



Rapport de visite :

31 juillet au 11 août 2023 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier spécialisé de
Cadillac

(Gironde)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du CHS de Cadillac, en charge de six secteurs de psychiatrie adulte du département de la Gironde. Deux intersecteurs de pédopsychiatrie relèvent également du CHS mais uniquement par des structures ambulatoires.

L'offre de soins intrahospitalière est concentrée sur le site de Cadillac avec, fin 2022, 460 lits pour 22 unités. Seules trois unités ne se situent pas sur le site de Cadillac.

Le contrôle a porté sur 10 unités (soit 233 lits) au sein desquelles peuvent se trouver des personnes en soins sans consentement, ainsi que sur le service des urgences du CH de Langon, auxquels s'ajoutent les 86 lits d'UMD qui font l'objet d'un rapport distinct.

De très nombreuses prises en charge de patients s'effectuent dans des conditions ne respectant pas leurs droits.

Les restrictions de liberté sont fortes sur la liberté d'aller et venir. Toutes les unités contrôlées sauf une sont fermées et des personnes en soins libres sont régulièrement privées de sortir.

La suroccupation des lits est permanente avec, au moment du contrôle, plus de patients que de lits dans de nombreux services. Il n'y a plus de possibilité de nouvelle admission, y compris pour exécuter les arrêtés préfectoraux de réintégration de programme de soins. Cette suroccupation conduit à des pratiques irrégulières : des patients sont admis en chambre d'isolement faute de chambres hospitalières, des patients placés en isolement ne conservent pas leur chambre (sauf à l'unité Parchappe) qu'ils ne peuvent donc réintégrer à la fin de la crise, des changements de chambre sont souvent imposés à des patients, y compris la nuit.

Des patients sont admis dans des unités inadaptées, source d'aggravation de leur état de santé. Ainsi, sur une année, une trentaine de patients ont été admis à l'USIP par défaut de place en hospitalisation traditionnelle, alors même que cette unité est intégralement constituée de chambres d'isolement.

Une unité complète a été fermée en moins de trois semaines, sans préparation tant des équipes soignantes que du parcours de soins des patients.

Plus de quarante patients sont hospitalisés au long cours, majoritairement en attente de place en structures extérieures médicosociales.

La gestion des urgences psychiatriques est certes assurée par les services d'urgence de Bordeaux et Langon mais les patients sont très vite réadressés sur le CH de Cadillac, souvent faute de place à l'unité de court séjour (UCS), sans que cette unité n'y soit préparée.

Par ailleurs, 47 mineurs ont été hospitalisés en unités pour adultes en 2022, dont 4 à l'USIP.

Concernant l'accès aux soins psychiatriques, les patients bénéficient d'un accès aux médecins encore assuré malgré les nombreux postes vacants. Les réunions cliniques se tiennent partout de manière pluridisciplinaire et les patients ont accès en tant que de besoin aux soins spécialisés et à la sismothérapie. La validation pharmaceutique des traitements est assurée à 97 % mais le temps pharmacien ne permet pas le développement de la pharmacie clinique.

L'accès aux activités thérapeutiques n'est pas intégré dans les projets de soins au décours de l'admission et l'offre est très insuffisante pour les patients en SSC.

Les soins somatiques sont également assurés, pour toutes les admissions comme les besoins de consultations, à l'exception de l'éducation à la santé.

Un seul service a mis en place une réunion soignant-soigné et aucun IPA n'est en poste sur l'intrahospitalier ou aux urgences du CH de Langon par exemple.

L'information sur les droits des patients est, certes, didactiquement complète mais en pratique elle est insuffisamment expliquée aux patients : les notifications sont, dans la plupart des cas, faites par les soignants non formés à cet exercice.

Enfin, la recherche du consentement du patient n'est pas investie ; les observations des patients ne sont pas recueillies formellement par les médecins lors de chaque certificat médical, la personne de confiance est désignée mais n'est pas associée aux soins ; les directives anticipées en psychiatrie ne sont pas encore proposées aux patients. Il n'y a aucun pair-aidant œuvrant au sein de l'établissement. Enfin, la moitié des patients (un quart selon les observations de l'établissement qui fait état d'une erreur informatique) font l'objet d'une prescription de traitements injectables en « si besoin » dont huit datant de plus de six ans, ces prescriptions étant principalement motivées par l'agitation ou le refus de traitement per os.

Les pratiques d'enfermement sont disproportionnées et une unité n'a aucune réalité médico-juridique.

Les modalités d'enfermement concernent des chambres d'isolement officiellement répertoriées, au nombre de 9, **mais aussi des chambres sécurisées qui n'ont aucune existence juridique**, au nombre de 17 dont 10 sur la seule UCS. Si on y ajoute les 14 chambres d'isolement (CI) de l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), l'établissement utilise potentiellement 40 CI pour 233 lits soit un taux de CI trois fois supérieur à ce qui est habituellement observé ; à ces chambres s'ajoute une pratique d'enfermement en chambre hospitalière fréquente.

Aucune CI ne répond aux exigences réglementaires en termes d'infrastructure ; la plupart des CI ont un oculus depuis le couloir permettant de voir depuis l'extérieur les personnes attachées voire dénudées, ce qui porte atteinte à leur dignité.

Les alternatives à l'isolement ne sont pas toujours recherchées et très peu tracées dans le dossier patient ; les renouvellements des mesures sont effectués toutes les 12 heures mais le patient ne bénéficie que d'un examen médical physique par 24 heures et non de deux. Des motivations de mise en isolement ne respectent pas les recommandations de la haute autorité de santé (HAS).

Par ailleurs, la fiabilité des données de traçabilité des pratiques d'isolement et de contention ne sont réellement fiables ou exploitables que depuis le 1^{er} juin 2023. Il n'y a ainsi jamais eu d'analyse régulière de la pratique par les soignants malgré l'ancienneté de la loi et la recommandation du CGLPL à la suite de son contrôle de l'UHSA en 2022.

Seule la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) a été bien appliquée grâce au travail des trois assistantes médico-administratives chargées de suivre l'ensemble des mesures d'isolement-contention. Toutefois, et même si le recours au JLD est logistiquement parfaitement assuré, le contrôle du juge reste, sur le fond, inopérant en raison des irrégularités évoquées *supra* et non soulevées.

Les contrôleurs ont toutefois pu réaliser eux-mêmes le reporting des pratiques d'isolement et de contention du mois de juin 2023. On note ainsi une grande variabilité des pratiques entre services.

En revanche, **les autres restrictions de liberté sont quasi toutes individualisées et motivées**, à l'exception du cordon de recharge du téléphone qui est retiré à tous les patients. Le tabac et le téléphone portable sont laissés aux patients sauf exception cliniquement motivée, et le pyjama

n'est plus imposé sauf en CI alors qu'il ne constitue aucunement un outil de prévention du suicide.

Enfin et surtout, **l'USIP de Cadillac, insérée au cœur de l'UMD est totalement indigne** dans son architecture et ses conditions matérielles de prise en charge. En effet, cette unité n'est constituée que d'un assemblage de 13 CI dont une double, avec 14 lits scellés au sol, des contentions partout préinstallées, sans placard et un seul pouf. De plus, tous les patients sont enfermés la nuit de 20h00 à 8h00 sans décision médicale d'isolement. Il s'agit donc juridiquement d'un service d'hospitalisation sans lit ni chambre d'hospitalisation. Les deux cours sont exiguës et l'ambiance est carcérale ; les restrictions de liberté sont le principe et non l'exception puisque tous les effets personnels dont les téléphones sont retirés. Les familles ne peuvent conserver leur téléphone ou sac pour rencontrer leur proche au sein de l'unité. Pour autant, cette UMD qui n'en porte pas le nom ni les prérogatives, dispose d'un projet de service spécifique prévoyant une admission ciblée sur des publics en crise qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Le respect de la dignité des patients dans la prise en charge au quotidien ne tient qu'au travail des soignants malgré un cadre de travail dégradé.

L'architecture des bâtiments d'hospitalisation complète est disparate et des structures plus récentes ne sont pas forcément adaptées de manière évidente à l'exercice de la psychiatrie. Il reste trois unités vétustes et inadaptées. Les verrous de confort ne sont pas encore présents sur toutes les portes des chambres mais sont déjà déployés dans certaines unités. L'accès au placard de la chambre est très disparate selon les unités.

Les conditions de travail des agents sont marquées par des effectifs qui frôlent régulièrement le chiffre des effectifs de sécurité en cas de grève et l'absentéisme dépasse 10 % dans plusieurs pôles. Dans de nombreuses unités, les soignants ne développent que de rares activités thérapeutiques dans le service et les sorties à l'extérieur accompagnées sont limitées.

Certaines formations sont insuffisantes, notamment sur le droit des patients, le recours à l'isolement et à la contention ; seuls quelques services ont accès à de la supervision et le comité d'éthique n'est pas partout bien identifié.

Enfin, si les contrôleurs ont noté **la place heureuse des associations d'usagers** au sein des instances de l'établissement, et **l'intérêt indéniable de la maison des usagers** qui englobe celui d'un lieu de rencontre apaisé des patients dans le parc, il est inacceptable que **la CDSP n'effectue plus aucun contrôle externe** de l'établissement depuis 2019.

Pour conclure, les contrôleurs ont constaté le non-respect des droits fondamentaux pour une part importante des prises en charge au sein du CHS avec des disparités entre services, des prises en charge dégradées, des professionnels parfois en souffrance, mais aussi des soignants qui ont envie d'aller de l'avant et d'exercer plus sereinement leur mission dans une bienveillance professionnelle.

Ce non-respect des droits appelle des adaptations architecturales majeures et urgentes, le rétablissement d'une dynamique d'amélioration des pratiques professionnelles et de réorganisation des soins.

Au regard de l'urgence à éviter un basculement de l'établissement vers une maltraitance institutionnelle organisée, la Contrôleure générale a saisi le ministre de la Santé et de la prévention afin de mettre un terme aux prises en charge immobilières indignes et à la

désorganisation généralisée des hospitalisations qui en deviennent inadaptées. Ce courrier du 15 septembre 2023 est annexé au présent rapport.

Un rapport provisoire a parallèlement été adressé le 21 décembre 2023 au directeur général de l'établissement, au préfet du département de la Gironde, au président du tribunal judiciaire de Bordeaux et au procureur de la République près ledit tribunal, ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine.

Seul le directeur délégué par interim de l'établissement de santé a adressé des observations en date du 30 janvier 2024. Les parties de ces observations répondant à certaines recommandations ont été insérées dans le présent rapport ; celles confirmant les constats des contrôleurs sans y apporter de réponses n'ont pas été reprises. L'ensemble des réponses du directeur du CH aux constats alarmants du CGLPL témoigne d'une non prise en compte de la gravité de la situation et confirme la nécessité d'une assistance appuyée des autorités de tutelle sur cet établissement.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

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 17

L'établissement doit sans délai permettre aux patients actuellement pris en charge dans les unités architecturalement indignes et inadaptées à l'exercice de la psychiatrie, un accès aux soins de psychiatrie respectueux de leurs droits.

RECOMMANDATION 2 17

Le financement de l'activité de psychiatrie doit servir à l'effectivité des soins de psychiatrie, dont l'activité thérapeutique, la formation et l'amélioration des pratiques professionnelles des soignants.

RECOMMANDATION 3 20

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

RECOMMANDATION 4 22

Chaque pôle clinique doit être doté d'un comité de retour d'expérience (CREX) afin d'assurer le traitement des événements indésirables.

RECOMMANDATION 5 25

Une pièce d'apaisement doit permettre aux patients agités aux urgences d'être placés dans un cadre hypostimulant et protégé.

RECOMMANDATION 6 26

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

RECOMMANDATION 7 26

Un protocole de travail devra être mis en place entre le CH de Langon et le CHS de Cadillac afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre les deux équipes médico-soignantes.

RECOMMANDATION 8 29

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux et n'amènent pas des hospitalisations dans des services inadaptés ou des déplacements de patients incessants et de nuit.

RECOMMANDATION 9 29

L'hospitalisation de mineurs au sein de services pour adultes ne peut être qu'exceptionnel.

RECOMMANDATION 10 30

Chaque patient doit recevoir les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent recevoir une formation spécifique leur permettant de délivrer une information adaptée.

RECOMMANDATION 11 31

Les chambres collectives doivent disposer d'un nombre de tables, chaises et placard correspondant au nombre des occupants.

RECOMMANDATION 12	32
Les chambres de toutes les unités doivent disposer d'un verrou de confort.	
RECOMMANDATION 13	34
Des mesures doivent permettre le lavage et séchage du linge personnel des patients.	
RECOMMANDATION 14	35
Sauf décision médicale contraire, les patients de l'unité Trelat-Marguerite doivent disposer de leur argent.	
RECOMMANDATION 15	37
La cellule sécurité ayant en charge le service incendie doit être avisée sans délai de tout placement en chambre d'isolement.	
RECOMMANDATION 16	38
La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être pleinement garantie.	
RECOMMANDATION 17	39
Le port du pyjama en chambre d'isolement doit correspondre à une nécessité médicale motivée par l'état clinique du patient. A l'unité de court séjour, le patient ne saurait se voir refuser, sauf prescription médicale, l'usage de ses vêtements personnels.	
RECOMMANDATION 18	40
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tous les personnels y compris le standard.	
RECOMMANDATION 19	42
Les chambres dites sécurisées doivent être transformées en chambre hospitalière.	
RECOMMANDATION 20	43
Les chambres d'isolement doivent respecter l'intimité et la sécurité des patients. Elles doivent être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge avec la date visible y compris lorsque la personne est attachée, d'un interrupteur d'éclairage et disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.	
RECOMMANDATION 21	44
Chaque unité doit être dotée d'un espace d'apaisement.	
RECOMMANDATION 22	46
Les mesures d'isolement et contention ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Les décisions médicales doivent être motivées et renouvelées après examen clinique.	
RECOMMANDATION 23	47
Lors du placement en chambre d'isolement, le patient doit conserver sa chambre d'hospitalisation ; il doit pouvoir également conserver l'accès à ses vêtements et autres effets personnels, ainsi que le droit aux appels et visites sauf contre-indication médicale.	
RECOMMANDATION 24	48
Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.	
RECOMMANDATION 25	49
Le préfet de Gironde doit procéder tous les trois ans au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres sont aptes à exercer leur mission et en acceptent	

toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de reprendre ses missions de contrôle.

RECOMMANDATION 26 51

Le président du tribunal judiciaire de Bordeaux, le préfet de Gironde, le maire de Cadillac ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an le centre hospitalier spécialisé de Cadillac, vérifier par l'examen du registre de la loi la régularité des procédures des soins sans consentement et faire mention de leurs éventuelles observations.

RECOMMANDATION 27 53

Pour que le juge effectue le contrôle des mesures d'isolement et de contention en toute connaissance de cause, le centre hospitalier de Cadillac doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin sur une durée de 24h pour l'isolement et 12h pour les contentions.

RECOMMANDATION 28 55

Les activités thérapeutiques doivent être intégrées dans les projets de soins des patients en SSC. Ces derniers doivent pouvoir bénéficier des soins prescrits.

RECOMMANDATION 29 56

La pharmacie clinique doit être développée au profit des patients de psychiatrie.

RECOMMANDATION 30 58

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit être systématique et tracée dans le dossier du patient. Elle doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance. La formation spécifique et le développement de partenariats avec des pairs-aidants dans les unités, ainsi que la généralisation du recueil ambulatoire de directives incitatives anticipées à mettre en œuvre lors d'une hospitalisation, participeraient à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins individualisés.

RECOMMANDATION 31 59

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

RECOMMANDATION 32 62

L'hébergement des patients de l'unité de soins intensifs psychiatriques doit s'effectuer dans des chambres hôtelières qui respectent leur dignité, leur intimité et leur sécurité, équipées d'un mobilier adapté, d'une salle d'eau et d'un dispositif d'appel.

RECOMMANDATION 33 62

Les admissions à l'USIP de patients mineurs ou « en hébergement inadapté » faute de lits disponibles dans les unités d'admission doivent immédiatement cesser.

RECOMMANDATION 34 63

Les restrictions de liberté appliquées à l'USIP ne doivent pas être systématiques mais individualisées, proportionnées et médicalement motivées. Les visiteurs doivent pouvoir conserver leurs effets personnels.

RECOMMANDATION 35 65

Les patients de l'USIP doivent bénéficier d'activités occupationnelles dans le service, d'activités thérapeutiques systématiquement intégrées aux projets de soins, de réunions soignant-soigné et de la confidentialité lors de la distribution des médicaments.

RECOMMANDATION 36 65

Les patients ne doivent pas être enfermés en chambre la nuit en dehors des prescriptions de l'article 3222 -5 du CSP.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	6
RAPPORT.....	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	13
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
3.1 Le projet d'établissement reste un document désincarné	14
3.2 L'établissement n'a pas modernisé ses infrastructures malgré un budget excédentaire	16
3.3 Les effectifs soignants ne permettent qu'un fonctionnement en mode dégradé	18
3.4 Les évènements indésirables sont correctement tracés mais le retour institutionnel est défaillant.....	21
3.5 Le comité d'éthique est peu connu du personnel soignant	22
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	24
4.1 La filière des urgences psychiatriques est désorganisée.....	24
4.2 La suroccupation des lits nuit à la qualité de la prise en charge des patients et au respect de leur dignité.....	27
4.3 L'information est dispensée au moyen de nombreux supports écrits mais sans accompagnement des patients pour en maîtriser le contenu	30
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	31
5.1 Les conditions d'hébergement présentent des disparités entre les différentes unités	31
5.2 Les chambres ne sont pas toutes pourvues de douches.....	33
5.3 La gestion de l'argent des patients n'est pas uniforme dans toutes les unités ..	34
5.4 La restauration ne fait l'objet d'aucune réclamation	35
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	37
6.1 La liberté d'aller et venir est très limitée pour l'ensemble des patients	37
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses et généralement individualisées	38
6.3 La communication avec l'extérieur est fluide mais la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas respectée	39
6.4 L'accès au vote est organisé	40
6.5 Le culte est assuré de manière régulière.....	40
6.6 La sexualité a fait l'objet d'une réflexion collective	41

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	42
7.1 Les conditions matérielles d'isolement et de contention sont indignes.....	42
7.2 Les mesures d'isolement ne sont pas toujours de dernier recours	44
7.3 Le registre de l'isolement-contention n'est pas analysé par les soignants.....	47
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	49
8.1 La commission départementale des soins psychiatriques n'exerce plus sa mission de contrôle depuis 2019 alors que les représentants des usagers sont attentifs aux conditions d'hospitalisation	49
8.2 Le registre de la loi est numérisé mais les contrôles extérieurs restent rares....	50
8.3 Le contrôle du juge des libertés et de la détention, bien organisé, manque d'efficacité notamment sur les mesures d'isolement et de contention	51
9. LES SOINS	54
9.1 L'accès aux soins psychiatriques est assuré mais les activités thérapeutiques insuffisamment intégrées aux projets de soins.....	54
9.2 L'accès aux soins somatiques est assuré	56
9.3 Le consentement du patient aux soins n'est pas recherché avec tous les outils disponibles.....	58
9.4 La sortie est préparée en équipe pluridisciplinaire mais se heurte au manque de structures d'aval	59
10. LES PUBLICS SPECIFIQUES	61
10.1 Les patients hospitalisés à l'USIP sont exclusivement hébergés en chambre d'isolement et font l'objet de multiples restrictions systématiques	61
10.2 La prise en charge en gérontopsychiatrie est adaptée au public accueilli.....	66
ANNEXE LETTRE AU MINISTRE DE LA SANTE DU 15 SEPTEMBRE 2023	68

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;
Marie Auter ;
Anne Bruslon ;
Marie-Agnès Crédoz ;
Rabah Yahiaoui ;
Elias Varlet, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs et un stagiaire ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé (CHS) de Cadillac (Gironde) du 31 juillet au 11 août 2023.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 31 juillet à 14h00 et l'ont quitté le 11 août à 11h00. La visite était inopinée et a été portée à la connaissance du préfet de la Gironde, de l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, du président et de la procureure de la République du tribunal judiciaire de Bordeaux.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur délégué par intérim, différents responsables administratifs des ressources humaines, de la qualité, des affaires médicales et du département d'information médicale, de nombreux cadres et cadres supérieurs de santé, un médecin chef de pôle et un représentant de la commission médicale d'établissement.

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

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

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à plusieurs 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 l'une d'elles a sollicité un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu le 11 août 2023, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation mais également le pharmacien, un médecin de l'ARS, un animateur socio-éducatif et un second médecin chef de pôle.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue de la visite opérée en septembre 2017¹, les contrôleurs avaient noté :

- La procédure de désignation de la personne de confiance doit comprendre l'obtention systématique de la signature de celle-ci confirmant son accord.
- Au-delà des informations diffusées, il serait souhaitable d'offrir aux patients de véritables possibilités d'accéder concrètement au culte de leur choix durant leur hospitalisation.
- L'existence du contrat de soins doit être mentionnée dans le livret d'accueil.
- Un salon aménagé pour les visites doit être mis à disposition dans chaque unité.
- Les patients doivent accéder à un équipement Wifi.
- La majorité des patients sont logés dans des chambres à deux lits ou plus, sans séparation entre les lits.
- La possibilité d'observer l'intérieur des chambres depuis le couloir doit être réservée au personnel soignant.
- Toutes les chambres doivent disposer d'un système d'appel.
- Toutes les chambres devraient disposer d'un système permettant au patient de s'enfermer, mais autorisant en toutes circonstances les soignants à ouvrir.
- Les conditions d'hébergement de l'unité Ségla sont indignes et dangereuses. La restructuration des bâtiments doit conduire à ce que les chambres de toutes les unités disposent d'une salle d'eau avec douche.
- Les changements de chambre doivent demeurer exceptionnels et ne doivent jamais entraîner un hébergement en chambre d'isolement.
- Les conditions de récupération de leurs valeurs par les patients ne doivent entraîner ni un retard de leur sortie ni une obligation pour eux de revenir les chercher ultérieurement.
- L'organisation et l'utilisation par les patients des activités thérapeutiques intersectorielles doivent être améliorées.
- L'offre d'activités au sein des unités doit être organisée.
- Dans le cadre de la réorganisation en cours du CHS, il est nécessaire de revoir l'organisation et l'offre des soins somatiques sur le site.
- Les registres prévus par la loi doivent être mis en place de manière homogène dans l'ensemble des unités pratiquant l'isolement.
- Les chambres d'isolement doivent disposer d'un dispositif d'appel y compris sur le lit en cas de contention, d'une horloge, d'un interrupteur permettant d'allumer ou éteindre la lumière, de point d'eau et de toilettes ainsi que de la possibilité de redresser le matelas pour la position demi-assise. Sauf à méconnaître le respect de sa dignité, le patient placé en chambre d'isolement doit être protégé de la vue des tiers.

L'évolution de ces éléments est indiquée dans le présent rapport dans les parties concernées.

¹ [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé de Cadillac, juin 2017](#) (en ligne).

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LE PROJET D'ETABLISSEMENT RESTE UN DOCUMENT DESINCARNE

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

Le département est divisé en 17 secteurs, dont 6 sont sous la responsabilité du CHS de Cadillac, soit une population de 560 000 habitants. Deux intersecteurs de pédopsychiatrie sont également assurés par le CH. L'établissement fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) « *alliance de Gironde* » qui compte dix établissements dont le CHU de Bordeaux et l'hôpital public de psychiatrie de Libourne.

Le CHS de Cadillac est implanté au cœur de la commune, la gare SNCF la plus proche étant à 10 km. Il partage une direction commune avec les quatre autres établissements du Sud Gironde ; le directeur du CHS de Cadillac est un directeur délégué.

Les six secteurs couverts sont géographiquement très étendus. L'établissement dispose d'une offre complète de structures ambulatoires au sein de chaque secteur, avec principalement 174 places d'hôpitaux de jour (HJ) dont 72 pour enfants, 29 centres médico-psychologiques (CMP) dont 17 pour la pédopsychiatrie, 8 centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) dont trois pour mineurs, une équipe mobile précarité et 25 places d'accueil familial thérapeutique.

L'offre de soins intrahospitalière est concentrée sur le site de Cadillac avec, fin 2022, 460 lits pour 22 unités. Seules les unités CPL Lormont, clinique des Gravières, clinique Villenave d'Ornon et Seglas (unités de soins libres) ne se situent pas sur le site de Cadillac. 1 951 patients ont été hospitalisés à temps plein en 2022 sur une file active totale de 14 652 patients suivis, dont 3 938 mineurs.

L'hospitalisation complète, objet du présent contrôle, est structurée autour des pôles suivants :

Le pôle A (Bordeaux Métropole Rive droite ; secteur G10 et G11 ; 233 000 habitants) :

- **Unité Pinel** de 21 lits (dont 3 lits par redéploiement de l'unité fermée),
- **Unité CPL Lormont** de 31 lits (dont un lit de redéploiement).

Le pôle B (Métropole Sud-Ouest ; secteur G12 et G13 ; 189 000 habitants) :

- **Unité Tosquelles** de 23 lits (dont 2 lits de redéploiement),
- **Clinique d'Ornon** de 36 lits (dont 2 lits de redéploiement).

Le pôle C (Sud Gironde ; secteur G14 et G15 ; 137 000 habitants) :

- **Unité Charcot** de 21 lits (dont 3 lits de redéploiement).

Le pôle transversal (intersectoriel) :

- **Unité Seglas** de 14 lits,
- **Unité court séjour** de 19 lits,
- **Unité Parchappe** (géronto psychiatrie) de 22 lits,
- **Unité Trelat – Marguerite** de 32 lits.

Le pôle psychiatrie médico-légale (qui comprend également l'UHSA et l'UMD) :

- **Unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) de 14 lits.**

Ces 10 unités ainsi que le service des urgences de Langon ont fait l'objet du présent contrôle, des personnes en soins sans consentement étant susceptibles de s'y trouver.

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ne dispose que de structures ambulatoires et n'a donc pas été contrôlé.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM), établi en novembre 2021 pour le département de la Gironde, ambitionne la coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associatifs. Il évoque, entre autres, la nécessaire prévention et prise en charge des situations de crise et d'urgence et la promotion du respect des droits. Par ailleurs, et concernant la promotion des droits des patients, le projet indique que « les maisons des usagers et les points d'accès au droit doivent être généralisés en institution et les usagers et leurs représentants doivent être encouragés à participer aux dispositifs de gouvernance ainsi qu'aux comités d'éthique ». Seule la maison des usagers et des permanences d'un point d'accès au droit ont été mises en place à Cadillac.

Le rapport de la chambre régionale des comptes (CRC) de mai 2022 conclut que « le projet d'établissement en cours d'élaboration devra intégrer les orientations du projet territorial de santé mentale et actualiser un schéma directeur nécessaire à la poursuite de la modernisation indispensable de l'établissement ».

Le projet médico-soignant du projet d'établissement 2022-2027 évoque entre autres en tant que priorités, le développement du recours aux médiateurs de santé pairs, de l'activité de réhabilitation psychosociale, le renforcement de l'équipe mobile insertion hébergement, la mise en place d'un studio « vie affective et familiale » dans une unité, la réduction des mesures d'isolement et de contention, le développement de la bientraitance et la prévention de la maltraitance, enfin l'ouverture d'une cafétéria sur le site et le renforcement de l'information des usagers. Un second axe indique vouloir la création de CMP pivots. Les réflexions s'orientent vers une structuration de la filière d'admission à travers l'unité de court séjour, une équipe psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC), voire un « HDJ intensifs ». Le projet évoque par ailleurs en pédopsychiatrie la création d'une unité 16-25 ans. Il n'y a toutefois aucune trace de cette unité dans le schéma directeur immobilier et les perspectives financières à huit ans.

Le projet d'établissement s'articule autour de trois filières de soins en séparant les prises en charge en fonction du caractère contraint du soin. Il développe dans son axe 2, l'intérêt d'établir des réunions de cas cliniques complexes, de groupes de parole à destination des familles, le développement de l'accès aux soins somatiques, le développement de la pharmacie clinique, le développement de consultations addictologiques mutualisées avec le CH Sud Gironde, le renforcement de l'accès aux psychologues, la prise en considération de l'environnement familial et socioculturel du patient. L'axe 4 évoque le souhait d'étoffer l'offre d'activités thérapeutiques, le recours à la pair-aidance, l'amplification de la politique relative à la réduction des mesures d'isolement et de contention ; il projette également de réhabiliter et humaniser une partie des unités d'hospitalisation, d'améliorer la prise en compte du respect de l'intimité et de la vie privée du patient, de créer une cafétéria et de développer un projet culturel.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'ARS le 4 mars 2019. Il fixe par exemple des indicateurs comme la diminution du nombre de patients en isolement/contention, la réduction du nombre de patients hospitalisés au long cours, l'augmentation du nombre de patients bénéficiant de programmes d'éducation thérapeutique,

l'amélioration de la fonctionnalité des locaux de l'USIP, des actions de psychoéducation à destination des aidants.

De fait, si les ambitions du projet d'établissement sont louables, les contrôleurs regrettent leur fort décalage avec les constats initiés ou opérés. Très peu d'orientations stratégiques définies dans les outils de planification ont été mises en œuvre et ce projet d'établissement, certes élaboré pour la période 2022-2027, reste un document désincarné.



Intérieur du site du CHS de Cadillac

3.2 L'ETABLISSEMENT N'A PAS MODERNISE SES INFRASTRUCTURES MALGRE UN BUDGET EXCEDENTAIRE

L'établissement de Cadillac est administré par une direction commune avec le CH de Bazas, le centre de soins et la maison de retraite de Podensac et le CH Sud Gironde ; le conseil de surveillance est présidé par le directeur général. Il est toutefois rapporté que le CHS de Cadillac bénéficie d'une autonomie financière dans sa gestion budgétaire.

Les dépenses globales du CHS étaient en 2022 de 100 904 559 euros. 80 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale (80 787 888 euros).

Les recettes globales étaient, en 2022, de 103 039 386 euros dont 91 764 436 euros de dotation annuelle de fonctionnement (DAF). Elle était de 79 838 612 euros en 2020 avant les mesures « Segur » et Covid et de 69 755 807 euros en 2015.

Dans cette DAF, 6 955 889 euros proviennent des « mesures Ségur » 2022 mais seuls 4 874 455 euros apparaissent en augmentation dans les recettes « assurance maladie » entre 2022 et 2021. Aucune activité annexe n'est facturée en tarification à l'activité.

L'établissement est ainsi à l'équilibre depuis 2021 dans le contexte de nombreux postes médicaux vacants, avec un excédent fin 2022 de 2 134 827 euros.

La dette, de 12 millions d'euros, est soutenable, la capacité d'autofinancement est positive et il n'y a pas d'emprunt toxique.

L'établissement a évalué à 29 millions d'euros le financement nécessaire à la rénovation-reconstruction de plusieurs unités du site, dont 21 millions pour les trois unités pour malades difficiles (UMD) Moreau, Claude et Clairambault et pour la réhabilitation de l'USIP et 8 millions pour les unités Broca et Pinel. L'ARS a accordé 6 millions d'euros (20 %) d'aides sur ce programme.

Le schéma directeur immobilier a été ainsi récemment modifié en fonction des aides accordées par l'ARS. Son financement est indiqué comme ne devant pas impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement, avec un taux d'endettement restant soutenable, mais la rénovation de l'unité Seglas, d'un coût de 3,4 millions d'euros de 2028 à 2030, a été annulée au regard de dépenses imprévues (chaudière, amiante).

Les travaux sont ainsi en cours jusqu'en 2025 sur l'unité Trélat (7,3 millions d'euros), dont les patients ont été transférés sur l'unité Marguerite ; les patients de Pinel devraient ensuite intégrer l'unité Trélat rénovée (30 lits) permettant que le bâtiment Pinel soit lui-même rénové. Les travaux concernant l'UMD sont programmés pour débuter en 2026 jusqu'en 2029 (16 millions d'euros pour la seule UMD).

Cette nouvelle planification financière ne prévoit donc la mise à disposition des deux nouvelles UMD (Claude et Moreau) que dans 6 à 7 ans, ce qui est trop tardif au regard de l'indignité actuelle de ces locaux, détaillée dans le présent rapport ainsi que dans celui consacré à l'UMD. Le non-respect des droits fondamentaux pour une part importante des prises en charge au sein du CH appelle des adaptations architecturales majeures et urgentes. De plus, un rapport de la chambre régionale des comptes de mai 2022 indiquait que, sur 37 millions d'investissements prévus entre 2018 et 2021, seuls 10 avaient été engagés ; la CRC recommandait déjà d'adapter dans les meilleurs délais le schéma directeur en l'adossant au prochain projet d'établissement et de confirmer le calendrier de rénovation des capacités d'hospitalisation du site central.

RECOMMANDATION 1

L'établissement doit sans délai permettre aux patients actuellement pris en charge dans les unités architecturalement indignes et inadaptées à l'exercice de la psychiatrie, un accès aux soins de psychiatrie respectueux de leurs droits.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le directeur de l'établissement confirme un début des travaux effectifs en 2024 et 2026 pour l'UMD.

Enfin, chaque pôle dispose d'enveloppes destinées à financer le développement d'activités et de sorties ainsi que les formations des soignants. Chaque unité indique un « droit de tirage » annuel au montant variable (entre 600 et 1000 euros selon les unités) pour financer le petit matériel d'activités et les sorties extérieures. La plupart des services ont souligné l'abandon de projets de sortie faute de budget accordé. Les contrôleurs ont constaté l'annulation, pendant la visite, de séances d'activités thérapeutiques ainsi que de séances de supervision par « manque de crédits » alors même que l'établissement est budgétairement excédentaire.

RECOMMANDATION 2

Le financement de l'activité de psychiatrie doit servir à l'effectivité des soins de psychiatrie, dont l'activité thérapeutique, la formation et l'amélioration des pratiques professionnelles des soignants.

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

3.3.1 Les effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2022 à 1 209 équivalents temps plein (ETPR) dont 536,5 ETP d'infirmier (IDE) et 164,1 ETPR d'aide-soignant (AS). **Les effectifs totaux de personnel non médical (PNM) ont connu une baisse de 3,3 % en deux ans.** 67 ETP de PNM sont vacants sur l'ensemble de l'établissement dont 34 sur l'intra hospitalier.

Parmi les services contrôlés, on observe dans les unités d'admission, selon les données fournies par l'établissement :

Unité :	IDE	Dont vacants	AS	Dont vacants	Total soignants	Nb de lits avant redéploiement/ après
Pinel	19	0,9	7	0,1	26	18/21 (+17%)
Tosquelles	19	2,7	6	0,2	25	21/23 (+10%)
Charcot	17	0,4	5	1	22	18/21 (+17%)
Parchappe	11	0,6	17	0,2	28	22/22
Trelat-Marg	13	0,2	16	0,6	29	32/32
UCS	21	0,6	8	0,2	29	19/19
Total :	100	5,4	59	2,3	159	

A ces effectifs s'ajoutent 14,2 ETP de psychologue (pour l'intra et l'extra hospitalier) dont 4,5 non pourvus, 0,5 ETPR de psychomotricien au pôle B mais non pourvu, 5,9 ETPR d'ergothérapeute dont 2 non pourvus, 5 ETP d'éducateurs dont 3 au pôle A et 1 non pourvus, et 0,3 ETP d'animateur au pôle A.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants travaillant le matin, l'après-midi, parfois en journée ; l'équipe de nuit n'est pas spécifique.

Plusieurs services ont défini, outre des effectifs de sécurité en cas de grève (majoritairement trois soignants le matin, trois l'après-midi et deux la nuit), des effectifs cibles qui ne comptent souvent qu'un effectif supplémentaire sur une des deux demi-journées.

L'examen des plannings des IDE et AS des unités d'hospitalisation du mois de juin fait apparaître, dans certaines unités, des effectifs présents auprès des patients proches de l'effectif de sécurité. D'autres parviennent à maintenir un effectif cible, même si celui-ci ne permet pas l'exercice de toutes les missions de psychiatrie (comme les activités et sorties thérapeutiques, cf. § 9.1). De plus, ces effectifs intègrent les soignants réaffectés suite à la fermeture de l'unité Broca.

Ainsi, le planning de l'unité Tosquelles du mois de juin 2023 montre que sur 60 demi-journées, les agents ont été 10 fois six, 11 fois cinq, 35 fois quatre et 4 fois trois soit une moyenne de 4,45 soignants présents par demi-journée auprès des patients (mais 4,1 le matin et 4,8 l'après-midi).

A l'unité Pinel, les soignants ont été 2 fois six, 5 fois cinq, 52 fois quatre et 1 fois trois soit une moyenne de 4,1 par demi-journée ; dans cette unité, l'effectif cible est de 4 et l'effectif en cas de grève de 3.

A l'UCS, l'effectif cible est de 4 le matin et 5 l'après-midi et l'effectif de sécurité de 4 le matin et l'après-midi. L'analyse du planning du mois de juin 2023 montre que les soignants ont été 31 fois

sur 60 à l'effectif de sécurité, 9 fois à cinq le matin, et l'après-midi, 17 fois à 5 et 3 fois à six, pour une moyenne par demi-journée de 4,5.

Ces moyennes de nombre de soignants objectivent des difficultés à respecter les maquettes cibles déjà minimales, malgré l'apport de soignants redéployés suite à la fermeture de lits (unité Broca par exemple).

Enfin, les fermetures itératives de lits ou de service ont généré une opacité dans la situation réelle des effectifs au moment du contrôle, de nombreuses données n'étant pas superposables ni certaines. Il est également regretté que le pool de soignants effectuant les transports de malades depuis le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) du CH Charles Perrens à Bordeaux ou depuis les structures extérieures ne soit constitué que par des effectifs des services mis à disposition à tour de rôle. De la même façon, l'activité de sismothérapie n'a pas bénéficié de création de poste alors même qu'elle constitue une activité de psychiatrie à part entière avec un plateau technique moderne à disposition de tout le territoire.

Les négociations menées lors des « *accords du Ségur* » ont débouché sur la création de 9,52 postes dont 2 IPA, 3,5 IDE (pour la coordination des lits), 1 AS, 1,5 cadre et 0,5 psychologue.

L'établissement compte ainsi 2 IPA en poste, 1 sur le pôle infanto-juvénile et 1 sur l'extrahospitalier ; 2 autres débutent leur formation et une cinquième est en cours pour une fin de cursus fin 2024.

L'exemple des autres établissements contrôlés ainsi que l'impossibilité pour les soignants de remplir l'ensemble de leurs missions comme développé dans le présent rapport (animation d'activités, accompagnements à la sortie et surveillance entre autres) conduit à penser que les services intra hospitaliers de psychiatrie adulte fonctionnent majoritairement en mode dégradé.

Dans le cadre de la détermination du besoin de santé des patients de chaque service, les projets médico-soignants devront être établis et il conviendra de définir les modalités de prise en charge des patients, en soins libres comme en soins sans consentement, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra hospitalière, et d'en déduire les besoins de soins pertinents.

L'absentéisme dépasse 10 % dans de nombreuses unités concernant tous les personnels non médicaux. Les absences de courtes durées imprévues sont compensées par des mouvements de personnel effectués au dernier moment, en prenant un agent dans un service disposant d'un effectif au-dessus de l'effectif requis ; ces soignants sont ainsi placés dans des services dont ils ne maîtrisent pas l'organisation avec des patients qu'ils ne connaissent pas. Au moment du contrôle, au sein de l'unité Pinel, sur trois IDE présentes, une venait de l'UCS et une de l'USIP.

En second niveau, le système « *permutéo* » est activé, depuis un mois au moment du contrôle et pas encore connu de nombreux soignants, pour les rémunérer en heures supplémentaires sur leurs congés. Les soignants sont plafonnés à 240 heures maximales par an et ne peuvent travailler plus de 48 heures sur sept jours filants.

Enfin, à défaut, il est fait appel à des contractuels ou intérimaires.

RECOMMANDATION 3

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

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique que « les effectifs cibles ont été définis en considérant les besoins évoqués par les pôles, les spécificités des prises en soin et le développement des activités. Les maquettes d'effectifs intègrent par ailleurs pour chaque unité une suppléance dont l'objet est de faciliter la gestion des absences de courtes durées. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation établie sur la base des constats objectifs réalisés lors du contrôle.

3.3.2 Effectifs médicaux

L'effectif médical comprend 72,1 ETP pour 80 médecins différents.

Parmi ces professionnels, 67 médecins différents occupent 58,1 ETP (PH, praticiens contractuels) auxquels s'ajoutent 8 internes, 4 docteurs « junior » et un associé.

Parmi ces 67 médecins, 58 sont psychiatres pour 52 ETP : 14 en pédopsychiatrie et 38 en psychiatrie adulte.

L'effectif médical comprend également 6 médecins généralistes (dont 2 praticiens contractuels à mi-temps, 1 en intérim et 1 FFI), mais aussi 0,4 ETP de dentiste, 0,4 ETP d'anesthésiste et 1 contractuel hygiéniste (partagé avec le CH de Langon). Le médecin associé a déjà validé les épreuves classantes nationales.

Au 31 juillet 2023, 14 postes à temps plein de praticiens psychiatres étaient vacants dont 1 en pédopsychiatrie (compensé par un contractuel). Pour la psychiatrie adultes, sur les 13 postes vacants, 6 sont compensés par des contractuels et 7 restent vacants.

4 médecins psychiatres vont partir en septembre et ne sont pas encore remplacés. En septembre, il y aura ainsi, sur 38 ETP théoriques de psychiatres, une vacance de 11 postes non compensée soit 29 %. 4 médecins exercent une activité d'intérêt général au profit de structures médico-sociales.

La politique d'attractivité de l'établissement pour les médecins comme pour les soignants n'a pas été clairement établie ; il a été rapporté aux contrôleurs des difficultés dans l'accès à l'indemnité de service public exclusif pour plusieurs médecins. Concernant les IDE œuvrant en UMD, la perte de leur prime spécifique lors de leur réaffectation « d'office » au CHS a été rapportée.

3.3.3 Le tutorat et la formation

L'établissement n'a pas mis en place de tutorat pour les nouveaux infirmiers, mais leur propose quelques modules de « consolidation des savoirs » ; tous ne peuvent néanmoins y accéder faute d'effectifs suffisants dans les services. Le cadre de l'UCS met en place, au moment du contrôle, un « pack nouvel arrivant » avec des explications par fiches sur le fonctionnement du service, pour les médecins comme pour les IDE arrivant dans le service.

Par ailleurs, les jeunes diplômés sont invités à effectuer des formations en approfondissement des connaissances parmi le catalogue des formations proposées en formation continue. Mais là

encore, les soignants rencontrés ont rapporté des refus des formations demandées pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services.

Enfin, 17 évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont actuellement organisées mais une seule a concerné « *la réduction de l'isolement et la contention* » depuis 2017.

En 2022, 12 médecins ont suivi une formation sur l'isolement et la contention et 6 une formation sur les droits des patients.

3.3.4 La supervision

Quelques services ont mis en place des séances régulières de supervision collective animée par un intervenant extérieur ; la supervision individuelle est également possible à l'UCS.

Au moment du contrôle, il a cependant été rapporté l'annulation de certains programmes de supervision pour des raisons « d'insuffisance de crédits » (cf. recommandation du § 3.2).

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT CORRECTEMENT TRACES MAIS LE RETOUR INSTITUTIONNEL EST DEFAILLANT

Ainsi que le constate l'ARS dans son rapport d'inspection du mois de novembre 2021, le système documentaire des événements indésirables (EI) est en place. Il se compose des documents qualité suivants :

- « signaler et traiter les EI » ;
- « signaler un événement indésirable grave (EIG) » ;
- « charte d'incitation au signalement interne et au retour d'expérience et de non-sanction en cas de signalement » ;
- « traiter les EIG et récurrents dans le cadre de comités de retour d'expérience (CREX) » ;
- « recueillir, analyser et traiter des erreurs médicamenteuses » ;
- « réaliser une analyse approfondie des causes (AAC) et un retour d'expérience suite à un EIG ou un EIG récurrent. »

Ce système documentaire est complété par une vingtaine de protocoles sur la démarche à suivre en cas d'EI spécifiques (sortie contre avis médical, suspicion de dangerosité d'un patient ou d'un membre de son entourage, conduite à tenir en cas de suspicion d'agression sexuelle, annoncer un dommage lié à un acte de soin). Ces protocoles sont conservés dans le local infirmier.

Le signalement s'effectue sur une plateforme informatique dédiée et il est réceptionné par la hiérarchie du soignant (encadrement soignant et médical, cadre supérieur de santé et chef de pôle) ou par les destinataires thématiques (la direction de la pharmacie si l'EI est lié au médicament).

Le nombre important de signalements effectués chaque année, aux environs de 1 200, montre que le personnel soignant s'est emparé de cet outil même si l'impossibilité de déclarer anonymement a été regrettée. Ainsi, de janvier à mai 2023, environ 70 EI ont été signalés dans chaque unité contrôlée, dont la moitié environ pour violence (gestion difficile d'un état d'agitation).

En revanche, l'absence de retour institutionnel est rapportée. En effet, sur les 6 pôles cliniques de l'établissement, seuls le pôle de psychiatrie médico-légale (unité pour malades difficiles) et le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent disposent d'un CREX. Des événements indésirables peuvent ainsi ne pas être traités avant plusieurs mois, les AAC sont moins

nombreuses dans certains services, et les solutions apportées sont disparates selon les unités. Ainsi, dans l'unité Tosquelles, un dysfonctionnement du thermostat empêchant les patients d'utiliser les douches dont l'eau était brûlante, n'a été corrigé qu'au bout de six semaines.

RECOMMANDATION 4

Chaque pôle clinique doit être doté d'un comité de retour d'expérience (CREX) afin d'assurer le traitement des évènements indésirables.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** « qu'au mois d'août 2023, il existait un CREX sur le pôle PEA, un CREX sur le pôle PML et un CREX transversal au niveau de la pharmacie sur le médicament. Des CREX ont précédemment existé sur les pôles C, B et l'ancien pôle Perspectives mais n'étaient plus en place en août 2023. Les nouveaux contrats de pôles prévoient la création d'un CREX par pôles cliniques à partir de l'année 2024. »*

Dans le rapport annuel de gestion des risques pour l'année 2021, le dernier disponible, il apparaît que suite aux recommandations de la HAS, les EI survenus durant des temps d'isolement sont désormais recensés dans une rubrique spécifique (98 en 2021). Cependant le traçage des mesures d'isolement et de contention (MIC) est affecté par un dysfonctionnement du logiciel, signalé en avril 2023 comme existant depuis plusieurs mois : « *impossibilité de renseigner le protocole de surveillance de MCI avec contention. La MCI est validée sans accès au protocole. Levée de la mesure non conforme par le JLD.* » Le problème est récurrent et s'est produit durant le week-end du 5 au 6 août 2023 (cf. § 7).

Les 1 158 fiches d'évènements indésirables (dont 470 associés à la prise en charge des patients) établies en 2021 ont donné lieu à :

- 14 transmissions à l'ARS et sur le portail national des EIG dont 5 ont fait l'objet d'une analyse approfondie des causes (AAC) ;
- 16 AAC (0 sur les pôles A et B, 1 sur le pôle C) dont 15 ont donné lieu à des préconisations.

La commission des usagers (CDU) est informée des EI mais de manière non exhaustive : seuls les EIG ayant fait l'objet d'AAC sont présentés en CDU.

Le comité social et économique (CSE) a été destinataire de 766 fiches d'EI.

Depuis le 7 février 2022, 5 signalements ont été adressés par la direction de l'établissement au parquet du tribunal judiciaire de Bordeaux pour des comportements inquiétants de patients ou des mises en danger au domicile.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST PEU CONNU DU PERSONNEL SOIGNANT

Le comité d'éthique (CE) comprend 11 membres, associant des personnels médicaux, techniques, paramédicaux et administratifs. Le CE peut faire appel ponctuellement à des membres consultatifs extérieurs : philosophe, juriste, représentant d'association.

Les réunions du CE ont lieu une fois par mois dans des locaux mis à disposition par le CH.

Le CE se définit comme un lieu de questionnements, d'échanges et de réflexions. Il a pour mission d'assurer la promotion de l'éthique et de problématiser des situations particulières qui sont portées à sa connaissance à la suite des saisines. Il peut être saisi par tous les membres du personnel ainsi que par toutes personnes externes à l'établissement hospitalier.

Sur le site intranet de l'hôpital, une rubrique est consacrée au CE. Celle-ci comprend les statuts, l'agenda ainsi que les travaux du CE. Un formulaire de saisine y est disponible qui peut être envoyé via une adresse électronique ou par courrier postal.

Malgré l'organisation d'une large publicité autour de son existence et de son action, le CE demeure peu connu du personnel hospitalier et n'est saisi qu'exceptionnellement.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LA FILIERE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES EST DESORGANISEE

La gestion des urgences psychiatriques est assurée très majoritairement par les urgences du CHU de Bordeaux ou depuis le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) du centre hospitalier Charles Perrens situé également à Bordeaux pour les secteurs proches de Bordeaux ; toutefois, les patients sont très vite réadressés sur Cadillac, dans l'unité du secteur concerné mais le plus souvent à l'UCS, faute de place. De même, les patients des deux secteurs du pôle C transitent soit via le SECOP soit via les urgences du CH de Langon après régulation par le centre 15, vers les unités de Cadillac. L'UCS devient, de fait, une unité d'accueil et de crise où se mêlent des patients encore en crise et des patients stabilisés en attente de place dans les autres services, sans reconnaissance réelle de cette vocation d'accueil d'urgences psychiatriques et sans l'organisation des soins et le personnel adaptés à cette mission, l'analyse des plannings montrant par ailleurs des effectifs travaillant majoritairement en mode dégradé (cf. § 3.3).

Une convention « relative à l'exercice d'une psychiatrie de liaison Sud Gironde et à la réponse à l'urgence psychiatrique au centre hospitalier Sud-Gironde, site de Langon et de La Réole » a été signée le 28 janvier 2021 entre les deux établissements ; cette convention précise la mise à disposition sur les deux sites (Langon et de La Réole) du CH Sud-Gironde d'une équipe de psychiatrie de liaison, comportant trois à quatre matinées de présence médicale sur Langon et une demi-journée par semaine sur La Réole ; le temps infirmier n'est pas quantifié mais implique, sur Langon « des infirmiers présents sur site de 9h15 à 17h du lundi au vendredi et une astreinte téléphonique le samedi matin ». Sur le site de La Réole, il est prévu un temps infirmier le jeudi après-midi.

Concernant toujours cette filière des urgences psychiatriques, un hôpital de jour de crise a récemment vu le jour sur un pôle ; l'équipe psychiatrique d'intervention et de crise (EPIC) prévue dans le projet d'établissement ne reste qu'un vœu pieu et la désignation de « CMP pivot » par pôle, à moyens humains constants, ne semble répondre qu'à la gestion de la pénurie de soignants sur l'ambulatoire. Les contrôleurs s'étonnent de voir mentionner dans le rapport d'activité 2022 de l'établissement, cette « équipe d'intervention et de crise » dans la partie « offre ambulatoire », alors qu'elle n'existe pas.

4.1.1 Le service des urgences du CH de Langon

Les patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement sont amenés, parfois avec un premier certificat établi par un médecin généraliste, au service des urgences. Ces certificats initiaux sont cependant souvent irréguliers dans leur contenu ; un certificat initial est ainsi majoritairement établi par le médecin urgentiste.

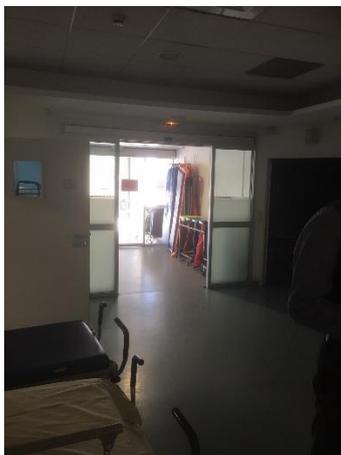
Toutefois, le service des urgences est confronté à une pénurie de médecins urgentistes et à l'impossibilité de remplir toutes les lignes de garde ; le service a ainsi dû être fermé à deux reprises le mois du contrôle y compris pour les patients relevant de soins de psychiatrie.

Extrait d'un signalement de 2023 pour une patiente hospitalisée au CHS : « chute non constatée de la patiente jeudi (...) puis impotence fonctionnelle constatée le dimanche. (...) appel interne de garde ; à l'auscultation suspicion de fracture ; l'IDG appelle les urgences de Langon qui ne peuvent accueillir la patiente à cause de forte affluence. Radio épaule lundi 14h qui confirme fracture (...), nécessité de chirurgie avec pose de prothèse. Patiente adressée aux urgences avant consultation de chirurgie. »

Les urgences du CH disposent de boxes individuels, dont un situé à toute proximité de l'accès des ambulances, utilisé pour les personnes arrivant agitées ou placées sous contention. Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comporte, quant à elle, cinq chambres avec WC et point d'eau. Il n'y a pas de chambre d'isolement ou d'espace destiné à l'apaisement d'une personne agitée comme le préconisent les recommandations de la société française de médecine d'urgence de juillet 2021 intitulées « prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences ».

RECOMMANDATION 5

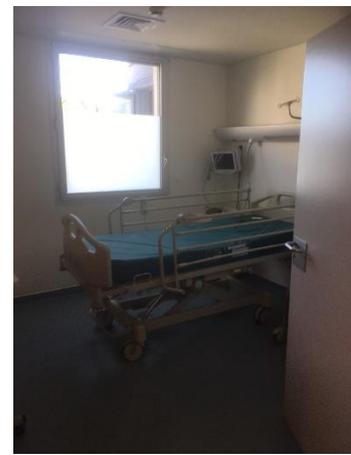
Une pièce d'apaisement doit permettre aux patients agités aux urgences d'être placés dans un cadre hypostimulant et protégé.



Entrée des urgences



Boxe d'admission



Chambre d'UHCD

Le circuit des personnes allongées ou en crise permet le respect de leur intimité ; les patients sont directement confiés à l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA).

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'IOA en informe l'infirmier de psychiatrie et installe le patient dans un box pour que le médecin urgentiste l'examine. Il a été confirmé que le patient n'est jamais transféré en psychiatrie sans examen somatique par l'urgentiste. Toutefois, des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont parfois amenés directement, par les forces de l'ordre, au CHS sans passer par les urgences et son plateau technique, ce qui devra être revu.

Aux urgences, l'équipe de psychiatrie comprend 4 ETP d'IDE et 0,5 de médecin psychiatre (0,5 ETP de médecin étant vacant), pour réaliser la psychiatrie de liaison aux urgences mais aussi dans les services de médecine chirurgie obstétrique (MCO) du CH de Langon et dans huit établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). La création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie reprenant l'activité en EHPAD est en projet de même que la création de 0,5 ETP de médecin supplémentaire pour assurer une présence quotidienne au sein du CH. Au moment du contrôle, un médecin est présent le mardi et jeudi en journée. Le reste du temps, les IDE tentent de le joindre au CMP ou de trouver un médecin psychiatre dans un service d'admission du CH de Cadillac. En 2022, l'équipe de psychiatrie de liaison a procédé à 1 901 actes (dont 1 001 pour la seule unité d'accueil d'urgence), pour 533 patients (dont 319 au seul service d'urgences).

Une fois que le psychiatre a décidé la nécessité d'une prise en charge spécialisée, les infirmiers de psychiatrie assurent la réalisation des pièces médico-légales et les démarches auprès des familles en journée ; la nuit, le psychiatre de garde est contacté mais uniquement pour donner un avis sur l'orientation. Le patient peut être orienté vers une structure ambulatoire ou bénéficier d'une hospitalisation. Le patient dans l'attente d'une place en psychiatrie est soit placé dans une salle d'examen traditionnelle s'il est cliniquement stable, soit contentonné sur un brancard dans une salle d'examen ; la pose de contentions est décidée par l'urgentiste, inscrite mais pas souvent horodatée dans le logiciel Sillage et jamais validée dans l'heure par un psychiatre.

RECOMMANDATION 6

Les décisions des urgentistes de poser des contentions sur un patient de psychiatrie doivent être validées par un psychiatre dans l'heure.

Les contentions utilisées sont nettoyées entre chaque patient. Elles sont installées par les infirmières des urgences qui effectuent également la surveillance du patient mais sans la tracer dans les dossiers informatisés, sauf lorsque les patients sont hospitalisés en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Il n'y a aucun protocole de mise en place des contentions, disponible pour les soignants.

Les personnes contentonnées dans l'attente d'une hospitalisation en psychiatrie ne restent, selon les soignants, jamais plus de 12 heures aux urgences et sont toujours placées dans un box fermé dans l'attente de leur transfert. Aucun registre des mesures d'isolement et de contention n'est analysé régulièrement par les soignants et ne permet de connaître la réelle pratique.

Extraits événements signalés en 2023 : l'infirmier en garde d'un patient au CH Langon se trouve en difficulté car le patient est agité malgré la contention. Les infirmières du service refusent de l'injecter, devant cette prise en charge difficile, nous appelons le cadre d'astreinte qui autorise à ce que le pool de nuit aille sur place pour les aider à maintenir le patient lors de l'injection, arrivées dans le service, les infirmières ont finalement appelé des renforts (5 dont 3 hommes).

RECOMMANDATION 7

Un protocole de travail devra être mis en place entre le CH de Langon et le CHS de Cadillac afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre les deux équipes médico-soignantes.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique qu'« une réunion de travail est programmée le 31 janvier 2024 entre les équipes du CH Sud-Gironde et du CH de Cadillac qui a pour objectif de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie au sein des urgences du CH Sud-Gironde. »

4.1.2 L'unité de court séjour

L'unité de court séjour (UCS) du CH de Cadillac a initialement été créée pour recevoir des patients en hospitalisation courte de moins de 14 jours. Son architecture est marquée par un souci sécuritaire avec une porte d'accès unique doublement fermée par un sas ; surtout, 10 chambres sur 19 avec lits dits sécurisés, fixés au sol, sont utilisées fréquemment comme des chambres d'isolement, en sus de la chambre d'isolement existante.

Il n'y a pas de projet de service validé institutionnellement précisant la vocation de cette unité et les modalités de prise en charge des patients. De fait, la suroccupation des lits du CHS amène l'UCS à accueillir provisoirement des patients en attente de place dans leur unité hospitalière de secteur, mais aussi des patients en crise adressés par le SECOP ou les urgences du CH de Langon. L'unité accueille ainsi de nombreux patients en SSC pour des durées qui dépassent souvent deux semaines. Au moment du contrôle, 20 patients étaient présents dont 3 en isolement (1 en CI et 2 en chambres sécurisées) ; un patient était présent depuis un mois et demi.

4.1.3 L'arrivée dans les services

Les personnes en SSC arrivent principalement de l'UCS, du SECOP ou, minoritairement depuis les CMP ou les établissements médico sociaux.

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

Ils bénéficient d'un examen par le somaticien dans les 24 à 48 heures.

Les restrictions en début d'hospitalisation sont décidées après la consultation du psychiatre.

Les certificats médicaux des 24 et 72 heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

4.2 LA SUROCCUPATION DES LITS NUIT A LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET AU RESPECT DE LEUR DIGNITE

L'établissement est confronté à une augmentation régulière du nombre de mesures de soins sans consentement, passant de 485 mesures en 2009 à 714 en 2022 (UHSA incluse) ; le nombre de mesures sur décision du préfet reste stable (214 en 2022 et 193 en 2009) mais celles sur décision du directeur (SDDE) augmentent constamment (500 en 2022 contre 292 en 2009). Parmi les mesures prises par le directeur, les mesures prises en péril imminent (SPI) représentent 26 % des mesures en 2022, les mesures en urgence (SDTU) 30 % et les SDT de droit commun, 44 %. Parmi les mesures prises par le représentant de l'Etat (SDRE), 46 % concernent les patients détenus et les admissions par arrêté provisoire du maire représentent le deuxième mode de placement le plus important (32 %).

La file active totale 2022 de l'établissement était de 14 652 patients (14 884 en 2019), dont 3 938 mineurs. 284 patients ont été admis en UHSA (182) et UMD (102). 4 453 patients étaient de nouveaux patients. La file active de patients hospitalisés à temps complet était de 1 951 (2 259 en 2019, 2 045 en 2021), dont 1 676 en unité d'hospitalisation complète hors UHSA, UMD ou placement familial. Le taux d'admission en hospitalisation complète sous le statut de soins sans consentement est de 31,1 % en 2022 ; il était de 24,5 % en 2016.

La population de la zone d'intervention du CH de Cadillac a progressé de 6,6 % entre 2018 et 2022.

Le rapport d'activité de 2022 mentionne un taux d'occupation de 90 % des lits.

L'analyse de ces données, les échanges avec les médecins et les soignants autant que les constats des contrôleurs ont fait ressortir qu'une insuffisance chronique de lits d'hospitalisation s'est installée. La suroccupation des lits est objectivée par le fait qu'il y a, au moment du contrôle, plus de patients que de lits dans de nombreux services et qu'il n'y a plus de place pour les nouveaux

patients, y compris pour exécuter les arrêtés préfectoraux de réintégration de programme de soins.

Extrait d'un avis médical de demande de réintégration d'août 2023 : « à ce jour, il n'a pas été possible d'organiser une réintégration en hospitalisation complète par manque de place dans l'hôpital. La réintégration sera organisée dès que possible. »

Cette suroccupation est généralisée dans les services d'admission, amenant l'établissement vers des pratiques irrégulières : des patients sont admis en chambre d'isolement faute de chambres hospitalières, des patients placés en isolement ne conservent pas leur chambre et ne peuvent la réintégrer à la fin de la crise, des changements de chambre sont souvent imposés à des patients, y compris la nuit.

Extrait d'un signalement de 2023 : « Patiente à nouveau changée de chambre (15^{ème} fois depuis début d'hospitalisation) pour être installée dans une chambre triple. Patiente qui redevient véhémement et persécutée par l'équipe provoquant une entaille dans le contrat de confiance façonné durement. Se plaint de n'être qu'un pion qui plus est elle possède de nombreux cartons de vêtements à transporter entraînant à la charge mentale la charge physique. Refuse obstinément ce changement tant qu'elle n'a pas vu le médecin. Ne souhaitant pas rentrer dans une montée en tension supérieure pouvant entraîner des conséquences pour la patiente, nous avons décidé de reporter le changement.

De plus, ce changement de chambre correspondrait à la récupération de la chambre miroir de notre chambre d'isolement car si nous devons faire sortir la patiente qui s'y trouve, elle se retrouverait dans la chambre d'un homme. »

Au surplus, des patients sont admis dans des unités inadaptées et source d'aggravation de leur état de santé : une trentaine de patients ont été ainsi admis à l'USIP sur un an par défaut de place en hospitalisation traditionnelle, alors même que cet USIP n'est, comme indiqué au § 10, constituée que de chambres d'isolement.

Des lits d'une unité complète ont été fermés en une semaine selon les soignants rencontrés (trois semaines selon l'établissement) sans préparation tant du parcours de soins des patients que des équipes soignantes, avec un redéploiement de 14 lits dans sept services différents dont certains n'accueillent que des personnes en soins libres.

Enfin, plus de 40 patients sont hospitalisés au long cours majoritairement en attente de place en structures extérieures médico-sociales ; un patient se trouve totalement en inadéquation avec une prise en charge en service de psychiatrie, subissant un enfermement en chambre permanent ; il conviendra de solliciter auprès de l'ARS la mise en place d'un éducateur temps plein afin de l'extraire de la chambre la journée, dans l'attente d'une solution d'hébergement adaptée. Les tutelles sanitaires et médicosociales pourront utilement mettre en place une commission afin de fluidifier sur le territoire, les parcours de vie de ces patients.

Toutes les unités d'admission sont donc saturées, malgré le redéploiement de 14 lits fermés et la création de 4 lits d'hospitalisation, tout cela sans personnel supplémentaire dans les unités qui passent parfois de 18 à 22 lits (soit une augmentation de 22 %), et parfois avec des lits de dépannage entassés avec deux autres dans une chambre non prévue pour trois (cf. § 3.3.1).

Signalement rédigé en 2023 : Madame X a été admise cette nuit à 2h du matin pour idées suicidaires (...) patiente de 90 ans présentant un état de dépendance avancée (...). Elle a été admise dans le cadre de la procédure de lit supplémentaire ce qui implique qu'elle a été accueillie dans une chambre d'isolement. Une surveillance du risque suicidaire a été prescrite par le médecin

indiquant une nécessité que madame X reste dans cette chambre. Il n'y avait aucun autre lit de disponible. Mme X a été installée sur un matelas à même le sol au vu du risque de chute, le lit de la chambre d'isolement étant scellé au sol, il est inadapté à l'état de la patiente. Lors du tour de 7h Madame X est retrouvée sur le carrelage (...).

Autre signalement la même année : « Ce soir, 21h, nous recevons un appel du cadre administratif, qui nous informe que nous allons devoir faire une admission. Informé que tous nos lits sont actuellement occupés (trois patients en permission revenant le lendemain matin). Nous dit que nous allons prendre la patiente du Secop en SDT sur un des lits de nos permissions, (...) devant le refus de l'équipe (...) nous demandant de transformer une chambre en chambre double, nous l'informons que nous n'avons pas la possibilité de réaliser cela (...).

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit offrir aux patients des conditions d'hospitalisation, et notamment un nombre de lits, qui garantissent le respect de leur dignité et de leurs droits fondamentaux et n'amènent pas des hospitalisations dans des services inadaptés ou des déplacements de patients incessants et de nuit.

Par ailleurs 47 mineurs de plus de 16 ans ont été hospitalisés en unités pour adulte en 2022, dans six unités dont l'USIP (4 mineurs), ce qui ne correspond pas au caractère exceptionnel sous-tendu par l'article R.6123-200 du CSP. Le projet d'unité 16-25 ans mentionné dans le projet d'établissement n'apparaît pas dans le schéma directeur immobilier. Il conviendra en tout état de cause de redéfinir les modalités d'hospitalisation complète des mineurs sur le territoire et prohiber toute hospitalisation d'un mineur à l'USIP.

Dans certaines unités, il est rapporté que les mineurs sont toujours hospitalisés en unité fermée, en chambre individuelle avec verrou de confort.

RECOMMANDATION 9

L'hospitalisation de mineurs au sein de services pour adultes ne peut être qu'exceptionnel.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** que « le mineur est hospitalisé systématiquement en chambre individuelle avec un verrou de confort pour permettre son intimité et sa sécurité, notamment la nuit, en unité ouverte ou fermée en fonction de sa clinique. Une procédure relative à la prise en charge des mineurs existe. En parallèle et comme précisé précédemment, l'ouverture d'une unité de 6 lits d'hospitalisation complète pour adolescents 12/17 ans est prévue au projet médico-soignant. Les conditions et modalités d'accompagnement financier sont en cours de discussion avec l'ARS. Les modalités de parcours des adolescents sur le territoire sont travaillées à l'échelle du GCS psychiatrie publique 33. L'objectif est celui d'une ouverture de l'unité en 2025. »*

4.3 L'INFORMATION EST DISPENSEE AU MOYEN DE NOMBREUX SUPPORTS ECRITS MAIS SANS ACCOMPAGNEMENT DES PATIENTS POUR EN MAITRISER LE CONTENU

4.3.1 Les documents

Le livret d'accueil est remis à chaque patient à l'arrivée sauf à l'UCS et à l'unité Pinel. Le règlement de fonctionnement de chaque unité a été réécrit en mai 2023. Ils sont désormais accompagnés d'un récépissé de remise signé par le patient. Cette procédure n'est toutefois appliquée qu'à l'unité Parchappe, certaines unités indiquant ne pas avoir réceptionné le nouveau document voire ignorer qu'il était finalisé. Les règles de vie ne sont pas affichées dans les unités.

Des brochures sur les droits des patients dans les établissements de soins (Défenseur des droits), la parole des usagers, la personne de confiance en psychiatrie, sont disposées sur un présentoir à l'unité Lormont. La charte du patient hospitalisé est affichée dans le hall de l'unité Charcot. Des informations sur le rôle et la composition de la commission des usagers sont affichées à proximité du bureau infirmier de l'unité Parchappe.

Le tableau de l'ordre des avocats du barreau de Bordeaux n'est affiché dans aucune unité. Le 10 août 2023, il a été réceptionné par la direction de l'établissement qui l'avait sollicité durant la première semaine du contrôle.

4.3.2 L'information orale

Les notifications sont effectuées par le médecin ou l'infirmier. Le certificat d'admission et les certificats médicaux à 24h et 72h sont remis en mains propres au patient (unité Tosquelles) ou s'il le souhaite (UCS) ou pas du tout (unité Parchappe). Il convient de noter que si les observations du patient sont bien recueillies lors de chaque certificat médical, elles sont transcrites ou reformulées « *selon l'intérêt avec des patients en SSC* » aux dires d'un médecin.

La même procédure avec des disparités identiques selon les unités a été relevée pour la notification des décisions du juge des libertés et de la détention qui est par ailleurs effectuée très succinctement.

RECOMMANDATION 10

Chaque patient doit recevoir les informations relatives à sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille. Les professionnels assurant la notification des décisions doivent recevoir une formation spécifique leur permettant de délivrer une information adaptée.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** que « la mise en place des nouveaux règlements de fonctionnement des unités en mai 2023 a été accompagnée de deux notes d'information auprès de l'encadrement. Un nouveau rappel sera fait afin qu'ils soient systématiquement remis au patient avec le livret d'accueil ». « Il est prévu de dédier un temps lors de la journée d'accueil des nouveaux arrivants relatif aux droits des patients, au cours duquel la question de la notification des droits des patients sera abordée. »*

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT PRESENTENT DES DISPARITES ENTRE LES DIFFERENTES UNITES

Toutes les unités n'offrent pas des conditions d'hébergement identiques. Certaines unités ont été rénovées et comportent des locaux bien équipés et spacieux (exemple Trélat-Marguerite ou Parchappe). D'autres, telle Pinel, sont vétustes et inadaptées.

Au moment de la visite, le bureau infirmier de l'unité Pinel était condamné et avait déménagé depuis trois semaines dans une petite salle de pause à l'autre bout du couloir en raison de la présence d'amiante dans l'air (cf. photo ci-dessous).

Trois unités, Seglas, Tosquelles et Pinel, sont vétustes et impropres à l'accueil de patients de psychiatrie. Outre certains espaces condamnés pour présence d'amiante rapportée, les chambres sont sur deux niveaux et majoritairement doubles ou triples, sans salle d'eau. A l'unité Pinel, les portes sont toutes dotées d'un oculus souvent occulté par une serviette de bain. Selon le « projet directeur immobilier »², la direction de l'établissement prévoit, d'ici l'année 2027, la rénovation complète des unités d'hospitalisation vétustes (cf. § 3.1).

Hormis ces trois unités, toutes les autres ont été rénovées et disposent de chambres spacieuses, même celles doublées ou triplées, pourvues de grandes fenêtres qui laissent pénétrer une luminosité naturelle. L'intérieur des chambres des patients n'est pas visible depuis l'extérieur. Les portes des chambres sont généralement pleines et non munies d'œilletons. Le mobilier se compose généralement d'un lit, d'une table avec chaise, table de chevet et veilleuse. Les chambres collectives ne disposent pas toujours d'un nombre de tables et chaises correspondant au nombre d'occupants. Il en est de même en ce concerne le nombre de placards. Dans les unités qui comportent des chambres doubles ou triples, aucun paravent ne sépare les lits.

RECOMMANDATION 11

Les chambres collectives doivent disposer d'un nombre de tables, chaises et placard correspondant au nombre des occupants.



Chambre double unité rénovée



Porte du bureau des infirmiers condamné de l'unité Pinel



Chambre simple de l'unité Pinel

² Projet d'établissement 2022-2027, Centre hospitalier de Cadillac, p. 50.

Les salles d'eau des unités rénovées, lorsqu'elles existent, comportent douche, lavabo avec tablette et miroir, porte-serviette et WC (cf. § 5.2). Elles sont généralement équipées d'un système de fermeture.

Hormis aux heures de ménage, les patients peuvent accéder librement à leur chambre durant la journée. Le verrou de confort, permettant la fermeture depuis l'intérieur afin de se protéger des intrusions, n'est pas présent dans toutes les chambres des différentes unités. En outre, une même unité peut disposer de chambres avec verrou de confort et d'autres non. Dans certaines unités, les patients ont la possibilité de fermer leur chambre à clé lorsqu'ils s'absentent.

RECOMMANDATION 12

Les chambres de toutes les unités doivent disposer d'un verrou de confort.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique : « dans l'attente du futur projet pour l'unité Pinel, des travaux de remise en peinture de l'ensemble des chambres et de la cage d'escalier de l'entrée principale ont été effectués au mois de décembre 2023. Il est également programmé pour cette unité la réfection des douches communes pour une mise aux normes PMR (travaux prévus au premier trimestre 2024). Concernant les oculi situés sur les portes des chambres : pour toutes les portes de chambres hôtelières et chambres d'isolement dotées d'un oculi, il est prévu de poser un dispositif de fermeture de l'oculi au cours de l'année 2024 ». « la majorité des chambres individuelles est équipée de doubles verrous. La pose de doubles verrous dans les chambres individuelles non encore équipées est programmée pour une mise en œuvre jusqu'au 1^{er} trimestre 2025. »

Sauf disposition médicale contraire, les patients disposent de la clé de leur placard dans lequel ils peuvent entreposer leurs effets en toute sécurité.

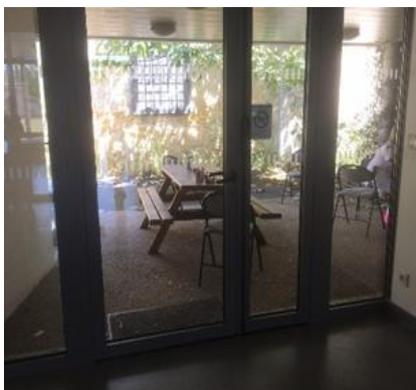
Les chambres de certaines unités sont dépourvues de bouton d'appel.

Chaque unité dispose d'une salle équipée d'un téléviseur accessible en journée. Les télécommandes ne sont pas toujours mises à disposition ; dans certaines unités, elles sont conservées par le personnel soignant qui les remet aux patients sur demande.

En journée, les patients ont accès à des cours arborées ou des patios équipés de tables et chaises ou bancs, où ils peuvent fumer.



Cour de l'unité Trelat-Marguerite



Patio d'une unité



Salon d'une unité

5.2 LES CHAMBRES NE SONT PAS TOUTES POURVUES DE DOUCHES

Le nettoyage des chambres et des locaux communs est réalisé tous les jours par les agents des services hospitaliers (ASH). Dans l'ensemble des unités, les locaux sont bien entretenus, sauf dans l'unité Tosquelles dans laquelle il a été constaté une forte odeur d'urine se dégageant de certaines chambres qui semblent peu ou mal nettoyées.

Les serviettes et gants de toilette sont renouvelés tous les jours. Le change des draps est effectué une à deux fois par semaine et autant que de besoin.

Les unités dans lesquelles les chambres ne disposent pas de salle d'eau, telle l'unité Parchappe, comportent des douches collectives. Celles-ci sont accessibles aux patients durant la journée et disposent d'un système de fermeture intérieur et, dans l'unité Parchappe, d'un bouton d'appel. Il a été observé que dans l'unité Pinel, seule une salle d'eau était ouverte le soir, c'est-à-dire qu'une douche et une baignoire sont disponibles pour 21 patients. En raison d'un risque de légionellose, des filtres ont été installés sur les pommeaux de douches.

Une salle de bain commune équipée d'une baignoire est également disponible dans plusieurs unités. Elle est utilisée notamment pour les patients qui nécessitent une aide du personnel soignant pour se laver.

Un service de coiffure, à la charge du patient, est disponible. Deux prestataires extérieurs offrent leurs services aux patients hommes et femmes sur demande. Les tarifs pratiqués varient, selon la prestation, entre 12 euros pour une simple coupe homme et 70 euros pour une prestation coupe, coloration, mèches et coiffage pour femme.

Lors des visites, les proches peuvent apporter des produits d'hygiène. Les patients, qui ne sont pas autorisés à sortir de l'hôpital, peuvent par l'intermédiaire de la « *conciergerie hôtelière* » se procurer le nécessaire. Pour les patients ne bénéficiant pas de visite ou dépourvus de moyens financiers, le personnel soignant fournit gratuitement le nécessaire d'hygiène (savonnette, brosse à dents, dentifrice). Dans un local jouxtant le bâtiment abritant l'unité Parchappe, est entreposé un stock de vêtements mis à la disposition des soignants afin qu'ils puissent fournir des habits de dépannage aux patients dans le besoin.

Les unités ne disposent pas de lave-linge. L'entretien des vêtements des patients peut être pris en charge par leurs proches. Les patients autorisés à sortir de l'hôpital peuvent se rendre dans une laverie automatique proche de l'établissement, certains peuvent être accompagnés par les membres du personnel. Les patients isolés et sans ressources peuvent faire laver gratuitement leur linge par la blanchisserie centrale de l'hôpital.

Dans l'unité Pinel, les patients peuvent laver leur linge à la main dans une bassine et avec de la lessive fournie par les soignants. Le linge peut sécher sur un séchoir dans une pièce dédiée mais non accessible aux patients qui font sécher leurs affaires aux barreaux des fenêtres.

Le règlement de fonctionnement de l'unité Tosquelles indique que lorsque le patient ne peut faire procéder au lavage de son linge personnel par ses proches, il peut le confier à une entreprise privée : « (...) *la société C... peut procéder à l'entretien de votre linge personnel. Ce service est à votre charge financière et ses modalités d'accès sont à définir avec le personnel soignant de l'unité* »³. Certaines familles se sont plaintes auprès du personnel soignant de facturations élevées de cette société. Les sommes réclamées atteindraient parfois, selon une famille, 900 euros par

³ Règlement de fonctionnement de l'unité Tosquelles, V1 du 16/05/2023, p. 3.

mois. Or, selon les propos recueillis, le personnel de l'unité n'a pas connaissance des factures de pressing. Quant à la direction de l'établissement hospitalier, elle ignorerait le dispositif pourtant indiqué précisément dans le règlement de fonctionnement. Au surplus, il n'y a pas eu de convention signée entre l'hôpital et cette blanchisserie privée.

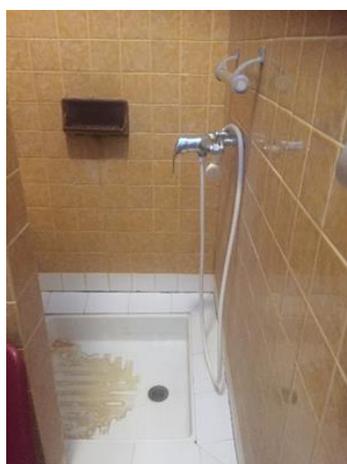
RECOMMANDATION 13

Des mesures doivent permettre le lavage et séchage du linge personnel des patients.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique : « le règlement de fonctionnement de l'unité Tosquelles a été corrigé pour ne plus faire mention d'un prestataire de lingerie. Un audit sera réalisé sur les modalités de prise en charge du linge patient au sein des unités d'hospitalisation complète. »



Douches collectives d'une unité



Douche de l'unité Pinel



Stock de vêtement de dépannage

5.3 LA GESTION DE L'ARGENT DES PATIENTS N'EST PAS UNIFORME DANS TOUTES LES UNITES

Un inventaire contradictoire des effets personnels du patient est réalisé par l'IDE lors de l'admission dans l'unité. Après signature du patient, lorsque son état clinique le permet, et du soignant, un exemplaire est classé dans le dossier de l'intéressé et un autre lui est remis.

Les objets considérés comme dangereux (objets coupants, contondants ou en verre) sont retirés et conservés dans des casiers individuels situés dans le bureau des infirmiers.

L'argent des patients n'est pas conservé au sein des unités, hormis à l'unité Trélat-Marguerite. En effet, « la conciergerie hôtelière » gère l'argent de l'ensemble des patients des différentes unités. Les patients disposent chacun d'un compte sur lequel des virements bancaires peuvent être effectués. Les patients peuvent se rendre à la conciergerie hôtelière aux horaires d'ouverture⁴ afin de retirer de petites sommes d'argent⁵ pour notamment acheter des boissons

⁴ Les horaires d'ouverture de la conciergerie hôtelière sont les suivants : lundi de 11h30 à 12h00 ; mardi de 14h00 à 15h00 ; mercredi de 11h30 à 12h00 ; jeudi de 14 à 15h00 ; le vendredi de 11h30 à 12h00.

⁵ Par l'intermédiaire de la conciergerie hôtelière les patients peuvent passer commande d'achat de produits ou d'objets (tabac, produits d'hygiène, journaux, chocolat, boissons gazeuse, stylos, piles, magazines, etc.).

fraîches ou chaudes dans la toute nouvelle cafétéria expérimentale dite « *La Cafet' éphémère* » dont les horaires d'ouverture sont limités à 2h30 certains jours (non fixés d'avance). Un distributeur automatique de boissons, accessible en permanence, est également disponible près de la « maison des usagers ».

En revanche, l'unité Trelat-Marguerite dispose de sa propre régie. En théorie, les patients ont accès à leur argent sur demande. Dans les faits, la majorité des patients se sont plaints de ne pas pouvoir disposer de leurs deniers. Selon eux, malgré leurs réclamations répétées, aucune somme ne leur est remise, sans explication. Seuls les patients disposant d'une carte bancaire peuvent se rendre dans les distributeurs de billets pour y effectuer des retraits.

RECOMMANDATION 14

Sauf décision médicale contraire, les patients de l'unité Trelat-Marguerite doivent disposer de leur argent.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique :** « au regard des difficultés soulevées au cours du contrôle, il a été décidé de fusionner cette régie avec la régie centrale du service d'accompagnement, d'achat et banque des usagers (SAAB, ex conciergerie hôtelière) du centre hospitalier. Cette fusion a été effective au 2 janvier 2024. »*

Les chambres sont équipées de placards dans lesquels les patients peuvent entreposer leurs affaires. Ces placards disposent de fermeture mais les patients, selon les unités, ne disposent pas toujours de la clé. Il a été observé que dans certaines unités, la clé du placard n'est remise au patient que s'il la demande et seulement après quelques jours de présence.

Les patients ayant besoin d'une protection judiciaire sont signalés par le personnel soignant aux assistantes sociales. Ces dernières participent généralement aux réunions cliniques hebdomadaires dans les unités. Outre les signalements qui leur sont faits par les soignants, elles rencontrent systématiquement les patients après leur admission et lorsque ces derniers lui en font la demande. Les familles peuvent également rencontrer les assistantes sociales. Certaines assistantes sociales disent entretenir des contacts aussi fréquents que possible avec les tuteurs.

5.4 LA RESTAURATION NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE RECLAMATION

La cuisine centrale est située dans l'enceinte de l'hôpital. 1 450 repas sont confectionnés et livrés chaque jour en liaison froide aux différentes unités du CH, mais également à l'UMD, à l'UHSA et à divers sites hospitaliers ainsi qu'aux établissements privés avoisinants.

Les patients prennent leurs repas dans des salles à manger selon quatre créneaux horaires : petit-déjeuner entre 8h15 et 9h15 ; déjeuner entre 11h30 et 13h00 ; goûter entre 16h et 16h30 ; dîner entre 18h30 et 19h45 ; dans certaines unités une tisane est servie le soir. Les places sont choisies librement par les patients, ou désignées comme à l'unité Parchappe. Dans une cuisine attenante, les plats sont réchauffés par les ASH qui effectuent la distribution des repas. Dans l'unité de gérontopsychiatrie (Parchappe), les plats sont déposés sur les tables par les ASH et les patients se servent eux-mêmes en autonomie.

Une aide est apportée aux patients qui sont dans l'incapacité de se nourrir seuls et une surveillance constante est assurée, notamment celle liée aux risques de fausses routes. Dans l'unité Trelat-Marguerite, en considération du grand nombre de patients, deux services de repas sont nécessaires.

Selon la pathologie des patients, les repas sont servis dans des assiettes avec couverts en inox ou assiettes et couverts en matière plastique. Les menus, sur une semaine, sont affichés dans toutes les unités.



Unité Parchappe

Un menu unique constitue les repas, mais les régimes sur prescription médicale, confessionnels (sans porc, halal et casher) ou philosophiques (végan) sont respectés. Deux diététiciennes se rendent dans les unités sur demande des médecins afin de déterminer les régimes spécifiques. Elles peuvent également rencontrer les patients.

Il n'existe pas de partage des repas entre patients et leurs proches ou entre patients et personnel soignant.

La conservation des denrées alimentaires périssables dans les chambres n'est pas autorisée.

Aucune plainte concernant la qualité ou la quantité des repas servis n'a été formulée par les patients dans les différentes unités.

Dans son rapport d'inspection, du 24 novembre 2022, la direction départementale de la protection des populations (DDPP) de la Gironde ne soulève pas de problèmes particuliers.

Le schéma directeur immobilier prévoit que d'ici 2027, la cuisine centrale soit délocalisée. En effet, le projet logistique et hôtelier envisage la construction d'une cuisine commune au CH de Cadillac et du Sud-Gironde, sur le site de Langon. La nouvelle cuisine fournirait 6 000 repas par jour.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST TRES LIMITEE POUR L'ENSEMBLE DES PATIENTS

6.1.1 La gestion de la sécurité

A l'exception de l'unité de soins intensifs (USIP) insérée au sein de l'UMD (cf. § 10.1), six unités dont une seule est ouverte hébergeaient, lors du contrôle, les patients admis en soins libres ou en soins sans consentement. Elles sont réparties sur l'ensemble du domaine du CHS de Cadillac qui bénéficie d'une importante emprise foncière entièrement clôturée avec de vastes aires de circulation et de nombreux espaces verts et fleuris.

L'entrée de l'établissement est sécurisée grâce à un unique poste de garde tenu 24h sur 24 par deux agents (chargés en sus du standard téléphonique) qui filtrent l'entrée et la sortie des piétons et des véhicules. Ces véhicules ne peuvent pénétrer qu'en sollicitant l'ouverture du portail par interphone ou en présentant un badge étant précisé que l'ensemble du personnel est muni de badges magnétiques nominatifs. Les bâtiments eux aussi sont équipés de serrures électroniques permettant une ouverture automatique.

S'il n'existe pas de pré-accueil pour surveiller les entrées et les sorties des piétons, trois agents composant une équipe dite « cellule de sécurité » procèdent à des rondes régulières au cours desquelles ils sont attentifs aux personnes circulant dans le parc. Ils ne sont jamais sollicités en renfort du personnel soignant en cas de déclenchement d'alerte dans les unités. En revanche ils ont été formés pour gérer la sécurité incendie et organiser des sessions de formation sur ce thème. Il a été dit aux contrôleurs qu'ils n'étaient pas avisés du placement des patients en chambre d'isolement.

RECOMMANDATION 15

La cellule sécurité ayant en charge le service incendie doit être avisée sans délai de tout placement en chambre d'isolement.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique que : « suite à la réception du rapport provisoire, un accès au listing des patients en chambre d'isolement issu du DPI a été mis en place pour les agents du service de sécurité incendie. »

6.1.2 La circulation au sein de l'établissement

Seule l'unité Trélat-Marguerite (parmi les unités contrôlées) recevant des patients en attente de place dans des structures médico-sociales est ouverte. Les cinq autres sont fermées alors même que des patients en soins libres y sont admis. Ainsi, quel que soit le statut juridique de l'hospitalisation, l'appel à un soignant est nécessaire pour entrer ou quitter l'unité tandis que l'accès au parc n'est possible, pour les patients en soins sans consentement, qu'après autorisation médicale généralement formalisée dans le contrat de soin. Pendant le temps du contrôle il est apparu que neuf patients à Tosquelles, cinq à Charcot, trois à Parchappe, sept à Pinel et vingt à l'UCD ne bénéficiaient pas de cette autorisation. Même si chacune des unités dispose d'un grand patio ouvert sur de larges plages horaires, utilisé principalement par les fumeurs, les patients rencontrés déambulant dans les couloirs ont déploré être « privés de sortir ».

Le CGLP rappelle que les personnes en soins libres ne peuvent pas être privées de sortie, sauf pour des raisons cliniques acceptées par elles et sur un temps court. Or, ce principe de liberté de la personne n'est pas respecté.

RECOMMANDATION 16

La liberté d'aller et venir des patients en soins libres doit être pleinement garantie.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement confirme que l'enfermement de patients en soins libres est pratiquée « en mesures temporaires le temps qu'un lit de soin libre soit disponible » ce qui reste tout autant illégal.

Concernant les patients en soins sans consentement les sorties extérieures au site tombent sous le coup du régime des permissions de 12h et 48 h, avec l'accord du directeur qui ne s'y oppose jamais ou du préfet dont l'absence de réponse vaut acceptation (cf. § 9.3).

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES ET GENERALEMENT INDIVIDUALISEES

Si les règles de vie ne font pas l'objet d'un affichage dans les unités, elles sont expliquées par le soignant et le médecin lors de l'accueil du patient. Il n'y a pas de différences notables, hormis pour l'USIP (cf. § 10) entre les unités où les contraintes imposées au quotidien aux patients sont peu nombreuses.

6.2.1 1.2.1 Le rythme de vie

La journée débute par le petit-déjeuner servi aux environs de 7h30. A partir de ce moment, les patients circulent comme ils l'entendent au sein de leur unité ; ils peuvent rester dans leur chambre, se promener dans les couloirs, aller dans les salles communes ou dans la salle d'activités à Charcot, regarder la télévision et sortir dans le patio accessible jusqu'à 23h00 après quoi ils sont tenus de regagner leur chambre.

6.2.2 1.2.2 L'accès au tabac

Les patients conservent leur tabac sauf contre-indications médicales ou lorsque leur situation financière impose une limite budgétaire. Pour certains patients dans l'incapacité de maîtriser leur consommation, une prescription médicale définit la fréquence et le nombre de cigarettes. La plupart du temps les patients conservent leur briquet et, quand ce n'est pas le cas, ils disposent d'un allume-cigare dans le patio.

6.2.3 1.2.3 L'usage du pyjama

Sans justification clinique, le port du pyjama est imposé lors de la mise en chambre d'isolement et perdure tout le temps du placement. Dans les unités, le port du pyjama n'est obligatoire que sur décision médicale individualisée. Cette hypothèse n'est pas fréquente. Ainsi, pendant le temps du contrôle, sur l'ensemble des patients en soins sans consentement, six subissaient l'obligation de garder le pyjama. Certains patients refusent de s'habiller et préfèrent garder leur vêtement de nuit. Les soignants les encouragent alors à faire l'effort de revêtir une tenue de ville pendant la journée. A l'unité de court séjour (UCS), les patients qui reçoivent un jogging de couleur très claire et qui ressemble beaucoup à un pyjama ne peuvent pas utiliser, au moins pendant les premiers jours de leur hospitalisation, leurs effets personnels.

RECOMMANDATION 17

Le port du pyjama en chambre d'isolement doit correspondre à une nécessité médicale motivée par l'état clinique du patient. A l'unité de court séjour, le patient ne saurait se voir refuser, sauf prescription médicale, l'usage de ses vêtements personnels.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** que « le protocole institutionnel relatif à la mise en chambre d'isolement fait bien mention de l'usage du pyjama possible en CI mais uniquement sur prescription médicale et préconise que le patient puisse garder avec lui ses vêtements dès lors que son état clinique le permet. Ce point fera l'objet d'une évaluation des pratiques. »*

***Les contrôleurs rappellent que** seules les tenues « antisuicide », c'est-à-dire indéchirables (tuniques, short, tee-shirt) peuvent faire l'objet d'une prescription au titre de la prévention du passage à l'acte sur motivation expresse et mise en place d'une surveillance humanisée renforcée et tracée.*

6.2.4 Le téléphone

La majorité des patients de l'ensemble des unités (sauf à l'unité Trelat-Marguerite) dispose de son téléphone portable sauf décision médicale contraire. Le cordon de chargement du téléphone, en revanche, est conservé au local infirmier. Pour ceux qui ne disposent pas d'un téléphone portable, ils peuvent avoir l'usage du téléphone portable de l'unité (Parchappe, Pinel) ou du poste fixe de l'unité (Tosquelles) selon des créneaux horaires affichés. Le plus souvent, il leur est remis un téléphone sans fil leur permettant ainsi de téléphoner en toute confidentialité. Aucune doléance n'est parvenue aux contrôleurs faisant état de difficulté quant à l'usage du téléphone.

6.3 LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR EST FLUIDE MAIS LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS RESPECTEE

6.3.1 La communication avec l'extérieur

Le téléphone, évoqué *supra*, ne pose pas de difficulté. En revanche, pour disposer d'un accès internet Wifi, les patients doivent se rendre à la maison des usagers.

Le courrier est librement et confidentiellement acheminé. Le matériel est fourni par l'unité si nécessaire et les frais d'affranchissement peuvent également être pris en charge par l'hôpital. Une aide à la lecture est même proposée à l'unité Parchappe.

Toutes les unités ne disposent pas d'un salon pour les visiteurs. Les visites se déroulent alors dans le parc ou dans la chambre, voire dans la salle d'activités à l'unité Pinel, mais cette salle étant en réfection au moment du contrôle les visites n'y étaient pas organisées. Les horaires de visite (14h30-18h30) mentionnés sur le livret d'accueil et affichés sont appliqués avec souplesse.

L'accès à la télévision est très différent selon les unités. A l'UCS et à Trélat, chaque chambre est équipée d'un téléviseur. Dans les autres unités, une salle TV est équipée mais l'accès à la télécommande est plus ou moins restreint. L'unité Tosquelles dispose de deux salles de télévision mais elles étaient inutilisées depuis plusieurs mois faute de télécommandes qui ont été livrées pendant le contrôle.

6.3.2 La confidentialité de l'hospitalisation

Comme le prévoit le livret d'accueil, le patient qui souhaite que soit garantie la non-divulgateion de sa présence dans l'établissement à ses proches, peut le signaler à l'équipe de soins afin que « des mesures particulières de précaution soient prises ». Le règlement intérieur de l'établissement dispose qu'« aucune indication ne peut être donnée, par téléphone ou d'une autre manière, sur la présence dans l'établissement du patient, sans l'accord de celui-ci ». Ces dispositions ne sont pas reprises dans les règles de vie des unités et, dans la pratique, il n'est pas proposé systématiquement au patient à son arrivée de bénéficier de ce droit à la confidentialité de son hospitalisation. L'ancien logiciel permettait aux soignants de renseigner cet élément et la lettre C pour confidentiel apparaissait en rouge sur la page du patient, ce qui indiquait aux standardistes de ne pas donner de renseignement sur la présence du patient dans l'établissement. Depuis la mise en place il y a deux ans du logiciel Dxcare, les soignants n'ont reçu qu'une information orale sur la manière de renseigner cet élément et ce n'est pas fait. Il a été indiqué aux contrôleurs que le protocole était finalisé et qu'il était à la signature. Il apparaîtra donc sur la page patient l'icône IP pour identité protégée chaque fois qu'un patient aura souhaité que sa présence dans l'établissement ne soit pas divulguée. Cependant, lorsque le correspondant indique le nom d'une unité où serait hospitalisé le patient, le personnel du standard ne vérifie pas la page du patient et passe la communication au service désigné.

RECOMMANDATION 18

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être proposé à tout patient et faire l'objet d'un protocole impliquant tous les personnels y compris le standard.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique qu'« un groupe de travail, associant le service de l'accueil-conciergerie sera constitué pour la réactualisation du protocole dédié sur cette question. »

6.4 L'ACCES AU VOTE EST ORGANISE

Le livret d'accueil précise que : « Le vote peut se dérouler par le biais d'une procuration que vous accordez à un tiers, si votre sortie n'est pas autorisée médicalement ». Quant au règlement intérieur, il rappelle que le vote est un droit, y compris pour les patients admis en soins sans consentement ainsi que les majeurs sous mesure de tutelle. Il prévoit, pour les personnes dans l'incapacité de se déplacer, qu'il sera fait appel à un officier de police judiciaire afin que les patients puissent voter par procuration.

Selon les propos recueillis auprès des soignants, lors des dernières élections les patients étaient informés sur les modalités de vote. Les patients, selon leur statut, ont pu voter par procuration ou se sont rendus seuls ou accompagnés au bureau de vote. Des permissions de sortie ont également été accordées par les médecins.

Les contrôleurs n'ont pas obtenu de statistiques relatives à la participation aux dernières élections.

6.5 LE CULTE EST ASSURE DE MANIERE REGULIERE

Un dépliant intitulé « *informations sur les cultes* » est disponible dans toutes les unités. Les coordonnées de différents ministères religieux y sont indiquées (catholique, israélite, musulman,

orthodoxe et protestant). A la demande du patient, chaque représentant des divers cultes peut être contacté par le personnel soignant.



Messe dans la chapelle



Affiche sur la porte de l'aumônerie

Selon les informations fournies, les demandes émanant des patients sont pratiquement inexistantes. Seul le culte catholique est représenté par une aumônière qui est présente deux jours par semaine au sein de l'hôpital. Elle dispose d'un local où ont lieu des groupes de parole. La messe, qui a lieu tous les mardis dans la chapelle de l'hôpital, est célébrée par un prêtre. Les patients qui souhaitent y assister sont pris en charge par l'aumônière. Cette dernière se rend dans les unités pour aller les chercher.

A la demande des patients qui veulent la rencontrer, l'aumônière catholique assure également des visites dans les unités où elle peut s'entretenir avec les malades dans leur chambre.

Un patient de confession musulmane se rend chaque vendredi à la mosquée, située à proximité de l'hôpital, pour prier.

6.6 LA SEXUALITE A FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION COLLECTIVE

La vie sexuelle des patients est abordée dans le livret d'accueil qui indique : « l'établissement applique une politique de tolérance vis-à-vis des relations sexuelles durant l'hospitalisation, mais les usagers sont invités à faire preuve de discrétion par respect des autres ».

La question de la sexualité ne fait cependant pas l'objet d'une réflexion collective. Dans certaines unités, elle est abordée et dans d'autres, où l'hospitalisation est de courte durée, elle est ignorée. Si la tolérance semble de mise, on observe néanmoins que dans certaines unités, si la visite du conjoint est possible dans les chambres, celles-ci ne disposent pas toujours de verrou de confort. Pour autant des conférences débats avec les patients sur le thème de la vie affective et sexuelle se sont tenues entre 2020 et 2022.

Il a été dit aux contrôleurs que des préservatifs étaient mis à la disposition des patients qui en font la demande. La contraception est prescrite par le somaticien aux patientes qui le souhaitent. Le personnel soignant se dit très attentif aux patients vulnérables.

Enfin, l'unité Tosquelles projette de créer un studio de vie affective et sexuelle au sein du futur bâtiment Trelat.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1 LES CONDITIONS MATERIELLES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INDIGNES

7.1.1 Les chambres d'isolement

Les modalités d'enfermement concernent des chambres d'isolements (CI) officiellement répertoriées, au nombre de 9, mais aussi les chambres sécurisées qui n'ont aucune existence juridique, au nombre de 17 dont 10 sur la seule UCS. Si on y ajoute les 14 CI de l'USIP, l'établissement utilise potentiellement 40 CI pour 233 lits soit un taux de CI trois fois supérieur à ce qui est habituellement observé ; à ces chambres s'ajoute une pratique d'enfermement en chambre hospitalière fréquente. Ces chambres dites sécurisées devront donc être transformées en chambre hospitalière répondant aux normes en vigueur pour que des patients y soient admis en hospitalisation complète.

RECOMMANDATION 19

Les chambres dites sécurisées doivent être transformées en chambre hospitalière.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** que « une réflexion sur leur usage a été initiée dans le cadre du groupe isolement contention. Il nous conviendra de clarifier ces termes auprès des équipes médico-soignantes et dans les procédures associées. »*

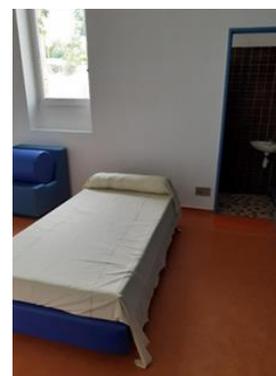
Toutes les unités du CH, même celles accueillant majoritairement des patients en soins libres (unités Séglas et Lormont), disposent d'une CI, voire deux pour les unités Lormont (une selon le CH dans ses observations du 30 janvier 2024) et Trélat.

Aucune CI ne répond aux exigences réglementaires en termes d'infrastructure et il n'y a souvent pas de bouton d'appel mural ni lors des contentions, parfois pas d'accès aux WC et à un point d'eau 24h/24, pas d'aération possible de la pièce. A l'exception des unités Parchappe, Trélat-Marguerite et Tosquelles où le fenestron est muni d'un volet plein verrouillé, les portes des chambres d'isolement sont équipées d'un oculus qui place le patient isolé à la vue des personnes qui circulent dans le couloir de l'unité. L'oculus est parfois occulté par une feuille de papier (unité Pinel).

Des urinaux sont donnés aux patients qui ne sont pas toujours amenés aux WC, y compris durant la journée et il est fréquent de voir les contentions préinstallées sur les lits.



Chambre d'isolement de l'unité Parchappe



Unité Seglas

Le mobilier des CI est réduit à un sommier métallique fixé au sol et doté de passe-sangles. Seules les CI des unités Parchappe, Trélat, Pinel et Seglas sont équipées d'un pouf ou siège permettant au patient ou au soignant de s'asseoir. Seule la CI de l'unité Parchappe est équipée d'une table en mousse renforcée amovible, pour la prise des repas.

Le patient ne peut pas, de manière autonome, allumer ni éteindre librement la lumière, sauf à l'unité Parchappe, ni ouvrir et fermer les volets. Les CI sont toutes dépourvues d'un accès direct à l'extérieur.

Seules les CI des unités Parchappe et Trélat disposent d'une horloge comportant la date et visible par le patient sous contention ; dans l'unité Charcot, l'horloge est dans le couloir.

RECOMMANDATION 20

Les chambres d'isolement doivent respecter l'intimité et la sécurité des patients. Elles doivent être équipées d'un dispositif d'appel, d'une horloge avec la date visible y compris lorsque la personne est attachée, d'un interrupteur d'éclairage et disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique « l'établissement est engagé depuis l'année 2022 sur un plan de mise en conformité des CI. Comme indiqué dans le rapport annuel 2022 sur l'isolement et la contention et repris dans le présent rapport, plusieurs aménagements ont été réalisés sur les années 2022 et 2023 pour la mise en conformité des CI, à la fois en termes de travaux et d'équipements (achat de mobilier adapté) pour un montant global de plus de 450 000 euros d'investissement sur ces deux années. Sur la base d'un nouvel audit de l'ensemble des CI de l'établissement réalisé en juin 2023 par la direction technique, une nouvelle enveloppe de 300 000 euros consacrés à l'isolement contention a été budgétée au sein du plan d'investissement 2024-2025 afin de poursuivre ces aménagements. Ainsi il est prévu d'équiper toutes les chambres d'isolement de système d'appel malade et d'un nouveau dispositif d'orientation temporelle au cours du 2^{ème} semestre 2024. Une commande a été effectuée en décembre 2023 pour équiper l'ensemble des CI d'un système d'éclairage réglable. Il est également prévu l'installation d'un dispositif de fermeture des oculus présents sur les portes des chambres d'isolement. »



CI unité Trélat



CS unité Tosquelles

Il n'y a pas d'espace d'apaisement dans chaque service comme prévu par l'article D 6124-265 du CSP.

RECOMMANDATION 21

Chaque unité doit être dotée d'un espace d'apaisement.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement** indique : « cette action est en cours de mise en œuvre avec à ce jour la création effective d'espace d'apaisement au sein des unités Parchappe, CPL, Séglas, Tosquelles et Charcot ainsi qu'au sein des deux unités de l'UHSA. Le salon d'apaisement de l'unité CVO est en cours d'aménagement. L'objectif est d'en créer un pour chaque unité d'hospitalisation complète et de renforcer l'accompagnement des équipes soignantes pour favoriser l'usage de ces nouveaux outils. »*

7.2 LES MESURES D'ISOLEMENT NE SONT PAS TOUJOURS DE DERNIER RECOURS

7.2.1 La politique menée

L'établissement aborde la question de l'isolement et de la contention dans son projet médico-soignant 2022-2027, avec une volonté d'en réduire les pratiques mais sans en préciser les modalités.

Le CPOM signé avec l'ARS retient également un objectif de diminution des mesures mais non chiffré.

Le rapport annuel 2022 relatif à la pratique d'isolement et de contention n'envisage d'analyser les pratiques qu'en 2023 au regard du logiciel utilisé.

Pour autant, un guide intitulé « réforme de l'isolement et de la contention » a été élaboré par la direction des usagers à destination de tous les agents du CH ; très complet et pédagogique, il précise l'impact des réformes récentes sur les saisines du JLD. Ce guide comprend en annexe tous les formulaires nécessaires, dont principalement le courrier d'information du patient, la notification de ce courrier, le courrier d'information à l'entourage et le formulaire de saisine du JLD. Il conclut à la nécessité de développer les salons d'apaisement, la mise en place des directives anticipées en psychiatrie, la formation des nouveaux arrivants et la fiabilisation et le partage des indicateurs liés à l'isolement-contention dans le cadre de la contractualisation avec les pôles.

En lien avec les orientations du projet médico-soignant 2022-2027, l'établissement a bénéficié en 2022 de financements alloués par l'ARS dans le cadre de la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention ; une équipe d'assistants médico-administratifs (AMA) de trois professionnels dédiés au suivi des mesures y compris des saisines du JLD a été créée ainsi qu'une équipe mobile « alternatives et prévention des mesures d'isolement » (APIC) composée de deux et prochainement trois professionnels.

Le rapport annuel 2022 sur l'isolement rapporte que deux sessions annuelles de formation en psychopathologie (consolidation des savoirs) ont été instaurées pour les nouveaux soignants (14 professionnels formés), qu'une formation sur le cadre juridique de l'isolement et la contention et les droits des patients a été suivie par 66 soignants et une formation sur la prévention du recours à ces mesures d'isolement-contention a été suivie par 31 soignants. La durée de ces deux dernières formations n'est pas renseignée. Une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur l'isolement-contention a également été initiée.

Une plaquette « *isolement et contention* », réalisée pour informer les patients, contient toutes les références juridiques nécessaires, mais cette plaquette n'était pas disponible pour les patients lors du contrôle.

7.2.2 Les outils et pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet « *isolement contention* » du logiciel DxCare au sein duquel sont horodatées les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soient le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance, le nom du médecin.

Le rapport 2022 sur l'isolement-contention évoque la volonté de création d'un espace d'apaisement dans chaque unité d'hospitalisation complète, la mise aux normes des CI, l'installation de verrous intérieurs dans les chambres individuelles et l'achat de matériel pour la réalisation d'auditions en visio avec le JLD. Le rapport indique que l'établissement disposerait de 9 espaces d'apaisement, alors que les contrôleurs n'en ont constaté réellement aucun.

Le seul chiffre du rapport 2022 indique 177 patients distincts ayant eu au moins une mesure d'isolement en 2022 (lors de 843 mesures) et 72 au moins une mesure de contention, sans qu'il ne soit possible de savoir si des patients catégorisés en contention ont bien été comptés également en isolement. A ces chiffres s'ajoutent 11 patients isolés et 2 contenus, en soins libres. La durée moyenne d'isolement annoncée est de 8,6 jours (ce qui est supérieur à la moyenne des établissements contrôlés qui est de 5 jours) et la durée moyenne de contention de 22 heures.

Enfin, le rapport annuel évoque la particularité de pratiques d'isolement de nuit, principalement à Tosquelles ; ces isolements de nuit ont été retrouvés également à l'UCS.

Le logiciel médical utilisé n'a pas permis, avant juin 2023, une quelconque analyse des pratiques au sein de l'établissement. Le rapport 2022 évoque que 73 % des chambres hospitalières sont équipées d'un verrou de confort en 2023, les autres le seront en 2024. Il est indiqué 120 000 euros de travaux pour un deuxième accès à la CI, un variateur de lumière et la climatisation et 61 500 euros pour les équipements en lits et accessoires, sans précision. Les protocoles de soins ont été actualisés et un guide sur la réforme de l'isolement-contention a été diffusé.

Un document de procédure intitulé « *mise en chambre d'isolement* » et un second « *contention mécanique* » ont été actualisés en janvier 2023 et comportent les messages clés relatifs à ces mesures. Toutefois, ce protocole rappelle des règles théoriques qui ne sont pas appliquées. En effet, il y est inscrit par exemple que « *en cas d'indisponibilité temporaire de la CI, une mesure d'isolement peut être mise en place dans un autre lieu, ces situations devant toutefois rester exceptionnelles, intervenir à titre dérogatoire et être motivées dans le dossier médical* » ; or l'enfermement hors CI est généralisé. Il est également indiqué que le renouvellement des mesures ne peut intervenir qu'au moyen de deux évaluations par 24 heures alors qu'une seule évaluation physique est réalisée.

Les entretiens menés avec plusieurs patients concernés et la lecture de certaines motivations médicales montrent qu'isolement et contention ne se limitent pas pour tous les patients à une pratique de dernier recours, conformément aux exigences du code de la santé publique, certaines motivations se rapportant par exemple au risque de divagation. Par ailleurs, le deuxième examen médical par 24 heures est souvent réalisé par un appel téléphonique du

médecin au soignant sans examen physique du patient, ce qui contrevient à l'article 3222-5-1 du CSP.

De fait, l'isolement est encore trop utilisé par défaut de surveillance possible au regard du nombre de soignants, alors que seule la protocolisation de la surveillance humanisée des patients (prescription du rythme de la surveillance à vue) répond à l'obligation médico-légale de moyens. S'agissant des alternatives, elles associent des interventions verbales, des entretiens avec les soignants, des ajustements de traitements, mais pas encore l'accès à des espaces ou outils d'apaisement. Les mesures alternatives ne sont pas souvent tracées dans le dossier patient informatisé (DPI). Les contrôleurs ont par ailleurs rencontré des patients en CI qui n'étaient, apparemment, ni en situation de crise, ni en phase de violence (cf. § 7.2).

RECOMMANDATION 22

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

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique « qu'une réflexion sera menée afin de modifier l'organisation relative aux renouvellements des décisions d'isolement et de contention afin de permettre que la deuxième évaluation effectuée par 24 heures pour l'isolement ou par 12 heures pour la contention puisse donner lieu à un examen physique. »

Extrait de faits de 2023 : « A 20h, lors de la sortie de CI sous surveillance soignante, le patient après avoir fumer sa cigarette, court vers la grille de la cour de l'unité et la franchit. Alerte déclenchée, appel au concierge pour fermeture centre hospitaliser, recherche dans le parc du patient qui est retrouvé au niveau de l'espace garage sous une voiture. Accompagné par soignants dans l'unité et en CI puis contentions par 4 car essaie de se débattre. Ttt Si besoin et apaisement psychique appliqué ».

Le 7 août 2023, 22 patients étaient isolés au CHS dans sept unités dont sept de nuits, cinq à Pinel, six à Tosquelles, six à l'UCS.

Extrait de faits de 2023, concernant un service : « A ce jour, 7 patients en chambre d'isolement dont une contenue ; 2 risques suicidaires élevés ; une seule IDE du service avec 2 renforts, une seule AS. »

7.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la plupart des unités, les patients en chambre d'isolement ne conservent pas leur chambre d'hospitalisation. Des patients peuvent ainsi demeurer dans la chambre d'isolement porte ouverte, en dépit d'une fin de mesure, faute de chambre disponible.

L'accès à des effets personnels (vêtements, livres, radio, feuilles, stylos, etc.) n'est qu'exceptionnellement permis et il en va de même pour les visites.

Les patients peuvent être temporairement extraits de la chambre pour fumer à l'extérieur, selon la disponibilité des soignants. Dans certaines unités, les patients doivent uriner dans un urinoir sans être détachés pour aller aux toilettes. Certains urinent directement sur le lit.

La sortie de l'isolement est souvent réalisée en mode séquentiel, avant la sortie définitive.

Le pyjama est obligatoire en isolement sans individualisation de la mesure ce qui devra être corrigé dans la mesure où, de plus, il ne constitue aucunement un matériel de prévention du suicide.

RECOMMANDATION 23

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

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

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

Le médecin somaticien se déplace pour examiner les personnes en isolement sur demande du médecin psychiatre.

7.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT-CONTENTION N'EST PAS ANALYSE PAR LES SOIGNANTS

L'établissement ne s'est emparé de la thématique de l'isolement-contention qu'à propos de la saisine du JLD mais sans se donner de perspectives concrètes de réduction des pratiques. Le projet d'établissement comme le CPOM évoquent cet objectif sans en donner les moyens ni les modalités de suivi. Au surplus, le projet d'établissement comme le projet immobilier n'évoquent pas l'inexistence réglementaire des « chambres sécurisées » ni même la situation irrégulière de l'USIP (cf. § 10).

Les contrôleurs ont réalisé l'analyse du registre d'isolement et de contention pour la période du mois de juin 2023 (seule donnée exploitable) et ont obtenu les informations du tableau ci-dessous.

	File active tout patient /SSC	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieur à 72h	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
Tosquelles	40/NC	8	20	26	134	7	8	100	20	25	24
UCS	53/NC	21	40	32	90	13	5	23	9	6	21

USIP	16/14	16	100	32	195	20	7	43	43	7	28
Charcot	41/N C	11	26	16	94	8	2	18	5	2	20
Pinel	34/NC	5	14,7	5	173	3	2	40	7	2	75
Lormont	54/NC	2	4	2	75	1	0	0	0	0	0
Ornon	60/NC	1	1,6	2	110	1	0	0	0	0	0
Trelat	34/NC	4	12	8	8	0	1	25	3	3	6
Seglas	14/NC	2	14	4	0	0	0	0	0	0	0
Parchappe	34/NC	2	5,8	2	7	0	0	0	0	0	0
Total CHS	NC	NC		NC			NC			NC	

On note ainsi une grande variabilité des pratiques d'isolement et de contention entre services puisque le pourcentage de patients admis dans chaque service et subissant au moins une phase d'isolement oscille entre 5,8 % à Parchappe, 12 % à Trelat, jusque 40 % à l'UCS et 100 % à l'USIP, la moyenne des établissements contrôlés en France s'établissant à 22,7 % (cf. rapport annuel du CGLPL 2021). Le taux de patients contentionnés oscille quant à lui de 0 à Parchappe et Seglas, à 25 % à Tosquelles, pour une moyenne nationale des établissements contrôlés à 4,9 %. Les durées moyennes d'isolement vont de 7 heures à Trelat et Parchappe, jusque 195 heures à l'USIP, soit 8 jours (cf. § 10.1). Les durées moyennes de contention vont de 6 heures à Trelat à 75 heures à Pinel.

Le registre actuel ne permet pas de vérifier si les personnes isolées ou contenues en soins libres ont vu leur statut régularisé.

Ce registre n'a malheureusement jamais été analysé ni débattu collégialement et n'a donc pas été utilisé lors des réflexions institutionnelles relatives au projet médical de l'établissement.

RECOMMANDATION 24

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

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique « un indicateur obligatoire concernant la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention a été retenu dans les nouveaux contrats de pôle effectifs à compter du 1^{er} janvier 2024, avec un objectif chiffré de réduction du recours à ces mesures. Dans ce cadre et à compter de l'année 2024, les indicateurs relatifs aux mesures d'isolement et de contention, détaillés par unité, seront transmis de manière trimestrielle aux pôles, afin qu'une analyse soit conduite au sein des unités concernées. »

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXERCE PLUS SA MISSION DE CONTROLE DEPUIS 2019 ALORS QUE LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT ATTENTIFS AUX CONDITIONS D'HOSPITALISATION

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP est totalement inconnue des unités de soin. Bien qu'un arrêté préfectoral daté du 22 septembre 2019 porte composition de la CDSP de la Gironde cette instance ne s'est, depuis, jamais réunie et n'a exercé aucune des prérogatives que l'article L.3223-1 du code de la santé publique lui confère. Déjà avant 2019, selon les constatations du rapport précédant, elle ne visitait pas régulièrement les établissements de son département (CHS et UHSA de Cadillac, CHS, de Libourne et de Bordeaux) et ses rapports d'activité étaient inexistantes ou très succincts.

Toutefois, il a été précisé que l'autorité préfectorale, qui se doit de renouveler tous les trois ans l'arrêté de composition de la CDSP, a récemment recherché des personnes en capacité d'accepter d'exercer ces fonctions telles que dévolues par la loi. Ainsi, un arrêté dont les contrôleurs n'ont pas obtenu communication, aurait été signé quelques semaines avant la mission.

RECOMMANDATION 25

Le préfet de Gironde doit procéder tous les trois ans au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres sont aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de reprendre ses missions de contrôle.

8.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil présente succinctement le rôle de la CDU. Son fonctionnement et ses coordonnées sont affichés dans la plupart des unités. Se réunissant, selon les nécessités, en moyenne quatre à cinq fois par an, elle est régie par un règlement intérieur datant du 22 août 2016 modifié par l'avenant du 10 décembre 2020.

Les trois derniers rapports d'activités de la CDU transmis aux contrôleurs sont particulièrement étayés. Lors de chacune des réunions, sont traités de nombreux sujets tels notamment les difficultés liées à la situation des effectifs médicaux et paramédicaux, les plaintes et leur délai de traitement, le suivi des événements indésirables graves, les projets des usagers, les dossiers contentieux, la présentation de bonnes pratiques, ainsi que des questions diverses telle la possibilité de désigner une personne de confiance, la réforme de l'isolement et de la contention, la politique de l'établissement et les projets culturels.

Les contrôleurs ont constaté la participation active des représentants des usagers à chacune des réunions annuelles de la CDU. Ils se sont rendus disponibles pour les rencontrer. Ils ont déploré être trop peu informés, ou trop tardivement, des événements indésirables graves (EIG). Concernant les conditions d'hospitalisation sur le site de Cadillac, ils ont indiqué recevoir beaucoup de doléances de la part des patients qu'ils reçoivent régulièrement à la maison des usagers. Ils ont ajouté regretter que ne soient pas organisés des temps d'échanges institutionnels

dans les unités entre représentants des usagers, patients et soignants pour notamment travailler à l'amélioration de « la bientraitance ».

La maison des usagers est installée en plein cœur du site. Cet espace est à la disposition des associations d'usagers pour que les patients et leurs familles soient informés et aidés au mieux, tout au long de leur parcours de soins. Il s'y tient mensuellement deux points d'accès au droit, l'un animé par des avocats volontaires du barreau de Bordeaux, l'autre par des juristes de l'association infodroits. Un soignant de l'hôpital a été mis à disposition pour y assurer une permanence facilitant ainsi l'accueil, l'écoute et l'échange avec (et entre) les patients autant que pour organiser des activités au sein comme à l'extérieur de l'établissement. Les contrôleurs ont pu constater combien ce lieu était investi par les personnes hospitalisées désireuses de parler, de se relaxer, de proposer des projets visant à améliorer le quotidien, tout en étant respectueuses des règles de fonctionnement de cette maison. Certains patients ont tenu à dire aux contrôleurs : « *Il n'y a qu'à cet endroit où l'on se sent bien et capable de reprendre notre vie en main* ». La mise à disposition par l'hôpital d'une personne volontaire et désireuse d'assurer l'accueil et l'animation à la maison des usagers est particulièrement appréciée des patients et de leurs familles.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI EST NUMERISE MAIS LES CONTROLES EXTERIEURS RESTENT RARES

Jusqu'au mois d'avril 2020, date de la numérisation, les registres d'un modèle standard ne distinguaient pas le statut d'hospitalisation (SDDE ou SDRE).

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur du CH indique toutefois que le registre de la loi était constitué sous format papier jusqu'en avril 2020 selon un modèle édité par Berger-Levrault et que chaque nouvelle meuse précisait le type de la mesure concernée.

Chacun comportait 100 folios de format A4 remplis par ordre chronologique d'admission et la direction apposait son paraphe sur la page de garde. Les rubriques à renseigner étaient remplies manuellement et les informations parfaitement lisibles répondaient aux neuf exigences déclinées par le code de la santé publique.

Les contrôleurs précédents avaient observé que le contenu des certificats médicaux, tous horodatés comme celui de l'avis motivé adressé au juge des libertés et de la détention (JLD), était globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Ils avaient aussi indiqué que la vérification de la régularité de la procédure était facilitée par la qualité de la tenue des registres.

Depuis avril 2020, le bureau des soins sans consentement a ouvert informatiquement et par ordre alphabétique des patients, un registre de la loi qui est renseigné dans l'immédiateté de chaque prise de décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement et sur lequel est inscrit l'ensemble des mesures exigées par l'article L 3212-11 du code de la santé publique. Il a été précisé qu'à compter du mois de septembre 2023, les travaux seront repris avec l'éditeur du DPI afin de travailler à une dématérialisation du registre de la loi au sein du logiciel Dxcare.

Le magistrat représentant le procureur de la République du tribunal judiciaire de Bordeaux visite annuellement l'établissement. Toutefois, le dernier visa attestant de sa venue date du 19 novembre 2020. Les membres de la CDSP (cf. recommandation *supra*) n'ont pas visité l'établissement depuis plusieurs années, pas plus que n'a été constaté de contrôle des autres autorités visées par l'article L.3222-4 du CSP.

RECOMMANDATION 26

Le président du tribunal judiciaire de Bordeaux, le préfet de Gironde, le maire de Cadillac ou leurs délégués doivent visiter au moins une fois par an le centre hospitalier spécialisé de Cadillac, vérifier par l'examen du registre de la loi la régularité des procédures des soins sans consentement et faire mention de leurs éventuelles observations.

8.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, BIEN ORGANISE, MANQUE D'EFFICIENCE NOTAMMENT SUR LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Conformément aux dispositions des articles L 3211-1 et s. et R 3211-1 et suivants du CSP, une convention a été signée le 27 février 2015 entre les chefs de juridiction du TJ de Bordeaux et l'ARS pour organiser la logistique du contrôle judiciaire bénéficiant aux patients hospitalisés sans consentement dans les différents établissements du ressort du TJ. Ainsi, sur chaque site hospitalier des locaux spécialement aménagés ont été affectés à la tenue des audiences. A Cadillac un fléchage permet de localiser facilement la salle d'audience. Un espace particulièrement spacieux, situé dans un bâtiment administratif indépendant des unités d'hospitalisation, est réservé au déroulement de ce contentieux. Outre une vaste salle d'audience s'y ajoutent notamment deux salles d'attente dont une réservée aux patients venus de l'UHSA, deux pièces réservées à l'entretien avec les avocats et des sanitaires en excellent état de propreté. L'audience du JLD se passe dans des conditions de confort propices au climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine. Elles débutent vers 10h00 par l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi ; le nombre de dossiers enrôlés est en moyenne d'une vingtaine par semaine, répartis sur les deux audiences.

8.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre le bureau des SSC et le greffe du TJ sont, selon les dires, de bonne qualité. Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et, pour les renouvellements, quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du tuteur en vue de sa convocation. À cette requête sont jointes les pièces exigées par la loi. Les avocats, habituellement désignés au titre de l'aide juridictionnelle, disposent d'un dossier complet. La plupart d'entre eux a suivi une formation spécifique. Il n'existe pas d'affichage du tableau de l'ordre des avocats de Bordeaux dans les unités.

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des SSC avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans les unités amènent à penser que l'agent notificateur rassure l'intéressé sur les modalités de son déroulement et s'efforce d'en expliquer le sens autant que faire se peut. Les tuteurs, évidemment systématiquement convoqués, ne se déplacent que très rarement.

8.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité des audiences des mardis 1^{er} et 8 août et du jeudi 3 août 2023, présidées alternativement par deux vice-présidentes JLD, chacune assistée d'une greffière.

L'établissement était représenté par un agent responsable du service des soins sans consentement et le ministère public était absent. La porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats publics.

Les patients, dont quelques-uns étaient en pyjamas, sont arrivés accompagnés d'un soignant, en ordre séparé. Il est à signaler qu'avant d'entrer dans l'espace spécifique les patients passent sous un portique à détection métallique puis sont accueillis par un personnel soignant spécialement chargé durant tout le temps de l'audience d'en faciliter la coordination et la fluidité. L'attente fut ensuite de très courte durée. Chaque patient a pu s'entretenir, le temps nécessaire et en toute confidentialité, avec son avocat.

Pour chaque affaire, les magistrates se sont présentées comme « *juge des libertés* », expliquant plus ou moins succinctement leur rôle et le cadre légal. Après avoir résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations la parole fut donnée au patient qui, dans plusieurs cas, s'est trouvé en difficulté pour faire valoir sa position. Toutefois certains se sont exprimé, en les déplorant, sur leurs conditions d'hospitalisation et ont insisté sur leur souhait de quitter l'hôpital, tandis que d'autres ont précisé ressentir un mieux-être depuis leur hospitalisation. Personne, autre que les soignants, ne s'est présenté pour assister à l'audience. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de 10 à 15 minutes.

Les décisions ne sont pas rendues immédiatement mais mises en délibéré en fin d'après-midi sans qu'aucune explication sur la possibilité d'user de voies de recours ne soit donnée aux patients. Transmises au bureau des soins sans consentement, elles sont acheminées, généralement le lendemain matin, vers les unités concernées où, selon les cas, elles sont notifiées par le médecin, le cadre de santé ou un soignant. Il est apparu que le personnel, insuffisamment formé aux droits des patients, était souvent en incapacité des donner des explications pertinentes.

8.3.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis 2015. Selon les statistiques de l'établissement il est de l'ordre de 1 000 mesures contrôlées annuellement. En 2022, 1032 requêtes ont été adressées au service du JLD dont 581 concernaient des SDDE et 431 des SDRE. Il peut en outre être précisé que la moitié des mesures de SDRE relevait d'un contrôle à six mois. D'autre part, sur l'ensemble des requêtes, 18 relevaient de l'initiative du patient hors audiences obligatoires à douze jours et à six mois.

Le juge a rendu 895 décisions ordonnant le maintien tandis qu'il a levé 18 hospitalisations (soit 2 %). Il a en outre constaté que sa saisine était devenue, au jour de l'audience, sans objet dans une centaine de procédures. Les motifs de mainlevées sont dus à des insuffisances de motivations dans les certificats médicaux, à des délais procéduraux non respectés ou à l'absence de convocation du tuteur.

Les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître sont d'environ 15 % et sont fondés par des motivations explicites.

Vingt patients ont interjeté appel pour contester le maintien de leurs soins sous contrainte en hospitalisation complète. La cour d'appel de Bordeaux a confirmé 19 décisions.

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

Après réflexions entre les différents professionnels et la direction de l'hôpital, les modalités de mise en œuvre du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention, telles que

définies par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022 et complétées par l'instruction ministérielle du 29 mars 2022, ont été protocolisées dans un guide méthodologique qui décline de manière exhaustive les conditions de la saisine. De plus, l'obtention de crédits pour l'application de cette réforme a permis au centre hospitalier de renforcer le nombre de personnes en charge d'assurer de façon pérenne les formalités à accomplir. C'est ainsi que fut créé, au mois de mars 2022, un secrétariat composé de trois assistantes médicales administratives (AMA) ayant toutes bénéficié d'une formation adéquate. Répertoriant avec rigueur le nombre quotidien des personnes isolées, elles sont chargées de l'information puis de la saisine du juge et de la notification des décisions. Les documents statistiques font apparaître qu'en 2022 le juge a été saisi à 1307 reprises par l'établissement (jamais par l'entourage du patient ou en auto-saisine) et a prononcé 64 mainlevées (5 %). Au premier trimestre 2023, le service du JLD a été destinataire de 381 saisines toujours exclusivement par l'établissement et le juge a rendu 14 ordonnances de mainlevée (4 %). Les principales causes relevées pour mettre fin à l'isolement sont la saisine tardive et surtout le manque de précisions dans les motivations des prescriptions d'isolement et de contention. De plus et surtout, les contrôleurs ont constaté que le patient isolé ne bénéficiait pas des deux examens médicaux par 24h exigés par la loi et que cet élément, en contradiction avec ce qui est noté dans le dossier médical, restait inconnu du juge rendant ainsi son contrôle inopérant (cf. § 7.2.2).

RECOMMANDATION 27

Pour que le juge effectue le contrôle des mesures d'isolement et de contention en toute connaissance de cause, le centre hospitalier de Cadillac doit lui adresser les deux évaluations médicales effectivement réalisées par un médecin sur une durée de 24h pour l'isolement et 12h pour les contentions.

Les juges des libertés et de la détention ont fait part des difficultés de leur service pour, à moyens constants, faire face avec efficacité à ce nouveau contentieux.

9. LES SOINS

9.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE MAIS LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES INSUFFISAMMENT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

9.1.1 L'organisation des soins

Malgré les difficultés que rencontre l'établissement dans le cadre du recrutement du personnel médical, un psychiatre est présent chaque jour de la semaine dans chaque unité. En cas d'absence prolongée du psychiatre référent d'une unité (comme c'était le cas au moment de la visite), les psychiatres du pôle exerçant en extra hospitalier sont appelés en renfort et se relaient quotidiennement pour assurer les soins psychiatriques élémentaires (« *ce qui ne peut attendre* »). Ce type de prise en charge est source de dégradation de la qualité des soins pour les patients qui voient un psychiatre différent à chaque consultation, notamment lorsqu'ils sont placés à l'isolement. A l'exception de l'unité de gérontopsychiatrie Parchappe, il n'existe pas de projet médico-soignant connu du personnel médical ou soignant rencontré.

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission. Par la suite, les patients sont généralement reçus en entretien par un psychiatre ou par l'interne, souvent assisté d'un soignant, une fois par semaine (deux fois à l'UCS), parfois plus en cas de nécessité d'adaptation de traitement ou selon leur état clinique. Toutefois, les contrôleurs ont observé dans au moins une unité que les consultations n'ont pas lieu dans un bureau médical mais debout dans la chambre du patient. Ces conditions ne sont pas propices à des échanges prolongés.

Selon les unités, des réunions (*staffs*) auxquelles participent les soignants, le médecin, le cadre de santé de l'unité, et, lorsqu'elles sont disponibles, la psychologue et l'assistante sociale ont lieu quotidiennement ou chaque semaine. Dans chaque unité les transmissions infirmières ont lieu trois fois par jour. Aucune réunion soignants-soignés n'est organisée.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique que « la mise en place de réunions soignants-soignés mensuelles au sein des unités d'hospitalisation complète a été priorisée comme indicateur obligatoire des nouveaux contrats de pôle. Cela a fait l'objet d'une présentation en réunion d'encadrement le 12 octobre 2023 et à la CME le 19 décembre 2023 ainsi que d'une note de cadrage pour en préciser les attendus. »

L'établissement a développé l'accès à l'électro-convulsivothérapie (ECT) dans des locaux neufs sur le site de l'UMD. L'ensemble des patients du CH de Cadillac y a accès. En cas d'indication de sismothérapie, la décision n'est prise qu'après avoir recherché le consentement du patient et recueilli son consentement par écrit. Cette activité a été développée sans création de poste mais par redéploiement de postes existants.

9.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

Aucun planning d'activités occupationnelles n'est établi à l'avance, celles-ci étant organisées chaque semaine selon l'envie, la compétence et la disponibilité des soignants présents dans les unités. Même s'ils disposent d'un certain nombre d'équipements, parfois détériorés (babyfoot, table de ping-pong, jeux de société), les contrôleurs n'ont pu que constater l'inactivité et le désœuvrement des patients. Dans une unité, ces derniers ne sont par ailleurs pas autorisés à jouer au ping-pong durant le temps de présence du personnel administratif dont le bureau se situe à proximité. Dans chaque unité, une salle de télévision est accessible en journée et les patients peuvent choisir le programme.

Les activités thérapeutiques sont organisées au sein d'un plateau commun (unité Falret). Cette unité est dotée de deux IDE à temps plein (dont une, assurant l'activité de soins esthétiques, est en arrêt maladie depuis plus d'un an et non remplacée), d'une monitrice sportive qui anime une activité de « sport adapté » (piscine, tir à l'arc, yoga, football, musculation) et de trois ergothérapeutes. Aucun psychomotricien n'intervient depuis un départ non remplacé.

Une ergothérapeute se déplace dans les unités sur demande médicale et peut accompagner les patients pour leurs consultations et rendez-vous à l'extérieur. Deux autres ergothérapeutes travaillent au sein de l'unité Falret et reçoivent les patients individuellement ou en groupe pour des activités manuelles ou des jeux.

Une activité photo-langage est animée le vendredi après-midi à l'unité Parchappe.

L'équipe n'est pas invitée aux réunions de synthèse des patients mais a demandé à pouvoir se rendre dans les unités sur les temps de transmission afin de communiquer avec les soignants des unités d'admission.

Une activité de création et d'animation d'une émission diffusée sur radio *Entre 2 Mers* est proposée.

Une activité de thérapie équine est organisée en coopération avec une ferme associative spécialisée dans la médiation animale. Malgré l'excédent budgétaire de l'établissement, cette activité n'est que partiellement financée par le CH de Cadillac. Ces dernières années, elle n'a pu être maintenue que grâce au financement partiel de fondations et clubs services.

En 2022, seuls 29 % des patients pris en charge à l'unité Falret étaient en SSC. Il a été indiqué que ce faible taux peut s'expliquer d'une part par la méconnaissance du travail effectué au sein de l'unité Falret, qui n'est pas connue de l'ensemble des médecins, et d'autre part par le manque de personnel soignant. Il a en effet été signalé que certains patients en SSC n'ont pas accès aux activités thérapeutiques alors même qu'ils bénéficient d'une prescription médicale à cet effet, faute de personnel soignant disponible pour les accompagner à l'unité Falret, qui se situe dans l'enceinte du parc de l'établissement. De plus, les patients hospitalisés en SDRE n'ont pas accès à l'activité de thérapie équine faute de soignants disponibles pour les accompagner tout au long de l'activité, qui a lieu à l'extérieur du site du CH de Cadillac. Enfin, le manque de coordination entre les unités entraîne parfois l'annulation des séances à la dernière minute, des rendez-vous extérieurs étant parfois organisés sur les temps d'activité.

RECOMMANDATION 28

Les activités thérapeutiques doivent être intégrées dans les projets de soins des patients en SSC. Ces derniers doivent pouvoir bénéficier des soins prescrits.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique** que « le groupe EPP isolement contention avait constaté l'inadéquation entre le projet d'unité Falret et la volonté de renforcer les activités dédiées à la prévention ou la réduction du recours à l'isolement et à la contention, pour les patients en SSC. Sur la base de ce constat, il a préconisé la création d'une équipe dédiée, venant accompagner les équipes des unités fermées pour organiser des activités spécifiques, au sein même des unités d'hospitalisation. L'équipe mobile alternatives et prévention du recours aux mesures d'isolement et de contention (APIC) a ainsi été créée en septembre 2022, équipe composée [désormais] d'une éducatrice, de deux infirmiers et d'une AES. »*

9.1.3 L'accès aux médicaments

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Trois pharmaciens dont un chef de pôle et cinq préparateurs en pharmacie (4,8 ETP) gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales (environ 460 lits). L'équipe comporte également un interne, des agents administratifs et techniques.

Les locaux sont sous dimensionnés et plusieurs bureaux sont sans fenêtre.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions. 249 interventions pharmaceutiques ont concerné les unités de psychiatrie en 2022 pour 7 104 ordonnances contrôlées ; toutes sont prises en compte et suivies par les prescripteurs.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques (sauf l'interne en gérontopsychiatrie) mais ils participent aux séances d'éducation thérapeutique sur la schizophrénie et à plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (dont une concernant l'effet cholinergique des médicaments sur 200 patients). La conciliation médicamenteuse n'est mise en place que pour le service de gérontopsychiatrie.

RECOMMANDATION 29

La pharmacie clinique doit être développée au profit des patients de psychiatrie.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique : « un projet a été déposé en FIOP en 2023 visant à renforcer l'activité de pharmacie clinique, non financé à ce jour. »

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) ne se tiennent pas mais sont remplacés par des sous commissions de la CME, avec la présence des médecins psychiatres. Des comptes rendus sont établis et diffusés. Le pharmacien anime une formation sur la prévention de l'iatrogénie médicamenteuse pour les soignants et les CREX relatifs aux médicaments.



Local pharmacie



Salle de réveil ECT

9.2 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST ASSURE

Cinq médecins généralistes (4 ETP) assurent la prise en charge des soins somatiques de l'ensemble des patients du CHS. Toutefois, deux d'entre eux assurent respectivement sur leur

temps de travail la présidence de la CME. Au moment de la visite, seuls deux médecins généralistes étaient présents pour l'ensemble du CHS.

Les généralistes sont présents en semaine de 9h00 à 18h00 et répondent aux demandes d'examen somatique dans toutes les unités d'hospitalisation, UHSA, USIP et UMD comprises. Les passages des médecins généralistes dans les unités sont assurés au minimum une fois par semaine, parfois deux pour les unités du site de Cadillac (Charcot, Pinel, Tosquelles, Séglas, les unités de l'UMD et l'USIP). Ils passent systématiquement deux fois par semaine à l'unité Trélat/Marguerite, qui accueille des patients au long cours. Ils se rendent une fois tous les quinze jours dans les unités ouvertes CVO, Lormont, et Gravières. Ces passages sont programmés et les médecins voient les patients dont le nom figure sur le cahier de correspondance renseigné par les soignants au cours de la semaine, ainsi que les nouveaux admis. Un généraliste est présent tous les matins à l'unité de gérontopsychiatrie Parchappe et un généraliste passe tous les après-midis à l'UCS.

Selon les unités, les consultations ont lieu soit dans les chambres individuelles soit dans la pharmacie de l'unité quand celle-ci est dotée d'une table d'examen.

En cas d'urgence, les équipes soignantes appellent le généraliste (ou le PH de garde la nuit ou le week-end) pour avis. Celui-ci se déplace et décide, le cas échéant, d'appeler le 15 pour que le patient puisse être pris en charge aux urgences du CH de Langon.

Au moment de la visite, les généralistes étaient en nombre insuffisant pour assister aux réunions cliniques, mais il a été signalé qu'en temps normal, il s'agissait d'une pratique courante. Ces réunions ayant lieu en même temps dans les différentes unités, les médecins choisissent celle à laquelle ils souhaitent assister en fonction du patient dont ils souhaitent évoquer la situation.

Les patients accueillis ont souvent un parcours d'errance et il est parfois nécessaire d'effectuer un travail de recherche pour obtenir des informations sur leurs antécédents médicaux. Toutefois, le temps médical, insuffisant, ne permet pas de vérifier l'état des vaccinations, d'assurer le dépistage de certains cancers, ni de faire de l'éducation thérapeutique.

S'agissant des soins de spécialité, les patients sont généralement pris en charge au CH de Langon sur demande du médecin généraliste.

Par ailleurs, une diététicienne et une ergothérapeute se déplacent dans les services pour voir les patients à la demande du médecin généraliste. Les soins dentaires sont assurés dans les locaux de l'UMD. La prise en charge addictologique est assurée par une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA), en coopération avec le CHU de Bordeaux, qui se déplace à la demande des soignants. S'agissant de la contraception, le médecin généraliste fait un point avec les patientes à l'admission. Les soins gynécologiques (frottis, etc.) sont assurés par une gynécologue du CH de Langon qui se déplace pour une consultation mensuelle tous les premiers mercredis du mois sur le site du CH de Cadillac. Des conventions sont passées en lien avec des cabinets d'ophtalmologie de ville. Les examens de radiologie sont généralement réalisés dans un cabinet de ville auquel l'établissement a un accès privilégié. Les ECG sont lus indifféremment par le psychiatre ou le médecin généraliste et, en cas de doute, une copie est envoyée à l'hôpital cardiologique du CHU de Bordeaux pour un avis rapide. En revanche, les patients n'ont aucun accès aux soins kinésithérapeutiques.

9.3 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS N'EST PAS RECHERCHE AVEC TOUS LES OUTILS DISPONIBLES

Les projets de soins individualisés sont régulièrement révisés en réunion clinique associant l'intégralité de l'équipe, sauf les pharmaciens qui ne participent qu'aux réunions cliniques de l'unité de gérontopsychiatrie Parchappe, faute de personnel suffisant. Les projets de soin sont expliqués aux patients mais les observations ne sont pas toujours recueillies, prises en compte ni tracées.

La recherche du consentement du patient fait l'objet d'un protocole dans lequel sont rappelées les situations devant donner lieu au recueil du consentement aux soins écrit (dont les traitements par ECT) et les conditions qui doivent être réunies pour administrer un traitement en cas de refus de soins d'un patient en SSC. Toutefois, la personne de confiance, les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) et les médiateurs de santé pairs ne sont pas mentionnés.

La désignation de la personne de confiance est généralement proposée au patient à l'admission. Le nombre de personnes de confiance désignées varie grandement selon les unités (3 pour 22 patients dans une unité ; 7 pour 20 patients dans une autre ; 17 pour 23 patients dans une troisième). Les personnes de confiance ne sont par ailleurs généralement pas contactées pour signer leur accord, ni pour prendre part au projet de soin et de sortie du patient.

L'établissement n'a pas développé de partenariat avec des pairs-aidants formés, ni mis en œuvre le recueil des directives anticipées incitatives en psychiatrie. Ces deux dispositifs contribueraient pourtant à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins.

RECOMMANDATION 30

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit être systématique et tracée dans le dossier du patient. Elle doit s'appuyer sur la mobilisation de la personne de confiance. La formation spécifique et le développement de partenariats avec des pairs-aidants dans les unités, ainsi que la généralisation du recueil ambulatoire de directives incitatives anticipées à mettre en œuvre lors d'une hospitalisation, participeraient à la qualité de l'alliance thérapeutique des patients dans le déroulement de leurs projets de soins individualisés.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique : « un protocole dédié à la personne de confiance sera élaboré, accompagné d'une communication auprès des professionnels afin de conforter le rôle et l'association de la personne de confiance » (...) « la mise en place de directives anticipées en psychiatrie est en cours de travail pour une mise en place prévue au cours de l'année 2024. L'outil mon GPS psy est utilisé au sein de la Maison de réhabilitation thérapeutique. Concernant le recours à la pair aidance, l'établissement a déjà recours à ce dispositif avec le recrutement en 2018 d'un médiateur en santé pair et a pour projet d'y recourir à nouveau comme indiqué dans une fiche action dédiée du PMS 2022-2027. »

S'agissant de l'administration des médicaments, les piluliers sont préparés par les soignants qui distribuent les traitements dans la salle de soins avec la porte fermée (sauf à l'USIP – cf. § 10), respectant ainsi la confidentialité lors de l'administration des médicaments.

Le consentement aux soins n'est en revanche pas systématiquement recherché lors de l'administration de traitements en phase de crise ou en cas de refus de traitement. En effet, 107

patients, soit presque la moitié des patients, font l'objet d'une prescription active au moment du contrôle de traitements injectables « si besoin » dont 35 en 2023 et 8 datant d'avant 2017, une prescription datant de 2007, ces prescriptions étant principalement motivées par l'agitation ou le refus de traitement per os. Or le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient. Seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et cela en dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « si besoin » sans le consentement du patient.

RECOMMANDATION 31

La prescription de traitement en « si besoin » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'administration injectable urgente d'un médicament doit répondre à une prescription médicale, établie immédiatement en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué, leur prescription « si besoin » ne saurait perdurer.

Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique qu'une erreur informatique avait surestimé le taux de patient faisant l'objet d'une prescription d'injection en si besoin (un quart et non la moitié)

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où la pratique n'en demeure pas moins illégale.

9.4 LA SORTIE EST PREPAREE EN EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE MAIS SE HEURTE AU MANQUE DE STRUCTURES D'AVAL

9.4.1 La préparation à la sortie

La préparation de la levée de la mesure est facilitée par l'articulation avec l'extra hospitalier, la plupart des psychiatres partageant leur exercice entre l'intra hospitalier et les consultations en CMP.

Les permissions de sortie de courte durée sont utilisées pour préparer la sortie. Le préfet exige systématiquement l'accompagnement des patients hospitalisés en SDRE lors de leurs premières sorties avant d'autoriser les sorties non accompagnées. Les patients hospitalisés en SDDE doivent également solliciter une autorisation de sortie accompagnée avant de bénéficier d'une sortie non accompagnée. Il a été indiqué que les permissions de sortie, lorsqu'elles sont bien explicitées, sont généralement acceptées par le préfet et le sont toujours par le directeur.

Les assistantes sociales aident les patients dans leurs démarches de préparation à la sortie en lien avec les tuteurs et curateurs, qui ne sont pas toujours très investis. Elles assistent aux *staffs* de toutes les unités. Les difficultés relevées concernent les délais d'attente de plus d'un an pour avoir accès à un logement (maison-relais, intermédiation locative) ou à une place dans une structure adaptée (EHPAD ou foyer d'accueil médicalisé). A la sortie, les patients sans domicile fixe sont le plus souvent placés en hébergement d'urgence via le 115. S'agissant des patients âgés, le retour dans leur logement avec la mise en place d'une aide à domicile est privilégié lorsque cela est possible, faute de places dans les structures adaptées.

Au moment de la visite, 44 patients étaient pris en charge au long cours (depuis plus de 270 jours).

9.4.2 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement

Aucune difficulté n'a été rapportée s'agissant de la fin des mesures de SDDE, qui sont levées par le directeur dès lors qu'un certificat médical indique que le maintien du patient en hospitalisation n'est plus justifié.

S'agissant de la fin des mesures de SDRE, le préfet sollicite les deux avis médicaux. Lorsque le deuxième avis médical confirme le premier, il doit ordonner la levée de la mesure. Des difficultés ont été rapportées s'agissant de la levée de la mesure d'hospitalisation en SSC des patients irresponsables pénaux, le préfet sollicitant systématiquement deux expertises médicales en sus de l'avis du psychiatre référent du patient et de l'avis du collège de soignants.⁶ Or les experts psychiatres sont peu nombreux et les délais d'expertise de plusieurs mois.

Les patients en programme de soins se voient imposer exclusivement des soins ambulatoires, les réintégrations sont fréquentes mais courtes.

Une lettre de liaison résumant les éléments essentiels sur la prise en charge psychiatrique et somatique des patients est élaborée.

⁶ Ce collège ne se réunit pas physiquement, les psychiatres signant l'avis rendu chacun leur tour.

10. LES PUBLICS SPECIFIQUES

10.1 LES PATIENTS HOSPITALISES A L'USIP SONT EXCLUSIVEMENT HEBERGES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT ET FONT L'OBJET DE MULTIPLES RESTRICTIONS SYSTEMATIQUES

L'USIP dispose d'un projet de service spécifique établi en décembre 2021 qui rappelle la vocation intersectorielle départementale de l'unité. La prise en charge médicale y est orientée vers la mise en œuvre de protocoles thérapeutiques intensifs adaptés aux patients présentant une particulière intensité des symptômes et/ou des troubles majeurs du comportement, avec parfois une dangerosité envers eux même ou autrui. Le premier objectif thérapeutique est de permettre la résolution de l'état de crise et l'abrasion des symptômes psychiatriques les plus aigus. Ce projet de service indique l'intention de créer un espace d'apaisement.

L'unité a pris en charge en 2022 une file active de 89 patients, avec un taux d'occupation de 78 %. Les soignants étaient, au moins de juin 2023, en moyenne à 4,11 soignants auprès des patients par demi-journée (10 fois 5 soignants, 47 fois 4 soignants et 3 fois 3 soignants).

10.1.1 Les locaux

L'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) est sise sur l'emprise de l'unité pour malades difficiles (UMD) et constitue un des services du pôle de psychiatrie médico-légale avec les cinq entités de l'UMD et la sismothérapie. L'USIP est une unité fermée, uniquement dotée de 13 CI, dont une double, sommairement équipées d'un lit scellé au sol avec du matériel de contention préinstallé, d'un pouf, d'un lavabo et d'un WC, sans placard ni bouton d'appel. L'unité ne dispose d'aucune chambre d'hospitalisation hôtelière ni d'espace d'apaisement. Un maximum de 14 patients peut y être accueilli mais en général seuls 12 y sont pris en charge car la chambre double est rarement utilisée. Les chambres sont réparties entre le rez-de-chaussée et l'étage, où se situe le bureau infirmier. L'unité est aussi dotée d'un réfectoire, de quatre salles d'eau (dont une condamnée depuis plusieurs mois en raison de moisissures), d'une pharmacie, de bureaux d'entretien et d'une buanderie pour laver et sécher le linge des patients. Les locaux sont dans l'ensemble propres et bien tenus. Deux cours à l'aspect carcéral permettent aux patients de prendre l'air, uniquement en groupe sous la surveillance des soignants. Une sert pour le groupe, l'autre pour les patients isolés ou les proches lors des visites. Certains agents indiquent « *des vertus thérapeutiques de cette structure contenant* ».



La petite cour de l'USIP



Chambre de l'USIP



RECOMMANDATION 32

L'hébergement des patients de l'unité de soins intensifs psychiatriques doit s'effectuer dans des chambres hôtelières qui respectent leur dignité, leur intimité et leur sécurité, équipées d'un mobilier adapté, d'une salle d'eau et d'un dispositif d'appel.

10.1.2 Les patients

Les patients, hommes ou femmes, peuvent séjourner à l'USIP pour une durée de deux mois, renouvelable une fois. Ils sont majoritairement hospitalisés en SDRE, parfois en SDT ou SPI. Occasionnellement, des patients en provenance de l'UHSA de l'établissement peuvent y être pris en charge, en cas de grande décompensation. Des mineurs de 15 à 17 ans peuvent également y être accueillis (d'après les chiffres communiqués, cinq en 2022 et au moins un en 2023 jusqu'à la date de la visite). Ils sont hébergés à l'étage, proche du bureau infirmier, et les modalités de leur prise en charge ne se distinguent pas de celle des adultes.

Les admissions sont programmées et se font sur demande des unités des hôpitaux du département de la Gironde, à la condition d'un engagement de reprise du patient à la fin de son séjour. L'USIP admet principalement des patients en crise placés en CI dans leur hôpital d'origine et que les équipes n'arrivent pas à stabiliser et, plus rarement, des patients déficitaires en séjour de rupture, faute de structure adaptée pour les prendre en charge. Les demandes sont étudiées par le médecin responsable de l'USIP et le cadre de l'unité, qui prennent attache avec l'hôpital d'origine du patient pour organiser son transfert. Dans le cadre de la fermeture brutale (cf. § 3) d'une unité d'hospitalisation complète sur le site de Cadillac au mois d'avril 2023, l'USIP a également hébergé des patients faute de lits disponibles dans des unités adaptées, dont une patiente pendant plus de quatre mois, sans demande du service d'origine ni indication médicale spécifique. Ce défaut d'accueil adapté des patients est source de situations de maltraitance⁷ signalées par l'équipe, d'aggravation de leur état de santé, et de non-respect de leurs droits fondamentaux.

Au moment de la visite, 11 patients étaient pris en charge à l'USIP, dont un mineur de 16 ans, une patiente du CHS en « hébergement inadapté » et un patient-détenu.

RECOMMANDATION 33

Les admissions à l'USIP de patients mineurs ou « en hébergement inadapté » faute de lits disponibles dans les unités d'admission doivent immédiatement cesser.

10.1.3 La vie quotidienne

Les patients sont transférés à l'USIP contenus et sédatisés, avec leurs effets personnels et leurs documents administratifs. Ils sont accueillis dans la CI qui leur est attribuée et systématiquement isolés pendant une période d'observation d'une durée de quelques heures à plusieurs jours. Les règles de fonctionnement du service, issues du règlement intérieur, leur sont expliquées. Un affichage dans le couloir permet aux patients de les consulter.

Les restrictions de la vie quotidienne sont nombreuses et non individualisées ; ainsi que l'a résumé un patient : « *le rythme est militaire* ».

⁷ Par soumission d'un patient à présentation clinique classique, à la rigidité des règles de fonctionnement de l'USIP.

Les patients sont toujours placés sous le regard des soignants. Ils doivent se lever à 8h00 et se coucher à 20h00, à l'exception de ceux dont le contrat de soin a été assoupli et qui peuvent se coucher à 23h00 (quatre sur onze patients au moment de la visite).

A l'exception de quelques documents personnels généralement glissés sous leur matelas faute de mobilier adéquat, les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs effets personnels (vêtements, téléphone portable), rangés dans un casier nominatif à proximité du bureau infirmier. Les téléphones ne peuvent être consultés ponctuellement que sur autorisation médicale. Un patient a par exemple demandé à un contrôleur s'il pouvait lui faire écouter de la musique car il n'avait pas été autorisé à accéder à son téléphone depuis son arrivée dans l'unité deux mois plus tôt.

Les patients, réveillés dès 8h00, font la queue dans le couloir pour récupérer leurs vêtements, une serviette et un gant de toilette dans leur casier, avant de se rendre à la douche.

Les modalités de prise des repas font l'objet d'une « *ouverture progressive* » : ils sont initialement pris en CI sur un plateau et, après une période d'observation, ont lieu dans le réfectoire à 9h00, midi et 19h00. Une collation est proposée à 16h00.

Les patients ne sont pas autorisés à sortir librement de l'unité ni même à se rendre seuls dans l'une des deux cours. Seules quinze minutes toutes les heures leur sont accordées pour sortir à l'air libre et fumer en groupe sous la surveillance du personnel soignant, de 9h00 à 20h00. Fumer la nuit n'est pas autorisé. Les cigarettes sont conservées dans des casiers nominatifs stockés dans une armoire à l'entrée de la cour. L'accès aux cigarettes se fait également selon le principe de « *l'ouverture progressive* » et le nombre maximum de cigarettes autorisées par jour est fixé à sept pour les patients en « *ouverture maximum* ». Les commandes de tabac se font le dimanche. Les patients se rendent ensuite à la cafétéria le jeudi à 15h00 pour prendre un café et réceptionner leur commande.

Les liens avec l'extérieur sont extrêmement limités. Les patients ne sont pas autorisés à appeler leurs proches et ne peuvent recevoir qu'un appel par semaine. Les familles doivent appeler sur le téléphone du service de 14h30 à 19h00, l'appel est ensuite transféré sur l'unique cabine de l'unité, très étroite, dans laquelle il n'est pas possible de s'asseoir.

Les visites ont lieu de 15h00 à 16h00 du lundi au mercredi et le week-end. Seules deux visites peuvent avoir lieu simultanément, dans l'une des deux cours ou dans le réfectoire en cas de pluie. Le règlement intérieur indique que « *le nombre de visite est limité à un créneau par semaine par patient* ». Or seuls dix créneaux sont disponibles chaque semaine, pour 11 patients accueillis au moment de la visite et 14 patients théoriques. Les visiteurs sont invités à déposer leurs effets personnels (manteau, sac à main, téléphone) à l'arrivée dans le service, dans un casier cadenassé dont ils conservent la clé durant la durée de la visite.

RECOMMANDATION 34

Les restrictions de liberté appliquées à l'USIP ne doivent pas être systématiques mais individualisées, proportionnées et médicalement motivées. Les visiteurs doivent pouvoir conserver leurs effets personnels.

Les patients-détenus sont accueillis à l'USIP. Ils sont soumis à la réglementation pénitentiaire des visites et de l'accès au téléphone.

En cas d'agitation, les soignants emploient des techniques de désescalade afin de séparer les patients. Ces derniers sont ensuite vus en entretien infirmier au cours duquel est effectué un rappel des règles de vie. Toutefois, peu de violences entre patients ont été signalées. Les soignants ont déclaré les violences dont ils sont parfois victimes, pendant l'année précédant la visite. Le cas échéant, un courrier est envoyé au patient par l'établissement, lui rappelant ses devoirs. Aucun soignant n'a porté plainte.

10.1.4 Les soins psychiatriques

Le projet de soins de l'USIP est « de permettre la résolution de l'état de crise (par définition transitoire) et l'abrasion des symptômes psychiatriques les plus aigus en proposant au patient un cadre contenant et sécurisant ». L'unité propose en pratique un cadre de vie de modèle carcéral et des règles collectives très strictes (cf. *infra*). Les patients bénéficient d'un projet de soins personnalisé défini avec le psychiatre qui permet d'accentuer encore un peu plus ces règles ou, parfois, en fin de séjour, de les assouplir légèrement.

a) L'organisation des soins

Les soins de psychiatrie sont en théorie assurés à l'USIP par un psychiatre responsable de l'unité, assisté d'un interne. Ce responsable étant en arrêt de longue durée au moment de la visite, les soins psychiatriques étaient assurés par l'un des deux psychiatres de l'UMD, assisté d'un interne, en sus de leur activité habituelle. En journée, trois IDE et un AS sont présents et la nuit, deux IDE. Tous les soignants sont expérimentés et doivent obligatoirement avoir bénéficié de la formation OMEGA⁸ pour exercer à l'USIP. En cas de vacances de postes ou d'absence, les effectifs sont renforcés par des soignants de l'UMD, et inversement. Les soignants de l'USIP renforcent également de façon régulière les équipes du CHS.

Les patients rencontrent le psychiatre en entretien une fois par semaine. Des entretiens infirmiers sont parfois proposés dans l'après-midi ou le week-end. Les IDE distribuent les médicaments sur le seuil de la porte de la pharmacie, les patients faisant la queue pour recevoir leur traitement, sans respect de la confidentialité.

Des réunions de synthèse et d'évaluation sont organisées un mois après l'arrivée du patient, en lien avec l'équipe de secteur d'origine.

Aucune réunion soignant-soigné n'est organisée.

b) Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les patients, notamment désœuvrés, ont fait état d'un sentiment d'ennui en raison de l'insuffisance marquée d'accès à des activités occupationnelles et thérapeutiques. Une table de ping-pong est installée dans l'entrée et un salon de télévision est ouvert jusqu'à l'heure du coucher, mais les patients n'ont pas accès à la télécommande et doivent demander aux soignants de changer le programme. Aucun livre ni jeu de société n'est accessible en libre-service. Une activité « jardin » a un temps été développée, afin de végétaliser des jardinières pour égayer la cour bétonnée. Au moment de la visite, six des onze patients pris en charge bénéficiaient d'une seule activité thérapeutique de groupe en dehors de l'unité. La vie quotidienne des patients est, en réalité, rythmée par les sorties cigarettes.

⁸ Gestion des violences.

RECOMMANDATION 35

Les patients de l'USIP doivent bénéficier d'activités occupationnelles dans le service, d'activités thérapeutiques systématiquement intégrées aux projets de soins, de réunions soignant-soigné et de la confidentialité lors de la distribution des médicaments.

***Dans ses observations du 30 janvier 2024, le directeur de l'établissement indique :** « un travail est engagé avec l'unité d'ergothérapie de l'UMD afin de développer le recours aux activités thérapeutiques pour les patients de l'USIP. Une réunion soignants-soignés mensuelle sera mise en place à compter de l'année 2024. »*

10.1.5 Le recours à l'enfermement

Au sein de l'USIP, l'enfermement en chambre concerne de manière confuse, l'enfermement de nuit et le placement en isolement pour des phases de crise. Cependant l'enfermement de nuit ne permet pas au patient de solliciter d'en sortir à tout moment et s'assimile à un placement en isolement non enregistré comme tel. D'autre part, l'isolement de psychiatrie tel que prévu par les textes relatifs à l'isolement contention est fortement pratiqué comme évoqué au § 7, puisque 100 % des patients subissent au moins une phase d'isolement et 43 % une contention.

Tous les patients, quel que soit leur état clinique, sont placés à l'isolement à l'arrivée pour une période d'observation qui varie « de plusieurs heures à plusieurs jours ». Le registre d'isolement n'ayant été mis en place que depuis le mois de mai 2023, ces déclarations n'ont pas pu être vérifiées ni affinées. Les décisions sont prises et renouvelées par le psychiatre, qui prescrit également le port du pyjama pendant la période d'observation (3 patients au moment de la visite). Selon leur état clinique, les patients peuvent sortir fumer dans la cour avec le reste du groupe ou seuls en compagnie des soignants. Les premiers repas sont pris en chambre sur un plateau. Les patients sont libres d'aller et venir dans l'unité en journée, à l'issue de la période d'observation et de la levée de la mesure d'isolement.

Concernant l'enfermement de nuit, les patients sont tous isolés en chambre dès 20h00 sans qu'aucune décision médicale individuelle spécifique ne soit prise, sauf pour ceux qui font l'objet d'une mesure d'isolement.

En l'absence de dispositif d'appel, les patients qui souhaitent se signaler auprès des soignants de nuit doivent crier et taper sur la porte. Un patient a, par exemple, indiqué se souiller régulièrement la nuit et avoir besoin d'appeler pour pouvoir changer de draps. Un patient a indiqué avoir été placé sous contention après avoir crié pour appeler les soignants la nuit, ce qui pose la question du recours punitif à la contention et renvoie au taux très important de patients admis ayant subi une contention (43 %).

Aucune déclaration de l'isolement n'est effectuée auprès du service de sécurité incendie.

RECOMMANDATION 36

Les patients ne doivent pas être enfermés en chambre la nuit en dehors des prescriptions de l'article 3222 -5 du CSP.

***Globalement concernant l'USIP, le directeur de l'établissement indique dans ses observations du 30 janvier 2024 :** « le directeur a acté la composition d'un groupe de travail associant la direction et les responsables médico-soignant du pôle et de l'USIP, chargé de revoir*

le projet et le fonctionnement de l'USIP et en faire évoluer les pratiques afin de tenir compte des constats formulés lors de la restitution orale de la visite. Ce groupe de travail s'est réuni pour la première fois au mois de novembre 2023. »

10.2 LA PRISE EN CHARGE EN GERONTOPSYCHIATRIE EST ADAPTEE AU PUBLIC ACCUEILLI

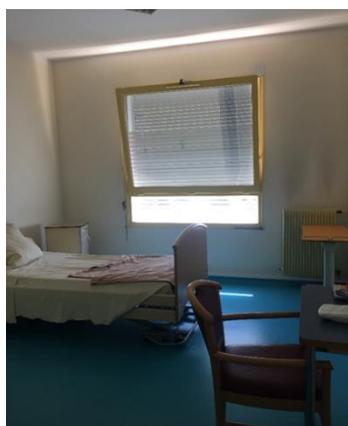
10.2.1 Les locaux

Composée d'un bâtiment de plain-pied récemment rénovée, l'unité à une capacité de 22 lits pour 22 patients hospitalisés au premier jour de la visite. L'unité dispose également d'une chambre d'isolement qui est restée inoccupée durant la période du contrôle.

L'entrée dans le bâtiment s'effectue sur appel depuis une sonnette.

L'unité dispose de chambres exclusivement individuelles et toutes identiques. Les 22 chambres sont toutes équipées d'un lit, une table de chevet, une table avec chaise. Un placard avec fermeture à clé permet au patient d'entreposer ses affaires en toute sécurité. Les chambres sont pourvues de boutons d'appel, mais ne comportent pas toutes un verrou de confort. Les fenêtres, dont l'ouverture est partielle, permettent une luminosité naturelle. Les volets roulants électriques sont actionnables depuis la chambre.

Les sanitaires des chambres disposent d'un WC, d'un lavabo avec tablette et miroir ainsi que d'un porte-serviette. Les douches sont communes et accessibles aux patients durant la journée. Une salle de bain avec baignoire est également disponible à destination des patients à mobilité réduite.



Chambre individuelle



Patio

Une grande salle à manger est ouverte seulement aux heures de repas. Une salle équipée d'un téléviseur grand écran avec télécommande est accessible aux patients du lever jusqu'au coucher : de 7h30 à environ 23h00.

Les patients ont accès à une grande cour arborée équipée de tables et chaises, mais dépourvue d'abri pour se protéger des intempéries. Un allume-cigares en état de fonctionnement est mis à la disposition des patients fumeurs.

10.2.2 Modalités de la prise en charge des patients

Les patients de l'unité Parchappe sont âgés de 65 à 92 ans au moment de la visite. Leur arrivée dans l'unité s'effectue après passage par les urgences ou depuis les EHPAD. Durant les trajets, il

n'est jamais fait usage de contentions. A son arrivée à l'unité, le patient est pris en charge par un IDE.

La composition des effectifs en personnel soignant permet une prise en charge gériatrique et psychiatrique.

Hormis les transmissions journalières, tous les mardis matin a lieu une réunion clinique qui, en présence de l'ensemble des professionnels, psychiatre, somaticien, cadre de soin, psychologue, IDE, AS et assistante sociale aborde la situation de chaque patient.

10.2.3 Restrictions de liberté et respect des droits

La porte d'entrée principale de l'unité est maintenue fermée. Les patients autorisés à quitter l'unité doivent demander l'ouverture de la porte.

Au premier jour de la visite, 22 patients étaient admis dans l'unité dont 11 en soins libres.

Sauf aux horaires de ménage, les patients peuvent accéder en permanence à leur chambre et circuler à l'intérieur de l'unité (couloirs, salle de télévision, cour, etc.).

Lors du contrôle, tous les patients étaient autorisés à transmettre et recevoir des appels avec leur téléphone personnel. Aucune restriction à l'accès au tabac n'est appliquée, sur les 22 patients de l'unité, une seule était fumeuse et disposait de son paquet de cigarettes qui lui était régulièrement renouvelé lors des visites quotidiennes de ses proches.

Il n'y a pas de prescription de port du pyjama.

10.2.4 Le recours à l'isolement et à la contention

A défaut de chambre d'apaisement en voie d'aménagement, la chambre d'isolement est parfois utilisée comme lieu d'éloignement momentané des autres patients, porte toujours ouverte avec la présence constante d'un soignant.

Lorsqu'un patient est placé en CI, sa chambre hôtelière est toujours conservée. Le port du pyjama n'y est pas systématique, le patient peut être autorisé à conserver ses effets personnels (cf. § 7.3).

ANNEXE

LETTRE AU MINISTRE DE LA SANTE DU 15 SEPTEMBRE 2023



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



M. Aurélien ROUSSEAU
MINISTRE DE LA SANTE ET DE LA
PREVENTION
14 avenue Duquesne
75700 PARIS SP 07

Réf. N° 198396

Paris, 15 SEP. 2023

Monsieur le ministre,

Du 31 juillet au 11 août 2023, huit contrôleurs ont visité le centre hospitalier spécialisé (CHS) et l'unité pour malades difficiles (UMD) de Cadillac (15 services, 319 lits) ; ils y ont constaté des conditions d'hébergement indignes, dans des locaux inadaptés à l'exercice de la psychiatrie, des pratiques d'enfermement excessives, parfois contraires aux dispositions de la loi¹, et des prises en charge inappropriées.

La prise en charge de nombreux patients s'effectue dans des conditions qui ne permettent le respect ni de leur dignité ni de leurs droits fondamentaux.

La filière de soins, désorganisée, entraîne des modalités de séjour inadaptées aux besoins des patients. Lors du contrôle et depuis plusieurs mois, selon les dires des soignants, le nombre de patients accueillis par le CHS est supérieur à sa capacité en lits². Une telle suroccupation, rend impossible l'accueil de nouveaux patients, même pour exécuter les arrêtés préfectoraux de réintégration de programme de soins. Cette suroccupation est corrélée à des pratiques irrégulières : des patients sont admis en chambre d'isolement faute de chambres hospitalières, d'autres sont placés à l'isolement mais ne conservent pas leur chambre d'hospitalisation qu'ils ne peuvent donc pas réintégrer à l'issue de leur crise ; des changements de chambres sont régulièrement imposés aux patients, y compris la nuit. Une patiente a ainsi changé quinze fois de chambre lors de son séjour hospitalier en 2023.

Faute de place en service d'admission, des patients sont admis dans des unités inadaptées, comme l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), ce qui est susceptible d'aggraver leur état de santé.

¹ Par exemple, la loi du 22 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

² 140 patients présents au premier jour du contrôle pour 130 lits et 8 lits redéployés.

ATTENTION CHANGEMENT D'ADRESSE

16/18, quai de la Loire - CS 70048 - 75921 PARIS Cedex 19 - Tél. : 01 53 38 47 80 - Télécopie : 01 42 38 85 32 - www.cgpl.fr

Au mois d'avril 2023, la direction de l'établissement a décidé la fermeture d'une unité d'hospitalisation complète en une semaine, avec un redéploiement de quatorze lits dans sept autres services, sans aucune préparation des patients ni des équipes soignantes. Aucun renforcement du personnel n'a été prévu pour s'occuper des patients « redéployés » en dépit d'une augmentation du nombre de places atteignant 17% dans les deux services concernés ; dans l'un, trois patients en sont réduits à s'entasser dans des chambres prévues pour deux, dans lesquelles sont installés les lits supplémentaires.

Ce manque de places en hospitalisation complète a transformé une unité de court-séjour (UCS) en service d'accueil et de crise, sans que l'organisation des soins et les effectifs soient adaptés à cette mission.

En 2022, quarante-sept mineurs ont été hospitalisés dans des services pour adultes dont quatre à l'USIP, faute de structure existante ; une telle situation contrevient aux dispositions de l'article R. 6123-200 du code de la santé publique qui ne prévoit qu'à titre exceptionnel la prise en charge d'un mineur de plus de 16 ans dans un service accueillant des adultes en soins sans consentement.³ La création d'une unité 16-25 ans, qui figure dans le projet d'établissement, n'apparaît pas dans le schéma directeur immobilier et semble, de fait, hypothétique.

Enfin, plus de quarante patients sont hospitalisés au long cours⁴, majoritairement en attente de place en structures extérieures médicosociales. L'un d'eux ne bénéficie pas d'une prise en charge adaptée et subit un enfermement permanent dans sa chambre, sans qu'aucun éducateur ne lui permette de sortir durant la journée.

Il ressort de l'ensemble de ces constats que de nombreux patients sont hospitalisés non pas en fonction de leur état de santé et besoins spécifiques de soins mais en fonction de la disponibilité des lits, hospitaliers ou non.

Les patients doivent être admis au sein des services permettant une prise en charge adaptée à leur âge et leur état de santé, et respectueuse de leurs droits fondamentaux. A cette fin, la filière d'admission doit faire l'objet d'une redéfinition à l'échelle du territoire, avec l'ensemble des structures concernées et l'appui de l'agence régionale de santé.

Plusieurs unités offrent aux patients des conditions d'hébergement indignes, sans perspective acceptable de reconstruction.

Parmi les unités sectorisées d'hospitalisation complète, plusieurs unités fermées (Pinel, Broca) sont vétustes. L'unité Pinel ne dispose que de six chambres individuelles régulièrement utilisées comme chambres d'isolement. Située au premier étage, l'accès à l'extérieur y est limité. Les autres chambres, doubles ou triples, ne disposent d'aucune salle d'eau. L'unité n'est dotée que de deux douches et deux baignoires pour vingt-et-un patients. Le bureau infirmier est condamné en raison de ses murs amiantés et a été « déménagé » dans une petite salle de pause.

³ Article R. 6123-200 du code de la santé publique : « Pour être autorisé pour la mention « soins sans consentement et prendre en charge des adultes en soins sans consentement, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'adulte ». Pour être autorisé pour la mention « soins sans consentement » et prendre en charge des enfants et adolescents en soins sans consentement, le titulaire doit être autorisé pour la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ». À titre exceptionnel, un mineur de plus de 16 ans peut être pris en charge par un titulaire de la mention « soins sans consentement » et de la mention « psychiatrie de l'adulte ». Le titulaire doit disposer d'une convention établie avec un titulaire de la mention « psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » prévoyant les modalités de prise en charge et de transfert du patient ».

⁴ Depuis plus de 290 jours.

A l'UMD, deux des cinq unités (Moreau et Claude) sont « d'une autre époque » et les perspectives de reconstruction sont annoncées pour une livraison à sept ans. Ces deux unités sont construites sur deux niveaux, avec les chambres au premier étage et la zone de vie au rez-de-chaussée ; toutes les chambres sont collectives, accueillant trois à quatre personnes. Elles ne disposent que de lits scellés au sol et d'un WC sans point d'eau, dont la porte est vitrée. Aucun placard ne permet d'y ranger des effets personnels. Aucune intimité n'y est permise, les chambres étant visibles depuis le couloir par de grandes baies vitrées. Fermées à clef lorsqu'elles sont occupées, elles ne disposent d'aucun bouton d'appel. L'accès aux douches est limité à certains horaires. La salle des douches est dépourvue de tout équipement permettant aux patients de suspendre leurs affaires. Les portes des douches et des cabines sont des portes battantes de type saloon et ne permettent aucune intimité.

Enfin, l'USIP, insérée au cœur de l'UMD, est indigne dans son architecture et ses conditions matérielles de prise en charge, à l'atmosphère carcérale. Cette unité n'est constituée que d'un assemblage de ce qu'il convient de qualifier de treize chambres d'isolement dont une double, avec quatorze lits scellés au sol et des contentions partout préinstallées, sans mobilier ni placard. Tous les patients y sont enfermés la nuit de 20h à 8h sans qu'aucune décision médicale d'isolement n'ait été prise. Les deux cours sont exigües.

Bien qu'il s'agisse juridiquement d'un service d'hospitalisation complète de psychiatrie, l'unité ne dispose ni de lit ni de chambre d'hospitalisation au sens des dispositions législatives et réglementaires applicables, dès lors que toute chambre dans laquelle un patient est durablement enfermé à clé sans possibilité de sortir ne peut qu'être assimilée à une chambre d'isolement. Une telle situation est contraire aux termes du décret n°2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

Ainsi, les contrôleurs ne peuvent que constater qu'après leur visite de 2017 et celle de l'UHSA en 2022, la modernisation et la mise aux normes des infrastructures de psychiatrie du centre hospitalier de Cadillac n'a pas été priorisée. Un rapport de la chambre régionale des comptes de mai 2022 relevait à ce sujet que seuls 10 des 37 millions d'investissements programmés entre 2018 et 2021 avaient été engagés.

Dans ces conditions, afin de garantir aux patients accueillis dans l'établissement une prise en charge respectueuse de leur dignité et adaptée, il convient d'engager sans délai des travaux et d'adapter le schéma directeur immobilier soumis à l'agence régionale de santé.

Les pratiques d'enfermement sont disproportionnées et les conditions de travail du personnel difficiles.

L'enfermement et l'isolement sont banalisés. Dans la majorité des services de l'établissement, la liberté d'aller et venir fait l'objet de restrictions particulièrement marquées. Sur le site de Cadillac, toutes les unités à l'exception d'une seule sont fermées ; les personnes en soins libres qui y sont prises en charge sont régulièrement privées la possibilité de sortir. D'autres restrictions de liberté sont systématiques à l'UMD et à l'USIP, notamment en matière de communication avec l'extérieur. Les patients se voient tous retirer leur téléphone portable et la communication avec les proches est restreinte à un seul appel téléphonique sortant par semaine.

Hormis en UMD, l'enfermement n'est pas compensé par le développement de l'accès aux activités thérapeutiques au sein du CHS. Les rares activités proposées au moment du contrôle ont été soit supprimées pour des considérations budgétaires, soit financées grâce aux dons de clubs services, alors que le budget de l'établissement est excédentaire et que ces

activités font partie intégrante des soins élémentaires auxquels peuvent prétendre les patients de psychiatrie. Les sorties thérapeutiques sont également rares.

À cet enfermement s'ajoute la banalisation de l'isolement dans la plupart des services, qui ne disposent d'aucun espace d'apaisement à l'exception de l'unité Charcot, où son utilisation n'est pas véritablement protocolisée.

Au CHS, les mesures d'isolement sont mises en œuvre dans neuf chambres d'isolement (CI), mais également dans dix-sept chambres d'hébergement dites « sécurisées » qui ne répondent à aucune norme légale. L'USIP compte par ailleurs quatorze lits servant aussi pour l'isolement. L'établissement a ainsi recours à l'équivalent de quarante chambres d'isolement pour 233 lits, soit un taux trois fois supérieur à ce qui est habituellement observé par le CGLPL lors de ses visites⁵. A ces isolements s'ajoute la pratique régulière d'enfermement en chambre hospitalière constatée lors du contrôle.

Aucune chambre d'isolement ne répond aux exigences réglementaires. Les patients n'y accèdent à aucun dispositif d'appel, y compris lorsqu'ils sont sous contention. Il ne s'y trouve ni point d'eau, ni WC toujours accessible. Des urinaux sont donnés aux patients qui ne sont pas toujours accompagnés aux toilettes, y compris durant la journée ; il est fréquent de voir les contentions préinstallées sur les lits. Aucune aération de la pièce n'est possible et les chambres ne sont pas équipées d'horloge permettant aux patients isolés de se repérer dans le temps. Au surplus, la plupart des CI ont un oculus ou un fenestron permettant à n'importe qui de voir, depuis l'extérieur, les personnes attachées voire dénudées, ce qui porte gravement atteinte à leur dignité.

Les renouvellements des mesures sont effectués toutes les 12 heures mais, contrairement à ce qu'indique le dossier, le patient ne bénéficie que d'un examen médical par 24h et non de deux, ce qui est contraire aux textes en vigueur.

Certaines motivations de mise en isolement ne respectent pas les recommandations de la HAS. Par exemple, sept des vingt personnes isolées le 8 août l'étaient pour la nuit uniquement, de manière répétée. Or, la loi ne permet pas de « programmer » un isolement.

A l'UMD, l'enfermement en chambre hôtelière de jour comme de nuit, ne laisse pas la possibilité aux patients de solliciter une sortie, ne serait-ce que pour fumer, ce qui transforme cet enfermement en isolement psychiatrique de fait, nécessitant une décision du psychiatre en ce sens. En effet, si les textes relatifs aux UMD prévoient l'application de « mesures de sécurité particulières »⁶, les restrictions de liberté décidées à cette fin doivent respecter le cadre légal, ce qui signifie qu'elles doivent être individualisées, motivées et proportionnées. Au surplus, les pratiques d'isolement et de contention, diverses d'une unité à l'autre, ont parfois un caractère punitif ou une visée disciplinaire.

Enfin, malgré l'ancienneté de la loi instituant un registre d'isolement et de contention, les données de traçabilité des pratiques d'isolement et de contention ne sont fiables et exploitables que depuis le 1^{er} juin 2023. La saisine du JLD au titre des mesures d'isolement et de contention est effectuée mais les manquements précédemment exposés (comme la non-réalisation du deuxième examen médical par 24h) sont de nature à compromettre l'effectivité de son contrôle.

Les pratiques d'isolement et de contention ne font pas l'objet d'une analyse régulière au sein des différents services, y compris via le rapport annuel prévu par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

⁵ Hormis les 12 chambres d'isolement de l'UMD.

⁶ Article R 3222-1 du code de la santé publique.

Les restrictions à la liberté d'aller et venir des patients et les pratiques d'isolement et de contention doivent être redéfinies et mises en œuvre dans le strict respect des normes et procédures applicables.

Les chambres dites sécurisées doivent être transformées en chambre hospitalière et mises aux normes.

Les soignants ne sont pas placés dans des conditions favorables à l'exercice de leurs missions.

Dans de nombreux services sectorisés et dans toutes les unités de l'UMD, les effectifs soignants (infirmiers et aides-soignants) sont régulièrement identiques aux « effectifs de sécurité en cas de grève », ce qui indique que ces services fonctionnent fréquemment en mode dégradé. Dans plusieurs pôles, l'absentéisme dépasse 10 %. Le manque de personnel entraîne des conséquences directes sur la mise en œuvre des projets de soins des patients puisque dans de nombreuses unités, les activités sont rares et les sorties accompagnées sont limitées à quelques-unes par mois pour l'ensemble des patients du service.

Plusieurs soignants rencontrés n'ont pas bénéficié de formation depuis plusieurs années, y compris s'agissant des formations obligatoires aux gestes et soins d'urgence ou liées directement à leur exercice professionnel. Les formations relatives aux droits des patients, à l'isolement et à la contention sont insuffisantes. Seuls quelques services ont accès à un dispositif de supervision, plusieurs programmes ayant été annulés faute de financement accordé par la direction. Aucun infirmier de pratique avancée n'est en poste sur l'intra hospitalier ; aucun pair-aidant n'exerce dans l'établissement.

Le « pool de soignants » effectuant les transports des malades depuis le service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP) du centre hospitalier Charles-Perrens de Bordeaux ou depuis les structures extérieures n'est constitué que d'agents des services mis à disposition à tour de rôle. De la même façon, l'activité de sismothérapie n'a pas bénéficié de création de poste alors même qu'elle constitue une activité de psychiatrie à part entière et dispose d'un plateau technique récent à la disposition de tout le territoire.

Il est par ailleurs prévu que les soignants d'un service de l'UMD dont la fermeture provisoire est programmée ne soient pas réaffectés au sein des autres services de l'UMD, mais en majorité dans les unités sectorisées du centre hospitalier spécialisé, alors même que l'UMD est financée pour un recrutement de niveau national.

Enfin, faute de temps médical suffisant, l'accès aux soins psychiatriques et somatiques n'est assuré que grâce au dévouement des médecins restants, d'autant que peu de mesures d'attractivité sont mises en place.

Les atteintes aux droits des patients ainsi constatées appellent sans délai des adaptations architecturales majeures et des mesures urgentes d'amélioration des pratiques professionnelles et de réorganisation des soins. Une réflexion générale doit rapidement être engagée entre l'établissement et l'agence régionale de santé sur la filière d'admission, tant pour les urgences psychiatriques des secteurs que pour les situations les plus difficiles au niveau national, réflexion englobant la question des prises en charge dans les unités Moreau, Claude et à l'USIP.

Au regard de ces constats, je vous saurais gré, Monsieur le ministre, de bien vouloir prendre toutes mesures utiles pour remédier à ces dysfonctionnements, qui portent des atteintes graves aux droits fondamentaux des patients, et de me tenir informée des dispositions prises à ce titre.

Pour votre complète information, la présente lettre et, le cas échéant, vos observations, seront publiées en annexe du rapport de la visite du centre hospitalier spécialisé.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Avec mon excellent souvenir !

Dominique SIMONNOT
Contrôleure générale
des lieux de privation de liberté



16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr