duras, psychogériatrie et UPAS.

**Dans ses observations du 13 août 2019** répondant au rapport provisoire, le directeur du CH indique qu'avec le concours financier de l'ARS d'Occitanie et sur ses fonds propres, le CH du Gers a créé quatre ETP de psychologue en 2018 et 2019.

Dans chaque unité au moins quatre infirmiers diplômés d'Etat (IDE) ou aides-soignants sont présents le matin et trois l'après-midi, auxquels il faut ajouter en principe un IDE de journée dans les unités Duras et Pussin, en poste aménagé, ainsi qu'un éducateur de journée dans certaines autres unités. Si ces effectifs permettent une prise en charge minimale, plusieurs facteurs affectent l'organisation du travail, au préjudice des patients.

Le rythme de travail des IDE et des aides-soignants demeure le 3/8 depuis plusieurs décennies : 6h-14h / 13h-21h / 21h-6h, le tout sans pointeuse. Deux jours de repos succèdent à quatre jours de travail. Ce rythme, imposé à tous sauf de rares exceptions médicales, fatigue les organismes : la surveillance de nuit (un IDE et un aide-soignant par unité) n'est pas toujours réactive, et des lits sont positionnés dans de nombreuses chambres de veille. Cette alternance jour/nuit est le premier facteur de pénibilité au travail au CH du Gers selon l'enquête « parcours professionnel », réalisée en octobre 2018 auprès de l'ensemble du personnel (47 % de répondants). Un groupe de réflexion entre l'encadrement et les organisations syndicales a été constitué afin d'envisager *a minima* des périodes fixes de nuit. Par ailleurs, les horaires de présence identiques pour tous et dans toutes les unités sont parfois sans lien avec les besoins réels des patients (quatre soignants à 6h du matin, par exemple).

En outre, seule la relève de 13h à 14h est rémunérée. Les relèves de 6h et de 21h, alors qu'elles sont prévues dans le temps de travail, ne sont curieusement pas payées ; ce qui n'incite pas au passage effectif de consignes concernant les patients.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Les temps de passage de consignes du matin et du soir sont des temps de travail indispensables et doivent à ce titre être rémunérés.

Les changements de planning sont très réguliers, en raison d'une prise en compte aléatoire des absences signalées et d'un manque de règles claires en la matière. Les rappels sont fréquents, engendrant du mécontentement chez les professionnels concernés et constituent le deuxième facteur accentuant la pénibilité au travail selon l'enquête précitée.

Paradoxalement, ces changements interviennent dans un contexte où la pression sur les heures supplémentaires est de plus en plus forte afin de réaliser des économies (cf. § 2.2).

**Dans ses observations du 13 août 2019** répondant au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« Depuis janvier 2019, une réflexion institutionnelle est menée sous la forme d'une conduite de projet. Elle s'attache à redéfinir des cycles de travail et des roulements conformes à l'application des règles statutaires. Parmi les objectifs du projet, l'instauration de bloc de nuits (au moins 15 jours), la prise en compte des temps de transmissions dans le temps de travail, la redéfinition des horaires notamment par l'instauration d'horaires décalés sont de nature à réduire la pénibilité du travail, à réinterroger les organisations de travail et à recentrer le soin sur les besoins du patient. Une consultation des professionnels sur la base ci-dessus énoncée sera effectuée dès le début de l'automne 2019, pour une mise en œuvre en janvier.*

*Les équipes de nuit sont composées majoritairement d'un IDE et d'un AS, exceptées les unités d'admission qui sont constituées de deux IDE (Duras) et de deux IDE et un AS (Pussin).*

*Les effectifs, en nombre et en compétences, sont adaptés par unités de soins au regard de l'activité et de la typologie des patients. »*

Les temps de travail des assistantes sociales sont déséquilibrés entre unités.

L'ensemble contribue à une ambiance de travail parfois pénible, ayant inéluctablement des conséquences pour les personnes hospitalisées et pour les visiteurs. Ces sujets focalisent l'attention des soignants au détriment des patients. Symptôme de ce glissement, le projet médico-soignant n'est pas centré sur le soin mais sur les soignants.

### RECO PRISE EN COMPTE 2

L'organisation des soins doit être adaptée aux besoins des patients. Les remplacements ne doivent pas se faire au détriment d'autres unités et une réflexion sur un meilleur roulement des soignants doit être engagée, à la fois pour limiter les changements de planning et pour que les effectifs les plus importants soient mobilisés dans les temps forts de la journée.

#### 2.3.2 La formation

Chaque soignant bénéficie d'une formation obligatoire de deux « journées juridiques », relatives à l'éthique, la déontologie et les droits des patients. En revanche, les formations à la gestion de crise, la gestion des violences et la gestion du stress ne sont pas obligatoires. Une formation à la bientraitance (trois jours) figure sur le planning mais n'est pas systématique. **Il n'existe par ailleurs que quelques formations spécifiques aux droits des patients en soins sans consentement**, ayant bénéficié à des cadres et des secrétaires administratives.

**Pour les nouveaux arrivants, seule une « consolidation des savoirs » est prévue, à raison de six jours sur deux ans.**

Compte-tenu de la tension autour des plannings et des heures supplémentaires, il est en outre difficile pour un soignant de s'absenter en formation : certains n'osent ainsi pas demander, d'autres s'en voient parfois refuser le bénéfice. **Les deux tiers du personnel sont insatisfaits des possibilités de bénéficier d'une formation** selon une enquête d'octobre 2018.

Le tutorat n'est développé que pour les élèves infirmiers, mais pas pour les titulaires même s'ils n'ont jamais exercé en psychiatrie auparavant. Ces derniers ne bénéficient que de deux ou trois jours de doublure lorsqu'ils prennent leur poste.

La supervision par un psychologue extérieur ne concerne que la clinique des adolescents, la MAS et certaines unités extra hospitalières. Dans les autres unités, une supervision n'est prévue qu'en cas d'événement indésirable grave pour le personnel de l'unité concernée, à la demande du médecin responsable ou du cadre de l'unité. Le recrutement de nouveaux psychologues serait en cours.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

La formation continue doit être investie pour tous les soignants. La supervision, individuelle et collective, doit être développée pour permettre aux soignants d'exprimer les difficultés rencontrées dans leur exercice professionnel et les dépasser.

**Dans ses observations du 13 août 2019** répondant au rapport provisoire, le directeur du CH indique :

*« La formation aux journées juridiques n'est pas obligatoire mais très demandée. Depuis 2014, 116 personnes ont été formées. Le contenu de cette action intègre 1 journée consacrée aux droits des patients en psychiatrie. Le cadre juridique est abordé dont l'exercice des libertés individuelles et son application aux pratiques professionnelles. Pour l'année 2020, une journée supplémentaire sera proposée aux professionnels sur la liberté d'aller et venir et ses restrictions.*

*La formation à la violence est mise en place depuis 2011. Bien que non obligatoire, 123 professionnels ont bénéficié de cette action.*

*Depuis 2011, 139 agents ont été formés sur la thématique de la bientraitance.*

*Une action de formation à la gestion du stress est planifiée sur le dernier trimestre 2019.*

*Le plan de formation 2020 prévoit un parcours d'intégration obligatoire pour les nouveaux professionnels (qu'ils soient nouveaux diplômés ou nouveaux en psychiatrie).*

*L'enquête sur le parcours professionnel effectuée en 2018 auprès des personnels soignants fait état d'une insatisfaction relative liée à la moindre prise en compte de demandes individuelles. Pour autant, bon nombre d'actions institutionnelles, de pôles ou de services sont l'agrégation de demandes individuelles sur une même thématique.*

*L'effort de formation représente 12,26 ETP annuel en 2018, soit 466 agents absents (sur un total de 600) au titre de la formation continue pour un total de 2361 journées de formation.*

*Le tutorat existe pour les étudiants IDE et élèves AS. Depuis 2011, 158 agents ont été formés.*

*La supervision ou les analyses de pratiques sont inscrites au plan de formation. En 2018 et 2019 10 équipes soignantes ont bénéficié de cet accompagnement. »*

## 2.4 L'ETUDE DE L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER MONTRE UN NOMBRE ELEVE D'HOSPITALISATIONS EN PERIL IMMINENT

### 2.4.1 L'hospitalisation à temps complet au CH et la question de la sur occupation

Le nombre de journées d'hospitalisation dans toutes les unités a peu évolué depuis 2014, avec cependant une légère baisse en 2017. **La durée moyenne de séjour (DMS)** a diminué en 2017 par rapport à 2016, passant de 34,21 à **29,86 jours**.

L'établissement est cependant saturé : pour l'année 2017, 761 patients ont été en hospitalisation complète. La saturation des lits sur les trois dernières années a été la suivante : 181 jours de saturation durant l'année 2016 ; 162 durant l'année 2017 ; 127 durant l'année 2018, soit un taux de saturation sur l'année en baisse, mais cependant de 34,79 % du temps. Les mois les moins saturés sont ceux de décembre et janvier ; les plus saturés juillet, août et septembre.

Cette sur occupation n'a pas pour conséquence le doublement de lits dans des chambres individuelles, mais des temps d'occupation de chambres d'isolement en chambres ouvertes.

### 2.4.2 Les soins sans consentement

L'examen du nombre d'admissions en soins sans consentement durant les six dernières années (entre 2013 et 2018) montre :

- un doublement du nombre d'admissions sur décisions du directeur de l'établissement (SDDE), passant de 136 à 265 ;
- un nombre d'admission en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en baisse sur la même période passant de 37 à 32 ;
- une part de plus en plus importante des hospitalisations pour péril imminent, le nombre passant sur cette même période de 50 à 159, soit une progression de plus de 300% ;
- une augmentation régulière des hospitalisations en soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SPDTU), 59 à 78, avec cependant une diminution en 2018 par rapport à 2017 (85 SPDTU) ;
- une augmentation régulière, mais faible du nombre de soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) entre 2013 et 2017, soit 42 en 2017 pour 27 en 2013 ; mais une diminution importante de ce type d'hospitalisation en 2018, avec seulement 28 patients concernés.

Cette répartition entre les différents types d'hospitalisation sous contrainte semble devoir se poursuivre puisque l'examen des deux derniers livres de la loi (registres 139 et 140) pour la période du 8 novembre 2018 au 12 mars 2019, soit sur quatre mois et quatre jours, permet de dénombrer sur 103 décisions du directeur du CH, 63 « péril imminent »(PI), 32 SPDTU, et 8 SPDT.

## RECOMMANDATION 3

Le triplement du nombre d'hospitalisations pour péril imminent en six ans doit donner lieu à une analyse de la part de la commission départementale des soins psychiatriques.

### 3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

#### 3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SUR LEURS DROITS EST TRES LACUNAIRE

##### 3.1.1 Information générale sur les droits

###### a) Le livret d'accueil

Il existe un livret d'accueil intitulé : « *le centre hospitalier du Gers vous accueille ; guide pratique de votre séjour* ». Ce guide, composé de onze fiches, contient le plan de l'établissement, la présentation de l'organisation par pôles, la liste de toutes les structures hospitalières, extra hospitalières, médico-sociales, et infanto-juvéniles avec adresses et téléphones, les types d'admission ainsi que les documents nécessaires sur le séjour, la vie quotidienne, la régie (informations obsolètes), les repas, les repas des accompagnants (jamais mis en œuvre et totalement ignorés des patients), le linge fourni par l'hôpital et la possibilité de bénéficier des services de la blanchisserie de l'établissement pour son linge personnel.

Ce guide précise également les règles concernant l'usage de téléphone portable, le courrier, les visites, le culte, les principales associations bénévoles en relation avec le centre hospitalier, et notamment l'UNAFAM<sup>1</sup>.

Une fiche aborde les droits des patients, c'est-à-dire la désignation de la personne de confiance, la rédaction de directives anticipées, l'accès au dossier médical, les représentants des usagers, la commission des usagers (CDU), la satisfaction des usagers, la possibilité de contester les décisions de SSC, le JLD, la protection des personnes vulnérables, l'existence d'un règlement intérieur pouvant être consulté sur demande. Seule l'adresse de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) y est fournie.

Une autre fiche est relative à la sortie, aux frais de séjour ; la dernière fiche porte sur la déontologie, l'éthique, la bientraitance.

Suivent quelques documents en annexe sur la lutte contre la douleur, les conseils d'hygiène, et des formulaires sur les directives anticipées, sur la demande d'accès au dossier médical abordée dans les fiches sus mentionnées, sur la désignation de la personne de confiance, la charte de la personne hospitalisée, la qualité des informations à donner sur son identité.

**Les informations portées dans ce guide sont claires et abordables même s'il manque la liste des autorités** (adresse et téléphone) susceptibles d'être saisies à tout moment par un patient en SSC, telles que le procureur de la République, le CGLPL, le préfet et le JLD. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique que ces mentions seront ajoutées lors de la prochaine actualisation de 2020.

**Cependant, seules les deux unités Janet et Duras remettent ce guide lors de l'admission ;** cette pratique n'existerait pas dans les autres unités, l'unité d'insertion considérant qu'il doit avoir été remis précédemment dans les unités d'admissions ; par ailleurs, rares sont les patients à qui il aurait été remis, qui l'aurait conservé ; rares sont les patients qui en connaissent l'existence.

---

<sup>1</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

#### RECOMMANDATION 4

Le livret d'accueil doit être remis systématiquement à toute personne hospitalisée.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique qu'il est désormais prévu une dotation automatique livrée dans les unités chaque mois. Il conviendra de vérifier que ce livret sera bien remis au patient.

##### *b) Le règlement intérieur*

Le règlement intérieur comporte soixante-neuf pages, la section 3 étant consacrée aux soins sans consentement. Il est peu connu, y compris par les soignants dans quelques unités ; il est affiché dans une seule unité et n'est remis que sur demande, ce qui serait exceptionnel.

Il reprend, de manière plus détaillée, les éléments contenus dans le livret d'accueil concernant l'accueil, le séjour, les droits des patients ainsi que les soins. En page 16, il est fait expressément référence à ce livret d'accueil avec le rappel qu'il doit être remis à tout nouveau patient.

La liste de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient en soins sans consentement est complète, mais ni les adresses ni les numéros de téléphone n'y figurent.

##### *c) Les règles de fonctionnement propres à chaque unité*

Trois unités disposent d'un règlement de fonctionnement, Pussin, Duras et réinsertion. Le règlement commun aux unités Pussin et Duras a la particularité de distinguer la zone fermée et la zone ouverte.

Chacun des trois règlements de fonctionnement comporte deux parties : une première qui reproduit purement et simplement quinze articles du règlement intérieur de l'établissement sur les règles de vie ; une seconde propre à chacun des modes d'organisation des unités (fermée ou ouverte) et relative à la vie au quotidien.

Le règlement de fonctionnement de la zone fermée des unités Pussin et Duras est restrictif par rapport au règlement de fonctionnement des zones ouvertes et de celui de l'unité de réinsertion.

Il y est spécifié que la zone fermée est la zone d'accueil des patients hospitalisés en soins sans consentement. Les règles de vie sont plus restrictives : l'usage du tabac est limité à une seule cigarette par heure remise par les soignants entre 6h30 et 22h30. De même, les téléphones portables ne sont pas autorisés en zone fermée, ce qui est en contradiction avec le règlement intérieur du centre hospitalier qui ne prévoit de restriction pour l'usage du téléphone portable que pour des motifs cliniques. Enfin, les visites sont limitées à l'après-midi alors qu'elles sont possibles également en matinée dans les zones ouvertes.

Le règlement de fonctionnement de l'unité Duras est affiché dans chacune des chambres. Il est affiché dans l'unité réinsertion.

Il existerait un tel règlement dans l'unité Janet, mais celui-ci n'a pas été trouvé.

## RECOMMANDATION 5

Les règlements de fonctionnement de chaque unité, conformes au règlement intérieur de l'établissement, ne peuvent imposer des interdictions systématiques sans lien avec la clinique. Les règles doivent en outre être portées à la connaissance des patients.

### *d) Les informations générales sur les droits des patients*

Il s'agit essentiellement de ce qui peut être expliqué à un patient lors de son admission en soin sans consentement, à son arrivée dans l'unité ou encore dans les jours suivants.

Cette information n'est ni organisée, ni formalisée. L'entretien d'admission permet parfois d'apporter quelques éclaircissements juridiques aux patients, mais ces droits sont mal connus des soignants. Beaucoup s'en remettent au bureau des entrées.

#### 3.1.2 Les informations des patients sur leur situation juridique et la spécificité de leurs droits

Une certaine confusion est observée quant aux informations juridiques portées à la connaissance des patients et aux compétences d'attribution de la délivrance de ces informations.

Le bureau des entrées (cf. § 4.2) remet les décisions et notamment celles d'admission, à chaque unité, en même temps que la liste des droits, aux fins de notifications. Ces notifications sont faites avec plus ou moins de complétude et de célérité. Il a été trouvé par les contrôleurs, dans plusieurs unités, des pochettes comprenant plusieurs décisions à notifier depuis plusieurs jours, voire des semaines, certaines à des patients déjà sortis et pour d'autres déjà passés devant le JLD.

Le bureau des entrées se déplace dans les unités pour remettre directement aux patients les convocations devant le JLD et les notifications de décisions concernant les patients hospitalisés en SDRE, ce qui est une bonne pratique.

Chaque unité procède, de fait, à sa façon : dans certaines on ne notifie rien considérant que le bureau des entrées fait le nécessaire ; dans d'autres on attend la venue du bureau des entrées pour la convocation devant le JLD afin que les agents notifient en même temps la décision d'admission et les droits ; dans une unité, la notification est faite au patient dès réception des documents, et remise au bureau des entrées lors d'un déplacement pour une convocation pour l'audience avec le JLD.

**Ce manque de méthode dans l'organisation de la notification des décisions et des droits est préjudiciable aux patients et explique en partie le défaut d'informations dans le registre de la loi.**

Le centre hospitalier doit rapidement mettre en œuvre un protocole de notification aux patients des décisions les concernant ainsi que de leurs droits, étant rappelé que cette information sur les droits doit être systématiquement renouvelée à l'occasion de chaque notification, et doit être tracée dans le registre de la loi. Les soignants doivent par ailleurs être sensibilisés et formés sur les droits des patients (cf. § 2.3.2).

**RECOMMANDATION 6**

Un protocole de notification de toute décision concernant les patients et de notification de leurs droits doit impérativement être mis en œuvre.

**3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT L'OBJET D'UNE ANALYSE GLOBALE IGNOREE DU PERSONNEL SOIGNANT****3.2.1 La sécurité des patients**

Pendant la nuit, les personnes en charge de la sécurité incendie (astreinte des services techniques et maintenance) n'ont pas connaissance de l'enfermement de patients dans les chambres d'isolement ou, comme c'est le cas en psychogériatrie et à Charcot, dans les chambres ordinaires. Dans ces deux dernières unités, le logiciel CORTEXTE ne permet pas de connaître en temps réel les chambres dont les portes sont fermées, car les informations ne sont pas entrées de façon automatique.

**RECOMMANDATION 7**

Le service de sécurité incendie doit connaître en temps réel les chambres dans lesquelles des patients sont enfermés.

Depuis le début de l'année 2017, un groupe de travail se penche sur la sécurisation de l'établissement au regard de l'important trafic de produits stupéfiants (l'accès est libre en journée pour les piétons et les véhicules, aucune caméra de vidéoprotection n'enregistre les entrées et les sorties). Ce sujet a été travaillé au sein du comité d'éthique (cf. § 3.2.5).

Le protocole d'accord en date du 26 mars 2014 signé par le directeur du CH et le directeur départemental de la sécurité publique (DDSP) du Gers formalise la sécurisation du CH. Cette convention prévoit que le directeur du CH est informé par le procureur de la République près le TGI d'Auch des suites données aux procédures sur les violences alors même que ce dernier n'en est pas signataire.

La sécurisation de l'établissement imposerait qu'un protocole associe le procureur de la République, le directeur du CH et le DDSP sur une démarche conjointe adaptée. **Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur du CH indique qu'un projet de protocole est en cours avec des réunions de travail associant le service pénitentiaire d'insertion et de probation et le juge d'application des peines en septembre 2019, la finalisation étant programmée en 2020.

**3.2.2 Les requêtes et les plaintes**

La fiche 9.4 du livret d'accueil décrit la procédure de dépôt de plainte ou de réclamation dans la partie consacrée à la commission des usagers (CDU). Le texte des articles R. 1112-92 à R. 1112-94 du code de la santé publique sont intégralement cités. Les noms des médiateurs médecins et non-médecins, titulaires et suppléants, sont listés.

Le rapport annuel de la CDU pour l'année 2017 fait apparaître que cinquante-quatre plaintes ou réclamations écrites (aucune réclamation orale n'est parvenue à la direction) ont été adressées au directeur du CH, émanant de quarante-sept patients ou familles de patients.

Les membres de la CDU reçoivent avant chaque réunion tous les courriers échangés sur une doléance. Ne sont abordées au cours de la réunion de la CDU que les doléances dont les réponses soulèvent des interrogations.

Le rapport spécifique annuel 2017, adressé à l'ARS, fait apparaître qu'au 31 décembre 2017, cinquante et une de ces doléances avaient été clôturées dans un délai moyen de dix-huit jours, que des médiations ont été proposées dans quarante et un cas (vingt-sept pour le médiateur médecin et quatorze pour le médiateur non-médecin), acceptées dans huit cas et réalisées dans six cas.

### 3.2.3 Les événements indésirables

Le logiciel Intraqal est utilisé pour signaler et suivre les événements indésirables (EI). Le personnel médical et non médical – huit ASH (sur les soixante-cinq) ne disposent pas de compte informatique – peut renseigner une fiche d'événement indésirable (FEI). Ces fiches sont nominatives ; il n'est pas possible de rédiger de FEI sous couvert d'anonymat. Chaque rédacteur peut suivre l'instruction de la fiche rédigée.

Les contrôleurs ont constaté dans les unités que nombre d'agents ne rédigeaient pas de FEI aux motifs « *nous n'avons pas de retour* » ou « *on ne signale que les événements graves, pas les insultes ni les petits problèmes* ». Les agents dans les unités ne connaissent pas le bilan annuel, pourtant consultable sur l'Intranet. Ils ne connaissent pas non plus l'existence du bilan intermédiaire diffusé au chef de pôle.

Les contrôleurs ont examiné les bilans annuels de 2016 et de 2017, celui de 2018 étant en cours d'élaboration. Ce sont des outils principalement destinés à l'administration. Ils dressent la synthèse des EI sur la période écoulée pour l'ensemble du CH. Ils reprennent les analyses des causes profondes – parfois appelées retours d'expérience dans d'autres établissements – sur quatre thèmes : les EI graves, les événements récurrents, les sorties sans autorisation et les erreurs médicamenteuses. L'analyse des EI récurrents étant conduite de façon globale ne permet pas à chaque unité, de constater qu'une ou plusieurs catégories d'EI lui est particulièrement récurrente ou, *a contrario*, que des EI devraient apparaître comme récurrents. L'audit conduit en 2017 en psychogériatrie (cf. *infra* § 9.1) fait apparaître l'intérêt d'un bilan par unité et inciterait le personnel à rédiger les FEI comme cela est prévu.

Le bilan annuel de 2017 dresse le constat que les faits de violence forment, comme en 2016, le premier thème des EI (30 % des EI) dont quarante-six à Charcot (pour onze en 2016) et neuf en psychogériatrie (pour douze en 2016), en mentionnant que l'augmentation est générale. Aucune supervision n'a été mise en place dans ces deux unités. Parmi l'ensemble de ces EI, six sont signalés comme générés par des perturbateurs extérieurs au CH. Les dysfonctionnements organisationnels forment le deuxième des thèmes des EI (20 % des EI) alors que c'était le troisième des thèmes en 2016 avec 13 % des EI). Dans les trois quarts des cas, il s'agit de problème d'effectif, notamment à Charcot et en psychogériatrie où ces problèmes d'effectif représentent la totalité des EI.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Le bilan annuel des événements indésirables et celui particularisé à chaque unité doivent être diffusés aux soignants.

**Dans ses observations du 13 août 2019** répondant au rapport provisoire, le directeur du CH indique que « *Chaque année, un numéro de « Qualipsy » (support de communication dédié à la qualité et distribué avec les bulletins de salaires) est publié pour présenter un résumé du bilan des EI. Les bilans annuels présentent des données globalisées pour l'ensemble de l'établissement ainsi que certaines données spécifiques à chaque unité (la répartition des EI par thème). Afin de personnaliser les données concernant les unités et d'améliorer la diffusion aux soignants, l'établissement prévoit, à compter de 2020, de diffuser par trimestre aux équipes un état des EI concernant chaque unité (liste des EI, la répartition par thèmes et la gravité).* »

#### 3.2.4 La supervision

Aucune supervision à caractère systématique, conduite par un intervenant extérieur, n'est organisée dans les unités d'hospitalisation à l'exception de la pédopsychiatrie qui en bénéficie mensuellement.

Une fiche de procédure prévoit la mise en place d'une supervision à la suite d'un EI grave pour le personnel de l'unité concernée, à la demande du médecin responsable ou du cadre de l'unité. Cette fiche prévoit également qu'un psychologue appartenant à une autre unité est mis à la disposition du personnel concerné et qu'il peut être sollicité directement par le personnel.

Cependant, une supervision individuelle, touchant aux mécanismes de transferts et contre-transferts dans les relations soignants-soignés, doit aussi être proposée. Cette possibilité d'accompagnement doit être offerte par l'institution pour l'ensemble des soignants, mais aussi du personnel administratif au contact direct avec les personnes hospitalisées.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

Une supervision régulière du personnel soignant (y compris les agents de service hospitalier) doit être instaurée dans toutes les unités d'hospitalisation du CH. Cette supervision doit être assurée par un intervenant extérieur.

Dans ses observations faisant suite au rapport provisoire, le directeur indique : « *la supervision ne peut être imposée aux agents. Certaines unités ou groupe de professionnels ont abandonné d'eux-mêmes les supervisions proposées. Quatre unités du Pôle adulte bénéficient de supervision, et il est lancé un cahier des charges pour les trois pôles pour le recrutement de superviseurs.* »

#### 3.2.5 Le comité d'éthique

La composition du comité d'éthique est définie par l'annexe 7 du règlement intérieur (édition de février 2017). Le comité peut faire appel à tout personnel ou toute personne extérieure pouvant apporter son expertise sur un thème donné.

Le président est élu à bulletin secret. C'est l'ancien président de la CME qui poursuit actuellement son mandat. Selon le règlement intérieur, le comité se réunit trois fois par an. Les contrôleurs ont constaté que ce rythme était respecté et que les réunions étaient très suivies, le taux de participation étant compris entre 80 et 100 %. Les avis et vœux du comité sont émis à la majorité

des membres présents. Seuls les titulaires ont droit de vote. Le secrétariat est assuré par un agent de la direction des affaires médicales et générales (DAMG).

Les comptes rendus des réunions sont des verbatim des échanges. Ils ne comportent pas systématiquement de synthèse faisant office d'avis.

Les contrôleurs ont constaté que les comptes rendus étaient globalement inconnus du personnel, alors qu'ils sont disponibles sur le logiciel TIPI. Pour pallier cette méconnaissance, depuis la réunion du 13 novembre 2018, un article de la lettre mensuelle adressée à chaque membre du personnel avec sa feuille de paie rappelle la thématique abordée lors de la dernière réunion du comité ou incite le lecteur à donner des thèmes de réflexion.

### 3.3 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST EN PLACE, MAIS LES INFORMATIONS DONNEES NE SONT PAS A JOUR

La fiche 9 du livret d'accueil décrit la mission de la personne de confiance. Dans plusieurs unités, une information sur la personne de confiance est affichée. Ces deux sources d'information ne font pas apparaître que l'accord formel de la personne désignée doit être acquis, comme le précise l'article L.1111-6 du code de la santé publique modifié par l'ordonnance du 17 janvier 2018 qui stipule que le document de désignation doit être cosigné par la personne désignée.

Le formulaire présenté aux patients dans les unités fait état de la nécessité de requérir la signature de la personne de confiance pressentie. Les contrôleurs ont constaté que très souvent la signature de cette personne n'apparaissait pas.

La plupart des soignants consultés connaissent la mission de la personne de confiance et la différencient de celle de la personne à prévenir, la confusion existe cependant chez certains soignants.

#### RECO PRISE EN COMPTE 6

Les textes du livret d'accueil et des affichages sur la personne de confiance doivent être mis à jour. La signature des personnes pressenties doit être recherchée par les soignants.

**Dans ses observations du 13 août 2019** répondant au rapport provisoire, le directeur du CH indique que « *ce sujet a été ré abordé en réunion du groupe dossier patient le 03/07/2019. Les actions suivantes ont été décidées avec une échéance à septembre 2019 : modification des modalités de saisie de ces informations dans le DPI, mise en place par le DIM d'une relance régulière des équipes (secrétariats et cadre de santé) pour les désignations manquantes et nouvelle actualisation de la procédure de désignation d'une personne de confiance et élaboration d'un mode opératoire précisant les modalités de saisie des informations dans le DPI.* » L'établissement a ajouté une coche dans le document de désignation avec la mention « personne désignée informée » à défaut de possibilité de signature.

### 3.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

La DAMG établit un rétro-planning pour toutes les élections, qu'elles soient locales, départementales, régionales, nationales ou européennes, afin que les personnes hospitalisées, qui ne sont pas en mesure de disposer d'une permission de sortie pour aller voter ou pour aller se faire établir une procuration, puissent bénéficier de l'établissement d'une telle procuration au sein du CH.

Le rétro-planning fait apparaître d'une part que la procuration ne peut être établie que pour une personne votant dans le même bureau de vote et d'autre part que parmi les majeurs sous tutelle, seuls peuvent voter ceux dont les jugements mentionnent que le droit de vote est maintenu.

A l'occasion des élections présidentielles, la note a été rédigée le 6 avril 2017. Le bureau des entrées demandait à recevoir les éléments nécessaires avant le vendredi 14 avril, pour le premier tour du 23 avril. Un fonctionnaire de police est venu établir trois procurations pour les personnes reconnues médicalement incapables de se rendre au commissariat.

### 3.5 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ORGANISEE ET LES UNITES GERENT LEUR ARGENT DE POCHE

**Les contrôleurs ont constaté que la proportion de patients placés sous protection juridique est importante** : 100 % à Charcot et à Janet, 88 % à l'UPAS, 74 % à la réinsertion, 55 % à Pussin, 35 % en psychogériatrie et 14 % à Duras.

Le repérage des patients susceptibles d'être placés sous protection juridique est assuré par les médecins psychiatres en liaison avec les soignants et les assistantes sociales.

Le CH dispose d'un service des majeurs protégés et d'un mandataire judiciaire qui, selon les termes de la procédure QGR-MO-626 du 12 février 2019, partage avec le secrétariat de la DAMG la responsabilité de saisir les juges des tutelles des tribunaux d'instance (TI) d'Auch et de Condom (Gers) et éventuellement le procureur de la République du TGI d'Auch pour demander une mesure de protection ou de sauvegarde.

Les juges des tutelles désignent comme mandataires judiciaires, l'UDAF 32 (union départementale des associations familiales du Gers), l'ATG (association tutélaire du Gers), des mandataires privés et le mandataire judiciaire du CH.

Le mandataire judiciaire du CH prend en charge trente-cinq personnes dont quinze sont en hospitalisation complète, neuf hébergés à la MAS du CH, six hébergés dans quatre établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) du département, trois à domicile et deux en famille d'accueil.

Lors de la visite, les contrôleurs n'ont pas eu connaissance d'utilisation de la procédure d'habilitation familiale ouverte par la loi du 16 février 2015.

La prise en charge du coût de l'expertise médicale – la liste des experts du TGI d'Auch comporte dix-huit noms, dont ceux de quatre praticiens du CH du Gers – est assurée pour les patients démunis et en attente du jugement initial par l'association « société d'entraide et sportive des malades du CHG » qui avance la somme et se fait rembourser ultérieurement par le mandataire judiciaire désigné.

#### BONNE PRATIQUE 1

Les frais d'expertise pour les décisions de protection juridique sont avancés par l'association *Société d'entraide et sportive des malades du CH du Gers*.

### 3.6 L'ANONYMISATION D'UNE HOSPITALISATION N'EST PAS ORGANISEE

Le livret d'accueil intitulé « *guide pratique de votre séjour* » ne fait pas état de la possibilité ouverte à tout patient de conserver l'anonymisation de son hospitalisation.

La procédure de gestion des appels (PDP-PR-564 diffusée le 16 février 2018) venant de l'extérieur pour joindre un patient prévoit que la standardiste met l'appel en attente sans renseigner l'interlocuteur de la présence de la personne dans l'établissement ; hors conversation il recherche la localisation de la personne demandée.

Le standardiste est normalement tenu de consulter son ordinateur : si la personne n'est pas hospitalisée, cela est dit à l'appelant ; si la personne est hospitalisée, pour celles qui ont demandé à conserver l'anonymat sur leur présence, une alerte apparaît en face de leur nom. Le standardiste oriente l'appel sur l'unité de soins, sans confirmer à l'appelant la présence du patient. Le personnel soignant de l'unité oriente l'appel ou y met fin en fonction de la volonté explicitement exprimée par le patient ou en fonction des consignes médicales. La procédure ne prévoit pas que le standardiste rappelle à l'unité que le patient a demandé l'anonymisation de sa présence. Or, les contrôleurs ont constaté que le standardiste ne consultait pas son ordinateur. Il dispose d'une liste nominative des patients établie quotidiennement par le bureau des entrées. Cette liste ne fait pas apparaître les noms des patients ayant demandé l'anonymisation de leur présence. Le standardiste transmet l'appel à l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé. La personne qui décroche peut ne pas être informée de la demande d'anonymisation.

Lorsque l'appel est passé par la police, le standard a pour consigne de transmettre l'appel de jour au secrétariat du secteur et de nuit ou pendant les week-ends de prendre contact avec le médecin de garde. Le chapitre V de la procédure maltraitance et protection des patients « rôle et devoirs des personnels et de l'institution hospitalière » précise par défaut qu'aucune information ne doit être communiquée par téléphone en l'absence de réquisition exprimée par les forces de l'ordre.

### RECO PRISE EN COMPTE 7

Le livret d'accueil doit faire apparaître qu'un patient peut demander l'anonymisation de sa présence. La procédure d'appel téléphonique *via* le standard téléphonique doit être modifiée en ce sens.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que « *ces éléments seront précisés dans la prochaine actualisation du livret d'accueil, en complétant les mentions d'information. Le BE ne fait plus parvenir le listing papier des patients présents au standard, qui se sert désormais uniquement du logiciel de gestion administrative des patients. De manière générale, il y a eu une inexactitude dans les conclusions du contrôleur sur le sujet. La mention en rouge qui apparaît dans le dossier est directement liée à la procédure d'alias, de ce fait, les équipes de soins sont informés des patients sous alias donc en demande l'anonymisation tracée sur le logiciel administratif.*

*Cependant, concernant l'anonymisation de présence des patients, la procédure au standard a été bien rappelée, aucune information n'est donnée et l'application des consignes patients ou médecin relève bien de l'équipe soignante.*

*Une attention forte est accordée à la protection des informations contenues dans le dossier médical informatisé des patients – tels que des membres des familles du personnel du CH ou des notables du département – vis-à-vis du personnel ayant accès aux informations couvertes par le secret médical. La procédure d'alias permet à ce que n'ait accès au dossier médical que le personnel de l'unité, qui connaît le patient sous son vrai nom et son alias. Cette procédure est indépendante de celle de l'anonymisation de la présence. »*

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LES USAGERS SONT REPRESENTES MAIS DANS DES STRUCTURES INSTITUTIONNELLES PARFOIS PEU ACTIVES

#### 4.1.1 La CDSP

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est une institution peu connue des usagers voire même des soignants. Sa composition a été fixée par deux arrêtés préfectoraux des 18 octobre 2016 et 5 octobre 2017 ; elle a pour présidente un magistrat du TGI, par ailleurs JLD. Les rapports d'activité 2017 et 2018 ont été remis aux contrôleurs.

En 2017 la commission s'est réunie deux fois les 6 avril et 9 octobre, deux membres de la commission ont été désignés pour visiter deux services, trois patients ont été auditionnés, quarante et un dossiers vérifiés et la requête d'un patient examinée. Aucune anomalie n'a été constatée sur les registres qui ont été émargés. Les visites ont été annoncées par affichage.

Pour l'année 2018, la commission s'est réunie une seule fois ; elle n'a assuré aucune visite de l'établissement ; les registres ont été vérifiés et émargés ; quarante et un dossiers ont été vérifiés ; il est noté la difficulté à trouver un psychiatre en remplacement du précédent démissionnaire.

La commission n'a pu se réunir davantage faute de quorum.

#### RECOMMANDATION 8

La CDSP doit se réunir et assurer ses missions dans l'intérêt des patients.

#### 4.1.2 La commission des usagers

« *Le guide pratique de votre séjour* » présente la CDU en pages 9.4, 9.5 et 9.6. Elle s'est réunie cinq fois en 2017, et cinq fois en 2018. Le rapport d'activité pour l'année 2017, permet de constater un taux de participation élevé de ses membres.

L'ordre du jour est sensiblement le même à chaque séance avec notamment l'examen des réclamations et plaintes des patients, le bilan sur l'accès des patients à leur dossier médical, le bilan des différentes enquêtes de satisfaction, des événements indésirables et le bilan sur les demandes de rencontres avec un médiateur.

Pour l'année 2017 l'essentiel des réclamations a porté sur les demandes de changement de médecin (vingt et un sur cinquante-quatre réclamations), sur des plaintes pour vol ou dégradations d'objets personnels (onze sur cinquante-quatre), sur la remise en cause du traitement (cinq sur cinquante-quatre). Trente-neuf patients ont demandé à consulter leur dossier médical.

Sur les vingt et une demandes de changement de médecin, neuf ont reçu un accueil favorable, les refus étant essentiellement motivés l'impossibilité quantitative du médecin choisi de suivre de nouveaux patients.

En 2017, la CDU a préconisé d'améliorer la mesure des enquêtes de satisfaction, par la mise en place d'enquêtes sur une journée donnée (cf. § 4.1.4), d'enquêtes auprès des patients de la clinique des adolescents, d'optimiser la diffusion des livrets d'accueil et des plaquettes d'accueil des structures extra hospitalières, de renforcer la place des médiateurs. La commission a

également demandé l'élaboration d'un livret d'accueil propre à l'hôpital de jour des adolescents, l'amélioration de la connaissance des professionnels sur les droits des patients, par la poursuite des formations et la diffusion d'une trame de règlement à toutes les unités pour la rédaction de leur règlement de fonctionnement.

Enfin un rapport annuel sur l'isolement et la contention a été présenté à la CDU par le médecin du DIM en 2018 et 2019.

Un contrôleur a pu assister à une réunion de la CDU, la première de l'année. Cette réunion a duré deux heures et demie ; elle a porté sur les entretiens de médiation, les réclamations, les enquêtes de satisfaction en cours, sur les difficultés pour certaines unités et notamment la gériatrie à trouver des lieux d'accueil notamment en EHPAD pour des patients qui en fait ne relèvent plus de l'hôpital psychiatrique ; sur la file active très importante des CMP contraignant les patients sortants à attendre environ un mois et demi avant d'obtenir un rendez-vous.

#### 4.1.3 La place des usagers

Les usagers sont essentiellement représentés par l'UNAFAM, dont la présidente départementale a été rencontrée par un contrôleur. L'UNAFAM est membre de la CDU, de la CDSP, du comité d'éthique, de la commission des infections nosocomiales. Elle est active au niveau de l'institution, compte sur le département soixante adhérents et est présentée dans le livret d'accueil.

L'association tient une permanence au sein des locaux de l'association tutélaire du Gers – ATG – et l'UDAF met à sa disposition des locaux pour ses réunions de bureau.

L'UNAFAM assure un rôle d'écoute et d'information des familles et des patients ; elle organise un groupe de parole une fois par mois, et des séminaires de formations de bénévoles. L'établissement a dédié un local pour les rencontres des patients avec leur famille en dehors de leur unité et l'UNAFAM en a été informée.

#### 4.1.4 Le questionnaire de satisfaction

A une certaine époque, le questionnaire de satisfaction était annexé au livret d'accueil. Devant l'absence de réponse, il a été décidé de le remettre aux patients dans les deux jours précédant sa sortie ; une boîte aux lettres se trouve dans chaque unité permettant de recevoir ces questionnaires devant rester anonymes.

Les retours restent cependant faibles, 6,7 % en 2015, 6 % en 2016, 5,8 % en 2017. **Pour combler ce manque de retours, il a été mis en place le principe d'un questionnaire de satisfaction un jour donné, proposé une fois par an dans toutes les unités**, donnant des taux de réponse très différents, 79,4 % en 2017, 56,7 % en 2016. Le questionnaire est remis aux patients personnellement, une information ayant été faite quelques jours plus tôt ; le patient est ainsi fortement incité à y répondre.

Un bilan annuel de ces deux enquêtes a été présenté en CDU et diffusé sur l'intranet. Les soignants de certaines unités se sont plaints de l'absence de retour, ignorant apparemment la publication sur l'intranet. Un affichage du bilan de ces enquêtes est souhaité.

Ce bilan montre 80 % d'avis positifs sur l'intérêt du personnel à l'égard des patients, sur les rencontres avec les médecins, sur l'amélioration de l'état de santé ; il indique également que les explications sur les conditions d'hospitalisation, l'information sur les droits des patients et les supports d'information, doivent être améliorés.

Les mêmes enquêtes ont été faites pour la clinique des adolescents, auprès des patients, mais aussi de leurs parents. Le taux de réponse des patients a été de 6,5 % en 2017, celui des parents de 1,5 %, seuls deux parents ayant répondu. Avec les réserves liées à ce très faible taux de participation, les réponses sont très satisfaisantes sur l'accueil, sur l'information sur la prise en charge, sur la qualité et l'écoute du personnel, sur les rencontres avec le personnel ; par contre une majorité ne pense pas que leurs amis devraient venir à la clinique des adolescents s'ils avaient besoin de la même aide qu'eux.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur du CH indique que le CH prévoit de diffuser les bilans des enquêtes de satisfaction des patients dans les pôles et services.

## 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST TRES INCOMPLET

### 4.2.1 Le bureau des entrées et l'admission d'un patient en soin sans consentement (SSC)

Ce sont deux adjoints administratifs du bureau des entrées qui sont plus spécialement chargés de la gestion des dossiers des patients en soin sans consentement (SSC), sous la responsabilité d'une attachée d'administration. L'une ou l'autre des deux adjointes administratives, réceptionne les documents permettant de constituer le dossier d'un nouvel arrivant, contrôle la conformité, prépare la décision d'admission et la donne à la signature de l'attachée, responsable du bureau, bénéficiaire d'une délégation de signature par décision du directeur du centre hospitalier du 24 avril 2018.

Le directeur ne signe que rarement une décision d'admission. Pour une admission de nuit, de week-end, de jour férié, une délégation est donnée aux personnes qui assurent la garde administrative.

Un acte de notification de la décision d'admission est alors préparé en trois exemplaires, puis porté par l'une des adjointes administratives à l'unité d'admission du nouveau patient en SSC ; théoriquement un exemplaire est remis au patient contre signature ou bien contre signature des soignants constatant un état du patient incompatible avec la réception du document, un exemplaire gardé par l'unité et le dernier conservé au bureau des entrées.

Parfois la signature de l'accusé réception est remise à plus tard dans l'attente de l'amélioration de l'état du patient : le bureau des entrées a alors quelques difficultés à réceptionner ce document.

En même temps qu'est notifiée la décision d'admission, devrait être notifiée concomitamment une notice intitulée « *droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement* » sur laquelle se trouvent précisés tous les droits du patient sur les recours dont il dispose, les autorités qu'il peut saisir, la procédure devant le JLD. Le patient doit signer un accusé-réception devant être restitué au bureau des entrées attestant ainsi de cette notification.

Le retour des accusés réception pose problème, certains n'étant retournés qu'un mois plus tard ; **il a même été trouvé dans une unité, des décisions devant être notifiées mais manifestement non notifiées, pour des patients depuis sortis ; le JLD est donc parfois amené à statuer sur le prolongement de décisions d'admission qui n'ont pas été portées à la connaissance de certains patients.**

Concernant les patients admis en SDRE, toute décision les concernant est remise et commentée personnellement par un agent du bureau des entrées.

De même, toute convocation pour un patient en SSC à l'audience du JLD est remise et commentée personnellement par l'une des deux adjointes du bureau des entrées.

Un tableau de gestion des audiences de JLD, de même qu'un tableau de gestion des certificats mensuels ou des avis du collège tripartite est tenu par le bureau des entrées. Chaque semaine les secrétariats médicaux des unités sont saisis des certificats médicaux devant être établis.

#### 4.2.2 Le registre de la loi

Les derniers registres de la loi ont été contrôlés. La chronologie des arrivants, et celle des événements retranscrits semblent respectées.

Sur les trois pages réservées à chaque patient, figurent sur la première, l'identité, l'adresse, et la date de l'admission. En haut, en dehors de la page et en marge, en dehors des mentions à renseigner est portée la nature de l'hospitalisation sous contrainte, SDRE, SDT, SDTU ou encore PI.

L'identité du tiers est renseignée, sans que soit toujours précisé le lien entre le tiers et le patient. Si le tiers est le tuteur, la décision de tutelle n'est pas mentionnée.

Sur cette même page, sont portées au stylo et en rouge par ordre chronologique la date des décisions du JLD et de celles du préfet. S'il s'agit d'un patient en SDRE à la suite d'une première décision du maire, la mention « maire » est inscrite.

Sur les deux autres pages, sont collés par ordre chronologique le ou les certificats initiaux, les certificats des 24 et 72 h, et les certificats mensuels jusqu'au certificat de levée d'hospitalisation. Les certificats mensuels souvent sont établis après l'expiration du délai d'un mois. On peut supposer qu'il en est de même pour la décision du directeur de maintien des SSC. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique qu'aucun certificat ou décision ne dépasse cette date de référence (u mois).

Contrairement aux dispositions des articles L. 3212-11, 3211-3, 3212-7, du code de la santé publique, la retranscription ou la reproduction des informations suivantes font souvent défaut : les dates des décisions d'admission du directeur ou de son délégataire et du document de notification de ces décisions, la notifications des droits des patients, les décision de mise sous tutelle, les avis du collège des professionnels de santé, les décisions du préfet autorisant une sortie, les programmes de soins, les décisions du directeur ou de son délégataire décidant après chaque certificat mensuel de la prolongation de l'hospitalisation pour une nouvelle période d'un mois, la date de notification de ces décisions mensuelles, l'information des droits du patient réitérée après chacune des décisions le concernant.

Quelques dossiers papier ont été examinés par les contrôleurs et notamment ceux des patients convoqués devant le JLD. Dans l'un, la demande du tiers se présentant comme tuteur n'était pas accompagnée de la décision le désignant comme tel ; dans un second, le formulaire devant être renseigné par le tiers n'était pas conforme et manifestement pas écrit de la main du tiers ; dans un troisième, l'avis motivé était rédigé et daté du même jour que le certificat des 72h, avec sur ce même certificat, l'avis d'incompatibilité de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience du JLD, le JLD étant saisi le même jour. Pour ce dossier ni l'avocat, ni la greffière, ni le juge n'ont constaté avant l'audience que le même et unique document était à la fois l'avis motivé et le certificat d'incompatibilité pour assister à l'audience, de sorte que tous pensaient voir ce patient présent. Dans aucun de ces dossiers ne figurait la preuve de la notification de la décision d'admission, pas plus que la preuve de la notification des droits, alors qu'un avenant à la convention passée entre le tribunal et le centre hospitalier prévoit expressément la remise de ce

document dans le dossier du JLD. Ces mêmes constatations ont été faites dans d'autres dossiers pris au hasard.

En outre, le délai d'un mois entre deux décisions du directeur de maintien de la mesure de SSC n'est souvent pas respecté, dépassé fréquemment de deux jours, de même que pour les certificats mensuels.

Enfin, les avis du collège tripartite des professionnels de santé sont donnés avec la seule motivation suivante : « *après consultation du dossier et examen de la situation de Monsieur X, le collège a émis un avis favorable à la poursuite des soins sans consentement* », aucune référence n'étant faite à une quelconque rencontre du patient par le collège et encore moins au recueil de ses observations, alors que cette démarche est obligatoire (cf. § 4.3.3).

Le bureau des entrées a remis aux contrôleurs une liste de tous les patients en SSC en 2018 et 2019 avec pour chacun, la date d'envoi de la notification de la décision d'admission en SSC en hospitalisation complète et la date d'accusé réception de cette notification ; il apparaît que les délais sont fréquemment de plusieurs jours, pouvant être de huit à trente jours voire plus d'un mois. Des relances sont faites parfois par le bureau des entrées sans beaucoup de succès.

La lecture du registre de la loi, insuffisamment renseigné, ne permet pas de suivre le parcours d'hospitalisation d'un patient et de s'assurer du respect de ses droits. Cette pratique reflète une culture très pauvre de l'établissement dans l'approche du patient sujet de droit.

## RECOMMANDATION 9

Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des informations prévues à l'article L. 3212-11 du code de la santé publique.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur du CH indique que « *certaines mentions ne sont pas obligatoirement mentionnées dans le registre et admet l'absence de certaines qui devraient y être. Il précise que les décisions sont bien prises dans les délais réglementaires* ». Les contrôleurs maintiennent l'absence de notification de ces décisions dans les délais légaux au moment du contrôle.

### 4.3 LES SORTIES SONT FACILEMENT AUTORISEES, MAIS LA SORTIE EST SOUVENT IMPOSSIBLE FAUTE DE STRUCTURE D'ACCUEIL

#### 4.3.1 Les sorties

Les sorties sont la plupart du temps autorisées, à la condition que le patient soit suffisamment autonome ce qui est rarement le cas pour ceux hébergés dans l'unité de géronto-psychiatrie. Pour les autres, y compris ceux en SSC, les refus de sortie sont exceptionnels ; pour les patients en SDRE et il n'y a pas d'opposition systématique du préfet.

Il peut arriver que des sorties accompagnées par un soignant soient autorisées, mais annulées faute d'accompagnants (unité Pussin par exemple).

#### 4.3.2 Les programmes de soins et la préparation à la sortie

Les programmes de soins avec présence intra hospitalière sont rares : dans l'unité Pussin, un seul programme de soins est en cours ; dans l'unité Duras, ils s'effectuent sans période d'hospitalisation.

Les unités UPAS et réinsertion servent souvent d'unités de passage avant la sortie pour des patients ayant été hospitalisés quelque temps en unité d'admission. Les projets de sortie sont rares et difficiles à mettre en œuvre.

Lors de la visite des contrôleurs, soixante-deux patients protégés hospitalisés à temps complet (trente-sept suivis par l'UDAF 32, quinze suivis par le service des majeurs protégés du CH et dix suivis par l'ATG) n'avaient pas de solution de sortie, faute de places dans les structures d'accueil du département (MAS, EHPAD, etc.) (cf. § 7.2.1).

L'établissement est ainsi confronté à la quasi-impossibilité pour les patients de gérontopsychiatrie ou des autres unités, d'obtenir une place en EPHAD, « *les EPHAD refusent de prendre des personnes âgées sortant d'un hôpital psychiatrique* ».

Beaucoup de sorties se font par un retour à domicile, en hospitalisation à domicile.

Pour les autres patients, les structures médico-sociales sont saturées, car de nombreuses places seraient occupées par des personnes venant d'autres départements et elles préfèrent accueillir des patients qui ne sont pas soignés pour des maladies psychiatriques. Les foyers d'accueil médicalisés (FAM) sont également saturés dans le département. Peu de liens existent avec les structures extérieures (pas d'activité d'intérêt général de psychiatre au sein de ces établissements par exemple et l'absence d'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, dont le financement aurait été annoncé par l'ARS depuis dix-huit mois, ne permet pas de renouveler les quelques conventions obsolètes passées entre établissements.

Enfin, un certain nombre de structures médico-sociales refusent les « dossiers papier » de demandes d'inscription, n'acceptant que les dossiers dématérialisés ; le logiciel Viatrajectoire, en cours de déploiement par l'ARS, permettant les inscriptions dématérialisées dans les structures médico-sociales, n'est pas déployé dans le CH.

### RECOMMANDATION 10

Les tutelles sanitaires et médico-sociales doivent adapter les filières de prise en charge de manière à répondre aux besoins d'accès aux soins et d'hébergement de toute personne souffrant de troubles psychiques.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que « *ce défaut de déploiement est le fait de l'autorité de tutelle et de l'organisme gestionnaire du dispositif qui ont exclu du périmètre les établissements de santé mentale. De nombreuses sollicitations et relances ont été faites par le CH du Gers auprès de ce gestionnaire de service. Cette installation est amorcée cependant et devrait être effective en 2020.* »

#### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

C'est une notion ignorée des patients, mais également de beaucoup de soignants. Personne ne se souvient y avoir été convoqué ou l'avoir vu se réunir. Or la convocation du patient et la réunion physique de trois professionnels sont obligatoires.

Le simple examen dans le registre de la loi de quelques avis du collège des professionnels de santé suffit à constater que la loi n'est pas respectée. Des prolongations d'hospitalisations sous contrainte, de patients concernés par ce collège, sont intervenues sans alerte du bureau des entrées ou de la direction de l'hôpital, sans contrôle du juge ou de l'avocat.

## RECO PRISE EN COMPTE 8

La réunion du collège des professionnels de santé doit être convoquée par le directeur de l'établissement conformément à l'article L3211-9 du code de la santé publique.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que la convocation du collège est systématiquement réalisée par la direction selon les dispositions légales et que ses avis sont bien présents dans l'ensemble des dossiers patients mais ne sont effectivement pas retranscrits dans le registre de la loi.

### 4.4 L'INTERVENTION DU JLD NE PERMET PAS DE GARANTIR AU PATIENT LE RESPECT DE SES DROITS

#### 4.4.1 L'organisation des audiences

Les audiences du JLD se tiennent dans des locaux parfaitement aménagés au sein du centre hospitalier, le lundi et le vendredi selon diverses conventions dont un avenant en date du 19 octobre 2015. Cet avenant prévoit la transmission systématique au tribunal et donc au JLD de l'acte de notification des droits du patient. Or un tel document ne figure dans aucun des dossiers JLD examinés par le contrôleur.

## RECOMMANDATION 11

Le document de notification des droits du patient doit être joint au dossier du JLD.

Un protocole a été établi sur le formalisme à mettre en œuvre au niveau du bureau des entrées, sur la nature des documents à transmettre au tribunal et sur les certificats médicaux à établir.

Ce protocole indique que « *l'avis motivé rédigé par le psychiatre est transmis au JLD conjointement au certificat des 72h ou à minima dans les huit jours à compter de la date d'admission* ». Le tribunal est, dans les faits, saisi le même jour que celui du certificat des 72h. Or cette saisine systématique du JLD avec rédaction d'un avis motivé dès la 72<sup>ème</sup> heure, souvent identique au certificat des 72h, est prématurée.

## RECOMMANDATION 12

L'avis motivé accompagnant la saisine du JLD doit être en rapport avec l'état clinique dans lequel le patient se trouve au moment de sa comparution, au plus près de la date d'audience et ne peut être rédigé dès la 72<sup>ème</sup> heure.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que *l'avis motivé n'est pas systématiquement produit en même temps que le certificat de 72h ; souvent cette saisine est réalisée en l'absence de l'avis motivé, qui est transmis ultérieurement, au plus tard au 8<sup>ème</sup> jour.*

Le JLD est souvent le même magistrat. Le nombre de dossiers examinés en 2017 est de 246 ; 183 patients ont été présents à l'audience ; le JLD a ordonné 10 mainlevées.

Pour l'année 2018, 260 dossiers ont été examinés, 182 patients ont été présents, 12 mainlevées ont été ordonnées.

Les motivations des décisions prises en 2017 sont très succinctes ; aucune décision n'est prise pour violation du formalisme. Pour 2018, les motivations sont plus élaborées ; une ordonnance

de non-prolongation du juge constate à la fois la violation d'une règle de forme à propos des rédacteurs des certificats médicaux, et le fait que « *l'état de santé est compatible avec une hospitalisation libre* » ; trois décisions concernent des patients en SDRE, le juge différant l'exécution de sa décision de vingt-quatre heures afin de permettre la mise en place d'un programme de soins, dont l'un consistera à permettre une sortie de l'hôpital du mercredi 9h au vendredi 11h30. Une décision constate que le certificat des 72h a été pris vingt-quatre heures après l'admission et que l'avis motivé est un copié-collé ; une autre que le tiers est la mère de l'intéressée, en conflit successoral avec elle, et que les troubles psychiatriques ne semblent pas justifier une hospitalisation sous contrainte.

#### 4.4.2 Les audiences du JLD

Un contrôleur a pu assister à deux audiences ; les avocats étaient en robe. La première a été tenue par un juge non titulaire de cette charge. Sur quatre dossiers prévus, seuls trois patients étaient présents. Le juge, le greffier, l'avocat étaient dans l'ignorance de cette absence, l'hôpital ne les ayant pas informés. Cependant la lecture des pièces permettait de constater, à l'examen de l'avis motivé établi le même jour que le certificat médical des 72h, que le médecin considérait dès le troisième jour que la présence du patient n'était pas compatible avec son état de santé. La seconde audience été tenu par le juge titulaire de cette fonction, le JLD du TGI d'Auch. Six patients étaient convoqués ; cinq étaient présents.

Dans les deux cas, les audiences se sont tenues avec trente minutes de retard pour laisser le temps aux avocats commis d'office de s'entretenir avec leurs clients. Certains avocats avaient pu prendre connaissance des dossiers la veille au palais de justice. D'autres n'en prendraient connaissance qu'à l'audience. **Or les audiences devant le JLD doivent pouvoir commencer à l'heure prévue permettant d'éviter aux patients et soignants des attentes inutiles.**

Les avocats du barreau d'Auch sont volontaires pour assurer les permanences ; l'avocat de permanence l'est à la fois pour la permanence pénale et pour celle du JLD pénal et hôpital psychiatrique. Aucune formation n'est organisée pour la procédure JLD hôpital psychiatrique. Lors des deux audiences, aucun des avocats n'a soulevé de problème de procédure, alors même qu'il y avait matière à le faire (absence de notification des droits, de la décision de tutelle, de l'authentification de la rédaction de la demande du tiers, etc.).

#### RECOMMANDATION 13

Les avocats assurant la permanence du JLD au sein de l'établissement psychiatrique doivent recevoir une formation leur permettant d'être inscrits sur la liste des avocats volontaires pour cette procédure.

L'examen de la procédure pour chacun des patients a nécessité un temps raisonnable par le juge titulaire de la fonction qui a pris le temps de questionner, d'écouter et de commenter les certificats médicaux ; l'avocat, bien qu'intervenant pour la première fois dans ce type de procédure a également pris le temps de porter la parole de chacun des patients. L'audience avec le juge non titulaire a cependant été tenue avec des temps d'examen des dossiers rapides (cinq minutes pour le premier, sept pour le second, et neuf pour le troisième). A chaque patient, celui-ci a posé la question : « *êtes-vous d'accord pour poursuivre votre traitement et votre hospitalisation* » ; la réponse a été toujours positive ; à aucun moment la question n'a alors été

évoquée de la poursuite de cette hospitalisation sous contrainte ou bien libre ; à l'exception du troisième patient qui a demandé à sortir.

Toutes les décisions ont maintenu l'hospitalisation sous contrainte. Aucun problème de procédure n'a été soulevé et n'a donc été examiné par le juge.

Une décision de mainlevée a été ordonnée au regard de l'évolution de l'état de santé d'une patiente, confirmé par la soignante assistant à l'audience, celle-ci indiquant la décision du psychiatre, de mettre fin le jour même à l'hospitalisation sous contrainte de cette personne.

Les contrôleurs ont pu, à la suite des audiences, examiner les dossiers présentés. Aucun document ne permettait de s'assurer de la réalité de la nomination en qualité de tuteur d'un tiers se présentant comme tel à l'audience. Les actes de notification des décisions ne figuraient pas toujours dans les dossiers. Aucun document ne permettait de savoir si les droits du patient lui avaient été notifiés. Certaines décisions d'admission du directeur ou bien de son délégué étaient prises le lendemain du jour de l'admission, bien que produisant effet au jour de cette admission. ( cela est contesté par le directeur dans ses observations du 13 août 2019 mais les contrôleurs confirment l'avoir observé sur un document). L'avis motivé était souvent pris le jour même du certificat des 72h. Enfin, l'avis d'incompatibilité de l'état de santé du patient avec sa présence à l'audience du JLD était souvent intégré à l'avis motivé rédigé en même temps que le certificat des 72h.

#### RECOMMANDATION 14

Le dossier remis au tribunal doit être établi d'une façon telle que le JLD et l'avocat puissent s'assurer de la régularité de la procédure de soins sans consentement et de la connaissance de ses droits par le patient.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA PLUPART DES PATIENTS BENEFICIENT D'UNE GRANDE LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Le centre hospitalier est entouré par un mur d'enceinte et l'accès se fait par une grande porte d'entrée dotée de deux barrières. Les différentes unités s'étalent dans un vaste parc arboré, les bâtiments étant reliés par des routes goudronnées.

A l'exception de l'unité de psychogériatrie, les patients des unités non fermées ont la possibilité d'accéder librement au parc de l'établissement. Sur prescription médicale, ils peuvent se rendre au sport, aux activités ainsi qu'à la cafétéria (ouverte tous les jours sauf le dimanche).

L'accès aux jardins ou patios est permis dans une amplitude horaire qui diffère un peu, allant de 6h30 à 23h. Les jardins des anciennes unités sont vastes et arborés, les unités les plus récentes ont des espaces extérieurs de taille variable. Dans les unités Duras et Pussin, le patio, lorsqu'il est fermé, se transforme en fumoir de taille réduite et peu accueillant avec des grilles ajourées.



*parc du CH du Gers*



*Pavillon ancien*

Les portes de ces unités sont fermées entre 23h et 8h30. Dans plusieurs unités, quelques chambres sont équipées de verrous de confort.

A l'unité Charcot, certains patients sont enfermés dans leur chambre la nuit (cf. § 8). La porte de l'unité Janet est fermée par un digicode – avec un code facile à mémoriser – afin de prévenir la sortie des personnes démentes.

Dans les sections fermées des unités Duras et Pussin, les patients ont uniquement accès à une petite cour de promenade, d'aspect minéral, située au milieu de l'unité.

A l'unité de psychogériatrie, certains patients, identifiés comme à risque par l'équipe de santé, ne peuvent sortir seuls dans le patio ou le parc et doivent obligatoirement être accompagnés. En raison du manque chronique de soignants, cette possibilité n'est que très rare.

### 5.2 LES CONTRAINTES DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES, L'ACCES AUX CULTES INEXISTANT

#### 5.2.1 L'accès aux chambres

Dans les unités ouvertes, les chambres sont ouvertes toute la journée et les patients y ont accès librement à l'exception des périodes de ménage, en général d'une heure en cours de matinée.

L'horaire du lever n'est pas réglementé, mais le petit déjeuner est servi à partir de 8h. Les patients sont invités à regagner leur chambre à 23h au plus tard.

Dans les parties fermées de l'établissement, la circulation des patients est encadrée. A l'unité Charcot, l'accès aux chambres, situées à l'étage, n'est possible qu'accompagné d'un soignant.

### 5.2.2 L'accès au tabac

Les patients mineurs hébergés à la clinique des adolescents n'ont pas accès au tabac. En revanche, les mineurs parfois accueillis dans des unités pour adultes ont la possibilité de fumer. En principe, les patients adultes ont un accès libre à leur paquet de cigarettes. Pour un petit nombre de patients, la distribution des cigarettes est contrôlée (une par heure, trois par trois ou un paquet par jour en fonction de la décision médicale), pour éviter qu'ils fument trop ou prévenir le racket. Le suivi de cette distribution de cigarettes est assuré par un tableau tenu par le personnel soignant.

Les cigarettes sont achetées dans un commerce local par les patients ou le personnel de l'établissement en utilisant de l'argent liquide ou des bons d'achat que le commerçant se fait rembourser auprès du tuteur.

Il est possible de fumer dans les jardins ou patios ainsi que dans le parc de l'établissement. **Les patios ne disposent pas d'allume-cigarettes.** A l'exception des personnes à risque (de suicide ou de pyromanie notamment), les patients peuvent conserver leur briquet.

Des substituts nicotiques sont proposés aux patients, le cas échéant.

### 5.2.3 Le port du pyjama

Les patients peuvent porter les vêtements de leur choix tout au long de leur séjour. Le port du pyjama est, dans les faits, imposé lors d'une mesure d'isolement, même si le protocole isolement et contention prévoit « *que le patient en isolement, en fonction de la clinique, doit pouvoir garder ses vêtements et certains objets personnels ayant une signification pour lui ou être en pyjama pour sa sécurité.* »

Il a pu arriver que des patients se voient contraints de porter un pyjama dans un but punitif ou en cas de fugues répétées. Les soignants rencontrés par les contrôleurs ont montré une volonté de ne pas recourir au pyjama à des fins punitives.

### 5.2.4 L'accès aux cultes

L'accès aux cultes est inexistant dans l'établissement où l'on ne trouve ni lieu de prière ni salle pour les activités confessionnelles.

Une liste des aumôniers a été remise aux contrôleurs, mais elle est apparue incomplète et non mise à jour. Aucune information sur les cultes n'est affichée dans les unités ou diffusée lors de l'admission.

**RECOMMANDATION 15**

L'établissement doit organiser un accès effectif aux cultes en mettant à la disposition des patients un lieu pour des activités cultuelles et un fléchage pour indiquer où se trouvent ces lieux ainsi qu'une liste à jour des aumôniers des différents cultes.

**5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT INEGALEMENT DISPONIBLES****5.3.1 Le courrier**

Le courrier n'est pas contrôlé. Le ramassage et la distribution sont effectués chaque jour. Le courrier sortant est déposé au bureau des infirmiers. Le courrier entrant est remis au patient par les soignants. Les patients qui en font la demande reçoivent les enveloppes et timbres pour écrire aux autorités. Il en va de même pour les patients aux moyens financiers limités.

Dans certaines unités, le personnel prévient les patients qu'un tampon de l'hôpital sera apposé sur l'enveloppe, ce qui indique aux destinataires, leur présence au sein de l'établissement. Des timbres sont vendus à la cafétéria.

**5.3.2 Le téléphone**

Toutes les unités disposent d'un téléphone utilisable par les patients. Il s'agit d'un téléphone ordinaire placé sur une table, le plus souvent dans un couloir passant. Les patients peuvent y recevoir et passer des appels par l'intermédiaire d'un personnel soignant. Ce dispositif ne garantit pas la confidentialité des appels et le respect de la vie privée.

Concernant le téléphone portable, le principe est l'autorisation, sans qu'il y ait de restriction relative à la présence de caméra ou l'accès à l'internet. Le nombre de patients disposant d'un téléphone portable variait d'une unité à l'autre. Les chargeurs étaient parfois conservés dans les bureaux infirmiers. Le téléphone portable reste interdit dans les unités fermées et pour les mineurs sauf une heure le soir.



*Point téléphonique d'une unité*

**5.3.3 L'accès à l'informatique, à internet et aux médias**

Les patients adultes peuvent théoriquement disposer d'un appareil informatique. La pratique demeure extrêmement rare, car pour posséder un ordinateur ou une tablette en chambre, il faut ici une autorisation du médecin et du directeur ainsi qu'une attestation d'assurance en responsabilité civile. Les patients comme les soignants ont reconnu que la procédure était complexe et limitait les demandes.

## RECOMMANDATION 16

Les patients doivent pouvoir disposer d'un appareil informatique, de type tablette ou ordinateur portable, sans devoir faire des démarches administratives complexes.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique « *qu'il s'agit d'un formalisme imposé par l'assureur en responsabilité civile de l'établissement, pour les téléviseurs et ordinateurs portables. Les tablettes bénéficient de la même gestion que les téléphones portables.* »

Les unités ne disposent pas d'un accès à internet par wifi.

Les unités UPAS, Pussin et Duras reçoivent du lundi au vendredi le journal régional « *La Dépêche* » qui est mis à disposition sur une table dans un couloir passant. Le journal est également en libre accès à la cafétéria.

Les unités disposent, en général, de deux salles de télévision ouvertes en permanence avec un accès libre à la télécommande. Les patients ont le droit d'avoir leur propre téléviseur et appareil radio en chambre. La télévision personnelle, bien qu'autorisée par le règlement intérieur est cependant interdite dans quelques unités.

### 5.3.4 Les visites des familles

Les visites sont autorisées dès le début de l'hospitalisation, tous les jours de la semaine toute la journée, à l'exception de la pause méridienne (repas et transmissions).

Toutes les unités ne sont pas pourvues d'un espace destiné à recevoir les familles. Seules les unités de psychogériatrie, l'Upas, les unités Duras, Janet et Pussin ont une salle destinée aux visites. Pour les autres unités, les patients reçoivent leur famille dans le parc, dans les espaces communs, dans une salle de consultation (pour les unités fermées) ou se rendent à la cafétéria.

Les visiteurs ne peuvent pas se rendre dans les chambres des patients, y compris les conjoints. Les visites ne sont pas permises aux mineurs en principe. Cependant, certaines unités tolèrent les visites d'adolescents de la famille. La possibilité de partager un repas avec sa famille est indiquée comme possible dans le règlement intérieur, mais n'est en fait nulle part pratiquée sauf à l'unité de réinsertion.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LE DOMAINE EST VASTE ET BIEN ENTRETENU, MAIS LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT HETEROGENES DANS LE CONFORT ET LA REPONSE AUX BESOINS DES PATIENTS

Le domaine du CH du Gers s'apparente à un rectangle de huit hectares, compris entre quatre rues d'une zone pavillonnaire d'Auch. Une grande partie est arborée, bien entretenue, et les patients peuvent y circuler.

Les unités sont surtout dans deux longs bâtiments symétriques en forme de F, de part et d'autre d'une large allée centrale comprenant la cuisine et le restaurant administratif. Les panneaux d'information à destination des patients ne sont pas encore tous actualisés.

Le bâtiment au Nord comprend les unités Janet (vingt-cinq lits), Reynier (aujourd'hui désaffectée) et réinsertion (vingt lits). Le bâtiment au Sud regroupe l'UPAS (vingt lits), la psychogériatrie (vingt lits) et Charcot (quinze lits). Ces bâtiments sont anciens et de structure pavillonnaire.

Les unités d'admission Pussin et Duras ne sont pas situées dans ces bâtiments. Il s'agit d'unités jumelles, rajoutées en 2010 et dotées respectivement de vingt-deux et vingt-quatre lits hors chambres d'isolement (cf. *infra*, § 8.1). Enfin, la clinique des adolescents est située à l'autre bout du domaine : elle fera l'objet d'une présentation spécifique *infra* (§ 9.2).

#### 6.1.1 Les points communs à toutes les unités

La qualité d'entretien des bâtiments, dont certains ont été construits au 19<sup>ème</sup> siècle, a frappé les contrôleurs. Une attention manifeste est portée à la maintenance du bâti et à l'entretien des espaces verts. Le service technique est composé de quatre-vingt-quatre agents, ce qui atteste de cette volonté de préservation.

Toutes les unités comportent un rez-de-chaussée et un étage, l'hébergement étant assuré aux deux niveaux, ce qui pose des difficultés à la fois en termes de mobilité des patients et de surveillance nocturne. L'unité de réinsertion ne dispose pas d'un ascenseur. Dans certaines unités, il arrive qu'un des soignants de nuit veille au rez-de-chaussée, le second au premier étage, mais ce n'est ni réglementé ni systématique.

Aucune unité ne prévoit que le patient puisse s'enfermer dans sa chambre pour plus d'intimité, ou refermer derrière lui quand il la quitte. De façon sporadique, les contrôleurs ont trouvé quelques rares chambres disposant d'un verrou de confort intérieur (trois en psychogériatrie, six à l'UPAS). Un audit de 2016 relatif à la gestion des biens des patients avait pourtant préconisé la généralisation des loquets de sécurité.

#### RECO PRISE EN COMPTE 9

Afin de préserver l'intimité et la sécurité des patients, les portes des chambres doivent être équipées de systèmes leur permettant de s'enfermer dans leur chambre et de refermer derrière eux lorsqu'ils en sortent.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique la mise en place de verrou de confort est effective dans quelques chambres sur plusieurs unités (quinze loquets posés en juin 2018). L'extension du dispositif est prévue.

Dans toutes les unités, des problèmes de température ont été signalés aux contrôleurs. L'été il peut faire très chaud dans les étages (seuls les rez-de-chaussée – parfois même quelques salles

comme c'est le cas à Duras et Pussin – sont climatisés). La chaleur est tellement peu supportable qu'à l'unité de réinsertion, les volets des chambres restent fermés nuit et jour à l'étage, sur décision des soignants. L'hiver, la chaudière centrale, qui « *donne des signes de fatigue* » selon les soignants, peut s'avérer insuffisante pour assurer une température convenable en cas de grand froid. A l'UPAS certaines portent ferment mal et laissent passer le froid.

### RECOMMANDATION 17

Les conditions d'hébergement doivent répondre aux normes attendues en terme de température, été comme hiver.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que l'établissement a, dans les suites du contrôle, procédé à l'achat et la dotation de seize climatiseurs mobiles pour les parties communes et les couloirs des étages distribuant les chambres d'hospitalisation.

#### 6.1.2 Les principales différences entre les unités

Une grande hétérogénéité est observée tenant notamment aux différentes époques de construction et de réfection des unités, ainsi que de leur destination.

En premier lieu, les espaces communs diffèrent grandement d'une unité à l'autre, affectant notamment la liberté de circulation à l'intérieur des unités et la possibilité de réaliser des activités. Ces espaces sont très pauvres dans certains pavillons, se résumant à un seul lieu de vie autour de la cage d'escalier en psychogériatrie ou une salle de télévision et une salle d'activité très encombrée du fait de travaux, à la réinsertion. Dans d'autres unités, trois ou quatre salles sont à disposition, souvent sous-utilisées.

Si certaines unités ne connaissent que des chambres individuelles, d'autres renferment des chambres doubles : deux chambres doubles à l'UPAS, sept chambres doubles à l'unité de réinsertion. En pareil cas, les salles de douches ne sont pas toujours adaptées à un usage par deux personnes qui ne se connaissent pas.



*Une chambre simple à l'unité Duras*



*Une chambre double à la réinsertion*

Le mobilier des chambres est très variable d'une unité à l'autre. Complet dans certains pavillons, il est lacunaire dans d'autres (pas de table, pas de chaise, pas de table de nuit à Charcot ; pas de table en psychogériatrie ; de nombreuses tables manquantes à la réinsertion). Des liseuses complètent partout l'éclairage général des chambres. Les lits sont tous médicalisés en psychogériatrie.

Dans la majorité des unités, les patients ne peuvent aérer leur chambre et ouvrir eux-mêmes leur fenêtre car celle-ci est fermée à l'aide d'un verrou. Il leur faut systématiquement solliciter un

soignant. Seuls les patients des zones ouvertes des unités Pussin et Duras disposent d'une petite fenêtre qu'ils peuvent ouvrir eux-mêmes, mais celle-ci donne sur un barreaudage s'apparentant plus à un équipement carcéral qu'hospitalier.

Enfin, si généralement les chambres des unités sont équipées de système d'appel, il n'en existe pas à Charcot, et il n'est pas fiable à l'UPAS. Compte-tenu du nombre de chambres à l'étage, cette absence de sonnette ou de bouton d'alarme est préoccupante.



*Une chambre à l'unité Charcot*



*Une chaise pour seul mobilier d'une chambre en psychogériatrie*

### RECOMMANDATION 18

Chaque chambre doit être équipée d'une table, d'une chaise, d'un chevet et d'un bouton d'alarme. Les patients doivent pouvoir ouvrir leur fenêtre, au moins en partie, sans être contraints de solliciter les soignants.

#### 6.1.3 Les spécificités des nouveaux pavillons Duras et Pussin

Ces deux unités sont construites sur le même modèle. Elles sont divisées en deux secteurs : un secteur fermé au rez-de-chaussée (cinq chambres normales et deux chambres d'isolement) et un secteur ouvert, dans l'autre moitié du rez-de-chaussée ainsi qu'à l'étage (de dix-sept à dix-neuf chambres individuelles). Tout y est dédoublé : salle de télévision et réfectoire. Le bureau des infirmiers est commun, situé entre les deux secteurs, avec une vue sur chacun d'entre eux.

La configuration du secteur fermé est inédite. Les cinq chambres individuelles sont en effet desservies par deux couloirs : l'un en zone fermée, l'autre en zone ouverte. Chaque chambre dispose de deux portes, et seule la porte correspondant au statut du patient est laissée ouverte. Ce dispositif permet une indéniable souplesse de gestion, utile notamment pendant les périodes de sur occupation. Néanmoins, construites entre deux couloirs, ces chambres n'ont aucun accès à l'air libre et à la lumière directe : de grandes baies vitrées donnent sur le couloir du secteur ouvert, lui-même parsemé de fenêtres. S'il souhaite de la lumière naturelle, le patient doit donc ouvrir les rideaux de ses baies vitrées : la chambre est alors entièrement visible du couloir et il n'a plus aucune intimité.

## 6.2 L'HYGIENE EST BIEN ASSUREE ET LE LAVAGE DU LINGE PERSONNEL EST GRATUIT POUR TOUS LES PATIENTS

L'hygiène des locaux est très bien assurée, qu'il s'agisse des espaces collectifs ou du ménage des chambres. Les agents des services hospitaliers (ASH) – en principe deux le matin et un l'après-midi dans chaque unité, parfois plus dans les pavillons où les patients sont déficitaires – effectuent un travail efficace. Ils se plaignent toutefois de la quantité de produits d'hygiène disponibles. Dans les unités de réhabilitation sociale, les patients participent au nettoyage de leur chambre. Ainsi, à l'unité de réinsertion, ceux-ci doivent une fois par semaine (le jour est indiqué au dos de la porte de la chambre), « *changer entièrement la literie ; ranger le placard et la table de nuit ; faire le ménage de la chambre ; nettoyer la SDE ; vider la poubelle ; faire un sac de linge* ». La procédure est identique à chaque départ en permission.

Les patients disposent tous d'une salle d'eau (avec douche, WC et lavabo) contiguë à leur chambre, parfois en commun avec une autre chambre (unité Charcot). L'équipement de ces salles d'eau n'est pas le même selon les unités et c'est paradoxalement dans les pavillons récents (Duras, Pussin) que le confort est le moins soigné : absence de patère, de tablette dans tous les secteurs, et en outre privation du flexible et de l'abattant des WC au secteur fermé. A Charcot, dans la même logique, le robinet, la douche, les affaires de toilette sont enfermées dans un placard au-dessus du lavabo, placard dont les patients n'ont pas la clef.



*Les sanitaires d'une chambre individuelle (unité de réinsertion)*

La plupart des unités est également équipée de salles de bains communes, accessibles sur demande mais peu utilisées. Les produits d'hygiène sont à la charge des patients, qui peuvent s'en procurer par le biais des soignants lorsqu'ils ne peuvent pas sortir eux-mêmes. Les patients sous tutelle disposent de « bons d'hygiène » à cette fin. Les contrôleurs regrettent le peu de kits mis à disposition des équipes pour les patients nécessiteux. Il est à noter que le guide pratique du CH du Gers contient des conseils en matière d'hygiène corporelle et buccale.

Le lavage du linge de lit et du linge de toilette est assuré par l'établissement, à la blanchisserie centrale. Celle-ci emploie douze agents techniques et assure également le nettoyage du linge en forme de l'hôpital général d'Auch. Le responsable de production de cette blanchisserie forme régulièrement les ASH à l'hygiène du linge. Les draps sont changés à la demande, tout comme les serviettes, et au moins une fois par semaine. L'article 43 du règlement intérieur précise en outre : « *l'entretien du linge personnel est à la charge des patients mais, ponctuellement, le centre hospitalier du Gers peut entretenir le linge personnel non fragile de ces derniers* ». En réalité, les patients font presque tous laver leur linge personnel à la blanchisserie et y sont incités par les soignants. Cette prestation, réalisée grâce à un filet nominatif, est gratuite et appréciée. Elle

occupe aujourd'hui deux à trois adjoints techniques à temps plein. A l'unité de réinsertion, une machine à laver est en outre accessible à quelques patients pour les habituer à l'autonomie.

## BONNE PRATIQUE 2

Tous les patients peuvent faire laver leur linge personnel gratuitement, sur place.

Pour les patients disposant de peu de linge, il existe un stock dans chaque unité, dont l'importance est variable, parfois insuffisant, parfois très convenable.

Certaines unités disposent enfin d'activités en lien avec l'hygiène : salon de beauté à Janet, manucure en psychogériatrie assurée par une aide médico-psychologique. Un coiffeur, détenteur d'un salon à la cafétéria, se déplace également dans les unités (prestation gratuite sauf pour les colorations) ; il en va de même pour un pédicure (prestation payante).

### 6.3 LES MODALITES DE GESTION DES BIENS MANQUENT DE COHERENCE ET NE SONT PAS TRACES SAUF A LA REGIE

Aucun inventaire des biens du patient n'est réalisé, ni à son arrivée, ni en cours d'hospitalisation (retour de permission, changement d'unité, par exemple) sauf à de très rares exceptions (quelques inventaires retrouvés par les contrôleurs à Pussin, mais non datés et non signés). Les inventaires sont pourtant prévus dans le règlement de fonctionnement commun aux unités d'admission, ainsi que dans la *check-list* d'arrivée.

Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique « *que cette recommandation est une interprétation erronée des documents de l'établissement qui prévoient une simple vérification des effets personnels en vue d'appliquer les procédures sur les dépôts : les valeurs/objets précieux, les objets dangereux ou interdits (stupéfiants, alcool...), les médicaments personnels.*

*La réalisation d'un inventaire contradictoire obligatoire est illégale, chronophage et ne relève pas d'un travail soignant. De plus, cette recommandation serait parfaitement ingérable dans les unités où les patients circulent librement ou bénéficient de sorties régulières. »*

Le contrôle général indique l'intérêt d'un inventaire des éventuels objets ou affaires retirés à la personne (argent, briquet, cigarettes, etc).

#### 6.3.1 Les biens déposés à la régie

A leur arrivée à l'hôpital, il est proposé aux patients, par les soignants et le règlement intérieur, de remettre leurs biens et valeurs : argent liquide, carte bancaire, chéquier, livrets d'épargne, bijoux, effets personnels. Ce dépôt s'effectue à la régie, qui se situe dans le même espace que le bureau des entrées. La régie est ouverte du lundi au vendredi de 8h à 17h : les patients peuvent y accéder directement, accompagnés ou non. Lorsque le patient n'est pas en état de s'y rendre, il remet les biens et valeurs concernés à deux soignants de l'unité, qui se déplacent à la régie et les déposent en son nom sans qu'un récépissé ne soit émis à ce stade.

Que le patient se déplace lui-même ou que les soignants le fassent à sa place, un reçu de dépôt est établi, signé à la fois par le régisseur et par le patient (ou les deux soignants s'ils le représentent). L'original est remis au patient, ainsi qu'un document expliquant les modalités de retrait. Une copie est conservée à la régie.

Le dépôt de biens et valeurs est possible pour les patients admis après 17h ou pendant le week-end : c'est le directeur de garde qui assure les fonctions de régisseur et se déplace à l'hôpital. Un formulaire spécifique est utilisé en pareil cas.

Les biens et valeurs sont placés au coffre du CH du Gers, dans des enveloppes individuelles. Le régisseur adresse ensuite ces enveloppes à la trésorerie d'Auch, une fois par trimestre environ. Les patients en sont informés. La régie, en lien avec les soignants, opère avec souplesse afin de ne pas pénaliser les patients. Si elle est informée qu'un patient souhaite effectuer des retraits réguliers (avant chaque permission, par exemple), elle ne transfère pas les biens à la trésorerie mais les conserve au coffre.

Il est également possible de déposer des effets ou des valeurs en cours d'hospitalisation.

Lorsque les biens sont à la régie, il est facile pour le patient de récupérer ce dont il est propriétaire quand il le souhaite. Un bon de restitution, signé contradictoirement, est établi. Les patients ou leurs représentants légaux peuvent récupérer tout ou partie de ce qui a été déposé. En revanche, contrairement à la procédure de dépôt, les soignants ne sont pas autorisés à récupérer des biens pour le compte d'un patient dont l'état de santé ne permet pas qu'il se déplace, même avec un mandat écrit. En pareil cas, le régisseur ou son adjoint se rendent eux-mêmes dans les unités. En revanche, lorsque les biens sont déjà partis à la trésorerie, il est pratiquement impossible de les récupérer en cours d'hospitalisation. Un bon de sortie de l'hôpital est demandé.

L'ensemble de ces procédures est suivi avec rigueur par la régie et tracé dans les meilleurs délais sur informatique.

Contrairement au guide pratique du CH du Gers qui indique que « *des dépôts de fonds et retrait d'argent peuvent se faire [...] au centre de loisirs* » (fiche 8), et au panneau l'indiquant encore sur la porte de la cafétéria, seule la régie est habilitée à réaliser ces opérations, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019. Le guide d'accueil doit être mis à jour et ne plus indiquer que des dépôts et retraits de fonds sont possibles au centre de loisirs. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique que le livret d'accueil a été mis à jour.

A la sortie définitive de l'hôpital, le patient récupérera sur place les biens laissés à la régie, mais devra se rendre à la trésorerie d'Auch pour les autres. Ce mécanisme n'est guère pratique, même si la trésorerie est à proximité du CH, car les horaires d'ouverture de la trésorerie sont limités (fermeture l'après-midi dès 16h, ainsi que trois demi-journées par semaine).

### RECOMMANDATION 19

Les patients sortant de l'hôpital ne doivent pas être contraints de se rendre à la trésorerie d'Auch pour récupérer les biens et valeurs déposés à l'entrée.

### BONNE PRATIQUE 3

Lorsque les patients ne peuvent se déplacer à la régie pour retirer de l'argent en espèces, le régisseur peut se rendre dans les unités pour remettre directement l'argent en espèces aux patients.

#### 6.3.2 Les biens conservés au sein des unités

Le patient est incité à déposer ses biens à la régie mais il est libre de les conserver tous. Seuls les objets dangereux (couteau, reproduction d'arme à feu) et ceux dont la détention est une

infraction (stupéfiants) sont interdits. Des procédures spécifiques de dépôt ou de saisie sont mises en œuvre par la régie pour ces deux types d'objets.

Il dispose à cet effet, dans sa chambre et quelle que soit l'unité, d'une armoire dont les modalités de fermeture diffèrent :

- soit chaque patient dispose de la clef de son armoire (UPAS) ;
- soit aucun patient ne dispose de cette clef, celle-ci étant conservée par les soignants pour une ouverture à la demande (géronto-psychiatrie, Charcot) ;
- soit la règle est individualisée : seuls ceux réputés suffisamment responsables gardent cette clef, les soignants la conservant pour les autres (Janet) ;
- soit l'armoire n'est pas équipée de clef, l'achat d'un cadenas étant à la charge du patient (Pussin, Duras, réinsertion), l'hôpital prévoyant aussi le prêt d'un cadenas moyennant une caution de 5 euros.

Ces pratiques hétérogènes n'apparaissent pas dans le règlement intérieur. Le fait de ne pas permettre à un patient d'accéder librement à ses affaires constitue une privation qu'il conviendrait de justifier au cas par cas, sur indication clinique. A ce titre la pratique de l'unité Janet paraît beaucoup plus respectueuse des droits des patients que celles de Charcot ou de la géronto-psychiatrie. Enfin le fait que dans certaines unités, l'armoire ne puisse fermer que si le patient achète ou loue son cadenas est d'autant moins admissible que d'une part les portes de chambres ne peuvent se fermer à clef par les patients et d'autre part qu'en parallèle « *les patients sont responsables du vol, de la perte ou de la détérioration des effets personnels conservés avec eux dans leur chambre sauf si la faute de l'établissement ou d'un de ses agents est démontrée* » (art. 49 du règlement intérieur). L'audit de 2016 relatif à la gestion des biens avait préconisé la pose d'un coffre individuel dans chaque chambre, mais cela n'a jamais été mis en œuvre.

#### RECOMMANDATION 20

Les armoires des chambres doivent pouvoir être fermées à clef ou par cadenas. L'impossibilité d'accès direct d'un patient à ses affaires doit être limitée à des situations dans lesquelles l'état clinique du patient le justifie et faire l'objet d'une réévaluation régulière.

Les patients peuvent également utiliser des casiers à disposition dans toutes les unités, soit dans des armoires fermées placées dans les couloirs, soit dans des bagageries, pour l'argent liquide, les papiers d'identité, le tabac. L'ouverture de ces armoires ou bagageries se fait par le personnel, mais sans inventaire, ni enregistrement ni signature. Certains infirmiers notent ces informations dans le dossier du patient, sur l'application CORTEXTE. Par ailleurs, ces ouvertures ne peuvent intervenir que lorsque le personnel est disponible et certains patients, dans les zones fermées des unités d'admission, ont indiqué attendre parfois une heure avant ouverture de l'armoire.



*Une bagagerie (unité Duras)*



*Une armoire commune (psychogériatrie)*

Des prêts aux patients sont possibles, par l'association groupe d'entraide mutuelle (GEM). Le prêt est réalisé en vertu d'une convention entre le CH du Gers et le GEM. Il est effectué sur demande du patient, souvent en lien avec l'assistante sociale, pour faire face à certaines dépenses imprévues ou faire le relais dans l'attente d'une prestation sociale.

### 6.3.3 Les biens des patients protégés

Les sommes destinées aux patients sont versées par les mandataires selon différentes modalités :

- pour les tuteurs associatifs, l'argent est remis régulièrement (tous les quinze jours ou tous les mois) de la main à la main aux patients dans les unités ;
- pour la mandataire de l'établissement, la procédure est différente depuis décembre 2018. Elle est soumise à la comptabilité publique et les comptes des patients qu'elle gère sont donc désormais à la trésorerie. L'argent est viré sur le compte du Trésor public ; le patient, accompagné d'un soignant, doit se rendre à la trésorerie d'Auch pour retirer de l'argent – à titre d'exemple, dans l'unité Charcot, l'éducatrice y accompagne un ou deux patients en moyenne une fois par semaine ;
- pour d'autres tuteurs ou pour des mandataires indépendants, l'argent peut être versé sur le compte de l'association *Société d'entraide et sportive des malades du CHG* qui remet l'argent en espèces aux cadres de santé ou aux soignants pour remise aux patients ;
- des bons d'achat établis par les mandataires sont remis à des fournisseurs, notamment pour le tabac.

Cette gestion des valeurs personnelles par les soignants contribue à la socialisation des patients. Elle est néanmoins peu encadrée et peu tracée, ce qui insécurise fortement ces transactions. Ni le règlement intérieur ni les règles de fonctionnement des unités ne font état de la détention dans les unités de liquidités appartenant aux patients et de leur gestion par les soignants.

**RECOMMANDATION 21**

La détention et la gestion de petites sommes d'argent appartenant à des patients sous tutelle ou curatelle ne peuvent se faire par les infirmiers ou les cadres de santé que dans le cadre de procédures définies dans le règlement intérieur du CH. Les entrées et sorties d'argent doivent faire l'objet d'une double signature, celles du soignant et du patient.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique qu'une nouvelle régie a été mise en place, exclusive aux majeurs protégés par le MJPM préposé. Ces derniers n'ont plus à se rendre à la trésorerie principale pour chercher leur argent de poche.

Plus globalement sur la gestion de l'argent dans les unités, le directeur indique que « *cette question trouvera plutôt réponse dans l'installation effective d'armoire/coffre fermant à clé dans chaque chambre et l'installation récente d'un terminal pour paiement par carte (sans contact) et commande par les tuteurs de cartes bancaires pour les patients ayant les capacités de le gérer.* »

**6.4 LES REPAS SONT PREPARES SUR PLACE ET SATISFONT LA MAJORITE DES PATIENTS**

Les repas sont tous préparés dans une cuisine centrale, moderne, située au milieu du domaine et employant dix-neuf agents. Elle livre les repas de toutes les unités du CH, ainsi que ceux des unités extra hospitalières de la ville d'Auch (800 repas par jour au total, le coût de revient étant de 2,17€ par repas en moyenne). Des contrôles vétérinaires sont effectués au moins une fois par an et indique un état d'hygiène très satisfaisant. Le dernier rapport vise quelques rares non-conformités quant aux locaux (carrelages cassés, par exemple) mais aucune quant à la conservation des produits, l'hygiène des locaux ou des ustensiles. Par ailleurs, une procédure d'autocontrôle est mise en œuvre, visant par exemple à tester plusieurs fois par an la traçabilité d'un produit tiré au hasard, de la commande jusqu'à sa livraison au patient.

Depuis peu, la cuisine ne prépare plus de repas en barquettes jetables – sauf pour les régimes particuliers – mais en bacs gastronormes, multi-portions. Les menus sont élaborés par une diététicienne, en lien avec le responsable de la cuisine, pour des périodes de douze semaines. Des « commissions menus » mensuelles reviennent sur la qualité des produits, la satisfaction des patients, les prochains menus à proposer en respectant notamment la saisonnalité des produits mais les représentants de patients n'y siègent pas.

Une fois produits en cuisine centrale, les repas sont livrés aux différentes unités qui disposent toutes d'un office géré par les ASH, formés à l'hygiène alimentaire (recyclage assuré au moins une fois tous les trois ans).

Les repas sont ensuite pris dans des réfectoires lumineux, vastes et décorés, à l'exception de ceux des secteurs fermés des unités d'admission, plus dépouillés. La vaisselle est en inox, en verre et en porcelaine. Les menus sont affichés.



à l'unité de réinsertion



au secteur fermé de l'unité Duras

Les horaires sont globalement les suivants : petit déjeuner de 8h30 à 9h30, déjeuner de 12h à 13h, goûter de 16h à 16h30, repas de 18h à 19h ou 19h30, tisane vers 22h dans quelques rares unités. S'il est constant que les soignants ne prennent jamais leurs repas avec les patients, les modalités de repas sont en revanche assez variables d'une unité à l'autre. Dans les unités où les patients sont les moins autonomes (Charcot, psychogériatrie), les soignants les assistent et plusieurs services doivent être organisés sur des périodes pouvant s'étirer sur 1h30. Le placement n'y est pas libre. Dans les unités d'admission, l'interaction est plus grande entre patients et le placement est libre. Dans l'unité de réinsertion, par roulement (groupes de cinq), les patients dressent les tables, puis font la vaisselle après le repas, l'essuient et remettent la salle en place. Les patients de l'unité de réinsertion sont placés. Si à son arrivée, c'est bien le patient qui détermine sa place librement, ce sont les soignants qui apprécient si ce placement est adapté. Si tel n'est pas le cas (deux patients délirants ensemble, par exemple), sa place est modifiée. Par ailleurs, tous les dix jours, le plan de table est entièrement refondu, « pour éviter que des groupes se constituent ». Enfin dans cette unité il est fréquent que le repas soit pris à l'extérieur, dans le jardin devant l'unité, ce qui est très apprécié.

Contrairement à ce qui est indiqué dans le règlement intérieur (art. 41), les visiteurs ne peuvent prendre leur repas dans les unités même s'ils préviennent le service à l'avance.

Les patients sont plutôt satisfaits de la qualité des plats. Les seules critiques que les contrôleurs ont relevées avaient plutôt trait à la quantité des portions (Duras, clinique des adolescents). Les réclamations des patients sont portées sur des feuilles de liaison par les ASH, et remises à la cuisine centrale pour prise en compte. En moyenne, une feuille de liaison seulement est rédigée chaque mois.

Seule une unité organise des repas thérapeutiques (réinsertion). Les produits sont achetés par l'établissement, pas par les patients. Deux fois par semaine, ils cuisinent par groupes de quatre ou cinq. Les familles des patients concernés sont les bienvenues.

En revanche, une activité « cuisine thérapeutique » est assurée au centre de loisirs pour tous les patients, sur prescription (cf. *infra*, § 7.2.2).

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que d'autres unités organisent des repas thérapeutiques mais ces unités ne sont pas (sauf C Claudel) les unités d'hospitalisation complète, objets du présent rapport.

Les denrées périssables sont interdites dans les chambres. Les denrées non périssables, achetées par le patient ou apportées par la famille, sont entreposées dans les armoires ou bagageries collectives, pour être consommées aux heures de repas officielles.

### 6.5 LA SEXUALITE DES PATIENTS DEMEURE UN SUJET TABOU

Certains soignants ont indiqué aux contrôleurs que les relations sexuelles étaient interdites par le règlement intérieur alors que celui-ci est en réalité muet sur la question. Cette erreur est symptomatique de la méconnaissance du sujet, dans toutes ses composantes, par les équipes.

La vie sexuelle des patients ne donne pas lieu à une réflexion collective. Lorsqu'une relation sexuelle est surprise entre deux patients, ou entre un patient et son conjoint ou sa conjointe venus le visiter, la réaction du soignant tient plus à sa propre perception de ce qui est tolérable ou non dans un hôpital qu'à une réponse institutionnelle.

D'autant qu'une zone du domaine, poétiquement appelée « la grotte des amours », est bien connue pour abriter des ébats, depuis des décennies. Si une grande partie des soignants et cadres rencontrés s'accorde à penser qu'il serait plus digne que des relations sexuelles librement consenties puissent avoir lieu dans des espaces adaptés, voire être organisées entre conjoints à l'extérieur de l'hôpital, rien n'est fait officiellement en ce sens et dans l'esprit des patients l'acte sexuel continue de représenter un interdit que l'on brave en cachette.

Le CH du Gers ne distribue pas de préservatifs, ni dans les unités ni à la cafétéria. L'éducation à la sexualité est balbutiante, y compris à la clinique des adolescents. Seules les questions de contraception des femmes sont abordées. Des consultations gynécologiques sont proposées.

#### RECOMMANDATION 22

L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur tous les sujets relatifs à la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles.

## 7. LES SOINS

### 7.1 L'ETABLISSEMENT PARTICIPE A L'ADMISSION AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL MAIS AVEC UN ACCUEIL INSUFFISANT

Le CH du Gers ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue soit par les urgences du CH d'Auch soit par des entrées directes dans les services d'admission. **La majorité des personnes en soins sans consentement (SSC) transitent par les urgences du CH général où ils bénéficient d'un examen somatique initial, mais certains sont admis directement au CH.**

#### 7.1.1 L'accueil aux urgences du CH d'Auch

**Le CH du Gers est présent aux urgences du CH d'Auch par l'intermédiaire d'une équipe de psychiatrie de liaison constituée d'un psychiatre à 0,4 ETP et quatre infirmiers à temps plein.** Une convention existe entre les deux CH qui date de 1995 avec cinq avenants signés depuis ; elle indique qu'un médecin y est présent deux heures par jour du lundi au vendredi ; un infirmier, voire deux, sont présents de 8h à 20h du lundi au dimanche. Les urgences comptent 23 000 passages par an ; la proportion de patients relevant de la psychiatrie n'est pas connue, tant à travers le logiciel des urgences que par l'absence de rapport d'activité détaillé des psychiatres. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique que l'activité 2018 se caractérise par une file active de 472 patients pour 620 actes, contre respectivement 438 et 591 en 2017.

Les patients en SSC sont admis aux urgences soit par l'entrée piétonne soit par l'entrée des ambulances. Ils font, comme tous les patients, l'objet d'une évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) dans une salle d'examen située à l'entrée des urgences.

Le service compte sept boxes individuels dont un pour la pédiatrie, une zone d'attente avec six brancards à l'entrée (tous non occupés au moment du contrôle), et une zone de transfert (disposant de fauteuils et brancards) avec quatre places. Aucun patient n'est contentonné au moment du contrôle ni se trouve en attente d'une place en psychiatrie.

Si un patient relève d'un avis psychiatrique, l'infirmier des urgences prévient l'équipe de psychiatrie de liaison par téléphone. L'infirmier ou le médecin alors disponible se rend aux urgences à toute proximité pour voir le patient. Si le patient est agité, il ne transite pas par le box d'évaluation, mais est amené directement dans un des boxes individuels par une porte arrière protégée de la vue du public qui est ensuite fermée, la chambre disposant d'une porte donnant sur l'intérieur du service. Les patients sont parfois orientés vers une des six chambres individuelles de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et de l'unité de soins continus (USC). L'inventaire des effets personnels et des biens est effectué par l'aide-soignante des urgences.

L'examen somatique est ainsi effectué avant l'admission au CH du Gers. Les observations des infirmiers de psychiatrie sont consignées à la fois dans le logiciel Cortexte (du CH du Gers) et aux urgences sur le logiciel Urcal, qui va prochainement être remplacé par « terminal urgences » (TU)

Le service des urgences (comme l'UHCD) ne dispose pas de chambre d'isolement (CI). Dans le box servant à mettre seule une personne agitée, le patient peut garder ses vêtements si la clinique le permet, de même que son téléphone.

L'organisation propre au service des urgences conduit le chef de service des urgences ou ses praticiens à décider l'installation de contentions pour des patients, sans solliciter la validation du

psychiatre. Aucun protocole n'indique qui décide d'une contention sur un patient de psychiatrie, ses modalités de renouvellement et de surveillance. Or conformément aux recommandations de l'agence nationale d'accréditations et d'évaluation en santé (ANAES) et fédération hospitalière de France (FHF) de 2004 relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires, et la loi de 2016 sur l'isolement et la contention complétée par les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) de 2016, l'isolement et la contention d'un patient de psychiatrie doit être décidé par un médecin psychiatre. S'il s'agit d'un médecin d'une autre spécialité, il doit faire valider sa décision dans l'heure suivant la mesure par un psychiatre.

### RECOMMANDATION 23

Les décisions de mises de contention sur des patients relevant de la psychiatrie aux urgences du centre hospitalier doivent être validées par un médecin psychiatre.



*Accès au service des urgences*



*Chambre dédiée aux personnes agitées*

Les urgentistes tracent leurs décisions de contention sur le logiciel des urgences dans le dossier patient, mais il n'y a pas d'analyse possible des mesures prises. Aucune durée de contention n'est connue ; le médecin-chef indique qu'elles ne dépassent jamais huit heures, car les patients en SSC sont prioritairement et rapidement pris en charge par le CH du Gers ou par un autre établissement habilité. La décision médicale est inscrite dans le dossier des urgences, mais sans mention d'heure ni de durée et il n'y a aucune traçabilité de la surveillance infirmière.

### RECOMMANDATION 24

La traçabilité des décisions et de la surveillance de la contention doit permettre une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

Les locaux du service des urgences du CH sont bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques, mais sont moins favorables à l'accueil de patients relevant de psychiatrie, car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambres d'apaisement, box sans hyperstimulation ni matériel fragile).

Les infirmiers et le médecin de psychiatrie disposent d'un seul bureau à proximité des urgences pour l'activité aux urgences et la psychiatrie de liaison. L'absence de rapport d'activité au moment du contrôle ne permet pas de connaître celle des infirmiers et du médecin psychiatre au CH d'Auch ; la présence du médecin durant seulement quatre demi-journées par semaine ne

permet pas cependant un accès au psychiatre toute la semaine d'autant que le recours par téléphone au médecin d'astreinte du CH du Gers n'est pas non plus quantifié ni évaluable.

L'organisation de l'accès aux soins de psychiatrie aux urgences est ainsi ce jour peu lisible et un protocole actualisé devra préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

### RECOMMANDATION 25

Un protocole actualisé doit préciser les modalités de travail conjoint entre les équipes des deux hôpitaux et la gestion des isolements ou contentions de patients relevant de la psychiatrie.

Le projet d'établissement 2015-2019 indique dans l'axe 3 du projet médical un constat proche : « Il s'agit au niveau des urgences de clarifier les modes de prise en charge selon les différentes filières et préciser le rôle de chacun ; préciser les interventions de la psychiatrie (IDE et psychiatre) aux urgences et/ou au CHS ; préciser les règles d'hospitalisation au CHS ; préciser la place de la psychiatrie dans le projet de la PASS. »

Les contrôleurs ont également observé que le CH du Gers disposait d'un chauffeur d'astreinte pour le transport sanitaire de personnes placées en SSC depuis leur domicile vers les urgences du CH d'Auch alors même qu'une ambulance privée, prescrite par le médecin régulateur du centre 15, pourrait utilement transporter le patient et les infirmiers dans un même esprit d'accès sécurisé aux soins.

#### 7.1.2 L'accueil en centre médico-psychologique (CMP) ou en HAD

Les CMP, répartis sur le territoire, constituent un rôle pivot dans l'orientation des patients vers la prise en charge la plus adaptée, au plus proche de leur lieu de vie. Ainsi, les personnes présentant un besoin de soins urgents en psychiatrie peuvent être également accueillies *via* ces CMP et orientées directement vers les unités de psychiatrie générale, sans passer par le service des urgences. Le service d'hospitalisation à domicile concourt également à cette mission.

#### 7.1.3 L'admission au sein des unités

L'hospitalisation dans une des unités de l'établissement est régulée en semaine par un binôme psychiatre-cadre de santé qui dispose chacun d'un téléphone dédié ; cette régulation est réalisée le week-end par le psychiatre et le cadre d'astreinte. L'hospitalisation d'une personne en soins libres, refusée par le médecin de régulation, serait parfois forcée par un placement en SSC imposant l'hospitalisation de la personne.

Une fois admis au sein du CH, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les vingt-quatre heures, d'un entretien dès l'admission avec un infirmier et d'une consultation avec le médecin généraliste dans les 24 à 48 heures maximum. Chaque praticien enregistre ses observations médicales dans le logiciel Cortexte ainsi que ses prescriptions.

Le transfert d'une unité d'admission vers une unité de réinsertion ou de séjour plus long ne répond pas encore à une protocolisation claire et identique au sein de l'établissement. Le patient ne bénéficie pas toujours dans ce cas, d'un rendez-vous rapide avec un psychiatre (parfois une semaine après). Ce transfert se fait théoriquement après présentation du patient par le médecin en charge du patient au médecin potentiellement « receveur » ; cependant, la nécessité d'une présentation à l'équipe, d'une visite de l'unité avec le patient ou de l'étude collégiale des dossiers

entre médecins, n'est pas encore clairement établie tout comme la répartition des types de prises en charge en fonction des unités.

Les contrôleurs ont noté que l'établissement avait en projet la création d'une unité d'accueil et d'orientation de dix lits à l'horizon 2021, par fermeture de dix lits de l'UPAS et redéploiement de dix lits de cette même unité. **Le CGLPL appelle l'attention de la direction et des tutelles sur la nécessité préalable de développer une offre adaptée, ambulatoire, médico-sociale ou sociale, avant toute fermeture de lits qui ne créerait alors qu'une impossibilité d'accès aux soins de psychiatrie pour les patients arrivant aux urgences du CH d'Auch.**

## 7.2 LES PRISES EN CHARGE EN SOINS PSYCHIATRIQUES SONT DESORGANISEES

### 7.2.1 Les pratiques psychiatriques

Il est apparu aux contrôleurs, au regard des données recueillies et des observations faites dans les unités de soins, que l'ensemble des équipes soignantes et médicales étaient mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante.

#### i) Le dispositif ambulatoire

L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation, en articulation avec les services d'hospitalisation complète.



*Locaux provisoire de l'HAD*



*Salle de l'HAD*

**Il dispose également depuis plus de dix ans, d'un service d'hospitalisation à domicile (HAD)** permettant d'y dispenser des soins médicaux et paramédicaux quotidiens, la délivrance des traitements, la réalisation d'entretiens, le développement de l'autonomie et de la réinsertion sociale. L'HAD intervient en amont comme en aval de l'hospitalisation en constituant une étape relais avec un retour à domicile, une prise en charge par un réseau de soins, ou par un service de soins infirmiers à domicile, en partenariat avec tous les intervenants extérieurs, dont le centre d'action sociale.

**BONNE PRATIQUE 4**

L'établissement a mis en place un service d'hospitalisation à domicile de psychiatrie qui permet une prise en charge ambulatoire adaptée pour certains patients.

Ce service prend actuellement en charge vingt patients pour vingt-cinq places autorisées mais dix-huit réellement investies, avec 0,1 ETP de psychiatre, 4,3 ETP de cadre et IDE, 1 ETP d'aide-soignante (AS), 1 ETP d'AMP, 0,3 de secrétaire et 0,2 ETP d'assistante sociale. L'établissement rapporte un besoin de vingt-cinq places. Il dispose de deux véhicules et est installé dans des locaux provisoires depuis 2007 (cf. photo) ; il n'y a pas de bureaux de consultation, de salle de réunion, ni de pharmacie.

**RECOMMANDATION 26**

Les services d'hospitalisation à domicile doivent disposer des locaux nécessaires à leur mission.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique « *qu'il existe un projet architectural, validé par le CHSCT. Sa réalisation est différée depuis plusieurs années, faute de financement disponible.* »

L'équipe pluridisciplinaire se réunit chaque semaine ; l'IDE ou l'AMP se rend au domicile de la personne une ou deux fois par jour, éventuellement accompagné de l'assistante sociale. La durée moyenne de prise en charge est de trois à six mois, mais certains patients nécessitent plusieurs années d'HAD.

Ces réponses de proximité tentent d'éviter l'hospitalisation et le recours aux mesures de soins sous contrainte, malgré les difficultés de primo prises en charge dans certains CMP lors des vacances de postes.

Les équipes soignantes peinent cependant dans la préparation à la sortie des patients par manque ou réticence des structures extra hospitalières, médico-sociales ou sociales. L'établissement dispose d'une MAS mais qui se trouve dans des locaux anciens et inadaptés et qui a pris en charge, lors de son ouverture, des patients issus d'autres départements, n'offrant ainsi ce jour que très peu de places pour les patients du Gers.

Pour autant, l'établissement développe ces liens avec les partenaires extérieurs en pédopsychiatrie et au profit du patient âgé. Ainsi, un poste de médecin pédopsychiatre temps plein a été créé depuis novembre 2017, présent dans les établissements médico-sociaux accueillant les mineurs et apportant également une aide à l'équipe de psychiatrie des urgences. Ce médecin peut ainsi, après évaluation clinique du mineur, proposer des soins au CMP, une hospitalisation en pédiatrie, ou une hospitalisation au CH du Gers (psychiatrie adulte ou clinique adolescents). La création d'un hôpital de jour pour adolescents, différencié des places de la clinique des adolescents, est en projet.

Concernant les personnes âgées, l'établissement envisage la création d'une équipe mobile de psychogériatrie pour intervenir au sein des EHPAD et des services de gériatrie des établissements publics de santé du territoire pour analyser les situations des résidents ou patients atteints ou susceptibles d'être atteints d'affections psychiatriques, évaluer la pertinence d'une hospitalisation en psychiatrie, participer, en lien avec les équipes des EHPAD, au suivi sur site et accompagner le retour en EHPAD des patients achevant leur séjour en psychogériatrie.

## ii) Le projet de soin et les pratiques

Les unités UPAS, Janet et réinsertion, si elles ont parfois des projets de service écrits, n'ont pas encore clairement trouvé leur positionnement les unes par rapport aux autres quant aux critères d'admission, les modalités spécifiques de prise en charge et les choses sont encore à construire avec les soignants qui se sentent mis devant le fait accompli. Pour l'UPAS par exemple, les critères d'inclusion associent une stabilité psychomotrice, le fait de ne pas nécessiter un suivi médical psychiatrique quotidien, l'aptitude à vivre dans une unité ouverte, être capable de vivre en société et respecter un règlement intérieur, avoir un projet de vie même en ébauche nécessitant un accompagnement et un étayage à la sortie, et être majeur.

Il n'y a pas encore de projet de pôle ni même de réunion de pôle. Les pratiques sont très diversifiées d'un service à l'autre et il n'y a que peu de protocoles communs. Les écoles de pensées sont assez diverses et aucun véritable travail en collège médical n'est encore réellement réalisé, y compris pour partager une réflexion sur les situations difficiles rencontrées. Une réunion mensuelle de filière a cependant été mise en place récemment, rassemblant les médecins.

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient régulièrement (une fois par semaine) d'entretiens avec un médecin psychiatre dans les unités d'admission ; pour les autres, ce rythme est plus aléatoire et dans certaines unités, quelques patients ne bénéficient pas d'un entretien durant plusieurs semaines. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font toujours avec les infirmiers. La sismothérapie est effectuée si besoin, par convention dans un autre établissement.

Des réunions cliniques, *staffs* ou synthèses ont été instaurées récemment dans certaines unités (psychogériatrie, unité Duras, unité de réinsertion), mais ne sont pas encore en place dans beaucoup d'autres. A l'unité Janet, le médecin passe deux heures par semaine ; il n'y a pas de réunion clinique depuis plusieurs mois et les entretiens avec les patients sont aléatoires.

Là où les réunions cliniques existent, elles associent l'ensemble des acteurs du projet de soins ; psychiatre, médecin généraliste, interne, assistante sociale, psychologue, kinésithérapeute, odontologue, infirmiers et aides-soignants.

Les projets de soins individualisés sont encore peu formalisés dans le dossier médical. Ils demandent néanmoins à être alimentés par une réflexion en équipe pluridisciplinaire et à être étayés par des références médicales solides. Or dans certaines unités, le *turn-over* des médecins ou leur absence nuit à la construction de véritables équipes aguerries, rassurées et limite l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique.

Enfin, des réunions soignants-soignés ne se tiennent dans aucune unité, sauf à l'UPAS une fois par semaine, et il n'y a plus d'infirmier référent.

La continuité des soins est assurée par une permanence de 9h à 20h sur l'ensemble du site par tous les médecins à tour de rôle du lundi au vendredi. La garde de nuit et de week-end est ensuite assurée un psychiatre.

## iii) La place des patients en « séjours inadéquats »

De très nombreux patients sont hospitalisés au CH du Gers depuis plusieurs années. 65 patients, parmi les 160 lits conventionnels, étaient présents au moment du contrôle depuis plus d'un an dont 47 (30 % des lits) depuis plus de cinq ans. Parmi ces patients, 15 avaient une orientation ou un projet MAS ou FAM, 13 attendaient une place en EHPAD (mais d'autres étaient en projet), 7

attendaient une place en foyer de vie. La durée moyenne d'hospitalisation était pour la seule unité Charcot de 330 jours en 2018, 263 en 2017.

**Pour ces patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs.** Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure, à ce jour, sur des schémas encore très hospitaliers y compris sur des problématiques d'enfermement. L'établissement doit apporter des réponses plus adaptées aux besoins des personnes concernées, avec un accent mis sur l'éducatif et le maintien des acquis, autant que sur le soin.

#### iv) Le travail avec les proches et la famille

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. La personne de confiance est peu impliquée lors des consultations médicales y compris dans celle préparant la sortie, mais les soignants rapportent que la personne de confiance est souvent le membre de la famille qui y assiste.

Les familles sont particulièrement associées au projet de soin dans l'unité de psychogériatrie et l'unité réinsertion, ce qui est rapporté comme ayant un effet apaisant dans la prise en charge.

### 7.2.2 Les activités

#### a) Activités occupationnelles

Au sein des unités, les activités sont assez pauvres, souvent faute d'espace ou de personnel. Des salles de télévision et des jeux de société se retrouvent dans toutes les unités. Dans certaines, les patients peuvent jouer à la pétanque (Duras), pratiquer les arts plastiques (Charcot, Pussin – mais l'activité est peu développée dans cette dernière unité car la salle n'est pas chauffée) ou la musique (Janet, Charcot, UPAS), faire du bricolage ou encore jardiner (réinsertion).

Il n'y a qu'à l'unité de réinsertion que sont organisés des repas en commun (dits « thérapeutiques » mais sans prescription par le médecin – cf. *supra*, § 6.4) alors que d'autres unités disposent de salles *ad hoc* (Duras, Pussin).

Des salles de bien-être existent dans certaines unités (Charcot, UPAS, Janet). Y sont pratiqués la relaxation, des massages, voire des soins esthétiques (cf. *supra*, § 6.2).

Une cafétéria est accessible pour tous, au cœur de la zone appelée centre de loisirs, du lundi au samedi de 9h30 à 11h30 et de 13h à 17h. Cette cafétéria est gérée par l'association société d'entraide mutuelle, à qui il est mis à disposition quatre fonctionnaires par l'hôpital. On y vend quelques produits de première nécessité (hygiène, enveloppes), les patients peuvent y jouer au baby-foot ou aux cartes et des activités thématiques y sont de temps en temps organisées (loto, carnaval). On y trouve par ailleurs une petite bibliothèque, très peu fréquentée, un salon de coiffure et un salon d'esthétique.



*La cafétéria*



*La bibliothèque de la cafétéria*

### *b) Activités thérapeutiques*

Les activités thérapeutiques sont pour la plupart organisées au sein de l'espace de soins et d'activités médiatisées (ESAM). Les activités qui y sont proposées sont assurées par un service comprenant une cadre de santé à mi-temps et six agents. Une réunion clinique est animée toutes les semaines par le psychiatre référent du service. Le budget du service est d'environ 4 900€ par an.

L'équipe invite le patient dès que la prescription pour activités thérapeutiques, établie par le psychiatre de l'unité, lui parvient. En pratique, la prescription ne contient pas précisément l'activité envisagée mais seulement le nombre de séances et les souhaits du patient. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique que la fiche de prescription des activités ESAM sans Contexte permet désormais de cocher le type d'activité.

Lors de la première rencontre, le patient visite l'ESAM puis détermine avec l'équipe le type d'accompagnement (individuel ou collectif), la fréquence et la nature de l'activité.

Les activités proposées sont variées, dans des salles lumineuses et agréables :

- atelier musique (animé par une IDE) : entre quarante et quarante-cinq patients pris en charge chaque semaine (liste d'attente de deux ou trois patients) ;
- ergothérapie (animée par une ergothérapeute) : soixante patients pris en charge chaque semaine (liste d'attente de sept patients) ;
- art-thérapie (animée par une éducatrice spécialisée) : pas d'accueil depuis quelques mois du fait du congé maternité de l'éducatrice ;
- atelier cuisine (animée par l'ergothérapeute) ;
- activités sportives médicalisées (animées par une IDE, une éducatrice spécialisée et un AMP) : soixante patients concernés, qui participent à des séances de yoga, des jeux d'opposition, des randonnées sur des terrains appartenant à l'hôpital dans les environs, des séances de musculation, des sorties sportives à l'extérieur.

*Ergothérapie**Musicothérapie**L'une des salles de sport*

L'équipe observe et accompagne individuellement chaque patient dans ses activités : un retour d'information est assuré quasi systématiquement dans le dossier informatique du patient. Le service est invité aux réunions cliniques (pédopsychiatrie) ou aux réunions de synthèse individuelles dans certaines unités. D'autres unités ne les associent jamais et se satisfont des observations saisies dans l'application CORTEXTE. Les activités concernent l'ensemble des patients, en intra ou en extra hospitalier. Certaines unités adressent cependant peu de patients à l'ESAM: secteurs fermés des unités d'admission, géronto-psychiatrie.

Enfin, les activités sportives sont accessibles aux anciens patients du CH du Gers, qu'ils soient ou non suivis par un CMP. Le lien avec l'hôpital n'est parfois maintenu que dans ce contexte inédit. Il n'est pas rare de trouver ainsi un ancien patient au gymnase ou en salle de musculation.

#### BONNE PRATIQUE 5

Les anciens patients peuvent continuer d'accéder aux activités et infrastructures sportives du centre hospitalier.

Des activités thérapeutiques sont également conduites à l'extérieur, directement organisées par les unités. Il peut s'agir de séjours thérapeutiques (à titre d'illustration, l'unité Janet organise deux sorties de quatre jours chaque année, pour six patients). Il est à noter qu'elles diminuent en nombre, faute de budget et d'effectifs notamment (ex. : Charcot, réinsertion).

Le plus souvent, ce sont des activités ponctuelles, sur la journée, ayant pour objet la socialisation, la découverte, l'enrichissement culturel. Des conventions ont été passées avec « La ferme en coton » à Auch ou encore les écuries de la Fénrière, à Pavie (commune limitrophe), pour de l'équithérapie. Les soignants, lorsque les effectifs le permettent, accompagnent les patients de certaines unités au bowling, au restaurant, à la piscine, dans des musées (cité de l'Espace à Toulouse), etc. Peu de patients en SSC sont concernés néanmoins. Par ailleurs, une ferme thérapeutique existe (« ferme de Marminos ») mais n'accepte pas les personnes en SSC. Enfin, les patients peuvent accéder à un espace de stimulation sensorielle « Snoezelen » à Monferran-Savès, à une vingtaine de kilomètres de l'hôpital.

Malgré la qualité de l'offre à l'ESAM, certains patients ont la sensation de s'ennuyer et les différences d'approche et de ressources entre unités sont sensibles sur cette question. Les patients en SSC ou hospitalisés sur une courte durée ne semblent pas être la principale cible des activités proposées.

**RECOMMANDATION 27**

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes et les patients en soins sans consentement.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que « *l'équipe ESAM a organisé une réunion institutionnelle pour expliquer leurs démarches, leurs activités. Un power point a été envoyé à chaque médecin, cadre et équipe. De plus, tous les patients hospitalisés peuvent bénéficier des activités au dehors, avec le GEM et l'Envol.* » Les contrôleurs maintiennent qu'outre l'offre d'activités, la prise en charge impose que ces activités sont médicalement intégrées dans le projet de soins de tous les patients du CH.

**7.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST COMPLETEMENT ASSURE****7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités**

L'établissement dispose au sein du pôle ressource, d'une équipe composée de trois médecins généralistes (2,6 ETP) qui permet une prise en charge somatique régulière et un suivi médical des personnes hospitalisées. **Ces médecins voient ainsi toutes les admissions et répondent aux demandes d'exams dans les services d'hospitalisation** et à la MAS. Ils sont regroupés au sein d'un bloc médicotechnique où se situent également un secrétariat, un kinésithérapeute temps plein, une diététicienne, un dentiste (0,6 ETP) et où consultent une fois tous les quinze jours un neurologue et tous les mois un gynécologue.

Les médecins généralistes sont présents de 9h à 18h du lundi au vendredi et le samedi matin de 9h à 12h. La nuit et les week-ends, le recours au somaticien s'effectue *via* le centre 15 ou les urgences du CH d'Auch.

L'initiative de la demande de consultation avec un médecin généraliste peut émaner du médecin psychiatre, des soignants ou directement du patient. Cette demande est notée dans un document spécifique que consulte le médecin généraliste lors de son passage dans les unités. Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé Cortexte.

Lors de l'admission, les patients sont examinés dans les 48 heures s'ils ne sont pas en SSC, dans les 24 h s'ils sont en SSC, sauf s'ils ont déjà été examinés par l'urgentiste aux CH d'Auch (les SSC transitent par les urgences durant les gardes ce qui permet un examen somatique initial). **Les patients sont examinés systématiquement en CI également par le médecin généraliste** au CH du Gers du lundi au vendredi.

La prise en charge somatique est coordonnée avec la prise en charge psychiatrique ; **le médecin somaticien participe aux réunions cliniques ce qui permet une approche globale du patient** dans l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

Le chirurgien-dentiste se rend également dans les services pour prendre contact avec les patients et les familiariser aux soins dentaires ; les soins s'effectuent ensuite soit au bloc médicotechnique soit sur un fauteuil dentaire situé au sein du CH d'Auch, accompagné par un soignant. Le praticien participe à la réunion clinique de la psychogériatrie et réalise les activités de prévention bucco-dentaire sur l'hôpital.

## BONNE PRATIQUE 6

Le chirurgien-dentiste se déplace dans les unités auprès des patients et est pleinement intégré au projet de soin.

Le service de médecine générale du CH du Gers dispose d'un agrément pour un poste d'interne de médecine générale depuis dix ans, mais la faculté de Toulouse n'a jamais ouvert le poste depuis.

L'accès à l'ensemble des autres spécialités est facilité par la proximité des plateaux techniques, du CH d'Auch et de la polyclinique de Gascogne (plusieurs disciplines chirurgicales, urologie, ORL, ophtalmologie et vasculaire) qui proposent l'ensemble des soins nécessaires. Les examens cardiologiques et dermatologiques sont proposés par des médecins libéraux locaux.

Il n'est pas rapporté de difficulté d'accès aux soins spécialisés.



*Salle de kinésithérapie*



*Salle d'examen gynécologique*

### 7.3.2 L'addictologie

Deux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) œuvrent actuellement dans le Gers, basés à Auch, mais aucun partenariat structuré et formalisé n'existe entre les deux établissements, l'un porté par le CH du Gers pour les addictions aux « drogues dures », l'autre par l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA). Un praticien en addictologie a récemment été positionné sur un exercice partagé entre les deux établissements à raison de 60 % en service de gastro-entérologie et 40 % au sein du CSAPA Arthur Rimbaud et une mise en réseau doit être élaborée pour définir l'organisation et les modalités du parcours du patient souffrant d'addictions sur l'ensemble des produits. Le CH du Gers souhaite renforcer les moyens du CSAPA afin d'une part de couvrir l'ensemble du département du Gers et d'autre part, d'englober la prise en charge de l'addiction à l'alcool dans son champ d'intervention.

### 7.3.3 L'accès aux traitements

La pharmacie est gérée par une pharmacienne à temps plein et quatre préparatrices en pharmacie. Le contrôle des prescriptions est réel et réactif, sauf lors du remplacement de la

pharmacienne par ceux du CH d'Auch qui ne disposent pas au sein de leur pharmacie centrale, d'un accès à Cortexte.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre chaque semaine les médicaments dans les unités, préparés par spécialité dans un chariot et les infirmiers préparent chaque nuit les piluliers du lendemain. La distribution des médicaments s'effectue individuellement au sein de la salle de soins infirmiers où se trouve la pharmacie, grâce à un chariot avec la prescription permettant une ultime vérification lors de la dispensation. Les patients font ainsi une file indienne dans le couloir, tous à la même heure sauf dans l'unité où **des bancs installés dans le couloir permet une attente plus facile à distance de la dispensation**. La dispensation s'effectue à table dans les unités fermées des deux unités d'admission.

Cette dispensation reste pourtant un soin essentiel dans la prise en charge du patient, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit plusieurs fois par an. Son fonctionnement est cependant freiné par l'absence fréquente des médecins.

## 8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS CONFORMES AUX NORMES EN VIGUEUR

L'établissement répertorie cinq chambres d'isolement (CI) sur le site d'Auch : deux dans chacune des unités d'admission Duras et Pussin, et une chambre à l'UPAS.

Le service de pédopsychiatrie comporte en outre une chambre d'isolement, une chambre de contention et une chambre d'apaisement. Ces deux chambres d'isolement/contention sont annoncées comme inutilisées.

Les chambres sont similaires pour Duras et Pussin ; toutes sont suffisamment spacieuses, ont chacune deux accès, un lit fixé au sol, mais ne comportent pas d'affichage de la date et de l'heure. Elles disposent d'un bouton d'appel mural, non accessible lors des phases d'attachement. Les deux chambres de chaque unité disposent d'un patio privatif commun, accessible par une porte située dans l'espace devant les deux chambres d'isolement, partagé par les occupants de cinq autres chambres en secteur fermé.

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, ni d'ouvrir la fenêtre pour l'aération, même si aucune mauvaise odeur n'a été constatée lors du contrôle. Le mobilier est uniquement constitué d'un lit fixé au sol avec matelas. Il n'y a pas de table ni chaise ni moyen de s'asseoir à côté du patient.



*Chambre d'isolement*

Toutes les chambres disposent uniquement de toilettes en inox monobloc, sans accès à la chasse d'eau et sans point d'eau. Une douche est commune pour deux chambres d'une unité accessible par le sas. Les draps et couvertures sont identiques au reste de l'unité. Des stores permettent l'occultation de la lumière pour la nuit. Une fenêtre donne directement sur les toilettes depuis le sas et devra être occultable. L'usage du pyjama est systématique à l'entrée en CI.

#### RECOMMANDATION 28

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel, y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'avoir accès à

l'eau et au fonctionnement de la chasse d'eau et à l'aération de la pièce, disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant. L'usage du pyjama ne peut y être systématique.

La chambre d'hospitalisation du patient est en théorie conservée lors de l'entrée du patient en CI, mais sa chambre est parfois attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI ou n'en dispose pas. Au moment du contrôle, un patient de l'unité Duras était ainsi en CI bien que son état ne le nécessitait plus, car il n'avait plus de chambre.

### RECOMMANDATION 29

Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée.

Au moment du contrôle, trois CI étaient occupées sur les cinq, aucune contention n'était en cours. Deux des trois personnes en isolement étaient avec porte ouverte sur la partie fermée de l'unité, porte néanmoins fermée la nuit. La personne en CI à l'UPAS l'était depuis cinq mois, mais avec des temps quotidiens à l'extérieur (repas avec les autres patients, dessins dans une salle d'activité, sorties dans le service avec un soignant) interrogeant sur la pertinence d'un maintien en isolement sur une telle durée.

Le matériel de contention utilisé comprend assez systématiquement des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles. Les sangles sont nettoyées après utilisation et rangées dans l'espace où se trouvent les CI.

L'unité Janet dispose d'une chambre d'apaisement au rez-de-chaussée, pièce avec fenêtre, rideau pour dormir un peu, lit normal avec draps, absence de salle d'eau ; les patients n'y vont que quelques heures pour un apaisement hors stimulation, jamais la nuit, et porte non fermée. Cette pièce constitue un véritable lieu d'apaisement comme préconisé en alternative aux CI.

## 8.2 L'ISOLEMENT N'EST PAS PRATIQUE EN DERNIER RECOURS

L'établissement affiche son souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention dans les comptes rendus de CME, à l'occasion de la revue trimestrielle des chiffres du registre. Le CPOM 2015-2017 comme le projet 2018-2020, signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé n'évoque pas cette thématique de l'isolement et de la contention, de même que le projet d'établissement 2015-2019 dans son projet médical.

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens remplissent tous le dossier informatique des patients du logiciel Cortexte. La procédure « *isolement thérapeutique et contention mécanique* » est à la disposition des soignants dans le logiciel « Intraqal » et a été actualisée en octobre 2018, une note de la CME en informant les soignants. Cette note parle encore néanmoins d'isolement « thérapeutique » et « s'applique aux unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie adulte disposant de chambres dédiées d'isolement (clinique Duras, UPC et clinique Pussin).»

Outre le rapport peu exploitable du registre d'isolement et de contention présenté à la CME et aux instances, seul un groupe informel de réflexion sur l'isolement et la contention s'est constitué, composé d'un médecin, de deux cadres et de six IDE ; ce groupe n'a malheureusement pas de lien avec le comité d'éthique ou la CME.

Enfin, il n'y a pas de protocole de prévention de la phlébite lors des phases de contention.

### 8.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION N'EST PAS ENCORE ANALYSE

La pratique de l'isolement et de la contention n'est actuellement pas analysée en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes.

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cortexte. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale, les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

**L'analyse du registre mis en place montre, sur une extraction effectuée à la demande des contrôleurs sur la période du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2018, les chiffres suivants.**

**Unité Pussin :** Sur une file active de 119 patients présents et entrés dans le service, 29 (24 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de 39 mesures pour des durées allant de 0,35 heure à 258 heures (moyenne de 86,5 heures soit **3,6 jours par mesure**). Onze patients ont eu une **contention associée** lors de seize mesures soit 41 % des mesures d'isolement et **38 % des patients placés en isolement** ; la durée de ces contentions allait de 0,17 à 132 heures par mesure (moyenne de **47 heures**). Vingt et une mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (54 %) ; **vingt mesures étaient renouvelées en soins libres après 24 heures** ; quinze mesures (38 %) sont mentionnées faites en chambres normales (hors chambres d'isolement) ; les médecins questionnés sur ces mesures indiquent ne pas pouvoir les expliquer autrement que par des erreurs de codage informatique.

Quatre mineurs sont indiqués placés en isolement sur cette période dont un de 14 ans, isolé 66 heures. Les autres mineurs, de 15 et 16 ans ont été isolés durant 58, 77 et 93 heures.

**Unité Duras :** Sur une file active de quatre-vingt-cinq patients présents et entrés dans le service, vingt (24 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de vingt-quatre mesures pour des durées allant de 17 à 603 heures (moyenne de 173 heures soit **7 jours par mesure**). Trois patients ont eu une contention associée lors de trois mesures soit **15 % des patients placés en isolement** ; la durée de ces contentions allait de 10 à 12 heures par mesure (moyenne de **11 heures**). Trois mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (12 %). Deux de ces mesures étaient renouvelées en soins libres après 24 heures. Onze mesures sont mentionnées faites en chambres normales (hors chambres d'isolement).

**Unité de psychogériatrie :** Sur une file active de trente-deux patients présents et entrés dans le service, dix (31 %) ont été placés en chambre d'isolement lors de trente-neuf mesures pour des durées allant de 10 à 659 heures (moyenne de 125 heures soit 5 jours par mesure). Huit patients (80% des patients placés en isolement) ont eu une contention associée lors de quarante-six mesures. La durée de ces contentions allait de 6 à 178 heures par mesure (moyenne de 49 heures). Trente-sept mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (95 %). Toutes ces mesures étaient renouvelées en soins libres après 24 heures. Toutes les mesures sont mentionnées faites en chambres normales (hors chambres d'isolement puisqu'il n'y en a pas dans cette unité). Il semble que les fermetures des chambres la nuit amènent ce taux important d'isolement en chambre standard ; de même des contentions de prévention des chutes sont également inscrites dans le même registre.

**Unité UPC (désormais UPAS) :** Cette unité n'était constituée que de quatre chambres d'isolement et indique donc trente mesures d'isolement sur une file active de trente patients entrés dans le service. Trente-cinq mesures d'isolement sont tracées pour des durées allant de 2,72 à 1 092 heures (moyenne de 216 heures par mesure, mais 164 heures en ôtant deux

mesures à 1 061 et 1 092 heures pour un seul patient. Vingt-cinq mesures de contention ont concerné douze patients pour des durées de 5 à 458 heures (19 jours), moyenne de 75 heures (3 jours).

**Unité Charcot** : cette unité prend en charge quinze patients très lourdement déficitaires nécessitant de nombreux soins de nursing ; aucun patient ne peut s'exprimer et la plupart ne peuvent comprendre que des paroles simples. L'unité ne dispose pas de chambre d'isolement. Sur les quinze patients présents durant la période étudiée, treize ont fait l'objet d'un isolement et trois de contention ; l'isolement concerne de fait des enfermements en chambre de nuit pour éviter une divagation les amenant à chuter dans les escaliers les chambres se trouvant à l'étage. Les trois contentions sont des contentions de prévention des chutes et le renseignement de Cortexte n'est ici pas interprétable. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur général du CH indique que des travaux et aménagements sont prévus fin 2019 pour instaurer une chambre d'isolement.

**Unité de pédopsychiatrie** : le registre indique en 2019 que trois mineurs ont fait l'objet de onze mesures d'isolement dans le service des adolescents, pour des durées de 37 minutes à 3 jours. deux autres mineurs ont également eu cinq mesures d'isolement dans les unités Pussin et UPC (avant fermeture) dont un de 13 ans.

**L'analyse du registre n'est actuellement pas facile au regard des modifications organisationnelles intervenues récemment.** Il conviendra de reprendre une analyse similaire une fois la traçabilité des mesures d'isolement et contention stabilisée par service.

**L'ensemble de ces chiffres montre cependant des pratiques d'isolement assez habituelles, associées encore pour certaines unités à un nombre important de contentions qui excèdent 24 heures. De très nombreuses décisions d'isolement sont prises pour des patients en soins libres sans être régularisées** en soins sans consentement au-delà de douze heures. Dans ces observations du 13 août 2019, le directeur indique que de nombreux patients indiqués encore en soins libres après douze heures correspondent à des erreurs de requête. Ces erreurs devront être corrigées afin de connaître la vérité de ces mesures.

### RECOMMANDATION 30

Une décision d'isolement pour des patients en soins libres n'est possible, au-delà de douze heures, que si une démarche de soins sans consentement est engagée.

Plusieurs durées longues d'isolement ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. D'autre part, quelques patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs et l'obligation d'un isolement n'apparaissait pas clairement, un patient étant par exemple amené l'après-midi en sociothérapie dans le parc avec un soignant, après avoir tenu un discours cohérent, sans agressivité.

Les durées d'isolement pratiquées au CH ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

### RECO PRISE EN COMPTE 10

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

**Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur général indique** que « sur la période avril - mai 2019 tous les psychiatres de l'établissement ont participé à une formation de rappel au DIM sur la prescription de l'isolement et de la contention dans le DPI ainsi que sur les bonnes pratiques concernant ces mesures. Un rappel aux soignants est prévu également. En dehors des rapports présentés en CME, comme recommandé par les contrôleurs, les responsables des unités où l'isolement et la contention sont appliqués reçoivent de la part du DIM mensuellement un rapport sur ces pratiques sur le mois précédent. La responsable du pôle et la présidente de la CME en sont également destinataires. L'évolution future de Cortexte permettra une analyse des pratiques selon le souhait des contrôleurs. Cette mise à jour est prévue pour la fin de l'année. »

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LA PSYCHOGERIATRIE PREND EN CHARGE DE NOMBREUX PATIENTS EN INADEQUATION AVEC LA STRUCTURE

Lors de la visite des contrôleurs, l'unité accueillait vingt patients, également répartis entre femmes et hommes, dont un patient en SPI depuis le 9 février 2017. Sept patients faisaient l'objet d'une mesure de protection juridique. Les âges étaient compris entre 60 et 88 ans. La date la plus ancienne d'hospitalisation remontait au 6 septembre 2013. Si la DMS a diminué entre 2015 et 2017 passant de 73 à 52 jours, des patients sont néanmoins présents depuis plusieurs années et aucune solution de sortie n'est trouvée ; ainsi lors de la visite la moitié des patients n'avaient pas de solution de sortie (cf. § 4.3.2).

L'unité de psychogériatrie dispose de vingt lits en vingt chambres répartis sur deux niveaux. Le rez-de-chaussée comporte trois chambres destinées normalement aux nouveaux arrivants et dix-sept-chambres au premier étage. La circulation entre les deux niveaux se fait par un ascenseur et un escalier peu utilisé. L'unité est fermée. Un jardin arboré, sans espace couvert, est ouvert quand les soignants ont le temps de sortir les patients. La structure immobilière est maintenue dans un excellent état et la propreté est assurée.

Des lacunes structurelles sont cependant prégnantes. Il n'existe qu'un seul lieu de vie pour les patients, autour de la cage d'escalier. Cet espace sert d'entrée, de hall d'accueil, de salle à manger, de salle d'activité (quand des activités sont organisées, ce qui est exceptionnel), de salon pour les visiteurs (il ne peut donc pas y avoir plusieurs visites simultanées, ni d'invitation à déjeuner), de salle de télévision (l'espace ne permet pas à plus de cinq patients de regarder simultanément l'unique téléviseur). Les visites des familles se déroulent à proximité des autres patients, ou par beau temps dans le jardin ou à la cafétéria si la mobilité des patients le permet, ou encore dans la salle de visite des familles qui n'est pas équipée de fauteuils. Le directeur indique dans ses observations du 13 août qu'une salle de visite située en dehors des unités est équipée de tables, chaises et mobiliers pour les enfants.

Par ailleurs, il n'existe que deux bureaux disponibles pour les entretiens : le bureau du cadre de santé et le bureau médical, situés au rez-de-chaussée. L'assistante sociale, la psychologue, le médecin somaticien, le psychiatre, l'interne en psychiatrie et le cadre de santé doivent se coordonner ou conduire leurs entretiens dans de mauvaises conditions.

L'unité ne comporte aucune salle d'activités. Les activités thérapeutiques prescrites sont organisées dans le service ergo-socio-sport. Compte tenu de la charge de travail des soignants et de l'absence d'éducateur, des activités sont organisées de façon exceptionnelle au sein de l'unité.

Les patients n'ont pas accès à leur chambre en journée, sauf quelques-uns pour la durée de la sieste. Aucune chambre n'est équipée de téléviseur. Les chambres des patients sont sous-meublées ; elles comportent un lit et un fauteuil, parfois une table de chevet, en aucun cas une table ni des motifs décoratifs (tableaux, etc.). Les clés des placards sont entre les mains des soignants, quel que soit l'état des patients. Les chambres et les salles d'eau attenantes sont équipées de dispositif d'appel. Les patients peuvent allumer et éteindre le plafonnier et la liseuse. La fenêtre ne peut être ouverte que par un soignant, les volets peuvent être manœuvrés par les patients. Seules trois chambres sont équipées de verrou de confort. Les salles d'eau comportent un WC avec abattant, un lavabo avec éclairage, miroir et tablette, une douche à l'italienne, un porte-manteau et des porte-serviettes.

La salle de repos du personnel est utilisée comme salle de réunion. La salle de soins est exigüe. Le rez-de-chaussée est climatisé, mais l'étage ne l'est pas. En été, la température monte rapidement dans les chambres de l'étage, la fermeture des volets ne compensant que faiblement le défaut de climatisation.

Un médecin psychiatre est affecté à l'unité et à un CMP. Son temps de présence est de l'ordre de trois jours et demi par semaine. Un des trois médecins somaticiens assure un passage quasi quotidien. Une assistance sociale est présente pour 0,6 ETP. Un temps de psychologue est prévu. Aucun psychomotricien n'est affecté à l'unité. Le kinésithérapeute du CH passe presque quotidiennement. Une réunion clinique hebdomadaire est organisée.

Deux IDE et deux AS sont présents de jour, une IDE et une AS la nuit. En semaine deux ASH sont présents de 7h à 15h et un de 12h à 20h ; les week-ends et les jours fériés, un seul ASH est présent sur chacun de ces créneaux horaires. L'effectif présent correspond à l'effectif de sécurité.

Entre 2015 et 2018, l'unité a connu le départ de vingt-trois IDE pour les quatorze postes, deux départs de cadre de santé, treize départs d'ASH pour six postes, neuf départs d'AS-AMP pour quatorze postes, six départs de secrétaire médicale. Il n'existe pas de supervision.

Le projet de service est périmé. Il n'existe pas de règles de vie internes à l'unité.

L'audit mené par la société SECAFI en septembre 2018 fait apparaître les déficiences du service, mentionnées dans le présent chapitre et d'autres. La société SECAFI a examiné les EI de niveau 3 et 4 de l'unité (cf. *supra* § 3.2) avec pour constat qu'un tiers des EI sont classés comme violences et un quart comme des problèmes d'effectif.

La synthèse de l'audit est la suivante : « *le service de psychogériatrie est fortement dépendant d'éléments qui lui sont en grande partie externes. Une action isolée ne saurait améliorer à elle seule son fonctionnement* », « *le service, au lieu d'être un service d'hospitalisation, se transforme en lieu d'hébergement* », « *les locaux nous paraissent fondamentalement incompatibles à la fonction du service* ».

Le rapport d'audit fait apparaître que « *dans le Gers, l'orientation des patients âgés présentant des troubles psychiatriques est perfectible* ». Dans le rapport d'activité 2017 du CH, il est écrit « *la psychogériatrie a connu une année difficile, ce qui ne l'a pas empêché d'ores et déjà de se projeter dans un avenir à inventer, fondé sur la filière gérontologique. Une demande d'équipe mobile de psychogériatrie a été déposée auprès de la tutelle* ».

Les contrôleurs confirment ces constats et également que l'ensemble du personnel rencontré pendant leur visite prêtait la plus grande attention aux patients et faisait preuve de la bienveillance professionnelle attendue, malgré les difficultés liées à l'environnement.

### RECOMMANDATION 31

La structure immobilière et le mobilier de la psychogériatrie sont inadaptés. Des activités thérapeutiques ou occupationnelles doivent être organisées régulièrement.

## 9.2 LA PEDOPSYCHIATRIE EST UN SERVICE DE QUALITE ET AMBITIEUX, MALGRE QUELQUES RESERVES

Le pôle infanto-juvénile est organisé pour l'ensemble du département, l'entrée d'un jeune de moins de 18 ans se faisant à partir d'un CMP. La politique du pôle telle qu'exposée dans le rapport d'activité 2017, consiste à développer les alternatives à l'hospitalisation. Ainsi l'organisation des

outils de soins s'articule autour de cinq CMP, une unité de périnatalogie, une unité autisme, une équipe mobile pour adolescent (EMA), créée en septembre 2017, un hôpital de jour pour enfants de 3 à 11 ans (six places par jour) et une clinique des Ados (cinq lits d'hospitalisations complètes, trois de jour, un de nuit).

L'un des objectifs du pôle pour l'année 2019 est la création sur le site du centre hospitalier, d'un hôpital de jour pour adolescents, indépendant de la clinique des Ados.

Le contrôle a spécifiquement porté sur la clinique des ados qui est une unité ouverte, mais avec interdiction pour les adolescents d'en sortir sans autorisation et non accompagnés.

### 9.2.1 La capacité d'accueil et les locaux

Cette clinique des ados a été créée en février 2009 ; précédemment c'est une équipe mobile qui gérait la situation des adolescents en crise et procédait éventuellement à des hospitalisations en pédiatrie. La capacité d'accueil est de cinq adolescents en hospitalisation complète, de trois en hospitalisation de jour, et de un en hospitalisation de nuit.

Les mineurs admis en hospitalisation complète ont été soixante et un en 2016, quatre-vingt-un en 2017, soixante-deux en 2018.

La diminution du nombre d'adolescents hospitalisés en 2018 par rapport à 2017 s'explique notamment par la création de l'équipe mobile pour adolescents aux situations complexes, pour ceux reclus au domicile sans soins en CMP, permettant ainsi une fluidification du service.

Concernant les trois adolescents en hospitalisation de jour, il s'agit tous les jours de trois jeunes différents ; chacun ne venant qu'une fois par semaine.

#### BONNE PRATIQUE 7

La création de l'équipe mobile pour adolescents a permis de diminuer les hospitalisations complètes.

Les locaux se situent sur deux niveaux, le rez-de-chaussée étant réservé à la journée et aux activités, l'étage à l'hébergement. Les locaux sont spacieux, parfaitement entretenus, propres.

Du rez-de-chaussée où se trouvent les différents bureaux, le local infirmier, le local pharmacie, l'accueil famille, la salle à manger et la grande salle d'activité et de réunion, on accède à un jardin fermé, équipé d'un panier de basket-ball, sur lequel donnent deux petits pavillons, en réalité deux salles d'activités dont l'une est réservée à l'expression artistique et notamment au modelage.

Toujours au rez-de-chaussée, donnant sur le couloir d'arrivée dans les locaux une grande salle équipée de fauteuils, lieu de « tranquillité » pour un jeune qui souhaite s'isoler, s'apaiser, lire.

L'équipe soignante est satisfaite de ces locaux, mais regrette que la porte permettant l'accès le plus direct et le plus rapide du bureau infirmier à l'espace collectif soit condamnée en attendant d'être réparée depuis plusieurs mois. Par ailleurs, il n'existe aucune paroi vitrée permettant une vue directe de l'espace collectif à partir du bureau infirmier. Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur indique que la porte a été réparée.

L'étage est réservé à l'hébergement de nuit et comprend cinq chambres pour les hospitalisations complètes, une chambre pour l'hospitalisation de nuit, et deux autres chambres pour les phases d'isolement contention (cf. *infra*). Au moment de la visite du contrôleur, toutes les portes des chambres étaient ouvertes (ménage en cours) y compris celles de ces deux chambres.

Chacune des huit chambres est équipée d'une salle d'eau, avec lavabo, WC et douche ; dans trois chambres les douches sont condamnées pour différents défauts donnant lieu à une procédure judiciaire. Les fenêtres sont grandes, équipées de volets électriques, la partie basse de chaque fenêtre pouvant être ouverte. L'éclairage est suffisant ; on trouve des boutons d'appel.

La chambre de veille des soignants de nuit est à l'étage, aménagée de deux fauteuils de veille, mais dans laquelle se trouvait également debout contre un mur un matelas pouvant laisser penser que ce matelas est susceptible de servir la nuit à l'un ou l'autre des soignants. **Dans ses observations du 13 août 2019, le directeur général indique** que « *ce matelas sert en réserve pour remplacer un des matelas du service en cas de besoin, qu'il aurait dû être dans le local ASH plutôt que dans cette salle. Ce matelas a depuis été placé dans une des salles d'activité extérieures, afin de servir en relaxation et afin de prévenir toute utilisation inadéquate.* »

### 9.2.2 L'admission et le séjour

Les admissions sont toujours programmées ; le délai est d'un mois ; elles se font après une consultation de pré admission.

Dès l'admission la date de sortie est connue ; la DMH étant de trois à quatre semaines.

Le jour de l'admission l'adolescent est reçu par un soignant ou le cadre de santé, se voit remettre le guide « *La Clinique des Adolescents vous accueille* » lequel revêt un caractère contractuel, puisqu'en page 13 doit être renseignée la date de sa remise, et surtout doivent être apposées les signatures de l'adolescent, du représentant légal, du psychiatre, du soignant, du cadre de santé et éventuellement du référent aide sociale à l'enfance (ASE). En réalité ce formalisme n'est semble-t-il jamais mis en œuvre.

#### RECOMMANDATION 32

La contractualisation des règles de vie dans la Clinique des ados telle que prévue dans le livret d'accueil doit être effective.

Les soignants proposent alors au patient la visite des locaux dont un passage inévitable devant la chambre de contention. Les séquences de chaque journée sont commentées, les activités présentées.

Chaque nouveau venu est systématiquement vu par le médecin psychiatre et par un médecin somaticien.

Le déroulement d'une journée type est le suivant : levée 8h ; petit déjeuner 9h ; 9h15 réunion de bilan patients-soignants sur la journée précédente, sur la nuit, sur les activités souhaitées par les adolescents, leur organisation dépendant des qualifications personnelles des soignants présents ce jour-là ; 10h à 11h prises en charge individuelles (entretiens médicaux ou paramédicaux) ; 11h à 12h activités décidées plus tôt ; déjeuner jusqu'à 13h ; 13h à 14h en chambre, les hospitalisés de jour pouvant aller soit dans le salon du rez-de-chaussée, soit dans la chambre d'apaisement(chambre de crise), soit dans la chambre de contention laissée ouverte ; 15h à 16h activités, suivies par une réunion de bilan et le goûter ; 16h30 départ des hospitalisés de jour ; temps individuel pour les autres ; 18h douche, arrivée de l'hospitalisé de nuit ; repas à 19h ; 20h à 21h télévision et possibilité d'utiliser les téléphones portables ; coucher à 21h30, prolongation possible selon le film du soir.

### 9.2.3 Les soins

La présence de la psychiatre est de 0,8 ETP ; elle peut voir les hospitalisés tous les jours ; les somaticiens sont apparemment très disponibles. Le service comprend 9,3 ETP infirmiers, 4 ETP éducateurs spécialisés, 1 ETP de psychologue, un temps de secrétariat ; un cinquième éducateur doit intégrer l'équipe prochainement ; on compte également un interne à mi-temps, une assistante sociale à mi-temps, une psychomotricienne du pôle infanto-juvénile qui vient pour des prises en charge individuelles, des intervenants pour les activités diverses telles que musique, sport, une secrétaire à mi-temps.

Il n'y a pas d'équipe dédiée pour la nuit.

Les médicaments sont délivrés à chacun des adolescents, un par un dans la salle de pharmacie en toute confidentialité.

Tous les jours se tient une réunion de transmissions le matin et le soir (quinze minutes) et une réunion clinique ; une autre réunion se tient le lundi pour l'organisation institutionnelle, le mardi et le mercredi pour une réunion de synthèse sur l'un des adolescents hospitalisés en présence des intervenants extérieurs, le jeudi une réunion sur l'hospitalisé de nuit, le vendredi sur l'ensemble de la semaine en présence de tous les partenaires.

### 9.2.4 Les situations de crise ; l'isolement ; la contention

Deux chambres sont transformées en chambre de crise : l'une en chambre d'isolement aménagée d'un lit positionné le long du mur, sans aucun autre mobilier, appelée chambre de crise ou « chambre d'apaisement », et la seconde transformée en chambre de contention, comportant un lit fixé au sol au milieu de la chambre sur lequel sont pré positionnées d'une façon permanente des contentions.

La chambre de contention sert de temps à autre de manière exceptionnelle ; elle est inévitablement présente dans l'esprit des adolescents qui passent devant cette chambre plusieurs fois par jour (même si la porte est fermée) et qui peuvent parfaitement entendre ce qui s'y passe puisque cette chambre est située au milieu de l'espace de nuit parmi les autres chambres. Le médecin psychiatre souhaite la voir disparaître ; les soignants sont plus réservés, surtout ceux du soir alors qu'ils ne sont plus que deux dans l'unité.

#### RECOMMANDATION 33

L'unité de pédopsychiatrie doit disposer d'un espace d'apaisement mais pas d'une chambre de contention située au milieu des autres chambres des mineurs.

Elle a été utilisée le 2 janvier au soir à compter de 23h37, les deux soignants ayant dû actionner leur protection du travailleur isolé (PTI) pour obtenir de l'aide, la jeune fille concernée étant dans un état d'agitation extrême. En fait cette adolescente a ensuite été transportée dans une chambre d'isolement dans une unité d'adultes dont elle est sortie le lendemain à 11h. Un adolescent très agité en situation de crise nécessitant un isolement et une contention ne reste pas en général dans la clinique des ados, la chambre de contention n'étant en aucune façon isolée phonétiquement et géographiquement des autres chambres. Le médecin a confirmé que des prescriptions « *si besoin* » existaient pour ce genre de situation.

Le projet de l'unité est de supprimer la chambre de contention . Depuis le contrôle, le directeur indique que cette salle a été transformée en espace de repos pour les jeunes accueillis en hospitalisation de jour..

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique également que « *le médecin psychiatre, le cadre et plusieurs soignants souhaitent la voir disparaître, certains soignants sont plus réservés, notamment en lien avec les soirs quand ils ne sont plus que deux dans l'unité* » En effet la phrase de l'expert visiteur peut laisser penser que Le Dr V. souhaite l'enlever contre l'avis de l'équipe, ce qui ne me semble pas du tout refléter la réalité, preuve en est l'adhésion d'une grande majorité de l'équipe aux propositions qui ont été faite ensuite. »

### RECO PRISE EN COMPTE 11

Les prescriptions « *si besoin* » sont prohibées en matière d'isolement ou de contention.

**Dans ses observations du 13 août 2019**, le directeur indique que « Le médecin a confirmé que des prescriptions médicamenteuses « *si besoin* » existaient pour accompagner ce genre de situation. En effet, la phrase de l'expert visiteur peut laisser penser que c'est la mesure d'isolement/contention qui est prescrite en « *si besoin* », ce qui n'est bien sûr pas le cas et qui n'est pas possible dans Cortexte. »

Jusqu'au mois de décembre 2018, tous les adolescents admis en urgence le week-end, ou bien la nuit étaient systématiquement hospitalisés en chambre d'isolement en unité d'adultes.

Depuis, il a été convenu que cette admission serait faite en chambre en espace fermé des unités d'adultes. Cette règle est plus ou moins admise selon les unités et reste parfois peu appliquée (unité Duras).

Par ailleurs tout adolescent admis et séjournant en unité d'adulte est suivi par le psychiatre de la clinique des ados.

### BONNE PRATIQUE 8

Tout adolescent hospitalisé en unité pour adulte reste suivi par le pédopsychiatre de la clinique des ados.

## 10. CONCLUSION

Le contrôle du CH du Gers s'est déroulé dans une ambiance très sereine et constructive et les contrôleurs ont rencontré des professionnels attentifs à leur apporter l'ensemble des informations nécessaires pour une analyse objective.

**L'établissement est en pleine restructuration autour d'un secteur et de filières différenciées de prise en charge** ; il devra être soutenu par sa tutelle dans les objectifs qu'il poursuit pour apporter une meilleure qualité des soins aux patients en soins sans consentement, ne serait-ce qu'en lui donnant les moyens financiers nécessaires aux missions qu'il remplit.

**Des efforts ont incontestablement été portés sur le respect de nombreux droits fondamentaux.**

La liberté d'aller et venir est bien prise en compte et il y a un nombre limité d'unités fermées. Les locaux sont bien entretenus, propres et propices à une bonne qualité des soins même s'il reste encore quelques unités qui sont anciennes comme l'UPAS et la réinsertion, ou inadaptées comme l'unité Charcot, des chambres qui ne peuvent être fermées par les patients et parfois un mobilier minimaliste.

La communication avec l'extérieur est là aussi plutôt bien prise en compte même s'il faudrait améliorer les possibilités de voir sa famille dans des espaces dédiés ou dans les unités. Les téléphones portables sont laissés, sauf dans les secteurs fermés des unités d'admission. L'accès au tabac est lui aussi bien pris en compte même s'il y a peu d'installation d'allume-cigares muraux.

**L'établissement devra néanmoins travailler quelques axes majeurs.**

**Tout d'abord, organiser les soins**, médicaux et paramédicaux des personnes en soins sans consentement comme en soins libres **autour du réel besoin de prise en charge, dans la mise en œuvre de projet de soins individualisés.**

La filière de soins psychiatriques est à améliorer en amont, aux urgences comme pour les admissions dans l'établissement, et à réinventer en aval, avec des liens à tisser avec les autres institutions sanitaires, médico-sociales, ou sociales.

Aucun projet médical et médico-soignant n'est réellement mis en œuvre, définissant les soins à apporter aux patients des différentes unités avec une analyse de la présence nécessaire, quantitative et qualitative de soignants auprès des patients. La présence et l'implication des médecins est insuffisante dans certains services. Les absences d'infirmiers ne sont pas compensées par une aide extérieure ou des heures supplémentaires mais sont gérées par une mutualisation permanente de la pénurie. L'accès aux activités occupationnelles est insuffisant dans les unités, avec cependant une offre conséquente d'activités thérapeutiques.

L'accès aux soins somatiques est quant à lui performant et investi, avec une participation active des médecins généralistes et du chirurgien-dentiste aux projets de soin.

**Le second axe majeur sera d'acquérir une culture du patient reconnu comme sujet de droit.**

L'information générale sur les droits est insuffisante, le registre de la loi est très incomplet, certaines décisions du directeur sont signées le lendemain de l'admission, la notification de la décision de soins sans consentement est faite très tardivement et n'est pas indiquée dans le registre de la loi ni mise dans le dossier du JLD.

**Enfin, l'établissement devra s'interroger sur la pratique de l'isolement et de la contention** de manière collégiale sans jamais oublier qu'elle ne peut être qu'un **dernier recours**. Les pratiques d'isolement et de contention ne sont toujours pas analysées par les praticiens, les chambres

d'isolement ne répondent pas aux obligations attendues en la matière, les mesures d'isolement de patient en soins libres sont très nombreuses et peu régularisées par un SSC après 24 heures. Ces remarques ont été prises en compte par la direction et l'établissement nous semble avoir les capacités nécessaires à sa restructuration vers un meilleur respect des droits fondamentaux des patients.

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