

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

5 au 9 février 2024 – 2<sup>ème</sup> visite

Clinique de Beaupuy

(Haute-Garonne)



## SYNTHESE

Une équipe de huit contrôleurs a effectué une deuxième visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy (Haute-Garonne) du 5 au 9 février 2024. Seule une des douze recommandations formulées à l'issue de la première visite, en 2017, a été mise en œuvre, s'agissant de la formation de l'agent administratif en charge du suivi des procédures de soins sans consentement.

La clinique de Beaupuy (CB) participe, de façon non sectorisée et non exclusive, à la prise en charge des troubles mentaux des Haut-Garonnais, en complémentarité avec le centre hospitalo-universitaire Purpan (CHU), le centre hospitalier Gérard Marchant et sept autres cliniques privées. Le secteur privé assure 78,1 % de l'activité de soins de santé mentale dans le département en 2022. Une situation qualifiée de « critique sur le très long terme », concernant la gestion urgente de l'accueil et de l'orientation des patients au CHU, a conduit l'agence régionale de santé (ARS) à autoriser la clinique de Beaupuy à la prise en charge de patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) depuis 2005. La capacité de la clinique s'élève à 168 lits, dont 31 sont dédiés à la prise en charge des patients hospitalisés en SSC. L'extension de cette habilitation pour 10 lits supplémentaires prise par l'ARS le 1<sup>er</sup> juillet 2021 reste en attente d'autorisation officielle. L'établissement n'accueille pas de mineurs ni de détenus et ne dispose pas d'une filière de gérontopsychiatrie. L'excellent état des espaces communs et l'étendue agréable du vaste parc contrastent avec l'ensemble des locaux des unités, terne et sans décoration, pour lesquels la réhabilitation prévue à l'agenda du précédent projet d'établissement, concernant notamment les chambres, n'a pas été mise en œuvre.

L'activité de SSC est très majoritairement dérogatoire. 92 % des patients hospitalisés en SSC sont accueillis dans le cadre des soins à la demande d'un tiers en urgence et ainsi privés de l'intervention effective d'un tiers et d'une double évaluation médicale spécialisée avant leur privation de liberté. Certains d'entre eux se voient privés de liberté sans base légale dès leur prise en charge dans le service d'accueil des urgences du CHU, parfois jusqu'à 72 heures avant la signature d'une décision d'admission par la directrice de la clinique, et parfois placés sous contention sans information du juge des libertés et de la détention (JLD) comme l'impose la loi. S'agissant du contrôle de leur hospitalisation, 53,8 % des patients concernés n'ont pas été présentés au JLD en 2023.

Le contexte départemental de l'exercice psychiatrique, qui concerne également la clinique de Beaupuy, révèle une inadéquation des ressources de lits d'hospitalisation à temps complet et de l'effectif des psychiatres et des soignants aux besoins de la population concernée. L'effectif du personnel soignant de la clinique fait face à des difficultés majeures de recrutement et à un taux de renouvellement élevé. Les effectifs de jour des deux unités concernées par les SSC comptent respectivement 88 et 86 % de soignants employés en contrat à durée déterminée. Aucune formation concernant les droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC ne leur est régulièrement dispensée. L'information des patients relative à leurs droits est en conséquence insuffisante, à l'exception de celle, rigoureuse, communiquée par la seule assistante médico-administrative (AMA) spécifiquement formée pour ce faire.

La qualité des soins dispensés est entravée par plusieurs facteurs : Les équipes soignantes ne sont pas stables en raison des difficultés de recrutement sus-évoquées. Les patients ne font pas l'objet d'un projet de soins psychiatriques formalisé. Les soignants ne sont pas régulièrement associés aux entretiens médicaux. Les patients et les soignants ont fait état de la brièveté du passage quotidien des psychiatres, uniquement le matin, insuffisante pour répondre aux besoins d'échange et d'évaluation. Deux infirmières portent seules un projet de réhabilitation psychosociale, pour lequel de difficiles recrutements sont en cours. L'établissement rencontre des difficultés pour assurer une présence somatique quotidienne continue depuis une année. Les gardes des médecins généralistes sont difficilement assurées et un système palliatif d'astreinte a été mis en place. Les patients ne bénéficient dans ce cadre d'aucune séance d'éducation thérapeutique. L'unité d'addictologie ne met pas en œuvre les protocoles de soins spécifiques à ce domaine de prise en charge et n'assure pas les soins addictologiques éventuellement nécessaires pour les patients concernés. Aucun patient hospitalisé ne se voit systématiquement proposer la rédaction

et la mise en œuvre de directives anticipées et l'établissement n'a recruté aucun médiateur de santé pair malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats d'études scientifiques. Les sorties d'hospitalisation sont peu anticipées, aucune réunion de synthèse spécifique n'est régulièrement mise en œuvre, le suivi ambulatoire n'est pas organisé afin d'assurer la suite des soins et de prévenir une nouvelle présentation rapide du patient aux urgences et les courriers adressés aux généralistes référents ne sont pas systématiquement rédigés.

En revanche des activités thérapeutiques sont quotidiennement proposées l'après-midi en semaine, au moyen de l'organisation adéquate d'ateliers spécifiques par des intervenants spécialisés.

L'évolution des pratiques d'isolement et de contention et leur traçabilité sont insuffisamment inscrites dans le cadre de l'évolution des dispositions législatives, au motif notamment du défaut d'une formation adaptée, régulièrement dispensée et destinée à l'ensemble du personnel soignant. La chambre d'isolement de l'unité 4 ne respecte pas la dignité, l'intimité et la sécurité des patients. L'espace d'apaisement de l'unité 5 présente les caractéristiques d'une chambre d'isolement. Des mesures illégales d'isolement, pouvant concerner des patients hospitalisés en soins libres, y sont mises en œuvre, sans traçabilité adaptée, ni respect des dispositions légales relatives à l'information du JLD et de la commission départementale des soins psychiatriques. Des décisions d'isolement sont prises par des médecins non-psychiatres. L'absence de salons d'apaisement, le défaut d'outils informatiques fiables permettant le recueil et l'analyse statistique des données et l'absence de sollicitation de la structure de réflexion éthique dans ce cadre notamment complètent la faiblesse de mise en œuvre d'une politique d'alternatives à ces pratiques. Une procédure adaptée de traitement et de prévention des événements indésirables fait par ailleurs défaut. Pour autant, le recours à l'isolement et la contention, tel qu'il résulte des données communiquées, est faible au regard des pratiques recensées au niveau national et les équipes soignants tentent de mettre en place toute mesure alternative en amont, en dépit d'une formation insuffisante et de l'absence de lieux adaptés à l'apaisement.

Les restrictions de la vie quotidienne, qui concernent principalement la liberté d'aller et venir, sont individualisées et réévaluées mais peuvent concerner des patients hospitalisés en soins libres. Les droits d'exercice du vote et du culte sont respectés. Ceux relatifs à l'intimité et la sexualité des patients ne font l'objet d'aucune réflexion institutionnelle mais sont traités de manière individualisée par le personnel soignant. Un dispositif conséquent de vidéosurveillance est implanté, notamment dans les espaces communs et les circulations. Un nombre très insuffisant d'agents a bénéficié de la formation à la sécurité incendie. La situation du site, isolé dans la campagne et qu'aucun transport en commun ne dessert directement, ne garantit pas la sécurité des patients et des visiteurs dépourvus de voiture, qui doivent effectuer un parcours piéton prolongé le long d'une route passante.

Les locaux et l'effectif de la pharmacie d'usage interne ne lui permettent pas de répondre à l'exercice de ses missions ni de garantir la sécurité des patients dans le cadre des procédures de contrôle des ordonnances, de délivrance et d'administration des médicaments. Les travaux de restructuration *ad hoc* prévus pour l'année 2020 n'avaient pas été mis en œuvre lors de la visite.

Un rapport provisoire de visite a été adressé par courrier le 2 juillet 2024 au chef d'établissement, au préfet du département de Haute-Garonne, à l'agence régionale de santé d'Occitanie, au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Toulouse les invitant à faire valoir leurs observations en retour dans un délai de quatre semaines. Seule la cheffe d'établissement a répondu, par courrier le 29 juillet 2024, ses observations sont intégrées dans le présent rapport.

## SOMMAIRE

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

**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.

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>4</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>13</b>
<b>2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE .....</b>	<b>14</b>
<b>3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>16</b>
3.1. Les trois quarts de l'activité départementale de soins psychiatriques sont assurés par le secteur privé dans un contexte de tension organisationnelle.....	16
<b>Recommandation 1.....</b>	<b>16</b>
Les modalités d'accès à l'établissement doivent garantir la sécurité des patients et de leurs visiteurs, la réalisation des démarches nécessaires à l'élaboration de leurs projets de sortie, et l'éventuel accès aux prises en charge de réhabilitation psychosociale.	
<b>Recommandation 2.....</b>	<b>17</b>
L'agence régionale de santé Occitanie doit mettre en œuvre une organisation départementale des soins psychiatriques qui implique une adéquation du dispositif d'hospitalisation complète, de soins ambulatoires, des effectifs et de la répartition des psychiatres et des soignants, aux nécessités de la prise en charge des troubles mentaux et à la situation démographique de la population.	
<b>Recommandation 3.....</b>	<b>19</b>
Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens signé avec l'agence régionale de santé Occitanie doit comporter des indicateurs de suivi spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et un développement de ceux concernant les pratiques d'isolement et de contention.	
3.2. La pérennité de l'habilitation à l'activité de SSC concernant dix lits n'est pas garantie en l'absence d'autorisation et de financement adéquats .....	19
<b>Recommandation 4.....</b>	<b>20</b>
L'application de la réforme du financement des activités de psychiatrie ne doit pas priver les patients de l'accès à des dispositifs de soins de santé mentale dont la qualité est éprouvée et reconnue par les professionnels et les usagers.	
<b>Recommandation 5.....</b>	<b>20</b>
L'habilitation complémentaire de l'établissement à l'activité de soins sans consentement sur dix lits, renouvelée chaque semestre depuis le mois de juillet 2021, doit faire l'objet d'une autorisation officielle et bénéficier d'un mode de financement adéquat, pour le bénéfice de sa pérennité au service des patients concernés.	

<b>Recommandation 6</b> .....	<b>22</b>
La rémunération des soignants doit permettre une organisation de l'offre territoriale de soins, dans le cadre d'une complémentarité et de partenariats entre les secteurs public et privé, qui réponde aux besoins de prise en charge de santé mentale de la population concernée.	
3.3. La gestion des ressources humaines compromet la continuité des soins et insécurise le personnel.....	22
<b>Recommandation 7</b> .....	<b>27</b>
La direction doit garantir le recrutement d'un effectif de soignants qui permette de répondre aux besoins de soins des patients, ainsi que des conditions d'exercice qui engagent les soignants à se stabiliser dans l'emploi et préviennent un taux de renouvellement péjorant la qualité des soins dispensés.	
<b>Recommandation 8</b> .....	<b>29</b>
Tous les soignants doivent bénéficier de formations régulières concernant le droit des patients hospitalisés en soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention, à un rythme adapté au renouvellement du personnel.	
<b>Recommandation 9</b> .....	<b>29</b>
Une procédure spécifique de l'accueil des soignants employés dans le cadre d'un contrat à durée déterminée doit impliquer le cadre de l'unité et prévoir un accompagnement à la prise de fonction de l'agent concerné.	
<b>Recommandation 10</b> .....	<b>29</b>
Les équipes soignantes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles régulières et animées par un intervenant extérieur spécifiquement formé.	
3.4. Une procédure adaptée de traitement et de prévention des évènements indésirables fait défaut .....	30
<b>Recommandation 11</b> .....	<b>32</b>
La possibilité de déclarer un événement indésirable doit être garantie pour chaque agent. Une procédure pertinente de production et d'analyse de données statistiquement exploitables, associée à une formation adéquate du personnel, doit contribuer à une prévention efficace de la survenue des événements indésirables.	
<b>Recommandation 12</b> .....	<b>33</b>
L'établissement doit s'assurer que le protocole relatif à la gestion du décès d'un patient est diffusé et connu de l'ensemble des professionnels.	
3.5. La structure de réflexion éthique aborde des sujets relatifs aux droits des patients mais elle est peu sollicitée par les professionnels.....	34
<b>Recommandation 13</b> .....	<b>34</b>
La direction doit régulièrement informer l'ensemble du personnel de l'existence, des objectifs et des modalités de saisine et de fonctionnement de la structure de réflexion éthique.	
<b>4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>35</b>
4.1. 92 % des patients admis en soins sans consentement l'ont été sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence en 2023 .....	35

<b>Recommandation 14</b> .....	<b>35</b>
L'établissement doit se doter d'outils informatiques permettant de produire des données statistiques exploitables de son activité de soins sans consentement.	
<b>Recommandation 15</b> .....	<b>36</b>
Les admissions en soins sans consentement s'effectuent en principe sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, garantissant une double évaluation médicale avant l'hospitalisation. Le recours aux procédures dérogatoires, relatives aux soins en cas de péril imminent et à la demande d'un tiers en urgence, doit être exceptionnel. La recherche du tiers doit être effective dans l'ensemble des sites d'accueil des urgences psychiatriques lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur.	
<b>Recommandation 16</b> .....	<b>36</b>
Une personne ne peut être admise en soins psychiatriques sans consentement, qui plus est en hospitalisation complète, sans une décision, formalisée et motivée, de l'autorité compétente. Les périodes d'observation et de soins initiales de 24h et 72h, prévues à l'article L. 3112-2-2 du code de la santé publique, ne peuvent s'effectuer que sous le couvert d'une telle décision.	
<b>Recommandation 17</b> .....	<b>37</b>
Le transfert des patients de l'unité 4 vers l'unité 1 doit faire l'objet d'une logique de projet de soin plutôt que d'un simple critère d'âge, d'une anticipation prévenant toute précipitation inadaptée et d'un accompagnement soignant spécifique.	
<b>Bonne pratique 1</b> .....	<b>38</b>
Une assistante médico-administrative spécifiquement formée, référente de la gestion des soins sans consentement, dont le bureau se situe au sein de l'unité spécifique pour une proximité et une disponibilité envers l'équipe et les patients, assure une réunion hebdomadaire d'information s'agissant des soins sans consentement, à destination de tous les patients concernés.	
4.2. L'information orale et écrite est insuffisante.....	<b>38</b>
<b>Recommandation 18</b> .....	<b>39</b>
Le livret d'accueil doit comporter les informations concernant les droits et voies de recours relatifs aux soins sans consentement. Le règlement intérieur, les règles de vie, les droits et voies de recours relatifs aux soins sans consentement, les coordonnées des personnes et des institutions à joindre pour l'exercice de ces voies de recours, doivent être affichés et régulièrement mis à jour dans les unités.	
<b>Recommandation 19</b> .....	<b>40</b>
La notification des droits et des voies de recours du patient hospitalisé en soins sans consentement doit être réalisée, et renouvelée de façon adaptée à son état clinique. Le formulaire utilisé doit rigoureusement distinguer les différents modes d'hospitalisation en soins sans consentement.	
<b>Recommandation 20</b> .....	<b>40</b>
Les patients hospitalisés en soins sur décision du directeur de l'établissement doivent connaître l'identité du tiers demandeur impliqué.	
<b>Recommandation 21</b> .....	<b>40</b>
La procédure d'accès au dossier médical doit respecter les dispositions légales et les patients doivent bénéficier d'une lecture médicalement accompagnée en cas de besoin, afin d'obtenir toute explication utile à sa compréhension.	
<b>5. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>41</b>

5.1. Les espaces communs sont accueillants et bien entretenus mais les unités d'hospitalisation n'ont pas fait l'objet de la réhabilitation prévue .....	41
<b>Recommandation 22</b> .....	<b>41</b>
Les chambres des unités 1 et 4, vétustes, et leurs salles d'eau, dysfonctionnelles, doivent faire l'objet d'une réhabilitation garantissant le respect de la dignité des patients hébergés.	
5.2. L'hygiène est assurée.....	42
5.3. La gestion des biens des patients est formalisée et assurée.....	42
5.4. Les patients sont satisfaits des repas mais certains d'entre eux sont servis dans des assiettes en carton .....	43
<b>Recommandation 23</b> .....	<b>43</b>
Tous les patients doivent pouvoir s'alimenter dans des assiettes et avec des couverts qui respectent leur dignité et préviennent toute forme de stigmatisation.	
<b>6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>45</b>
6.1. Les restrictions à la liberté d'aller et venir sont individualisées et réévaluées mais peuvent concerner des patients hospitalisés en soins libres .....	45
<b>Recommandation 24</b> .....	<b>45</b>
Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une restriction de sa liberté de circulation, sans modification rapide et adaptée de son statut d'hospitalisation.	
<b>Recommandation 25</b> .....	<b>46</b>
L'établissement doit mettre en place un affichage adapté dans les espaces placés sous vidéosurveillance. L'objectif de placer des caméras dans les espaces communs, hors accès et circulations, doit être réévalué.	
<b>Recommandation 26</b> .....	<b>47</b>
La formation au risque incendie doit être renforcée, tenir compte du taux de renouvellement du personnel et intégrer les intérimaires.	
6.2. Le rythme des patients est respecté et les restrictions de la vie quotidienne sont peu contraignantes.....	47
<b>Recommandation 27</b> .....	<b>48</b>
Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac, en l'absence de consigne médicale spécifique individualisée relative à leur état clinique.	
6.3. Le maintien des liens sociaux et familiaux est assuré mais la procédure de confidentialité n'est pas maîtrisée .....	48
<b>Recommandation 28</b> .....	<b>48</b>
Les patients doivent pouvoir conserver le chargeur de leur téléphone portable en l'absence de consigne médicale.	
<b>Recommandation 29</b> .....	<b>49</b>
Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être rappelé au patient à l'admission et une procédure <i>ad hoc</i> doit en garantir l'exercice.	
6.4. L'exercice du droit de vote est facilité .....	50
6.5. L'accès au culte est prévu mais l'information est sommaire .....	50

<b>Recommandation 30</b> .....	<b>50</b>
Les patients doivent pouvoir contacter les aumôniers du culte de leur choix et disposer d'un affichage mis à jour de leurs coordonnées.	
6.6. La vie sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle .....	50
<b>Recommandation 31</b> .....	<b>51</b>
Les patients doivent bénéficier d'une information, d'actions spécifiques d'éducation thérapeutique concernant la contraception, le dépistage et les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, et d'un accès à des préservatifs. L'établissement doit mettre en œuvre une réflexion institutionnelle s'agissant de la sexualité et de l'intimité des patients.	
<b>7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION</b> .....	<b>52</b>
7.1. La chambre dite « d'apaisement » est configurée comme une chambre d'isolement et les deux chambres où est pratiqué l'isolement sont dotées de cameras.....	52
<b>Recommandation 32</b> .....	<b>52</b>
Afin de respecter la dignité et la sécurité des patients, la chambre d'isolement doit permettre un accès continu aux toilettes et à un point d'eau, être équipée d'un bouton d'appel accessible aussi en position allongée, disposer d'un mobilier adapté à la prise d'un repas et d'un accès à l'air libre.	
<b>Recommandation 33</b> .....	<b>53</b>
La présence d'un hublot sur la porte, qui ne peut être occulté, ainsi que d'une caméra dans la chambre, avec visibilité constante sur le lit, porte atteinte à l'intimité et à la dignité des personnes placées à l'isolement ou sous contention. Ces équipements doivent être retirés. Les patients doivent bénéficier d'une surveillance humaine continue favorisant le lien thérapeutique.	
<b>Recommandation 34</b> .....	<b>53</b>
Le port du pyjama institutionnel lors du placement en isolement doit être individualisé et répondre à des critères cliniques, plutôt que systématique.	
<b>Recommandation 35</b> .....	<b>54</b>
Pour pouvoir répondre à sa finalité, la chambre dite « d'apaisement » doit faire l'objet de travaux qui lui confèrent une convivialité, une température agréable toute l'année et un accès à l'éclairage naturel et à une vue extérieure. Elle doit être spécifiquement équipée et son accès doit être libre, le patient pouvant choisir de s'y enfermer au moyen d'un verrou de confort. Toute pratique de coercition et de vidéosurveillance doit y être proscrite.	
7.2. Des patients en soins libres font l'objet de pratiques d'isolement illégales.....	54
<b>Recommandation 36</b> .....	<b>56</b>
Un espace d'apaisement, équipé de façon adaptée, doit être aménagé au sein de l'unité 4, favorisant la mise en œuvre d'alternatives aux pratiques d'isolement et de contention.	
<b>Recommandation 37</b> .....	<b>56</b>
Les décisions d'isolement, de contention et de leur renouvellement dans les délais légaux, doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.	
<b>Recommandation 38</b> .....	<b>57</b>
Aucun patient ne doit être admis à la clinique en chambre d'isolement, même « porte ouverte », au motif de la gestion du flux des entrées et sans faire l'objet d'une décision psychiatrique spécifique.	



<b>Recommandation 39</b> .....	<b>58</b>
Tout placement à l'isolement d'un patient en soins libres est illégal. Un tel placement entraîne immédiatement la requalification du statut du patient en soins sans consentement. Il doit être mis fin au recours, pour les patients en soins libres de la clinique, à la chambre d'isolement, abusivement dénommée « chambre d'apaisement », située dans l'unité 5.	
<b>Recommandation 40</b> .....	<b>59</b>
La commission départementale des soins psychiatriques doit être informée de l'ensemble des mesures d'isolement réalisées dans l'établissement.	
<b>Recommandation 41</b> .....	<b>59</b>
Un seul registre doit permettre la traçabilité exhaustive de toutes les mesures d'isolement.	
<b>Recommandation 42</b> .....	<b>60</b>
Les actes de surveillance infirmière doivent être rigoureusement tracés dans le dossier patient.	
<b>Recommandation 43</b> .....	<b>60</b>
Le juge des libertés et de la détention doit être avisé et saisi, selon les mêmes modalités, de toute décision d'isolement.	
<b>8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>62</b>
8.1. Les représentants des usagers sont investis dans les instances de l'établissement.....	62
8.2. Le registre de la loi est correctement renseigné en temps réel malgré quelques omissions ...	63
<b>Recommandation 44</b> .....	<b>64</b>
Les décisions d'admission et les certificats médicaux doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.	
<b>Recommandation 45</b> .....	<b>64</b>
Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner la date et l'heure à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et les droits y afférents ainsi que la date, l'heure et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention.	
<b>Recommandation 46</b> .....	<b>65</b>
Conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Haute-Garonne, le président du tribunal judiciaire de Toulouse et le maire de la commune de Beaupuy, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.	
8.3. 53,8 % des patients convoqués n'ont pas comparu devant le juge des libertés et de la détention en 2023 .....	65
<b>Bonne pratique 2</b> .....	<b>66</b>
L'assistante médico-administrative référente de la gestion des soins sans consentement accompagne les patients concernés tout au long de leur parcours s'agissant de l'information concernant leurs droits à chaque étape, de la notification des convocations devant le juge, de l'assistance présente aux audiences et de la notification des décisions.	
<b>Recommandation 47</b> .....	<b>66</b>
La certification médicale d'une contre-indication à la présentation à une audience ne saurait constituer un moyen de priver les patients hospitalisés en soins sans consentement de leur droit d'accès au juge des libertés et de la détention. Le triplement de la production de ce type de	

certificat entre 2022 et 2023 doit faire l'objet d'une analyse rigoureuse, et la certification doit strictement répondre à des critères cliniques objectifs.

<b>9. LES SOINS.....</b>	<b>69</b>
9.1. Les patients ne font pas l'objet de projets de soins personnalisés formalisés et déplorent la brièveté de leurs échanges avec les psychiatres .....	69
<b>Recommandation 48.....</b>	<b>70</b>
Les patients doivent bénéficier de projets de soins individualisés, régulièrement réévalués en équipe pluriprofessionnelle et tracés, en concertation avec des psychiatres disponibles pour une évaluation clinique régulière et adaptée aux besoins de la prise en charge de leurs troubles mentaux.	
<b>Recommandation 49.....</b>	<b>70</b>
Les patients, qui font l'objet d'une indication, doivent pouvoir initier ou poursuivre une prise en charge individuelle avec un psychologue, indépendamment de leur statut d'hospitalisation.	
<b>Recommandation 50.....</b>	<b>70</b>
Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues.	
<b>Recommandation 51.....</b>	<b>71</b>
Des réunions de supervision doivent être proposées aux soignants de chaque unité, pour leur permettre des échanges avec un professionnel indépendant, concernant leur vécu et leurs pratiques.	
<b>Recommandation 52.....</b>	<b>73</b>
L'effectif des intervenants doit pouvoir répondre aux besoins des patients hospitalisés en termes d'activités et permettre de leur garantir une dimension thérapeutique. Les intervenants doivent participer à des réunions pluriprofessionnelles de restitution de l'évolution des patients qui les pratiquent, afin de garantir la cohérence des prises en charge soignantes et la dimension thérapeutiques des activités.	
<b>Recommandation 53.....</b>	<b>73</b>
Les patients doivent bénéficier d'un accès autonome et quotidien à la bibliothèque.	
<b>Recommandation 54.....</b>	<b>73</b>
Le projet de réhabilitation psychosociale doit bénéficier d'un investissement institutionnel pluriprofessionnel et prioriser le recrutement d'intervenants formés, afin que les patients concernés bénéficient de ces prises en charge spécifiques.	
<b>Recommandation 55.....</b>	<b>74</b>
Les patients qui font l'objet d'une indication doivent avoir accès à des soins d'addictologie dispensés par des soignants spécifiquement formés.	
<b>Recommandation 56.....</b>	<b>74</b>
Le déroulement des séances de sismothérapie doit être systématiquement assuré conjointement par un anesthésiste-réanimateur et un psychiatre, afin de garantir la qualité du soin dispensé et la sécurité du patient concerné.	
<b>Recommandation 57.....</b>	<b>74</b>
Des séances de rTMS doivent être mises en œuvre au service des patients qui font l'objet d'une indication spécifique, l'établissement ayant acquis le matériel pour ce faire.	

9.2. Les patients ne bénéficient pas de soins addictologiques ni de séances d'éducation thérapeutique répondant à leurs besoins.....	74
<b>Recommandation 58.....</b>	<b>75</b>
L'organisation de la permanence des soins somatiques doit en garantir aux patients un accès continu répondant à leurs besoins.	
<b>Recommandation 59.....</b>	<b>77</b>
Les patients qui en formulent la demande ou font l'objet d'une indication spécifique doivent avoir accès à des soins d'addictologie adaptés à leurs besoins.	
<b>Recommandation 60.....</b>	<b>77</b>
Les patients doivent bénéficier de séances d'éducation thérapeutique régulières et diversifiées, animées par des intervenants spécifiquement formés.	
9.3. L'insuffisance d'anticipation de la procédure de sortie ne garantit pas la mise en place d'un suivi ambulatoire de qualité .....	77
<b>Recommandation 61.....</b>	<b>78</b>
Les programmes de soins doivent présenter un contenu et une progressivité correspondant à l'état clinique du patient, afin de l'accompagner vers le consentement aux soins et la levée de la mesure de contrainte.	
<b>Recommandation 62.....</b>	<b>80</b>
Les sorties doivent être accompagnées et anticipées, afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter que le patient ne se présente de nouveau à bref délai aux urgences. Un suivi psychiatrique, comprenant notamment des rendez-vous programmés, doit être organisé à la sortie du patient, selon son état clinique et ses besoins médico-sociaux. Les courriers à l'adresse du médecin traitant doivent être systématiquement rédigés.	
<b>Recommandation 63.....</b>	<b>81</b>
Des partenariats et des conventionnements doivent être activement recherchés pour garantir aux patients âgés ou en perte d'autonomie des solutions de prise en charge adaptées à leur état de santé.	
9.4. Les outils d'appui à la recherche du consentement du patient ne sont pas mis en œuvre .....	81
<b>Recommandation 64.....</b>	<b>82</b>
La personne de confiance doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de la contre-signature du formulaire spécifique, et son association régulière aux étapes du projet de soins du patient.	
<b>Recommandation 65.....</b>	<b>82</b>
L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations en soins sans consentement.	
9.5. L'organisation du circuit du médicament ne garantit pas la sécurité du patient.....	82
<b>Recommandation 66.....</b>	<b>83</b>
L'adaptation urgente de l'effectif de la pharmacie d'usage interne, de l'efficacité de son système informatique et des modalités de rangement des médicaments dans l'armoire spécifique des unités, doivent garantir la sécurité des patients dans le cadre des procédures de contrôle des ordonnances, de délivrance et d'administration des médicaments. La pharmacie d'usage interne doit disposer de locaux adaptés aux nécessités de son organisation et de l'exercice de ses missions.	

**Recommandation 67**.....84  
La procédure d'administration des médicaments dans les unités doit garantir la confidentialité des traitements.

**Recommandation 68**.....84  
Les patients doivent tous bénéficier d'une procédure de conciliation médicamenteuse, qui implique la pertinence d'une rencontre et d'un échange avec l'équipe de pharmacie.

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Julien Starkman, chef de mission ;
- Caroline Belda ;
- Irène Boffy ;
- Jean-François Carrillo ;
- Samuel Gautier ;
- Philippe Lescène ;
- Laurent Ludowicz ;
- Claire Simon.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite de la clinique de Beaupuy (département de Haute-Garonne) du 5 au 9 février 2024. La clinique avait fait l'objet d'une première visite au mois de mars 2017<sup>1</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 5 février à 14h30 et l'ont quitté le 9 février à 12h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le préfet de la Haute-Garonne, l'agence régionale de santé (ARS) Occitanie et le président du tribunal judiciaire (TJ) de Toulouse ont également été avisés de ce contrôle par courriel.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement.

Une salle de travail et un équipement en informatique ont été mis à leur disposition. L'ensemble des documents demandés a été transmis tardivement au cours de la visite, au motif de difficultés liées à la sécurité du système informatique. Des affichettes signalant la visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et rencontrées à leur demande.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 9 février, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé par courrier le 2 juillet 2024 au chef d'établissement, au préfet du département de Haute-Garonne, à l'agence régionale de santé d'Occitanie, au président du tribunal judiciaire de Toulouse ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal pour une période d'échange contradictoire de quatre semaines. Seule la cheffe d'établissement a répondu, par courrier le 29 juillet 2024, ses observations sont intégrées dans le présent rapport, de façon spécifiquement encadrée.

---

<sup>1</sup> CGLPL, Rapport de visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy, mars 2017 (en ligne).

## 2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

Onze des douze recommandations émises par le CGLPL dans son rapport relatif à sa première visite de la clinique de Beauvuy, au mois de mars 2017, n'ont pas été prises en compte par l'établissement :

Prise en compte de la recommandation émise	Oui	Non
1. En application de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le président du tribunal de grande instance ou son délégué et le procureur de la République doivent visiter une fois par an l'établissement et contrôler les registres.		X
2. Les décisions d'admission et de maintien en hospitalisation doivent comporter l'adresse du tribunal et de la CDSP afin de faciliter l'exercice des voies de recours ; une copie doit être remise au patient.		X
3. Les médecins, à l'occasion de la rédaction des certificats médicaux proposant le maintien de l'hospitalisation ou en définissant le mode, doivent informer le patient et recueillir ses observations.		X
4. Le livret d'accueil doit être mis à jour ; il doit comporter une information claire sur les recours possibles, à distinguer des autorités avec lesquelles les patients sont en droit de communiquer ; les adresses des diverses autorités doivent être précisées.		X
5. Le document d'information sur les spécificités liées aux soins sans consentement affiché dans l'unité 4 doit être mis à jour et complété.		X
6. Les causes de l'absentéisme des patients aux audiences du JLD doivent être identifiées et traitées.		X
7. Afin de sécuriser les procédures et d'être en mesure d'informer les patients de la manière la plus précise possible, il conviendrait que la secrétaire bénéficie d'une formation spécifique sur les droits des patients en soins sans consentement.	X	
8. La personne de confiance doit être contactée et informée du souhait du patient ; elle doit signifier son accord et être invitée à participer au processus d'information sur les soins prodigués.		X
9. Dans la journée, toute décision d'isolement ou de contention doit être prise par le médecin psychiatre de garde dans l'établissement. La nuit et les fins de semaine, la décision prise par le médecin généraliste doit être validée par le psychiatre d'astreinte qui doit se déplacer.		X
10. La chambre d'isolement doit permettre au patient d'allumer et éteindre la lumière et d'accéder au bouton d'appel, même en cas de contention. Des patères anti-suicide dans la salle d'eau permettraient d'accrocher vêtements et serviettes. L'écran de vidéosurveillance ne doit pas être visible par les patients.		X
11. La chambre d'apaisement doit permettre au patient d'accéder au bouton d'appel, même en cas de contention. Elle doit être équipée d'une horloge pour se repérer dans le temps. Des patères anti-suicide dans la salle d'eau permettraient d'accrocher vêtements et serviettes.		X
12. Le registre d'isolement et de contention doit recenser les patients pour lesquels une restriction de liberté est effective, quelle que soit la chambre occupée. Il ne doit pas être renseigné pour l'occupation d'une chambre d'apaisement ouverte. La prescription de l'isolement, y compris dans une chambre d'apaisement, ne peut être prolongée, au-delà d'un temps limité de crise, que dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement, ouvrant au patient des voies de recours et le contrôle du juge. Les mesures de contention doivent être portées au registre, même lorsqu'elles sont pratiquées hors la chambre		X

d'isolement. Le registre prévu par la loi doit permettre une analyse des pratiques dans le temps et faire l'objet d'un retour d'expérience entre soignants.		
---	--	--

### 3. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

#### 3.1. LES TROIS QUARTS DE L'ACTIVITÉ DÉPARTEMENTALE DE SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURÉS PAR LE SECTEUR PRIVÉ DANS UN CONTEXTE DE TENSION ORGANISATIONNELLE

##### 3.1.1. La situation de l'établissement au sein de l'offre de soin départementale

La clinique de Beaupuy (CB), créée en 1964, située dans le village éponyme à l'Est de Toulouse et isolée dans la campagne à l'orée de son parc de 6 hectares, n'est accessible qu'au moyen de deux lignes de bus mal desservies<sup>2</sup>, dont l'arrêt implique pour les visiteurs un cheminement sur le bas-côté, sans protection adaptée, d'une route très empruntée par les automobilistes. Cette situation d'isolement complexifie également les démarches des patients à effectuer dans le cadre de l'élaboration des projets de sortie et de réinsertion dans le corps social, et pourrait constituer une difficulté dans la réalisation des soins de réhabilitation psychosociale que l'établissement souhaitait mettre en œuvre lors de la visite.

#### Recommandation 1

Les modalités d'accès à l'établissement doivent garantir la sécurité des patients et de leurs visiteurs, la réalisation des démarches nécessaires à l'élaboration de leurs projets de sortie, et l'éventuel accès aux prises en charge de réhabilitation psychosociale.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les patients sont systématiquement accompagnés dans leurs démarches, au besoin avec un soignant accompagnant en renfort* ».

La clinique participe, de façon non sectorisée et non exclusive, à la prise en charge des troubles mentaux des Haut-Garonnais. Elle intervient sur le territoire de santé départemental en complémentarité avec le centre hospitalo-universitaire (CHU) Purpan, le centre hospitalier Gérard Marchant<sup>3</sup> (CHGM), tous deux situés à Toulouse, une autre clinique du groupe *Ramsay Santé* (clinique des Cèdres à Cornebarrieu), trois cliniques du groupe *Clinéa* (à Seysses, Marigny et Castetviel), et trois cliniques indépendantes (à Montberon, Aufréry, et Mailhol).

Le secteur privé assure 78,1 % de l'activité de soins de santé mentale auprès des patients souffrant de troubles mentaux dans le département, en 2022<sup>4</sup>. La situation a été qualifiée de « *critique sur le très long terme* », concernant la gestion urgente de l'accueil et de l'orientation des patients au service d'accueil d'urgence (SAU) du CHU, seul impliqué depuis la fermeture du service des urgences du CHGM dans les suites de l'explosion de l'usine AZF en 2001<sup>5</sup>. Quatre éléments ont été communiqués pour l'illustrer ce constat :

- l'autorisation de la clinique à la prise en charge de patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) depuis 2005, pour 19 lits initialement, accrus de 2, autorisés au mois de décembre 2014 ;
- l'autorisation d'une activité de post-urgence à la clinique sur quatre lits en 2015 ;

<sup>2</sup> Depuis le centre-ville de Toulouse, une ligne de métro permet de rejoindre le village de Balma à partir duquel il faut emprunter une première ligne de bus dont l'arrêt (Beaupuy Village) éloigné nécessite de cheminer sur la route, ou une deuxième dont l'arrêt (Lavalette) est plus proche de la clinique mais les navettes plus rares.

<sup>3</sup> Dont l'offre de soins répond à une organisation en secteurs, un pour le CHU et sept pour le CH Marchant.

<sup>4</sup> La part de l'activité respective des établissements en 2022 : CHGM (14,1 %), cliniques de Beaupuy (12,9 %), de Seysses (10,2 %), de Cornebarrieu (8,8 %), d'Aufréry (8,6 %), de Castetviel (8,2 %), CHU (7,8 %), CB de Marigny (7,4 %), de Montberon (6,9 %), de Mailhol (5,3 %) ; (source : direction).

<sup>5</sup> L'explosion de l'usine AZF de Toulouse est un accident industriel survenu le 21 septembre 2001 à Toulouse. Dans l'usine de production d'engrais azotés située en zone urbanisée, un stock de 300 à 400 tonnes de nitrate d'ammonium a explosé, entraînant la mort de 31 personnes, faisant 2 500 blessés et de lourds dégâts matériels.



- la sollicitation de la création d'un 9<sup>ème</sup> secteur de psychiatre générale par la communauté psychiatrique de territoire (CPT) en 2020 ;
- l'extension, le 1<sup>er</sup> juillet 2021, de l'habilitation de prise en charge en SSC de 10 lits, pour laquelle l'autorisation officielle reste en attente (cf. 3.2.1), dans le contexte de difficultés majeures de la psychiatrie publique pour répondre aux nécessités de prise en charge<sup>6</sup>.

L'accroissement notable de la population de l'agglomération de Toulouse, sans adéquation avec ceux du dispositif d'hospitalisation complète, de soins ambulatoires et des effectifs départementaux de médecins et de soignants, a été signalé<sup>7</sup>.

### Recommandation 2

L'agence régionale de santé Occitanie doit mettre en œuvre une organisation départementale des soins psychiatriques qui implique une adéquation du dispositif d'hospitalisation complète, de soins ambulatoires, des effectifs et de la répartition des psychiatres et des soignants, aux nécessités de la prise en charge des troubles mentaux et à la situation démographique de la population.

La clinique a présenté des modalités d'inscription dans un partenariat public-privé départemental. Elle constitue un membre invité de la communauté psychiatrique de territoire (CPT)<sup>8</sup>, participe aux séances du comité de pilotage des urgences psychiatriques piloté par l'ARS et a contribué à fonder la FERREPSY Occitanie<sup>9</sup>. Elle a également établi une convention avec le dispositif de soins partagés (DSPP)<sup>10</sup>.

#### 3.1.2. L'offre de soins de l'établissement

La clinique de Beaupuy, dont l'unique bâtiment en forme de H est doté de 168 lits répartis dans six unités<sup>11</sup>, est l'un des six établissements psychiatriques privés lucratifs du territoire national disposant d'une habilitation à recevoir des patients hospitalisés en SSC. Sa capacité d'accueil de patients hospitalisés en SSC, de 21 lits, a augmenté de 10 lits (cf. 3.1.1) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2021. Le périmètre de la visite du CGLPL concernant les unités a ainsi été circonscrit aux unités 1, 4, et à l'« espace d'apaisement » de la 5 (cf. 0). L'absence de distinction au sein de l'ensemble des quatre lits de post-urgence autorisés par l'ARS en 2015, a été signalée.

<sup>6</sup> La CB accueille 50 % des patients de psychiatrie qui font l'objet d'une indication d'hospitalisation à temps complet après leur évaluation dans le service d'accueil des urgences (SAU) du CHU, deux fois plus de ces patients que le CHU, pour un nombre de journées d'hospitalisation deux fois moindre (source : direction de l'établissement).

<sup>7</sup> Accroissement annuel de 1,2 % par an pendant la période 2014-2020 (source INSEE), de 12 000 habitants annuellement pendant les 10 ans précédant la visite (source : direction).

<sup>8</sup> La CPT fédère les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale qui la composent pour offrir aux patients des parcours de prévention, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnés et sans rupture ; contribue à la définition du projet territorial de santé mentale ; s'assure de la déclinaison, au sein du projet médical d'établissement de chacun des membres, des actions qui les concernent prévues par le projet territorial de santé mentale ; et concourt à la mise en œuvre opérationnelle des actions prévues par le projet territorial de santé mentale, au suivi et à l'évaluation de sa mise en œuvre.

<sup>9</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale en Occitanie : elle regroupe un réseau d'établissements de santé (CHU, CH, EPSM, ESPIC, associations, CB, fondation) œuvrant dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale dans la région Occitanie. Elle est constituée d'une équipe pluridisciplinaire qui anime de nombreux formats d'activités (manifestations scientifiques, groupe de travail, projets collaboratifs, projets de recherche).

<sup>10</sup> Les DSPP proposent des consultations d'avis et de suivi conjoint pour améliorer la formation des médecins généralistes et les aider dans la prise en charge des troubles mentaux, et visent à améliorer l'accès aux soins spécialisés et la qualité globale des soins pour les patients souffrant de troubles mentaux fréquents.

<sup>11</sup> U1 (2 étages, 28 lits pour 28 chambres individuelles), U2 (2 étages, 28 lits pour 28 chambres individuelles), U3 (2 étages, 27 lits pour 27 chambres individuelles), U4 (1 étage, 21 lits pour 21 chambres individuelles), U5 (1 étage, 31 lits pour 13 chambres individuelles), et U6 (1 étage, 33 lits pour 13 chambres individuelles).

Aucun patient n'est accueilli dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Les patients hospitalisés en SSC le sont uniquement sur décision du directeur de l'établissement (SDDE). L'unité 4, dotée de 21 lits et d'une chambre d'isolement (CI), est spécifique de l'admission des patients hospitalisés en SSC. L'unité 1, dotée de 28 lits, dont les 10 lits réservés aux SSC depuis le mois de juillet 2021, permet l'orientation de patients de l'unité 4 mais pas leur admission directe. La durée moyenne de séjour (DMS) en SSC est de 25 jours.

L'établissement disposait de 15 places d'hospitalisation à domicile (HAD) également accessibles aux patients faisant l'objet d'un programme de soins (PDS)<sup>12</sup>, dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS)<sup>13</sup> avec le CHGM, depuis le mois de septembre 2015. Toutefois, une évolution péjorative du dispositif d'HAD a été rapportée à la suite des départs d'un de ses deux psychiatres référents et de son psychiatre fonctionnel dans les deux années précédant la visite. Le nombre total de places a été divisé par deux, le CHGM en disposant de huit et la CB partageant les huit autres avec la clinique de Cornebarrieu.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *L'activité s'en est vue dégradée, la capacité a été réduite de moitié temporairement le temps du recrutement d'un médecin psychiatre au CHGM. La capacité de la clinique de Beaupuy de 15 places est déployée sur deux antennes, l'une hébergée par la clinique des Cèdres à Cornebarrieu* ».

L'établissement a enfin obtenu, le 31 décembre 2022, une autorisation de mise en œuvre d'un hôpital de jour (HDJ) par la conversion de 20 lits, dont les orientations associent une cible de prise en charge à destination des jeunes adultes (18-25 ans) et un accueil réactif proposant une prise en charge ambulatoire intensive permettant de consolider un processus de soins après une hospitalisation ou une évaluation aux urgences. Le projet d'HDJ n'était pas mis en œuvre lors de la visite.

La clinique ne compte aucun service de gérontopsychiatrie et n'est pas équipée pour des soins de *nursing*. Elle n'accueille aucun patient en grand âge ni en perte d'autonomie (sous réserve de pathologies neurologiques dégénératives découvertes après l'admission). Il n'a pas été indiqué d'admission de patients en situation d'autisme (mais quelques situations de patients présentant des troubles du spectre autistique).

Le projet d'établissement 2015-2019 a seul été communiqué. Celui concernant la période 2024-2028 est en cours d'élaboration mais l'établissement a présenté six thèmes retenus<sup>14</sup>.

Les orientations stratégiques du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)<sup>15</sup> 2019-2023 signé avec l'ARS comprennent un seul thème concernant « *la mise en place des règles de bonnes pratiques d'isolement et de contention* », avec un indicateur d'évaluation de « *la part des patients mis à l'isolement sur décision d'un médecin psychiatre d'emblée* ». Aucun ne concerne les droits fondamentaux des patients hospitalisés en SSC.

---

<sup>12</sup> Le PDS, établi et modifié par le psychiatre, rédigé après un entretien qui permet le recueil de l'adhésion, du consentement et des observations du patients en SSC ambulatoires, peut comporter des rendez-vous au centre médico-psychologique, des visites à domicile, un suivi en HDJ, la participation à des activités au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, et des séjours de courte durée à l'hôpital.

<sup>13</sup> Le GCS est un outil de coopération entre les secteurs public et privé, mais également entre la ville et l'hôpital. Ayant pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres, il permet de mutualiser des moyens de toute nature. Il est doté de la personnalité morale et poursuit un but non-lucratif.

<sup>14</sup> La réhabilitation et le rétablissement ; la poursuite de la structuration du parcours et des filières de soins ; l'application de la réforme des autorisations et du financement concernant l'activité de post-urgence, les 10 lits supplémentaires et la pérennisation de l'HAD ; le management par la qualité et la poursuite des travaux dans le cadre de la FERREPSY ; la stabilisation sociale (recrutement, fidélisation, formation, développement des compétences, gouvernance) ; les travaux de réhabilitation de l'ensemble des chambres d'hospitalisation et de restructuration de la pharmacie.

<sup>15</sup> Le CPOM signé avec l'ARS le 21 décembre 2018, dont la directrice a sollicité le renouvellement par courrier auprès de l'ARS le 5 décembre 2023.

### Recommandation 3

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens signé avec l'agence régionale de santé Occitanie doit comporter des indicateurs de suivi spécifiques des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et un développement de ceux concernant les pratiques d'isolement et de contention.

## 3.2. LA PERENNITE DE L'HABILITATION A L'ACTIVITE DE SSC CONCERNANT DIX LITS N'EST PAS GARANTIE EN L'ABSENCE D'AUTORISATION ET DE FINANCEMENT ADEQUATS

### 3.2.1. Le budget de l'établissement dans le cadre de la réforme de financement

Le budget de l'établissement s'élevait à 8,6 millions d'euros avant l'application de la réforme du financement de l'activité de psychiatrie<sup>16</sup>. Deux conséquences, assorties d'une forme d'inquiétude, ont été rapportées concernant l'organisation des soins, dans le cadre de la mise en œuvre progressive et balbutiante de la réforme pilotée par la direction générale de l'offre de soins (DGOS), en l'absence d'accès aux bases de calcul pour son application et de visibilité budgétaire :

- la suppression du financement au prix de journée<sup>17</sup>, dès la fin de l'année 2021, pour son remplacement par un modèle constitué de huit compartiments<sup>18</sup>, décrit comme « *au bénéfice de la région Occitanie mais pas à celui de la clinique* » ;
- la disparition dans la réforme de l'activité « HAD en psychiatrie » : le financement de cette activité, dont la pertinence au service des patients et de la qualité des soins est soutenue par l'établissement (cf. 3.1), a été réalisée par le fonds d'intervention régional (FIR)<sup>19</sup> en 2022<sup>20</sup> à hauteur de 974 000 euros, puis interrompu depuis 2023 ; l'établissement déplore de la voir disparaître au motif de l'impossibilité de la remplacer par un dispositif équivalent inscrit dans la réforme.

<sup>16</sup> Cf. Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

<sup>17</sup> Le financement selon le prix de journée (125 euros pour les SL et 127 euros pour les SDDE, corrigé à 210 euros après ajout des coûts liés au forfait d'entrée, au PMSI et aux médicaments) est inscrit dans la loi.

<sup>18</sup> Les huit compartiments : la dotation populationnelle (construite sur des critères populationnels et allouée à la maille régionale afin d'assurer une meilleure équité de financement entre les régions) ; la dotation file active (construite sur la file active des établissements afin de reconnaître leur dynamique d'activité) ; les activités spécifiques (pour lesquelles l'organisation de l'offre est suprarégionale) ; les nouvelles activités (projets et modalités de prises en charge innovantes identifiés via des appels à projets nationaux ou régionaux) ; la transformation (actions de restructuration nationales et régionales portées auprès des établissements) ; la recherche (structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie) ; la qualité (amélioration de la qualité des prises en charge via l'intégration des établissements de psychiatrie au dispositif IFAQ) ; la qualité du codage (amélioration de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données remontées par les établissements).

<sup>19</sup> Créé le 1<sup>er</sup> mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la Sécurité sociale, le FIR est un outil de pilotage confié aux ARS, dont l'objectif est de permettre une souplesse de gestion et une meilleure adaptation des financements aux besoins des territoires. Les ARS sont ainsi libres d'adapter leurs financements en fonction de ce qu'elles identifient comme nécessaires à leur territoire aussi bien en termes d'offre de soins sanitaire et médico-sociale, qu'en matière de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins.

<sup>20</sup> 2022 a été une année de transition vers le nouveau modèle, pendant laquelle tous les établissements, quel que soit leur mode de financement antérieur, ont été financés *via* la dotation provisionnelle, d'un montant au moins égal aux recettes 2021.

#### Recommandation 4

L'application de la réforme du financement des activités de psychiatrie ne doit pas priver les patients de l'accès à des dispositifs de soins de santé mentale dont la qualité est éprouvée et reconnue par les professionnels et les usagers.

L'exercice 2022 a constitué une année de transition vers le nouveau modèle, pendant laquelle tous les établissements, quel que soit leur mode de financement antérieur, ont été financés *via* la dotation provisionnelle, d'un montant au moins égal aux recettes de 2021.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *pour les établissements privés, en majorité via la Dotation File Active, dans une moindre mesure la Dotation Populationnelle* ».

Le budget de fonctionnement de l'établissement a été maintenu de façon sécurisée en 2023 selon des circulaires budgétaires trimestrielles.

La clinique dispose également de budgets annexes, notamment ceux liés :

- à la part complémentaire, relative à la vente (63 euros) de chambre particulière lors des hospitalisations, décrite comme déclinante, au motif humaniste choisi d'accueil de nombreux patients sans mutuelle ou titulaires de la couverture complémentaire santé (CSS)<sup>21</sup>, dans un contexte social d'aggravation constatée de leur paupérisation ;
- au FIR, qui permet, de façon inadéquate, le financement à hauteur de 400 000 euros de l'extension d'habilitation des 10 lits destinés à l'accueil de patients hospitalisés en SSC depuis le mois de juillet 2021. Cette habilitation fait l'objet d'un arrêté de renouvellement semestriel de l'ARS sans autorisation officielle<sup>22</sup> ;
- au Ségur de la santé, selon trois programmes :
  - o la revalorisation des rémunérations du personnel, versé dans le cadre des circulaires budgétaires ;
  - o le numérique, qui implique la réponse à des appels à projets ;
  - o l'investissement : 110 000 euros ont été obtenus dans le cadre d'un projet d'extension bâtementaire pour la construction d'une unité réservée à l'accueil des 10 lits de SSC précités (cf. 3.1). La clinique de Beupuy n'a pu, dans le contexte de l'absence d'autorisation officielle de cette habilitation, mettre en œuvre son projet, malgré l'obtention d'un permis de construire spécifique pour ce faire au mois de décembre 2022. Une inquiétude concernant la pérennité de l'habilitation de ces 10 lits pour des SSC et la perte éventuelle du budget alloué au projet construction bâtementaire a été signalée.

#### Recommandation 5

L'habilitation complémentaire de l'établissement à l'activité de soins sans consentement sur dix lits, renouvelée chaque semestre depuis le mois de juillet 2021, doit faire l'objet d'une autorisation officielle

<sup>21</sup> La CSS remplace depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019, les deux précédents dispositifs visant à faciliter l'accès des personnes modestes à une couverture complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

<sup>22</sup> L'habilitation d'utilisation de 10 lits pour les SSC à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2021 a été notifiée à la clinique par l'ARS le 9 août 2021, au moyen d'un avenant à l'annexe financière du CPOM. Un premier renouvellement a été effectué pour six mois le 25 mai 2022 puis pour un deuxième le 29 mars 2023, soit un mois après l'expiration de la période visée.

et bénéficier d'un mode de financement adéquat, pour le bénéfice de sa pérennité au service des patients concernés.

La clinique répond à des appels à projets pour l'obtention de financements complémentaires non pérennes :

- en 2019, pour un projet au titre des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail (CLACT)<sup>23</sup> ayant permis la formation du personnel aux techniques de désescalade avec un psychologue ;
- en 2020, un projet de supervision retenu pour un financement à 50 % n'a pas été mis en œuvre au motif de la survenue de la pandémie de Covid-19 et de mouvements sociaux ;
- en 2021-2022 : un financement de 358 000 euros dans le cadre du programme HOP'EN<sup>24</sup> ;
- en 2023, un projet dans le cadre de la sécurisation des établissements de santé, pour le financement à 50 % (50 000 euros) de la pose d'un portail et d'une clôture sécurisée le long du périmètre de l'établissement et de son parc.

L'établissement a élaboré des projets dans le cadre de son schéma directeur immobilier :

- la construction de l'unité pour l'accueil des 10 lits de SSC (*cf. supra*), dont le coût est estimé à 1 million d'euros ;
- la réhabilitation par tranche de l'ensemble des chambres, pour un budget d'1,5 million d'euros non financé par le groupe Ramsay lors de la visite ;
- la mise en œuvre d'un HDJ au centre-ville, dont le nombre de places, le budget et le financement restent à déterminer.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme : « *la capacité autorisée de 20 places n'a à ce jour, dans le cadre des réformes du financement en cours, pas de financement déterminé* ».

Aucun budget spécifique n'est alloué aux unités de la clinique pour financer des activités mais les deux cadres de santé peuvent disposer de menus budgets pour l'achat de petit matériel. Les projets nécessitant des budgets plus importants nécessitent un arbitrage de la direction.

### 3.2.2. Le lien entre les rémunérations et les fermetures temporaires de lits

L'établissement fait face à des périodes de fermetures de lits, au motif de l'insuffisance de l'effectif de soignants qui s'accroît depuis 2022, et ont concerné jusqu'à 43 lits lors de l'été 2023, dans le contexte d'un dialogue social<sup>25</sup> décrit comme « *historiquement et particulièrement complexe* » (*cf. § 3.3.1*). Le thème des écarts conséquents de rémunérations nettes des soignants, au profit de ceux du secteur public, constitue une cause majeure de difficultés de recrutement. La demande de revalorisation des rémunérations, effectuée auprès des ministères du travail et de la santé, a été signalée. Aucune suppression de poste n'a été effectuée.

<sup>23</sup> Les CLACT pour les établissements de santé permettent d'accompagner les établissements dans le développement d'une culture de prévention de la santé au travail.

<sup>24</sup> Le programme HOP'EN de la DGOS a notamment pour objectif l'accélération de la transition numérique du système de santé ; l'objectif pour l'établissement consistait en « *le développement du dossier patient informatisé, et interopérable, et le dossier médical partagé* ».

<sup>25</sup> Cf. rapport « Conditions de travail et dimension psychosociale à la clinique de Beaupuy », C.Argenty, S.Courtois, Artemese conseil santé au travail, décembre 2023.

## Recommandation 6

La rémunération des soignants doit permettre une organisation de l'offre territoriale de soins, dans le cadre d'une complémentarité et de partenariats entre les secteurs public et privé, qui réponde aux besoins de prise en charge de santé mentale de la population concernée.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La difficulté de recrutement est liée à une pénurie de personnel soignant particulièrement importante en Haute-Garonne. L'établissement bénéficie d'une politique salariale et de conditions de travail (congés, pauses non décomptées...) active, mais l'absence de financement accru au fil des ans ne permet pas d'atteindre les rémunérations du secteur public* ».

### 3.3. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES COMPROMET LA CONTINUITÉ DES SOINS ET INSECURISE LE PERSONNEL

#### 3.3.1. Les diagnostics antérieurs à la visite

Les contrôleurs ont observé une forme de situation de crise concernant la gestion des ressources humaines<sup>26</sup>. Le dialogue social s'est révélé très complexe, à la suite notamment de sanctions disciplinaires à l'encontre d'infirmiers diplômé d'Etat (IDE), de trois droits d'alerte du comité social d'établissement (CSE)<sup>27</sup> pour danger grave et imminent (DGI) en trois ans, lesquels ont donné lieu à plusieurs rapports d'enquête<sup>28</sup>.

Le rapport d'enquête « Diagnostic conditions de travail-dimension psychosociale » confiée à la société Artemese<sup>29</sup> a été transmis aux contrôleurs à leur demande au terme de la visite. Le rapport rappelle le droit d'alerte pour danger grave et imminent adressé à la directrice de la clinique dans un courrier du 25 mai 2023 du CSE. Ce courrier pointe de multiples départs, la part croissante des agents employés en contrat à durée déterminée (CDD) et une désorganisation médicale. Dans sa réponse écrite au CSE du 6 juin 2023, la direction reconnaît, pour la période 2020-2022, 45 départs dont 18 démissions, 8 licenciements et 15 départs à la retraite, et un taux de remplacement moyen du personnel absent de 97,1 %. La part des ETP en contrat à durée indéterminée (CDI) au mois d'avril 2023 était de 40,12 %, et la direction a fait valoir son incitation des soignants employés en CDD à s'engager dans un CDI. La direction

---

<sup>26</sup> La direction a confirmé l'existence de conflits sociaux depuis trois années, et les a expliqués par la crainte d'une baisse des effectifs et la résistance au changement : « *La perte de dix soignants employés en CDI et l'importante rotation de personnels en CDD en 2021 et 2022 ont conduit à la survenue d'un mouvement social en 2023* ». La direction a expliqué : « *avoir voulu faire preuve de transparence et de pédagogie en expliquant le poids de la charge salariale dans les contraintes budgétaires, avoir voulu « embarquer » le personnel mais avoir dû constater la rupture du dialogue dans la foulée ; et avoir soutenu en conséquence la demande d'une médiation par le CSE* ». Cette médiation débutait avec un organisme extérieur mandaté par le groupe Ramsay au moment du contrôle. La direction considérait lors de la visite avoir stabilisé le nombre de CDD en 2023 et se préoccupait de sa gouvernance et des organisations de travail.

<sup>27</sup> Les droits d'alerte ont été lancés le 31 mars 2021 au motif de la dégradation des conditions de travail, le 17 février 2022 pour manque de personnel et demande d'enquête conjointe, et le 25 mai 2023 « (...) en raison de la dégradation accrue des conditions de travail avec non-bienveillance du personnel et non-respect du plan d'action établi en 2022 ».

<sup>28</sup> Les trois rapports d'enquête datent du mois de février 2022 (enquête diligentée par la directrice de la clinique accompagnée d'un membre du CSE suite au DGI du 17 février 2022), de décembre 2023 (« Diagnostic conditions de travail – dimension psychosociale » réalisé par la société Artemese, à la demande de la direction de la clinique à la suite de la DGI de mai 2023), et de janvier 2024 (rapport sur la politique sociale, conditions de travail et emploi, rendu par le cabinet Syndex, expert-comptable au CSE).

<sup>29</sup> Société créée au mois de janvier 2020 et spécialisée dans la santé au travail. Elle s'appuie sur un réseau de professionnels en ergonomie, en psychologie du travail, sociologie, des ressources humaines, de la conception architecturale, de l'analyse financière et stratégique, etc. Elle explore tous les sujets intéressant la santé au travail et mène des enquêtes internes de qualification de harcèlement, ainsi que sur de la « réduction » de crise psychosociale.

y convient de tensions relationnelles<sup>30</sup> relatives à l'organisation médicale mais considère la situation en amélioration depuis 2022 et la sécurité des patients et des personnels préservée<sup>31</sup>. En conclusion, le rapport d'Artemese a qualifié « *de défaillants les effectifs, la charge de travail et la stabilité des équipes, d'inadaptés les facteurs de gouvernance et de culture, et de désorganisé le travail en équipe* ». Il a préconisé notamment « *la stabilisation du personnel dans les unités, l'amélioration efficace de l'organisation de la présence des psychiatres, le recrutement de médecins généralistes, la mise en place de groupes d'analyse des pratiques professionnelles, et la tenue de débriefings des situations critiques et de retours d'expérience* ».

Le rapport d'expertise du cabinet Syndex<sup>32</sup>, en vue de la consultation de 2023 du comité concernant la politique sociale, les conditions de travail et l'emploi, indique que : « *La clinique connaît depuis la période Covid une dégradation des conditions de travail et du climat social, qui transparait aussi bien dans les enquêtes internes (baromètre Ramsay Santé, enquête conjointe suite aux procédures d'alerte lancées par le CSE, etc.) que dans les échanges avec l'inspection du travail, la médecine du travail et la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail. Malgré le plan d'action conçu et mis en œuvre par la direction en 2022, les difficultés semblent persister en 2023 et plusieurs indicateurs sociaux sont en dégradation :*

- *le nombre d'heures d'absence augmente, de même que le nombre des arrêts longs et la durée moyenne des arrêts ;*
- *le taux de départ dépasse les 20 % pour la deuxième année consécutive et le nombre des démissions augmente de façon très significative ;*
- *les difficultés de recrutement en CDI s'accroissent, la clinique se voyant contrainte de fermer totalement ou partiellement certains services faute de personnel suffisant.*

*Si ces difficultés ne sont pas spécifiques à la clinique, dans un contexte sectoriel très dégradé, elles pèsent de façon importante sur son personnel permanent, de moins en moins nombreux, qui doit composer avec une force de travail de plus en plus instable :*

- *la force de travail "non permanente" (CDD, intérim et autres) sur la filière soins représente plus d'un tiers (35,4 %) de la force de travail totale sur l'exercice 2022-2023, soit 5,5 points de plus que sur l'exercice précédent ; elle approche voire dépasse les 50 % sur certaines unités de soins ;*
- *les IDE "permanents" (sous contrat CDI) représentent une proportion décroissante de la force de travail de soins totale au sein des différentes unités ;*
- *le nombre de soignants différents amenés à intervenir chaque mois au sein de chaque unité de soins augmente et la majorité du personnel soignant intervenant au sein de la clinique y réalise aujourd'hui moins d'un mi-temps : ainsi, en incluant les intérimaires, deux tiers des personnes intervenues au sein de la clinique sur la filière soins en 2021-2022 (71 % en 2022-2023) y ont comptabilisé moins de 402 heures travaillées sur l'année (soit l'équivalent d'un quart temps). »*

---

<sup>30</sup> « *Les absences des psychiatres ont sans doute été plus nombreuses sur le mois de mai 2023 compte tenu des nombreux jours fériés, sans pour autant laisser l'établissement sans ressources médicales et dans l'insécurité. (...) Concernant les médecins somaticiens, ils ont (...) adressé un courrier de demandes, (...) une réunion le 16 mai 2023 (...) a été l'occasion de refaire un point tant sur le fond que sur la forme de ce courrier. (...) les psychiatres ne parviennent plus aujourd'hui à trouver des remplaçants pour chaque absence, ils ont besoin de se reposer et s'organisent pour assurer la continuité des soins* ».

<sup>31</sup> « *La politique de gestion des risques est définie, mise en œuvre, et suivie. (...) Il est constant depuis plusieurs mois d'entendre que nos vacataires ne sont pas adaptés, trop nombreux, pas assez expérimentés, trop payés.... Je vous précise que nombre de professionnels titulaires de l'établissement ont été recrutés via les vacances. Les vacataires sont des professionnels diplômés et engagés auprès de nos patients. La conjoncture du marché de l'emploi induit l'augmentation de salariés ne souhaitant pas signer de CDI, mais à raison de 75 % de notre effectif CDD pérenne et exerçant à plus d'un mi-temps, ces vacataires sont bien intégrés, connaissent leur métier et le fonctionnement de notre établissement et à tout le moins bien intégrés. La sécurité de tous, patients et professionnels, est donc bien assurée pour autant que chacun reconnaisse et respecte son collègue et sa fonction au sein de l'établissement* ».

<sup>32</sup> <https://www.syndex.fr/syndex-en-bref> : Syndex est un cabinet d'expertise au service exclusif des représentants des salariés. Sa vocation est de conseiller et d'accompagner les CSE et les organisations syndicales ».

Ces constats ont été majoritairement confirmés lors de la visite du CGLPL.

### 3.3.2. Les effectifs

Les effectifs globaux de la clinique ont chuté depuis la précédente visite du CGLPL, de 137 agents pour 160 lits en 2015, à 109 agents pour 168 lits en 2023. Les départs de soignants, au motif de la dégradation des conditions de travail et la difficulté de recrutement et de fidélisation ont été notablement soulignés. L'évolution des attentes concernant l'organisation de leur travail par des soignants privilégiant le CDD pour une rémunération meilleure et le choix de leurs périodes d'exercice et de congés, au détriment d'un investissement prolongé sur un même site, a également été proposée pour expliquer la situation.

Tableau 1 : Répartition des effectifs par profession en fonction des ETP théoriques<sup>33</sup>

	Pour les deux unités SSC		Établissement	
	Agent	ETP	Agents	ETP
<b>Cadre de santé</b>	1	0,40	2	2
<b>IDE</b>	14	17,48	75	57,40
<b>AS**</b>	9*	4,90	28	18,22
<b>Secrétariat SSC</b>	1	1	1	1
<b>IPA***</b>	0	0	1	1
<b>Médecins généralistes</b>	0	0	0	5,95
<b>Psychologue</b>	0	0	1	1
<b>Kinésithérapeute</b>	0	0	1	libéral
<b>Ergothérapeute</b>	0	0	1	0,78
<b>APA****</b>	0	0	1	0,6
<b>ASS*****</b>	0	0	1	1
<b>Autres soignants</b>	0	0	2	libéraux
<b>Total</b>	25	23.79	125	88,95

\* Les 9 postes sont pourvus par des agents employés en CDD lors de la visite.

\*\*AS : aides-soignants.

\*\*\*IPA : infirmiers de pratique avancée.

\*\*\*\*APA : éducateur spécialisé en activité physiques adaptées.

\*\*\*\*\*ASS : assistante de service social.

Les ETP dédiés aux patients en SSC représentent 30,4 % des IDE et 26,8 % des AS, les deux unités accueillant les patients en SSC ne comptant pas de postes vacants, ce qui n'empêche pas les fragilités et difficultés (cf. § 3.3.3).

Tableau 2 : Effectifs le 5 février 2024

<sup>33</sup> Les données des tableaux sont fournies par la direction.



	Agents	ETP	CDI	CDD	Postes vacants
<b>Effectif total</b>	<b>107</b>	<b>97,41</b>	<b>85</b>	<b>15</b>	<b>10</b>
<b>Personnel administratif</b>	15	13,80	15	0	0
<b>Cadre de santé</b>	2	2	2	0	0
<b>Psychiatre</b>	6	3,6	0	0	0
<b>Généralistes</b>	4	3,05	4	0	0
<b>IDE</b>	57	53,49	48	9	10
<b>AS</b>	12	12	8	4	0
<b>Pharmacien</b>	1	1	1	1	0
<b>Préparateur en pharmacie</b>	1	0,86	1	0	0
<b>Psychologue</b>	1	1	1	0	0
<b>Ergothérapeute</b>	1	0,64	1	1	0
<b>Kinésithérapeute</b>	1	0,4	0	0	0
<b>ASS</b>	1	1	1	0	0
<b>Moniteur de sport</b>	1	0,57	1	0	0
<b>Personnel technique</b>	3	3	3	0	0
<b>IPA</b>	1	1	1	0	0

Les psychiatres libéraux de la clinique sont au nombre de six et sont également regroupés dans un même cabinet à Toulouse. Ils exercent une activité libérale, hors clinique, à hauteur de 60 % de leur temps de travail (le kinésithérapeute également). Ils interviennent tous les matins au sein de la clinique et sont présents à tour de rôle un après-midi par semaine, et bénéficient d'une rémunération à l'acte à hauteur d'un maximum de 30 consultations quotidiennes. Les psychiatres assurent à tour de rôle des astreintes. Les quatre généralistes sont employés en CDI mais la garantie de la permanence des soins nécessite d'y adjoindre une dizaine de médecins vacataires qui interviennent régulièrement sur l'établissement. Les généralistes sont présents dans l'établissement du lundi au vendredi entre 8h et 20h et assurent à tour de rôle une astreinte. La réalisation des plannings des généralistes fait l'objet de difficultés (cf. § 9.2.1, Recommandation 58), et des ruptures de continuité de la permanence sont observées en moyenne trois fois chaque mois, malgré le recours aux médecins de ville ou aux généralistes travaillant dans d'autres cliniques. Le médecin d'astreinte prend alors le relais.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Présence H24, 365j, d'un médecin généraliste, hors problématiques très ponctuelles, pour lesquelles une astreinte est systématiquement réalisée, cf. plannings communiqués* ».

La pharmacienne titulaire était en arrêt de travail depuis le mois de novembre 2023 lors de la visite. Son remplacement par des pharmaciens contractuels est apparu problématique (cf. 0).

La grande majorité des IDE (44,49 des 53,49 ETP, soit 83 %) exerce à temps plein et en CDI. Parmi les IDE en CDD, certains sont vacataires et d'autres employés en CDD longs. A la date du contrôle, l'établissement

pouvait faire valoir des équipes d'IDE au complet en additionnant les CDI et les CDD mais reconnaissait la vacance de 10 postes proposés en CDI. Un tiers de l'effectif des AS était quant à lui occupé par des vacataires en contrat. Enfin, la clinique de Beaupuy a recruté en CDD un pharmacien et un ergothérapeute, au motif de l'arrêt de travail de longue durée des professionnels titulaires et pour pallier leurs absences.

*Tableau 3 : Répartition des effectifs par type de contrat au 30 juin*

	CDI	CDD	Total
<b>2023</b>	92	16	109
<b>2022</b>	101	42	144
<b>2021</b>	107	15	123

Si les CDD représentaient moins de 20 % des effectifs au 30 juin 2023, le pourcentage s'est élevé de façon marquée jusqu'à la date de la visite, à 40 % pour l'établissement, et à 60 % pour les IDE, comme en 2022. L'insuffisance des effectifs d'IDE est compensée par le recrutement de soignants en CDD que la direction tente de fidéliser, et celui d'AS dont les postes sont par ailleurs pourvus. Deux IDE étaient ainsi employées en CDD depuis plus d'un an lors de la visite. Les CDD sont privilégiés lors du recrutement d'AS pour pallier la vacance des postes d'IDE, afin de préserver une forme de marge de manœuvre pour le recrutement d'IDE qui adresseraient une candidature. La pluridisciplinarité est par ailleurs observée et les postes des autres catégories de personnel sont pourvus.

### 3.3.3. Le personnel non médical des unités accueillant les patients en SSC

Les effectifs du personnel soignant dans les unités 1 et 4 attestent du recours important aux CDD pour le personnel soignant (74 % et 71 % respectivement, 88 % et 86 % pour les équipes de jour).

L'U1 ne dispose pas d'une équipe de jour constituée en raison de la présence majoritaire de soignants en CDD. L'équipe « socle », dont les agents sont employés en CDI se composait de 6 IDE (2 dans l'équipe de jour et 4 dans l'équipe de nuit), et d'1 AS dans l'équipe de jour.

*Tableau 4 : L'effectif d'U1, composé de 27 agents :*

	Jour		Nuit	
	CDI	CDD	CDI	CDD
<b>IDE</b>	2	11	4	2
<b>AS</b>	1	7	0	0
<b>Total</b>	3	18	4	2

L'examen des plannings de travail entre décembre et février 2024 révèle un arrêt de travail de trois mois pour une soignante en CDI de l'équipe de jour et un congé maternité pour une de l'équipe de nuit. Les plannings mentionnent également le positionnement d'agents d'U1 dans d'autres unités, U1 pouvant être elle-même renforcée si besoin par des soignants d'autres unités.

L'équipe de jour comprend ainsi toujours 3 soignants, dont 1 IDE au minimum. L'équipe de nuit est quant à elle toujours constituée d'un IDE. L'effectif des équipes est d'abord planifié au regard de la disponibilité des CDI puis avec des soignants en CDD, certains pouvant être des agents fidélisés. Le planning de travail des soignants en CDD est par principe aléatoire et nécessite une disponibilité et une réactivité importantes. Une IDE a ainsi pu témoigner avoir effectué dix jours de travail au lieu des trois prévus lors d'un même mois.

Le rythme de travail est organisé selon des plages de 12 heures, avec une présence un week-end sur trois, sans cumuler plus de deux nuits d'affilée.

Tableau 5 : L'effectif d'U4, composé de 40 agents :

	Jour		Nuit	
	CDI	CDD	CDI	CDD
<b>IDE</b>	2	14	5	2
<b>AS</b>	1	10	2	4
<b>Total</b>	3	24	7	6

La planification théorique du travail à U4 prévoit 4 soignants en journée et 3 la nuit mais s'établit en pratique à 3 soignants le jour le plus souvent, ce qui limite l'organisation d'activités notamment. La planification s'effectue mensuellement mais des ajustements quotidiens sont nécessaires.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La présence de trois soignants reste l'exception (pour exemple : janvier 2024 : 1,2 % d'absence non remplacée, février : 4,3 %, mars : 2,8 %, avril : 3,3 %, mai : 3,2 %, juin : 4 %, et juillet : 1,6 %), à 95 % sur des absences maladies de dernière minute. Un renfort des autres unités est alors organisé en cas de besoin. A noter également un surcroît de personnel affectés 2 matinées par semaine pour accompagner les patients au tribunal* ».

Le personnel d'U1 et d'U4 a présenté avec inquiétude la surreprésentation des CDD (24 des 27 soignants de jour et 6 des 13 de nuit) comme problématique pour la continuité et la qualité des soins : « *Les soignants ne sont plus des repères pour les patients, les connaissent parfois trop insuffisamment, il faut sans cesse réexpliquer le fonctionnement de l'unité et des logiciels aux nouveaux* ».

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Un quart des CDD, notamment à l'U1 est dû au caractère temporaire des 10 lits de SSC (autorisés à titre temporaire et en attente de financement par l'ARS). En outre, sur l'U4, 2 CDD sont à temps plein sur l'unité, 3 CDD sont à mi-temps, connaissent donc l'unité et l'équipe* ».

Le manque de disponibilité des deux cadres de santé pour l'ensemble des unités est déploré par les soignants, qui font valoir un sentiment d'isolement. Syndex a signalé dans son rapport (cf. supra), que « *L'organisation de l'encadrement reste par ailleurs à consolider* », en rappelant le commentaire de son précédent rapport, présenté en octobre 2019 « *L'organisation de l'encadrement peine à se stabiliser* ».

Un sentiment d'insécurité a été rapporté par le personnel soignant qui le décrit comme multifactoriel :

- l'instabilité des équipes, laquelle ne facilite pas la connaissance des patients et la gestion des moments de crise ;
- la répartition du temps de travail des deux cadres de santé dans six unités et leurs priorités qui ne leur permettent pas d'être suffisamment présents auprès des équipes qui déplorent un manque d'encadrement et de soutien ;
- la défiance, voire la suspicion avec laquelle les soignants considèrent la gouvernance de la direction, perçue comme d'abord dictée par des indicateurs financiers.

La direction considère prendre en compte le sentiment d'insécurité et relève les trois droits d'alerte qu'elle a eu à gérer, relatifs à la violence des patients, la souffrance au travail et la désorganisation inhérente au défaut d'encadrement. Si elle explique ne pas pouvoir satisfaire la demande d'un vigile, la direction a réservé un budget à la construction d'une clôture autour de l'établissement et l'installation d'une barrière équipée d'un système de badge, dans l'objectif de limiter les allers et venues dans le parc, la nuit en particulier. Les équipes ont par ailleurs évoqué la solidarité des soignants, ainsi qu'une ambiance et une dynamique de travail appréciables.

### Recommandation 7

La direction doit garantir le recrutement d'un effectif de soignants qui permette de répondre aux besoins de soins des patients, ainsi que des conditions d'exercice qui engagent les soignants à se

stabiliser dans l'emploi et préviennent un taux de renouvellement péjorant la qualité des soins dispensés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *La visite s'est déroulée dans un contexte social encore tendu, apaisé depuis mai 2024 à la suite de la médiation proposée avec le CSE. L'établissement a accueilli 6 IDE en CDI depuis mars 2024, des recrutements sont également en cours pour le mois d'août et septembre. La stabilité du personnel soignant a été retrouvée à la suite de l'augmentation de 10 % des IDE en CDI, et de la baisse de 50 % du nombre de CDD pour le même volume de travail, leur temps de travail moyen est désormais d'un mi-temps dans l'établissement, évitant le turnover important. Le Comité Qualité de vie et des conditions de travail se réunit 3 fois par an avec des axes de travail prioritaires (communication et espaces d'échanges, leadership et compétences, orientations stratégiques de l'établissement) ».*

#### 3.3.4. L'absentéisme

Le taux d'absentéisme pour maladie est mesuré, stable à U1 et divisé par 2 à U4 pendant la période étudiée. Celui concernant les accidents du travail est très faible ou nul dans les deux unités.

Tableau 6 : Évolution du taux d'absentéisme en fonction du motif pour la période 2021-2023

Motifs d'absences		2021	2022	2023
<b>Maladie</b>		5,69 %	8,09 %	5,43 %
	<b>Soignants</b>	6,62 %	8,29 %	5,69 %
	<b>U1</b>	3,41 %	3,73 %	3,62 %
	<b>U4</b>	7,18 %	7,60 %	3,12 %
<b>Accidents du travail</b>		0,10 %	0,33 %	0,05 %
	<b>Soignants</b>	0,14 %	0,31 %	0,06 %
	<b>U1</b>	0 %	0,14 %	0 %
	<b>U4</b>	0 %	0,56 %	0 %

#### 3.3.5. La formation et la supervision

La direction apparaît attentive au développement, à la valorisation et à la mise en œuvre de compétences mais le personnel se plaint du manque de visibilité et d'accompagnement, par les cadres de santé notamment, de l'offre de formation pour laquelle il peine aussi à dégager du temps.

Le plan de développement des compétences 2021-2024 révèle :

- en 2021, une formation « la posture soignante et la gestion du patient agité » organisée pendant une journée et qui a concerné 54 soignants ;
- en 2022, une formation intitulée « faire face à l'agressivité et à la violence en psychiatrie » organisée pendant une journée et qui a concerné 3 soignants.

En 2022, une simple information dispensée en interne à tous les soignants des équipes de jour et de nuit par un agent administratif de la clinique, ayant bénéficié d'une formation concernant le droit et les procédures en matière de SSC, a concerné le droit et les procédures en matière de soin sans consentement. Le même agent assure une information régulière des soignants volontaires concernant cette thématique (cf. Bonne pratique 1).

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *non pas une simple information mais une véritable formation-sensibilisation, avec un temps dédié, et coordonnée avec un émargement (cf. annexe 1) ».*

En 2023, aucune formation concernant la gestion de l'agressivité et les pratiques d'isolement et de contention n'a été dispensée, pas plus que l'information dispensée à tous de façon systématique en interne précitée.

### Recommandation 8

Tous les soignants doivent bénéficier de formations régulières concernant le droit des patients hospitalisés en soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention, à un rythme adapté au renouvellement du personnel.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Des formations sur les droits du patient en SSC sont régulièrement proposées au travers de différents temps : parcours d'intégration des nouveaux arrivants, participation des professionnels à l'atelier avec les patients, formation sur l'isolement et la contention des équipes (jour et nuit) en 2021, 2022, 2023 (cf Annexe 1).*

Les nouveaux agents en CDI font l'objet d'un parcours d'intégration. Les différents cadres reçoivent ainsi l'agent qui bénéficie d'une prise de fonction en binôme. Tout soignant arrivant dans le cadre d'un CDI travaille systématiquement une semaine à U4 pour une acculturation au cadre des SSC. Les soignants en CDI signalent une forme d'autogestion des CDD qui assument une responsabilité professionnelle *ex nihilo* et déplorent l'absence d'accueil et d'accompagnement par un cadre.

### Recommandation 9

Une procédure spécifique de l'accueil des soignants employés dans le cadre d'un contrat à durée déterminée doit impliquer le cadre de l'unité et prévoir un accompagnement à la prise de fonction de l'agent concerné.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Procédure en cours de révision, travail mené par la responsable des ressources humaines et les responsables des soins pour l'accompagnement et un guide de prise de poste ».*

Les équipes soignantes ne bénéficient d'aucune réunion de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles malgré des demandes émises. La direction a signalé, à la suite du rendu du rapport d'enquête du cabinet Artemese (cf. § 3.3.1) qu'un plan d'action, incluant la supervision et l'analyse des pratiques en lien notamment avec l'IPA, serait élaboré.

### Recommandation 10

Les équipes soignantes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles régulières et animées par un intervenant extérieur spécifiquement formé.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Réflexion menée depuis octobre 2023, intervenant défini (Mme Peggy CHARLAT), en cours d'organisation avec ceux-ci, présentation en CSE le 18/07/2024 pour mise en place en septembre 2024 : présentation du dispositif par l'équipe de 2 professionnels certifiés GAPP et lancement des groupes en octobre, sur un rythme de 6 à 8 semaines ».*

### 3.4. UNE PROCEDURE ADAPTEE DE TRAITEMENT ET DE PREVENTION DES EVENEMENTS INDESIRABLES FAIT DEFAUT

#### 3.4.1. Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont renseignés par le personnel dans le logiciel GERIMED, lequel propose à l'utilisateur des menus déroulants (secteurs, tranches horaires, cotation de la gravité de l'incident, etc.) permettant de qualifier et de décrire la nature de l'EI. La déclaration anonyme est possible. Un accusé de réception est adressé au déclarant sous la forme d'un courriel automatique. Le déclarant peut suivre le traitement de l'EI en se connectant à GERIMED. Chaque agent doit disposer d'un code d'indentification pour accéder à GERIMED, remis par la responsable assurance qualité et gestion des risque (RAQ) avec les explications nécessaires et un *flyer*. Des soignants contractuels n'avaient cependant pas connaissance de leur code et ignoraient la procédure relative aux EI, au motif de l'importance du taux de renouvellement du personnel. Le compte-rendu de la commission des usagers (CDU) du 15 décembre 2023 en fait état en indiquant l'action à conduire : « *Mettre à jour les codes Gerimed au regard du turnover dans l'objectif de diminuer la proportion de déclaration anonyme* », afin que les déclarations d'EI ne soient pas anonymes par défaut. Certains soignants ont aussi exprimé une forme de désabusement lié à la qualité des réponses et aux délais des suites données aux déclarations, pouvant les conduire à ne pas réclamer leur code d'accès à GERIMED.

La RAQ prend connaissance à mesure des EI déclarés et détermine la suite à donner. Selon la nature de l'incident, elle désigne à cette fin les cadres de santé pour les soignants et l'attaché de direction pour le personnel administratif. Des débriefings peuvent être organisés dans l'urgence, mais la pratique privilégie la tenue de revues de mortalité et morbidité (RMM) dans un délai de deux à trois mois après la survenue de l'EI. Sept ont été conduits en 2022 concernant trois crises d'hétéro-agressivité d'un patient, trois décès inattendus et l'« *agitation d'une patiente avec une agressivité inter collègues*<sup>34</sup> ».

L'absence d'une prise en compte plus systématique des EI dès leur survenue, notamment ceux en lien avec l'agressivité de patients, a été déplorée auprès des contrôleurs. Une semaine sur deux, la RAQ tient une réunion de la cellule opérationnelle des EI avec les cadres de santé et un agent de chaque unité, afin d'aborder les EI et leur traitement. La création de la cellule opérationnelle des EI en 2019 a généré une sensibilisation accrue aux EI des agents et expliquerait la forte hausse de leur déclaration cette année-là. Après le pic observé en 2019, le nombre d'EI déclarés a diminué puis s'est stabilisé pendant la période 2020-2023<sup>35</sup>.

Le bilan des EI pour l'année 2022 révèle que 86 % des déclarations d'EI proviennent des services de soins.

Tableau 7 : Nature des déclarations d'EI de 2017 à 2022<sup>36</sup> (en pourcentage)

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Management qualité risques</b>	3,2	3,8	4,8	3,4	4,7
<b>Lutte contre les infections nosocomiales</b>	0,2	2,3	5,5	6,4	8,9
<b>Droits des patients</b>	2,2	1,3	1,6	1	1,7
<b>Parcours patient</b>	71,5	48,3	43,4	55,7	49,2

<sup>34</sup> Source : Bilan EI-RMM de la CB pour l'année 2022.

<sup>35</sup> 411 EI déclarés en 2018, 870 en 2019, 565 en 2020, 501 en 2021 et 516 en 2022.

<sup>36</sup> Source : bilan EI-RMM de la CB pour l'année 2022.

<b>Système d'information et dossier patient</b>	1,7	28,4	17,2	5,4	7,9
<b>Gestion des ressources humaines</b>	3,4	1,7	1,6	8,2	7,6
<b>Logistique</b>	13,6	11,5	22,1	15,2	18
<b>Prise en charge médicamenteuse</b>	4,1	2,8	3,9	4,8	1,9
<b>Prise en charge de la douleur</b>	0	0	0	0	0

Tableau 8 : Nature des déclarations relevant du parcours du patient<sup>37</sup> (en pourcentage)

	2018	2019	2020	2021	2022
<b>Accueil</b>	7,5	6,9	4,9	4,3	7,9
<b>Prise en charge somatique</b>	3,1	4,3	2,4	5	5,1
<b>Evaluation initiale et continue</b>	2	3,3	1,6	1,8	3,5
<b>Sortie</b>	1,7	1,9	2,4	1,8	2
<b>Continuité coordination</b>	5,4	3,8	4,5	6,8	10,6
<b>Transgression</b>	74,8	73,3	82	74,6	69,3
<b>Electro convulsivothérapie</b>	2,4	1,9	1,2	5	1,6
<b>Risque suicidaire</b>	3,1	4,5	0,8	0,7	34

34 % des déclarations d'EI pour l'année 2022 sont relatives à des transgressions de patients<sup>38</sup>. Le programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS) a en conséquence intégré diverses actions<sup>39</sup>. La seule brève formation tenue en 2022 concernant la gestion de l'agressivité et des comportements violents n'a en revanche et paradoxalement pas été renouvelée en 2023, en dépit du besoin identifié au regard de la nature des EI (cf. § 3.3.5). De la même façon, la récurrence des EI relatifs aux conséquences des consommations de toxiques n'a bénéficié d'aucune proposition de formation spécifique. Un groupe de travail concernant la prévention du risque suicidaire a été mis en place à la suite d'un suicide ayant conduit à la mobilisation de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP). Il associe la RAQ, les cadres de santé, un IPA, des psychiatres et des IDE. Son calendrier et sa méthodologie de travail sont toutefois apparus inadéquats.

<sup>37</sup> Ibid.

<sup>38</sup> 54 patients fumant à l'intérieur des locaux, 36 fugues ou non-retours de permission, 32 comportements inadaptés, 29 phénomènes de violence et d'agressivité, 25 consommations ou trafics de substances illicites.

<sup>39</sup> Poursuite de la tenue des cellules opérationnelles d'EI, analyses collégiales et sensibilisation à la gestion des risques (GDR) ; finalisation du déploiement de GERIMED ; finalisation de l'abri fumeur ; création d'un groupe de travail pour constitution d'une échelle d'évaluation du potentiel d'agressivité des patients entrants.

Le bilan des EI pour l'année 2022 souligne aussi la part accrue des difficultés relevant de la gestion des ressources humaines (7,6 %) après une hausse importante déjà constatée en 2021. Le bilan EI-RMM 2022 de la clinique considère le sujet « *au regard des difficultés de recrutement actuel* » sans plus de précision.

L'absence de bilan réalisé des EI pour l'année 2023 et 2024 jusqu'au moment de la visite ne permet cependant pas d'analyse comparative des données avec les années précédentes. La seule lecture des comptes-rendus des réunions de la CDU indique 146 déclarations d'EI entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 1<sup>er</sup> décembre, et 66 entre le 7 juillet et le 7 septembre.

Chaque soignant est équipé d'un dispositif « protection travailleur isolé » (PTI).

### Recommandation 11

La possibilité de déclarer un événement indésirable doit être garantie pour chaque agent. Une procédure pertinente de production et d'analyse de données statistiquement exploitables, associée à une formation adéquate du personnel, doit contribuer à une prévention efficace de la survenue des événements indésirables.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Chaque professionnel possède un identifiant et mot de passe nominatif, même un intérimaire peut déclarer au besoin anonymement un EI. Un bilan mensuel est communiqué aux responsables pour partage des données en réunion de service. Une cellule de traitement des EI a lieu bimensuellement et une réponse est faite systématiquement au déclarant. Un bilan annuel des EI est réalisé. En 2023, 384 EI signalés, 381 ont permis la mise en place d'une action d'amélioration* ».

La gendarmerie est sollicitée en cas de situation de crise ou pour un dépôt de plainte (cf. § 6.1.2). La sollicitation par le CSE de la présence d'un vigile, la nuit et le week-end en particulier, a été rapportée.

Les modalités concernant les plaintes et les réclamations des patients font l'objet d'une rubrique dans le livret d'accueil et un questionnaire de satisfaction est adressé à chaque patient deux semaines après sa sortie d'hospitalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Deux méthodes de recueil de la satisfaction du patient sont mises en œuvre : un questionnaire de satisfaction est remis à chaque patient lors de sa sortie, et le questionnaire e-satis envoyé par mail à destination du patient deux semaines après sa sortie (cf. annexe 5)* ».

Aucune plainte n'a été transmise au parquet en 2022 et 2023 et la clinique ne réalise pas de signalement à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), au motif d'une difficulté d'accès à la plateforme de déclaration. L'établissement s'est engagé à signaler les violences aux personnes et aux biens à l'ONVS à l'issue de la visite.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Mise en place effective du signalement des violences sur la plateforme de l'ONVS depuis mai 2024* ».

En 2022 et 2023, le bilan des réclamations établi par la clinique indique : « *Les plaintes et réclamations sont enregistrées dans un fichier informatique spécifique. Une première réponse est faite au plaignant, accusant réception de sa plainte. Au besoin, une enquête est conduite par le responsable du service concerné, les actions sont définies et menées, et le suivi est explicité au plaignant dans un second courrier* ». Le nombre de réclamations a été stable entre 2022 et 2023, avec six réclamations comptabilisées pour la première année et sept pour la suivante, la baisse étant notable après les dix-sept réclamations de l'année 2021 expliquée dans le bilan 2022 par « *une baisse effective du nombre de réclamations* » et « *un recueil*



*non exhaustif des réclamations formulées* ». Les motifs de réclamation ont été différents en 2022 et 2023<sup>40</sup>.

Dans son programme d'action pour l'année 2024, la clinique s'est fixée pour objectif d'« *améliorer l'exhaustivité du recueil des plaintes et réclamations* ».

### 3.4.2. La procédure relative au décès des patients

Aucun décès n'a été rapporté dans les unités accueillant des patients en SSC mais les soignants avaient déjà dû y faire face dans d'autres unités de la clinique<sup>41</sup>.

En cas de décès d'un patient, les patients de l'unité sont invités à rester dans leur chambre, la direction est immédiatement avisée (astreinte administrative le soir, le week-end et les jours fériés).

Le généraliste présent ou de garde est contacté afin de constater le décès et rédiger le certificat approprié. La toilette mortuaire est effectuée par les soignants. Le nécessaire pour préparer le corps est disponible dans le sas attenant avant la pharmacie. Un inventaire des effets personnels du patient est dressé. L'annonce du décès est effectuée par le personnel de direction à la famille, accompagnée du cadre de santé et du psychiatre en charge du suivi du patient. La clinique ne dispose pas de chambre froide. Les corps peuvent être installés dans le lieu de culte avant d'être transportés par les pompes funèbres.

Dès qu'un patient hospitalisé en SSC décède, les services de police sont contactés. En cas d'obstacle médico-légal (mort violente ou tout doute sur les causes du décès) relevé par le médecin lors de l'établissement du certificat médical de décès, le procureur de la République ordonne un examen de corps ou une autopsie qui donnera lieu à l'ouverture d'une enquête judiciaire afin de rechercher les causes de la mort.

Postérieurement au décès d'un patient, une réunion est organisée avec les équipes soignantes et les ressources humaines, de même qu'un groupe de parole est mis en place avec la présence d'un psychologue. Une RMM est également mise en œuvre à laquelle assistent les médecins, la référente qualité et les soignants qui le souhaitent. Cependant, les soignants rencontrés n'ont pas connaissance du protocole en vigueur au sein de l'établissement en cas de décès d'un patient.

#### Recommandation 12

L'établissement doit s'assurer que le protocole relatif à la gestion du décès d'un patient est diffusé et connu de l'ensemble des professionnels.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique, sans tenir compte du fait que les soignants rencontrés par le CGLPL n'avaient pas connaissance de la procédure : « *La procédure de gestion des décès est accessible à tous dans la gestion documentaire depuis le portail intranet, transmise lors de la visite* ».

<sup>40</sup> En 2022, la facturation, l'organisation de la sortie, et la demande d'accès au dossier médical ; en 2023, la disparition de biens personnels, l'environnement intérieur de l'établissement et l'absence de repas.

<sup>41</sup> Deux décès sont survenus en 2023 pour des patients en soins libres : un décès par suicide le 9 juillet 2023 et un décès accidentel par fausse route le 24 octobre 2023.

### 3.5. LA STRUCTURE DE REFLEXION ETHIQUE ABORDE DES SUJETS RELATIFS AUX DROITS DES PATIENTS MAIS ELLE EST PEU SOLLICITEE PAR LES PROFESSIONNELS

Un comité d'éthique, dénommé « *structure de réflexion éthique (SRE)* », a été institué au mois de février 2023 à l'initiative de l'attaché de direction qui l'anime, et dispose d'une équipe pluriprofessionnelle<sup>42</sup>. La structure accueille par ailleurs tous les agents de la clinique qui souhaitent participer, ainsi que des intervenants extérieurs. La SRE a tenu trois réunions au cours de l'année 2023<sup>43</sup>.

La première séance a permis l'élaboration de son règlement intérieur qui indique son objectif<sup>44</sup> orienté vers les droits fondamentaux des patients, et ses limites<sup>45</sup>. Les deux autres séances ont eu pour thème l'infantilisation des patients, et les mesures d'isolement et de contention. Bien que l'établissement ait relativement peu recours à ces mesures, il a été indiqué aux contrôleurs que les échanges avaient permis d'en préciser le cadre juridique et d'ouvrir le débat concernant leur impact sur les patients et les soignants. La prochaine séance, fixée le 13 février 2024, sera consacrée à la régression de la prise en charge en psychiatrie. Aucune réflexion concernant l'intimité et la sexualité des patients n'a été menée (cf. § 6.6). L'élaboration de l'ordre du jour de la séance suivante se fait systématiquement en concertation avec l'ensemble des professionnels présents.

La SRE dispose d'un espace dédié dans l'intranet afin de diffuser ses comptes-rendus. Toutefois, les professionnels des unités rencontrés, qui connaissent pour la plupart l'existence de cette instance, ont indiqué ne pas avoir le réflexe de la saisir concernant des préoccupations éthiques et mal connaître les modalités de son fonctionnement et le contenu de ses actions.

Aucun rapport d'activité n'avait été formalisé lors de la visite, cette instance étant en cours de structuration durant l'année 2023.

#### Recommandation 13

La direction doit régulièrement informer l'ensemble du personnel de l'existence, des objectifs et des modalités de saisine et de fonctionnement de la structure de réflexion éthique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *La constitution de la structure de réflexion éthique a fait l'objet d'une communication appuyée à l'ensemble des professionnels, avec appel à candidature. Celle-ci a rédigé un règlement intérieur, accessible sur intranet et largement diffusé. Avant chaque réunion, un rappel est réalisé aux équipes soignantes et administratives, chacun peut librement y participer, y compris ponctuellement, (cf. annexe 6)* ».

<sup>42</sup> Un médecin psychiatre, l'AMA, deux responsables de soins, trois IDE et un représentant de trois associations d'usagers (fédération nationale des familles de France, union départementale des associations familiales et union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapés psychiques).

<sup>43</sup> 2 février, 4 juillet et 3 octobre 2023.

<sup>44</sup> « *L'espace de réflexion éthique est une instance créée pour valoriser l'écoute et l'échange dans les pratiques professionnelles autour des patients hospitalisés dans [notre] établissement et plus largement d'apporter une ouverture dans la qualité des soins. Il a pour vocation de permettre le partage de valeurs, de doutes et d'interrogations sans se substituer à d'autres instances ou staffs pluridisciplinaires existants* ».

<sup>45</sup> Cette structure n'a pas pour finalité d'apporter une « *réponse catégorique et universelle* » aux interrogations soulevées mais permet de confronter « *une pluralité de points vue face à des situations concrètes singulières où entrent en contradiction des valeurs ou des principes d'intervention* ».

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

### 4.1. 92 % DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT L'ONT ETE SOUS LE REGIME DES SOINS PSYCHIATRIQUES A LA DEMANDE D'UN TIERS EN URGENCE EN 2023

La file active (FA) pour 2022 s'est établie à 1 364 patients (54 807 journées, 12,9 % de l'activité en soins psychiatrique du territoire), dont 410 en SSC (10 199 journées), soit respectivement 30 % et 18,6 %<sup>46</sup>. En 2023, la FA s'est élevée à 977 patients, (soit une remarquable diminution de 28 % entre 2022 et 2023) dont 327 ont été admis en SSC<sup>47</sup>; le tableau tenu par le secrétariat de l'U4 recense 383 admissions en SSC ; en 2023, 217 femmes avaient été admises en SSC pour 166 hommes ; la moyenne d'âge était de 42,41 ans (lors de la visite, la moyenne d'âge des patients accueillis à U4 était de 47 ans). 31 patients avaient été admis en SSC en 2024 à la date du contrôle<sup>48</sup>. Les contrôleurs constatent que les données transmises diffèrent selon les sources (secrétariat juridique d'U4, données transmises par la direction), ce qui ne permet pas une analyse statistique fiable, notamment des placements en SSC.

#### Recommandation 14

L'établissement doit se doter d'outils informatiques permettant de produire des données statistiques exploitables de son activité de soins sans consentement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Les données d'activité sont issues du logiciel LOGHOS, logiciel GAP de l'établissement* ».

L'établissement est intersectoriel. En 2023, 98 % des patients venaient du département de la Haute-Garonne. Les décisions de placement en SSC sont prises le plus souvent au CHU de Purpan, la majorité des patients étant admis depuis son SAU : 336 des 383 admis (88 %) en 2023, 349 des 410 admis (85 %) en 2022. Les admissions directes sont rares, la plupart des patients sont hospitalisés pour une suite de soins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme : « *La majorité des patients sont accueillis en provenance des urgences psychiatriques, lieu d'initiation majeur des mesures, permettant un examen somatique préalable. Les patients sont accueillis dans leur immense majorité entre J0 et J3 de leur arrivée aux urgences* ».

La clinique n'accueille aucun patient en SDRE ni aucun patient détenu. Dans la plupart des cas, les patients sont admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). Ainsi, en pratique, un seul certificat médical est nécessaire à l'admission, d'un médecin du CHU, avec ensuite une réévaluation à 24h par un médecin de l'établissement.

Les admissions en soins à la demande d'un tiers au titre d'un péril imminent (SDTPI) ont concerné 26 patients (6,8 %) en 2023 et 39 (9,5 %) en 2022 (ce régime d'admission concerne indifféremment toutes les provenances, SAU, SL, autres cliniques, etc., à l'exception du domicile). Les admissions en soins à la demande d'un tiers (SDT) sont exceptionnelles : 5 (1,3 %) en 2023 et 4 (1 %) en 2022<sup>49</sup>. Ainsi, très rares

<sup>46</sup> Source : document intitulé « Visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté », datée du 5 février 2024, présenté par la direction au CGLPL lors de la réunion tenue à l'arrivée sur le site.

<sup>47</sup> Selon les données transmises par la direction.

<sup>48</sup> Données extraites des tableaux Excel établis chaque année par la secrétaire juridique d'U4, recensant l'activité de SSC.

<sup>49</sup> En méconnaissance des dispositions de l'article L. 3211-2-3 du code de la santé publique qui prévoit : « *Lorsqu'une personne remplissant les conditions pour être admise en soins psychiatriques prévues aux chapitres II et III du présent titre est prise en charge en urgence par un établissement de santé qui n'assure pas, en application de l'article L. 3222-1, la prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques au titre des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, son transfert vers un établissement exerçant cette mission est organisé, selon des modalités prévues par convention, dans des délais adaptés à son état de santé et au plus tard sous quarante-huit heures.* »

sont les patients pour lesquels l'admission se fonde sur deux certificats médicaux. Par ailleurs, l'accord du tiers n'est pas recherché ensuite de l'admission, ce qui prive les patients en SSC d'une voie de recours pour la levée de la mesure autre que sur avis médical.

### Recommandation 15

Les admissions en soins sans consentement s'effectuent en principe sous le régime des soins psychiatriques à la demande d'un tiers, garantissant une double évaluation médicale avant l'hospitalisation. Le recours aux procédures dérogatoires, relatives aux soins en cas de péril imminent et à la demande d'un tiers en urgence, doit être exceptionnel. La recherche du tiers doit être effective dans l'ensemble des sites d'accueil des urgences psychiatriques lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement sur décision du directeur.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme sans les commenter les très majoritaires hospitalisations dans le cadre de la procédure de SDTU, privant les patients concernés d'une double évaluation médicale justifiant leur privation de liberté : « *Initiation des mesures au service des urgences du CHU. Sur 383 mesures, seules 26 le sont dans le cadre d'un péril imminent, soit 93,2 % de mesures avec tiers* ».

La clinique connaît des moyennes de 40 entrées hebdomadaires, et de 5 quotidiennes, dont 2 en SSC. Aucune admission n'est effectuée la nuit. Les patients transitent entre quelques heures et quelques jours au CHU de Purpan. Les données recensées par l'établissement relèvent une durée moyenne de séjour (DMS) dans les SAU, avant l'admission à la clinique, de 3,34 jours en 2023 contre 2,26 jours en 2022, cette majoration de plus d'un jour en moyenne traduisant une dégradation de la situation de l'accueil aux urgences.

Par suite, les certificats des 24h, voire des 72h<sup>50</sup>, peuvent être établis aux urgences, mais la décision de placement sous contrainte n'être prise qu'à l'arrivée à la clinique, plaçant le patient dans une situation de SSC « de fait », sans décision administrative.

### Recommandation 16

Une personne ne peut être admise en soins psychiatriques sans consentement, qui plus est en hospitalisation complète, sans une décision, formalisée et motivée, de l'autorité compétente. Les périodes d'observation et de soins initiales de 24h et 72h, prévues à l'article L. 3112-2-2 du code de la santé publique, ne peuvent s'effectuer que sous le couvert d'une telle décision.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *la décision formalisée et motivée est initiée par les services des urgences psychiatriques du CHU. Les certificats et décisions sont alors prises par les médecins et direction du CHU, un certificat et une décision de transfert sont alors réalisés. Seuls les patients accueillis dans les quelques heures suivant leur arrivée aux urgences ainsi que les patients en péril imminent, sont admis en SSC par la clinique de Beaupuy* ».

Selon les témoignages recueillis, il n'est pas non plus exceptionnel que des contentions se pratiquent en SAU, sans que le juge des libertés et de la détention (JLD) ne soit avisé dans les 24h de sorte à statuer sous 48h, comme le dispose le code de la santé publique.

Toutes les admissions en SSC se réalisent à U4 ; U1 n'admet des patients en SSC que depuis cette unité. En 2023, les DMS ont été de 22,58 jours à U1 (20,9 en 2022) et de 19,63 jours à U4<sup>51</sup> (17,7 en 2022) ; elle était de 24,4 jours pour les deux unités au 12 décembre 2023<sup>52</sup> (24,4 en 2022). Il est rare que les séjours en SSC

<sup>50</sup> Article L. 3211-2-2 du code de la santé publique.

<sup>51</sup> Données extraites des tableaux Excell établis chaque année par la secrétaire juridique du U4, recensent l'activité SSC.

<sup>52</sup> Bilan d'activité SSC de la CB, daté du 14 décembre 2023.

se prolongent, les patients nécessitant une poursuite d'hospitalisation étant alors admis en SL au sein des autres unités<sup>53</sup>.

Les entrées dites programmées sont celles annoncées par les SAU. Le psychiatre présent est informé des arrivées. Le généraliste et la cadre de santé peuvent également être informés et consultés pour avis. L'équipe indique cependant que cette concertation pluridisciplinaire n'est pas acquise. Les dossiers ne sont pas toujours complets à l'admission, notamment concernant les antécédents somatiques et psychiatriques.

Le rythme des entrées et des sorties est soutenu. L'unité d'accueil étant presque toujours complète, une entrée commande très souvent une sortie ; les arrivées depuis les urgences étant bien souvent acceptées avant qu'une sortie d'U4 ait été planifiée. Les patients sont alors soit orientés vers U1, dans la limite d'un critère d'âge (les patients accueillis sont âgés de moins de 35 ans, l'objectif étant de ne pas accueillir de patients de plus de 30 ans) et d'un critère clinique (ne présentant pas de risques hétéro ou auto-agressifs, pas de symptômes trop aigus et peu susceptibles de fuguer), ou en SL (dans la limite de l'évaluation clinique), soit retournent à domicile, si leur état clinique le permet (cf. § 0). Les transferts en SL peuvent ainsi se réaliser de façon précipitée, sans accompagnement du patient. Une transformation de la mesure en SL concerne 38 % des patients en SSC, donnée constante pour 2022 et 2023<sup>54</sup>.

### Recommandation 17

Le transfert des patients de l'unité 4 vers l'unité 1 doit faire l'objet d'une logique de projet de soin plutôt que d'un simple critère d'âge, d'une anticipation prévenant toute précipitation inadaptée et d'un accompagnement soignant spécifique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « L'U1 a modifié son projet de service depuis le 02/01/2024 pour une prise en charge des jeunes adultes en réhabilitation psychosociale, celui-ci était donc en cours de structuration. Depuis mars 2024, les équipes des deux unités et les psychiatres échangent lors du staff quotidien d'une possible orientation du patient en réhabilitation jeunes adultes. Le patient est alors informé de cette orientation qui lui est expliquée et son consentement est recueilli. Il est primordial de noter que le territoire connaît une très forte tension sur la filière SSC depuis plusieurs années, la clinique de Beaupuy avait proposé dès février 2019 un accroissement de lits en SSC par conversion de lits. Ce projet a trouvé une issue favorable en juin 2024. Pour autant, les patients sont accompagnés dans leur parcours de soins, le transfert est décidé en équipe pluridisciplinaire et celui-ci n'est effectif que s'il est également accepté par le patient lui-même ».

Ainsi, le 7 février 2024 au matin, l'U4 présentait un taux d'occupation maximal. Des IDE d'une autre unité sont cependant arrivées avec les effets d'une patiente en SL qui devait être réadmise en SSC (sous le régime SPI). L'équipe d'U4 n'était cependant pas informée de cette arrivée ni davantage le service de gestion des lits. Une admission en SL, organisée dans l'urgence, d'un patient d'U4 a permis d'éviter un accueil, même temporaire, en CI (cf. § 0). Le service de gestion des lits a indiqué que la règle qui prévalait en pareil cas était d'éviter une hospitalisation en chambre double ; cependant, à cette date, la clinique ne disposait plus que de trois places libres en SL, toutes en chambre double (ce qui implique un « jeu de chaise musicale » des patients en SL – sachant que les tarifs en chambre simple et en chambre double ne sont pas les mêmes). Cette séquence illustre un défaut de communication et de concertation entre les équipes médicales, les différentes unités, les cadres de santé et le service de gestion des lits. La pression s'exerçant sur la gestion des lits entraîne ainsi des levées des mesures de SSC avant des sorties ou

<sup>53</sup> A la date du 6 février 2024, à U4, les deux plus longs séjours remontaient à 78 jours, le second plus long à 46 jours, 5 séjours duraient depuis plus d'un mois, 8 séjours avaient débuté moins de 10 jours auparavant.

<sup>54</sup> Bilan d'activité SSC de la CB, daté du 14 décembre 2023.

des admissions en SL peu préparées, souvent non concertées avec le patient, ne favorisant pas sa compréhension du parcours de soin (cf. § 9.3.4).

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Il s'agissait d'une urgence psychiatrique interne, le patient nécessitant d'être placé en SSC. Aucun patient n'est admis en CI même temporaire ou ouverte. Cependant, le transfert du patient en SL était cliniquement justifié. Concernant les tarifs en chambre simple et double elle précise : dans ce cas, le patient ne paye pas la chambre particulière, celle-ci n'étant due que si le patient demande la chambre particulière* ».

Toutefois, l'assistante médico-administrative (AMA) à laquelle la direction a confié la référence de la gestion des SSC, dont le bureau se situe au sein de l'unité pour une proximité et une disponibilité envers l'équipe et les patients, assure les jeudis après-midi une réunion hebdomadaire d'information concernant divers thèmes autour des SSC (législation et droits des SSC, isolement et contention, droits des patients, contrôle des mesures par le JLD), à destination de tous les patients hospitalisés en SSC, en présence d'un soignant différent chaque semaine. D'autres soignants et la psychologue peuvent s'y associer. Un compte-rendu écrit de la réunion est établi à l'issue de chacune des réunions. En l'absence de l'AMA, un agent administratif non formé la remplace et s'appuie sur les supports qu'elle a développés pour ce faire.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La remplaçante est formée à la gestion des procédures et au socle commun du poste par l'AMA titulaire, elle a été doublée et accompagnée par cette dernière afin d'assurer la fonction en janvier et février 2023* ».

### Bonne pratique 1

Une assistante médico-administrative spécifiquement formée, référente de la gestion des soins sans consentement, dont le bureau se situe au sein de l'unité spécifique pour une proximité et une disponibilité envers l'équipe et les patients, assure une réunion hebdomadaire d'information s'agissant des soins sans consentement, à destination de tous les patients concernés.

## 4.2. L'INFORMATION ORALE ET ECRITE EST INSUFFISANTE

### 4.2.1. L'information générale

Un livret d'accueil est remis, accompagné d'une feuille « d'information pour les patients d'U4 » qui liste les informations relatives à l'inventaire des effets, à la visite d'un psychiatre, au téléphone portable, aux visites, aux sorties du service, aux repas, aux produits d'hygiène et à l'accès à la machine à laver. Le livret d'accueil est un modèle générique du groupe Ramsay, sans indication relatives aux soins SSC. Une fiche de désignation de la personne de confiance est également remise (cf. § 0).

Les soignants utilisent, pour chaque admission, une check-list d'entrée indiquant les actions à effectuer de manière systématique<sup>55</sup>.

<sup>55</sup> Inventaire des affaires ; étiquetage du tabac et mise en sécurité ; remise de bouteille d'eau, d'un badge et installation en chambre ; prise de constances ; prescription des soins récurrents ; rencontre avec le médecin somaticien de garde et le psychiatre s'ils sont présents ; renseignement de la fiche d'accueil, du formulaire de désignation de la personne de confiance et de la grille de dépendance ; notification des droits du patients en SSC ; photocopie d'un justificatif d'identité du patient ; vérification du dossier des urgences et prise de contact si besoin pour le compléter ; numérisation du dossier des urgences et des ordonnances antérieures ; préparation de l'écrit relatif au cadre thérapeutique pour signature par le psychiatre ; entretien d'accueil et observation d'entrée de l'IDE ; recueil de données et modifications ou pas des données initiales ; préparation du pilulier ; remplissage de la feuille de transmission ; appel téléphonique au tiers ou à la famille.

Le règlement intérieur n'est pas affiché à U1 ni à U4. Deux pages intitulées « *Spécificités liées aux SSC* » présentant une rubrique « *Spécificités de votre séjour* » sont affichées à U1 et U4 et mais manquent de précision. Elles mentionnent :

- l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, sans mention de celle au motif de l'urgence qui concerne 92 % des patients hospitalisés en SDDE (cf. § 4.1) ;
- les droits : accès au règlement intérieur et explication le concernant, réception et envoi du courrier, droit de vote, d'exercice du culte, etc. ;
- les voies de recours avec les coordonnées du JLD, du procureur de la République, de la présidence du comité médical des soins en psychiatrie, de la Défenseure des droits ;
- les modalités du séjour (chambre individuelle, repas au sein de l'unité, sortie, etc.).

Les informations concernant les SSC affichées sur les panneaux d'U1 et U4 diffèrent. L'affichage du règlement intérieur, des règles de vie, de la liste des avocats du barreau de Toulouse font notamment défaut.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *L'affichage à l'U4 du RI et des règles de vie était bien réalisé, nous l'avons depuis réorganisé et centralisé (cf. annexe 7). A l'accueil des patients, le règlement intérieur et livret d'accueil est remis. Le document sur les droits et voies de recours relatifs aux soins sans consentement est remis et signé par le patient. Le 7 mars 2024, lors de l'intervention de l'AMA et du président de la CME au barreau de Toulouse à la demande des avocats de permanence en SSC dans le cadre de leur formation, la demande leur a été à nouveau formulée, nous n'avons à ce jour pas de retour* ».

#### Recommandation 18

Le livret d'accueil doit comporter les informations concernant les droits et voies de recours relatifs aux soins sans consentement. Le règlement intérieur, les règles de vie, les droits et voies de recours relatifs aux soins sans consentement, les coordonnées des personnes et des institutions à joindre pour l'exercice de ces voies de recours, doivent être affichés et régulièrement mis à jour dans les unités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les informations sont affichées et délivrées au patient, remises à jour de façon régulière. Ces informations lui sont également transmises et contre-signées. Le document reprenant les voies de recours et coordonnées des personnes et institutions à joindre pour l'exercice des voies de recours a été réajusté pour une meilleure lecture (cf. annexe 8)* ».

#### 4.2.2. L'information spécifique

Le patient hospitalisé en SSC se voit, dès son arrivée à U4, expliquer ses droits, le rôle du JLD et est informé de la possibilité de rencontrer ce magistrat. Les soignants d'U1 réexpliquent ce que le patient pourrait avoir mal compris lors de son séjour à U4.

La décision d'hospitalisation en SSC est notifiée à chaque patient admis à U4. Elle est co-signée par deux soignants lorsque le patient refuse de signer le document. Le formulaire vise l'hospitalisation à la demande d'un tiers ou le cas de péril imminent mais pas celui de l'urgence, les droits des patients et le rôle du JLD, les voies de recours, le cadre légal de l'isolement et de la contention, les interventions légales du JLD, et celles possibles de l'avocat et de l'entourage. L'enregistrement du refus ou de l'impossibilité de signer du patient est prévu par le formulaire. La procédure, qui acte dans ce cas que le patient n'a pas connaissance de ses droits, est contraire aux dispositions légales. Une copie est remise au patient et le formulaire classé dans le dossier rangé dans le secrétariat de l'unité.

### Recommandation 19

La notification des droits et des voies de recours du patient hospitalisé en soins sans consentement doit être réalisée, et renouvelée de façon adaptée à son état clinique. Le formulaire utilisé doit rigoureusement distinguer les différents modes d'hospitalisation en soins sans consentement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « remise à son entrée par le personnel soignant, revu avec l'AMA lors d'entretiens informels (bureau ouvert aux patients constamment) et réexpliqué lors de l'atelier hebdomadaire. A chaque étape réglementaire, l'AMA rappelle les voies de recours. Le formulaire de notification des droits du patient est systématiquement et rigoureusement utilisé, celui-ci a été modifié afin de distinguer précisément les différents modes d'hospitalisation en SSC (cf. annexe 8) ».

La copie des documents relatifs aux SSC est remise au patient et les originaux sont rangés dans un classeur spécifique, tenu par l'AMA référente. Elle reçoit et renseigne les patients hospitalisés en SSC, avec une disponibilité facilitée par le positionnement de son bureau à l'entrée de l'U4. L'AMA veille aux échéances de certification médicale à respecter et aide en tant que de besoin les patients à motiver et rédiger les saisines du JLD.

Le dossier des patients ne comporte pas le nom du tiers pour éviter que le patient en ait connaissance.

### Recommandation 20

Les patients hospitalisés en soins sur décision du directeur de l'établissement doivent connaître l'identité du tiers demandeur impliqué.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « Politique historique de ne pas communiquer l'identité du tiers à la suite de menaces proférées à l'encontre des JLD et parfois des tiers, mis en difficulté. L'identité du tiers est désormais communiquée conformément à la recommandation ici visée ».

L'AMA référente de la gestion administrative des SSC anime une réunion d'information hebdomadaire concernant ce thème (cf. § 4.1, Bonne pratique 1).

La procédure d'accès au dossier médical est mentionnée dans le livret d'accueil mais exige de présenter une requête auprès du secrétariat ; durant l'hospitalisation les soignants peuvent cependant communiquer des résultats d'exams ou des bilans. Les transmissions et les observations ne sont pas communiquées. Aucune médiation médicale pour sa lecture et sa compréhension n'est proposée.

### Recommandation 21

La procédure d'accès au dossier médical doit respecter les dispositions légales et les patients doivent bénéficier d'une lecture médicalement accompagnée en cas de besoin, afin d'obtenir toute explication utile à sa compréhension.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « La procédure d'accès au dossier médical est formalisée selon les dispositions légales, accessible à tous les professionnels depuis la gestion documentaire. La demande d'accès est centralisée au niveau du secrétariat de l'établissement pour un parfait respect réglementaire. En cours d'hospitalisation, les éléments du dossier médical sont transmis au patient, il comprend les éléments du dossier demandés. Il est proposé au patient d'être accompagné par son médecin psychiatre référent, qui, avec son accord, lui propose une lecture et lui délivre des explications (cf. annexe 9) ».



## 5. LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1. LES ESPACES COMMUNS SONT ACCUEILLANTS ET BIEN ENTRETENUS MAIS LES UNITES D'HOSPITALISATION N'ONT PAS FAIT L'OBJET DE LA REHABILITATION PREVUE

Le plan général de l'organisation bâtementaire de la clinique est comparable à celui décrit dans le rapport de la visite du CGLPL au mois de mars 2017<sup>56</sup>.

U1 et U4, qui accueillent les patients hospitalisés en SSC, sont organisées selon le même schéma. U4 étant située au rez-de-jardin et U1 sur deux niveaux. Un long couloir rectiligne distribue successivement le bureau infirmier, le local pour la réserve de matériel, le local de pause du personnel, les 21 chambres pour l'U4, les 28 réparties entre les deux niveaux pour l'U1, et la salle de télévision et d'activités, par laquelle les patients peuvent se rendre dans un jardin extérieur totalement clos. L'U4, fermée, dispose d'un vaste espace ouvert face au bureau infirmier, servant à la fois de lieu de vie, de rencontre, d'attente, de réunion et de réfectoire.

Les chambres sont sensiblement identiques, équipées d'un lit, d'une table de chevet, d'un bureau, d'une chaise, d'un placard et d'une télévision dont le prix de l'abonnement mensuel s'élève à 4 euros<sup>57</sup>. Un système de badge a été installé sur les portes, de sorte que les patients peuvent s'y enfermer et n'être dérangés que par un soignant, les chambres restant inaccessibles aux autres patients en leur absence. Les chambres sont équipées d'un interrupteur pour déclencher l'éclairage du plafonnier et d'un bouton d'appel de l'équipe, parfois inaccessible pour une personne couchée dans son lit. Chaque chambre est équipée d'un bloc sanitaire comprenant des toilettes avec un abattant et un lavabo. Le pommeau de douche est placé d'une façon telle que l'ensemble du bloc sanitaire est copieusement arrosé à chaque fonctionnement.

Les soignants tiennent ainsi, à disposition des patients, des flexibles avec douchette pouvant être connectés sur le bec du mitigeur du lavabo et devant être restitués après chaque usage.

L'ensemble des locaux des unités, terne et sans décoration, appelle une réhabilitation. Le précédent projet d'établissement pour la période 2022-2024 prévoyait la réhabilitation des chambres, qui n'a pas été mise en œuvre.

#### Recommandation 22

Les chambres des unités 1 et 4, vétustes, et leurs salles d'eau, dysfonctionnelles, doivent faire l'objet d'une réhabilitation garantissant le respect de la dignité des patients hébergés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les pommeaux de douche répondent à une logique sécuritaire. Une réflexion sera menée en lien avec la décoration de ses services. Un plan de rénovation des chambres débute en octobre 2024 avec des réhabilitations par tranches ».

Contrairement aux unités, les espaces communs (l'accueil de la clinique autour duquel sont disposés les services administratifs et les bureaux des médecins, le très vaste espace de rencontre et de convivialité situé face à au self) sont en excellent état, lumineux, spacieux et accueillants. De très nombreux patients

<sup>56</sup> CGLPL, Rapport de visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy, mars 2017, p. 28.

<sup>57</sup> La télévision n'est pas facturée aux patients en SSC, uniquement valable pour les patients en hospitalisation libre qui le souhaitent.

se retrouvent à l'agora, y rencontrent leurs visiteurs et peuvent descendre un escalier pour accéder au parc.

Le parc, d'une superficie de 6 hectares, est boisé et bien entretenu ; il dispose d'un parcours-santé, d'un terrain de tennis et d'un terrain de basket tous deux à l'état d'abandon, de deux appareils récents de musculation et de tables de ping-pong pour lesquelles balles et raquettes sont mises à disposition. Quelques patients s'y promènent, beaucoup s'y rendent pour fumer.

## 5.2. L'HYGIENE EST ASSUREE

### 5.2.1. L'hygiène des personnes

L'équipement d'une salle d'eau dans chaque chambre offre aux patients la possibilité d'une hygiène corporelle adaptée. Les soignants sont vigilants et repèrent les personnes devant être incitées à assurer leur hygiène, ou celles nécessitant une aide pour leurs soins corporels. Un nécessaire de toilette<sup>58</sup> leur est remis à l'admission s'ils n'en disposent pas déjà. Les patients sont incités à s'adresser à leurs proches pour le renouvellement des produits d'hygiène en cours d'hospitalisation mais une réserve de ces produits permet un réassort sur demande en cas de besoin. Chaque patient se voit attribuer une serviette, de petite taille, qu'il peut facilement changer. Le linge de lit est renouvelé chaque semaine ou à la demande si nécessaire.

### 5.2.2. L'hygiène des locaux

L'entretien des locaux, particulièrement propres, est assuré par une équipe d'agents des services hospitalier (ASH), sous la responsabilité d'une « gouvernante », salariées de la société *Elior*. Le ménage est quotidiennement effectué dans les chambres de toutes les unités, les espaces communs et les bureaux. Les chambres sont nettoyées, le mobilier désinfecté et le lit préparé à l'occasion de chaque départ de patient. Eu égard à la réduction de leur effectif de sept à cinq<sup>59</sup>, qualifiée « *d'économique* », les ASH ne peuvent parfois pas assurer toutes leurs tâches, notamment les jours de nombreux transferts ou de sorties de patients. La charge de travail des ASH ne leur permet que peu de contacts avec les patients, à l'exception du réveil et du petit-déjeuner.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Il n'y a pas eu de baisse d'effectifs, mais une réorganisation des horaires sur la journée permettant une plus grande amplitude, à noter 0.9 ETP supplémentaire depuis octobre 2023* ».

Une buanderie permet de disposer d'un lave-linge et d'un sèche-linge, en principe à la disposition des patients. Son accès n'est cependant pas libre, une forte incitation des familles est signalée pour le traitement du linge. Le questionnement de nombreux patients s'agissant des restrictions d'accès aux machines à laver et à sécher a été rapporté.

## 5.3. LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS EST FORMALISEE ET ASSUREE

Un inventaire contradictoire de l'ensemble des biens du patient est systématiquement établi lors de son arrivée. Un document intitulé « *inventaire des biens et effets personnels* » joint au livret d'accueil est renseigné, daté et signé. Les objets présentant un danger sont retirés et déposés dans une bannette au nom du patient, entreposée dans une salle sécurisée. Les objets de valeur peuvent être déposés au coffre de la clinique situé dans un local près de l'accueil.

<sup>58</sup> Du savon liquide, une brosse à dent, du dentifrice, de la mousse à raser, des rasoirs restitués après usage, et des protections périodiques.

<sup>59</sup> En raison d'un *turn-over* important liée à une rémunération qui a été qualifiée d'insuffisante (10 heures rémunérées pour 12 effectuées).

Les patients peuvent conserver une somme numéraire mesurée et utile, le reste étant déposé à l'accueil et conservé dans le coffre de la clinique. Un compte est établi au nom du patient, que les tuteurs ou les familles peuvent alimenter par virement. Un registre est renseigné, précisant les sommes versées ainsi que leurs bénéficiaires. Le détail des virements et le solde des comptes sont remis quotidiennement par le service financier à l'accueil. Les patients peuvent se rendre à l'accueil et faire la queue pour retirer les sommes qui leur sont nécessaires, chaque matin dès 9h30.

L'ASS a notamment pour mission de repérer les personnes nécessitant une mesure de protection des biens. Elle assiste dans ce cadre au *staff* (réunion) d'U4 le vendredi matin et rencontre également chaque semaine les soignants d'U1. Une trentaine de personnes bénéficient d'un régime de protection des biens lors de la visite, dont une vingtaine à U1 et U4. Selon les propos rapportés, les tuteurs effectuent des virements bancaires et peuvent participer aux démarches pendant la semaine. L'ASS se rend tous les jours dans les unités pour rencontrer les patients individuellement. Elle est en relation avec l'association « Tendons les mains aux aînés » qui effectue des livraisons de vêtements à la demande pour les patients dépourvus et permet d'achalander un vestiaire commun. Les unités disposent également d'un vestiaire de secours.

#### 5.4. LES PATIENTS SONT SATISFAITS DES REPAS MAIS CERTAINS D'ENTRE EUX SONT SERVIS DANS DES ASSIETTES EN CARTON

La restauration est confectionnée sur place par les salariés de la société *Elior* au nombre de neuf, dont deux cuisiniers qui travaillent en alternance. Les menus sont élaborés par une nutritionniste qui se déplace deux fois par mois. Des contrôles vétérinaires sont théoriquement effectués mensuellement mais celui précédent la visite remontait au 3 novembre 2023. Les cuisines disposent d'un équipement garantissant la chaîne du froid. Les repas sont préparés à J-3. Les menus programmés selon un cycle de cinq semaines sont affichés et permettent un choix entre différentes entrées, plats et desserts. Certains patients bénéficient d'un régime « double ration », sur prescription. Les soignants notifient les régimes des patients au service de restauration la veille dans l'Intranet. Les patients sont, d'une façon générale, satisfaits des menus ainsi que des quantités servies, à l'exception de celles proposées au petit déjeuner, considérées comme insuffisantes. Des IDE ont en revanche signalé aux contrôleurs que « *les patients ont faim* ». Un repas à thème est organisé mensuellement<sup>60</sup>.

La majorité des patients prennent leurs repas au self, y compris le petit-déjeuner et le goûter. Le petit-déjeuner est servi entre 7h30 et 8h30, le déjeuner entre 11h45 et 12h45, le goûter entre 15h30 et 16h30, et le dîner entre 18h15 et 19h30. Avant chaque service, les patients attendent devant l'entrée du self et les personnes à mobilité réduite sont servies en premier. Seules les patients d'U4 prennent leurs repas dans l'unité. Un chariot « mini-self » est acheminé des cuisines pour le service des patients par une soignante. Les patients peuvent prendre leur repas en chambre mais la majorité s'installent dans l'espace commun. Le service est effectué dans des assiettes en carton qui ploient sous le poids de la nourriture et les patients doivent s'alimenter avec des couverts en bois. Le petit-déjeuner est servi en chambre à partir de 8h00 par l'ASH. Tous les patients d'U1, ceux en SSC inclus, se rendent au self, à l'exception d'un en SL.

#### Recommandation 23

Tous les patients doivent pouvoir s'alimenter dans des assiettes et avec des couverts qui respectent leur dignité et préviennent toute forme de stigmatisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, : « *La règle est de la vaisselle adaptée, l'établissement fait face à une perte importante récurrente. Des réflexions communes avec les*

<sup>60</sup> Le suivant, programmé le 15 février, sera relatif au nouvel an chinois.

*soignants ont été menées à plusieurs reprises, abordant le sujet avec une logique sécuritaire relative au risque d'hétéro- agressivité et d'auto-agressivité ».*

## 6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1. LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SONT INDIVIDUALISEES ET REEVALUEES MAIS PEUVENT CONCERNER DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS LIBRES

#### 6.1.1. La circulation des patients

Les patients en SL sont assujettis à l'autorisation écrite, datée et signée d'un psychiatre pour pouvoir sortir de l'enceinte de l'établissement, contrairement aux dispositions légales.

Les patients en SSC, hospitalisés à U1 et U4, peuvent connaître, sur prescription médicale, des restrictions de circulation hors de leur unité. Aucun des sept patients en SSC d'U1 ne fait l'objet de restrictions de circulation dans les limites de l'établissement, parc inclus, lors de la visite. Un badge magnétique leur permet d'accéder librement à leur chambre comme à l'unité<sup>61</sup>. La seule restriction de circulation concernait un patient en SL qui n'était pas autorisé à sortir seul de l'unité. Présent depuis le 17 mars 2023, après un séjour précédent plus court, les médecins ont prescrit un maintien dans l'unité, à partir du mois de mai 2023, pour des raisons liées à sa pathologie. Un assouplissement a été mis en place, à partir du 30 décembre 2023, pour des sorties séquentielles progressives, trois fois par semaine. Cette situation pose deux difficultés. La première est d'ordre juridique car elle revient à priver un patient en SL de sa liberté de circulation. La seconde conduit les soignants à s'interroger sur leur responsabilité tant vis-à-vis de cette mesure restrictive de droit que des conséquences de sa non-application.

#### Recommandation 24

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une restriction de sa liberté de circulation, sans modification rapide et adaptée de son statut d'hospitalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Aucun patient en soins libres n'est privé de sa liberté d'aller et venir, il s'agissait là d'un cas unique et très particulier d'un patient nécessitant une surveillance hydrique accrue par son état somatique, au risque vital engagé, pas d'indication de SSC puisque compliant aux soins, patient et soignants ont été largement informés de ces mesures* ».

Les 21 patients d'U4 connaissent des situations différentes. L'unité est fermée et nécessite l'intervention d'un soignant pour ouvrir la porte. Les restrictions résultent d'une prescription médicale, formalisée sur une fiche identifiée sous l'intitulé « *cadre thérapeutique SSC* », consultable dans un classeur du bureau infirmier. Vingt patients étaient autorisés à sortir selon des modalités variables. L'un pouvait sortir seul sans restriction, sept pouvaient sortir seuls de manière séquentielle, les autres accompagnés. La mesure fait l'objet de réévaluations régulières qui, pour les patients concernés, tendaient à augmenter progressivement le temps de sortie et l'autonomie. Une seule patiente, présente depuis le mois de novembre 2023, n'était pas autorisée à sortir même accompagnée. Il ressort qu'en pratique elle sort ponctuellement dans le parc, accompagnée d'un soignant dès lors que celui-ci connaît sa pathologie et qu'il est lui-même présent régulièrement. L'absence de formalisation de cette possibilité sur la fiche *ad hoc* résulterait d'un état clinique variable mais aussi de la nécessité de disposer de soignants fidélisés, ce que ne permet pas toujours la forte rotation du personnel.

Les temps de sortie sont prévus le matin de 10h00 à 11h30 et l'après-midi, à partir de 15h00 jusqu'au dîner. L'accès à la salle de sport, avec encadrement d'un soignant, est possible tous les après-midis à partir de 17h30, celle-ci étant réservée aux patients d'U4. Ceux connaissant des restrictions de circulation sont accompagnés dans leurs démarches au sein de l'établissement par un soignant.

<sup>61</sup> En fonction de la liberté de circulation du patient, il existe deux types de badge, l'un lui permettant d'accéder à son unité de soins et à sa chambre, l'autre lui permettant uniquement d'accéder à sa chambre.

### 6.1.2. La gestion de la sécurité

L'accès à la clinique est libre, l'emprise étant uniquement clôturée, d'une part, le long du parc bordant le bois au Nord et, d'autre part, le long de la façade Ouest comprenant les emplacements de parking et l'accès à l'accueil. Un projet est en cours pour la réalisation d'une clôture périmétrique qui prolongera celle existante. Installée en bordure de la route d'accès, elle comprendra un portail qui sera fermé la nuit, ainsi qu'un autre spécifique pour les services d'incendie et de secours.

La clinique n'a pas eu à connaître de faits graves menaçant la sécurité des personnes et des biens mais se trouve cependant confrontée à des livraisons de substances toxiques prohibées dans le parc.

Aucun agent de sécurité privée n'intervient pour la surveillance, sauf à l'occasion des fêtes de fin d'année. L'accès principal de l'établissement est ouvert de 8h00 à 19h00, celui menant au parc jusqu'à 21h00. Un agent d'accueil présent de 9h00 à 13h00 et de 13h30 à 19h00 oriente le public et les patients, et assure la réception des appels téléphoniques.

Un dispositif de vidéosurveillance comprenant 48 caméras implantées sur les circulations, certains espaces communs ainsi qu'à l'extérieur est en place. L'objectif de la présence de certaines interroge, par exemple celle d'U1 implantée dans le salon. Ces dispositifs techniques n'ont pas vocation à optimiser la présence humaine ou à s'y substituer. Les images des unités sont renvoyées sur les écrans des postes placés dans les bureaux infirmiers. Les images sont enregistrées sur un serveur et effacées par période glissante de 30 jours. Elles peuvent être visionnées par la directrice d'établissement, par l'attaché de direction en son absence, ou par les forces de sécurité sur réquisition<sup>62</sup>.

Les contrôleurs ont relevé qu'un seul pictogramme, de petite taille, est en place à l'entrée de l'établissement sans mention du responsable du système et des modalités d'accès aux images.

#### Recommandation 25

L'établissement doit mettre en place un affichage adapté dans les espaces placés sous vidéosurveillance. L'objectif de placer des caméras dans les espaces communs, hors accès et circulations, doit être réévalué.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *la vidéosurveillance fera l'objet d'une réflexion avec le personnel soignant, les médecins et la CDU d'ici fin 2024* ».

La brigade de gendarmerie de Balma est compétente au titre de la sécurité publique. Les relations sont décrites comme bonnes. Aucune convention sécurité-police-justice n'est signée et appliquée lors de la visite. L'élaboration d'une convention, qui est en cours pour formaliser la relation, a été signalée<sup>63</sup>. Un protocole relatif à la conduite à tenir en matière de fugue de patient est en place<sup>64</sup>.

Les équipes se renforcent mutuellement jour et nuit, en cas de déclenchement du dispositif d'alarme du travailleur isolé. Cependant, une présence réduite au strict minimum d'un IDE par unité, sauf à l'U4, conduit, dans un tel cas de figure, à une rupture de la continuité de la présence soignante. De plus, les contrôleurs ont observé que cette situation, conjuguée à la faible proportion de l'effectif permanent ainsi qu'à la forte rotation des équipes, accentue un sentiment d'insécurité chez les soignants.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *l'effectif de nuit est très stable au sein de l'établissement, les vacataires sont habituels* ».

<sup>62</sup> Deux demandes ont été effectuées pendant l'année 2023.

<sup>63</sup> De multiples réunions ont eu lieu avec le capitaine de la gendarmerie de Balma.

<sup>64</sup> 14 fugues ont été recensées en 2023 dont 3 pour des patients hospitalisés en SSC. Au moment de la visite, 3 fugues ont été recensées depuis le début de l'année dont 2 pour des patients en SSC (une en cours au moment de la visite).

Un protocole de conduite à tenir, en place dans le cadre de la garantie de la sécurité incendie, est accessible au personnel sur le site Intranet. Une séance de formation de deux heures, assurée annuellement par un partenaire extérieur, a concerné 27 agents de toutes fonctions, pendant une journée en 2023<sup>65</sup>. Elle concernait plus spécifiquement ceux présents régulièrement.

La pratique des exercices incendie est quasi inexistante. En l'absence d'équipe spécifique, à l'exception d'un agent titulaire du SIAPP 1<sup>66</sup>, le risque porte sur une méconnaissance de la conduite à tenir par une partie du personnel, notamment les soignants dont le taux de renouvellement est élevé. Il a été indiqué que l'établissement en était conscient et que dans le cadre du projet d'accueil des professionnels nouvellement embauchés, cet aspect serait pris en compte. Avec la quasi-absence d'exercice incendie, il s'agit d'un point de vigilance.

### Recommandation 26

La formation au risque incendie doit être renforcée, tenir compte du taux de renouvellement du personnel et intégrer les intérimaires.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale sans répondre à la question de la prise en compte de l'importance du taux de renouvellement du personnel : « Une formation incendie est réalisée chaque année conformément à la réglementation en vigueur. Des rappels sont régulièrement effectués par le SSIAP de l'établissement (cf. annexe 4) ».

## 6.2. LE RYTHME DES PATIENTS EST RESPECTE ET LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU CONTRAIGNANTES

### 6.2.1. Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

Les patients hospitalisés en SSC circulent librement au sein d'U1 et U4. Un badge magnétique donnant accès à leur chambre en assure le caractère privatif et garantit leur intimité (cf. § 6.1.1). Les deux unités disposent d'un jardin clôturé, avec du mobilier, ouvert de 07h00 à 23h00, auquel les patients ont accès à leur demande pour fumer en cas de fermeture. A l'U4, il resterait accessible sans interruption.

Des aménagements souples des horaires de lever sont possibles. La journée est rythmée le matin par le passage des médecins puis par les activités et l'accès au parc, à l'agora et à la cafétéria auxquels les patients en SSC peuvent se rendre dans les limites des prescriptions médicales (cf. § 6.1). Le soir, selon les informations recueillies, de manière générale, les patients se retirent dans leur chambre après la distribution des médicaments et d'une tisane vers 21h00.

Le port du pyjama institutionnel n'est pas imposé, sauf en CI ou sur consigne médicale individualisée. Les patients peuvent en solliciter un pour la nuit.

Aucune restriction particulière, autre que celle relative à la liberté de circulation (cf. § 6.1.1), n'a été observée. L'ambiance générale est bienveillante et une démarche d'adaptation au patient est constatée.

### 6.2.2. L'accès au tabac

Les patients d'U1 conservent leur tabac et leur briquet. Un mécanisme de régulation discuté avec le patient, éventuellement mis en place en cas de ressources financières insuffisantes pour garantir la consommation, constitue la seule restriction. Le sujet serait alors abordé avec le tuteur ou le curateur pour les patients protégés. Aucun patient n'était dans cette situation lors de la visite.

<sup>65</sup> 13 agents en 2022 ; 26 agents en 2021.

<sup>66</sup> Certificat de niveau 1 de service de sécurité incendie et d'assistance aux personnes.

Aucune restriction médicale d'accès au tabac ne figurait sur les fiches de cadre thérapeutique concernant les patients d'U4. Une forme de restriction non médicale impose la conservation du tabac et du briquet dans le bureau infirmier et une distribution à la demande. Plusieurs raisons ont été invoquées pour l'expliquer, dont celles relatives à la gestion du tabac des personnes impécunieuses et aux sollicitations dont les patients peuvent faire l'objet entre eux. En pratique, l'un d'entre eux conservait son tabac et six autres y avaient accès à la demande. Les patients doivent solliciter un soignant au bureau infirmier ou utiliser le briquet électronique parfois dysfonctionnel placé dans le jardin, pour l'allumage des cigarettes. Aucune solution institutionnalisée n'existe pour les personnes démunies, sauf des dépannages exceptionnels de la part des soignants. Des substituts nicotiques peuvent être prescrits par le médecin généraliste de façon adaptée à l'état clinique du patient.

### Recommandation 27

Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac, en l'absence de consigne médicale spécifique individualisée relative à leur état clinique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, impose : « *Il s'agit de réguler la consommation lorsque les patients ne veulent pas arrêter, les soignants proposent systématiquement des substituts nicotiques. La différence de traitement entre patients pose aussi par ailleurs le problème de gestion des conflits entre eux. En effet, ceux qui n'ont pas accès à leur tabac se révèlent naturellement insistants auprès des autres* ».

## 6.3. LE MAINTIEN DES LIENS SOCIAUX ET FAMILIAUX EST ASSURE MAIS LA PROCEDURE DE CONFIDENTIALITE N'EST PAS MAITRISEE

### 6.3.1. Le téléphone, l'accès aux familles et les visites

Les patients hospitalisés en SSC lors de la visite ne faisaient l'objet d'aucune restriction de visites, d'usage du téléphone ou d'objets numériques.

Les patients d'U1 et U4 disposaient de leur téléphone portable et ceux d'U1 de leurs chargeurs. A U4, quelques chargeurs étaient présents dans le bureau infirmier, afin de procéder au rechargement des portables, réalisé par les équipes de nuit<sup>67</sup>. Le retrait des chargeurs a été indiqué par plusieurs soignants mais certains d'entre eux l'ont qualifié de « non systématique ». Leur conservation a été mentionnée à la bagagerie où trois étaient présents. Il a également été indiqué que certains patients se présentaient sans leur chargeur, ce qui expliquait la présence des chargeurs au bureau infirmier.

### Recommandation 28

Les patients doivent pouvoir conserver le chargeur de leur téléphone portable en l'absence de consigne médicale.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les patients gardent leur chargeur sauf consigne médicale contraire, cependant les prêts éventuels ont pu conduire à des pertes, la régulation a également pour vocation de sauvegarder les affaires de chacun* ».

S'ils ne disposent pas de téléphone portable, les patients ont la possibilité de recevoir des appels et de téléphoner avec un téléphone du service. La fiche relative aux règles de vie (« *Information pour les patients d'U4* ») précise que ces appels sont possibles de 12h00 à 19h00. En pratique, il a été observé qu'il est possible d'appeler hors de ce créneau horaire et que la limitation à deux du nombre d'appels figurant sur l'affichette fixée sur la vitre du bureau infirmier peut également, si nécessaire, être dépassée.

<sup>67</sup> Selon la fiche rappelant les règles de vie affichée sur la vitre du bureau infirmier.



Les visites des proches sont autorisées selon des modalités différentes en fonction des unités. A l'U1, les visites sont autorisées de 12h00 à 19h00 dans l'enceinte de la clinique, préférentiellement hors de l'unité, notamment pour les enfants de moins de quinze ans et possiblement dans la salle polyvalente ou dans le jardin. De même, les familles peuvent se rendre dans les chambres pour y déposer les effets personnels. La préférence des patients et de leurs familles pour des rencontres à l'agora ou dans le parc a été indiquée. A l'U4, les visites sont autorisées de 15h00 à 18h00, préférentiellement à l'extérieur si aucune prescription médicale ne s'y oppose et, à défaut, au sein de l'unité. Elles peuvent, dans ce cas, se dérouler dans la salle polyvalente, attenante au bureau infirmier ou dans le jardin. L'accès aux chambres est également possible mais sans enfant. La souplesse prévaut y compris sur les horaires.

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

Toutes les chambres disposent d'un téléviseur, mis à disposition gratuitement pour les patients hospitalisés en SSC. Un téléviseur collectif est également présent dans chaque unité. Un dispositif de connexion Wifi permettant l'accès à Internet est déployé mais parfois dysfonctionnel selon l'opérateur auquel est abonné le patient.

Le courrier reçu est centralisé à l'accueil où les soignants viennent le retirer. Le courrier au départ est déposé par les patients, éventuellement accompagnés, s'ils ne peuvent circuler seuls, ou remis par un soignant si le patient le souhaite. Il est possible d'acheter des enveloppes et d'acquitter le coût d'expédition. Le courrier au départ des patients est déposé dans une bannette particulière et récupéré pour être affranchi avec la machine de la clinique. Cet affranchissement ne comporte pas de flamme permettant d'identifier la provenance du pli<sup>68</sup>, cette fonctionnalité étant alors désactivée. Le patient est accompagné par un soignant avec un véhicule de la clinique au bureau de poste de Beaupuy pour les envois en recommandé.

### 6.3.3. La confidentialité

L'établissement dispose d'un protocole concernant la conduite à tenir en cas de demande d'anonymat ou de confidentialité accessible dans l'intranet. Le premier cas, encadré par la loi, concerne des situations exceptionnelles. Le second cas concerne la demande d'un patient qui souhaite que sa présence ne soit pas divulguée à des tiers. La procédure, tout comme la conduite à tenir, précisée par une note du mois de septembre 2022, sont globalement connues des personnes rencontrées. En pratique, la configuration des logiciels utilisés et l'important renouvellement des soignants insuffisamment renseignés sur la procédure, ne garantissent pas l'anonymat ni la confidentialité de l'hospitalisation. Enfin, la possibilité d'une hospitalisation confidentielle n'est pas mentionnée dans le livret d'accueil, ni systématiquement proposée au patient. Le livret d'accueil comporte un rappel concernant les règles s'appliquant au traitement des données personnelles et aux modalités relatives à l'exercice des droits afférents.

#### Recommandation 29

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être rappelé au patient à l'admission et une procédure *ad hoc* doit en garantir l'exercice.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Procédure formalisée sur le droit à la confidentialité et à l'anonymat (cf. annexe 10). Un rappel est fait lors de l'atelier hebdomadaire : anonymat, refus possible de communication avec certains proches* ».

<sup>68</sup> Identification de la clinique.

#### 6.4. L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST FACILITE

Les patients hospitalisés en SSC sont informés de leurs droits et notamment des modalités d'exercice du droit de vote, à leur arrivée, par la secrétaire d'U4. La fiche « *spécificités liées aux SSC* », distribuée aux patients et affichée sur le panneau d'information de l'unité fermée, rappelle la possibilité d'exercice du droit de vote en laissant aux soignants l'explication des modalités pratiques. L'atelier d'information « *droits des patients* », proposé tous les jeudis à 14h30 à l'ensemble des patients hospitalisés en SSC, permet à l'AMA d'U4 et à un soignant d'évoquer le thème. Le patient peut bénéficier d'une permission de sortie à la journée ou, à défaut, établir une procuration de vote auprès de la gendarmerie. Une communication du personnel de l'établissement à l'adresse des patients est effectuée en période pré-électorale. Les unités sont alors sollicitées pour recenser les demandes de procuration de vote et aider les patients à préparer les documents nécessaires. Un militaire de la gendarmerie se déplace vers la clinique, sur demande de la direction de l'établissement, pour permettre à chaque patient de désigner son mandataire. La clinique de Beaupuy ne tient pas de compte des procurations établies.

#### 6.5. L'ACCES AU CULTE EST PREVU MAIS L'INFORMATION EST SOMMAIRE

Le livret d'accueil mentionne la possibilité d'entrer en relation avec un représentant du culte de son choix en s'adressant au responsable du service. Aucun affichage n'est en place sur les tableaux des informations des unités et les agents interrogés sur ce sujet n'avaient pas connaissance de coordonnées téléphoniques accessibles. Les soignants n'avaient pas souvenir du passage ou d'une visite d'un aumônier.

##### Recommandation 30

Les patients doivent pouvoir contacter les aumôniers du culte de leur choix et disposer d'un affichage mis à jour de leurs coordonnées.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *La liste est en cours de réactualisation, objectif de formalisation à septembre 2024* ».

Une salle de culte existe au sous-sol. Disposant d'un autel et de symboles chrétiens, un rideau permet de l'isoler pour en faire un lieu ouvert aux autres religions. La possibilité pour les patients de s'y rendre pour s'y recueillir, accompagnés d'un soignant - son accès étant habituellement verrouillé - a été rapportée. De manière quelque peu surprenante lorsqu'on y pénètre, cette salle accueille également deux congélateurs-coffres de grande capacité, employés dans le cadre du protocole de lutte contre les punaises de lit, faute de place suffisante dans la buanderie. Il serait souhaitable de les déplacer dans un lieu plus adapté de manière à ne pas heurter les patients qui s'y rendent.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Il s'agit bien de la règle, l'établissement avait fait face en décembre – janvier à une vague de punaises de lit importante, obligeant à acquérir des congélateurs en urgence et condamner ce lieu quelques semaines. Le lieu a ainsi été dégagé et réaménagé depuis* ».

#### 6.6. LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La thématique de la sexualité n'est pas abordée de manière institutionnelle par l'établissement ni de façon systématique par les soignants avec les patients à leur arrivée, alors que des couples se forment dans les unités accueillant des patients hospitalisés en SSC. Les soignants gèrent avec souplesse les allées et venues dans les chambres au quotidien, bien que le règlement intérieur prévoit que les chambres individuelles ne doivent accueillir d'autre personne que le patient lui-même.

Les relations sexuelles ne font pas l'objet d'une interdiction de principe. Une attention particulière du personnel est accordée aux patients vulnérables dont l'expression du consentement pourrait être fragilisée par leur état clinique. Ces derniers bénéficient d'une information concernant les moyens de contraception et le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) mais aucune action

d'éducation ou de prévention spécifiques n'est mise en œuvre au sein des unités. Le dépistage des IST et les tests de grossesse sont réalisés au sein des unités d'U1 et d'U4, sur demande des patients ou proposition des soignants.

Les patients d'U1 peuvent obtenir gratuitement des préservatifs auprès des soignants, l'approvisionnement étant assuré par la pharmacie de la clinique. Des préservatifs sont également accessibles, au prix exorbitant de deux euros l'unité, dans le distributeur des sanitaires des hommes situés face à la cafétéria. Les patients d'U4 qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité n'y ont pas accès.

Les patients victimes d'agression sexuelle au sein de l'établissement bénéficient d'un accompagnement des soignants lors de la mise en œuvre du parcours pénal, en lien avec la famille. Les soignants ont indiqué avoir constaté une diminution des passages à l'acte sexuel depuis que les patients ont la possibilité de verrouiller leur chambre.

### Recommandation 31

Les patients doivent bénéficier d'une information, d'actions spécifiques d'éducation thérapeutique concernant la contraception, le dépistage et les risques liés aux infections sexuellement transmissibles, et d'un accès à des préservatifs. L'établissement doit mettre en œuvre une réflexion institutionnelle s'agissant de la sexualité et de l'intimité des patients.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les préservatifs sont en accès libre auprès des soignants. Le monnayeur du distributeur des sanitaires a été désactivé et propose des préservatifs librement et gratuitement (cf. annexe 11). Des préservatifs sont à disposition des patients au sein de chaque infirmerie et des supports de santé publique sur la sexualité sont en libre consultation, un affichage est réalisé dans l'ensemble des unités (cf. annexe 12). Les patients sont sensibilisés par les soignants et le médecin généraliste. Des actions spécifiques sont déployées au sein de l'établissement dans le cadre de l'éducation thérapeutique, une sensibilisation a par exemple eu lieu le 1<sup>er</sup> décembre 2023 lors de la journée mondiale sur le SIDA et les IST, un webinaire santé-sexualité à l'attention des jeunes adultes leur est également présenté. Une réflexion institutionnelle relative à la sexualité et l'intimité des patients est portée au calendrier de la structure de réflexion éthique, en novembre 2024* ».

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1. LA CHAMBRE DITE « D'APAIEMENT » EST CONFIGURÉE COMME UNE CHAMBRE D'ISOLEMENT ET LES DEUX CHAMBRES OU EST PRATIQUE L'ISOLEMENT SONT DOTÉES DE CAMÉRAS

#### 7.1.1. La chambre d'isolement d'U4

La clinique ne compte qu'une seule chambre d'isolement (CI), dénommée ainsi par les soignants, mais intitulée « chambre de soins » dans le bilan « contention-isolement ». Elle se situe à U4, en face du poste infirmier.

La CI, en bon état d'entretien, est adaptée en termes de sommier (scellé au sol, adapté à l'installation de contentions) et de matelas. Elle est équipée d'une horloge. La fenêtre est opacifiée mais laisse filtrer la lumière. Le patient ne peut cependant pas l'ouvrir sans l'intervention d'un soignant. Un détecteur de fumée est installé au plafond. Une bouche d'aération grillagée est aménagée. Le bouton d'appel, apposé sur le mur, n'est pas accessible depuis le lit. Il n'y a aucun ameublement (même amovible) ni aucun espace de rangement. Les patients sont obligés de manger sur le lit s'ils prennent le repas dans la chambre. Les sanitaires ne sont pas accessibles librement, ne ferment pas, ne sont pas équipés d'un miroir, ni les WC d'une lunette. Aucun accès à l'air libre n'est aménagé depuis la CI.



Détails de la CI d'U4

#### Recommandation 32

Afin de respecter la dignité et la sécurité des patients, la chambre d'isolement doit permettre un accès continu aux toilettes et à un point d'eau, être équipée d'un bouton d'appel accessible aussi en position allongée, disposer d'un mobilier adapté à la prise d'un repas et d'un accès à l'air libre.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, évoque une surveillance constante que les contrôleurs n'ont pas observée et précise : « Les soignants surveillent constamment le patient placé en chambre d'isolement pour accéder aux toilettes. Les patients sont également accompagnés dans le jardin et à l'extérieur de la CI, principalement utilisée en méthode séquentielle. Dans le cadre de la crise des urgences psychiatriques de février 2024, les discussions avec l'ARS sur le projet d'accroissement de capacité a repris permettant de trouver une issue à ce sujet. Ce projet d'accroissement capacitaire est, depuis 2019, prévu avec un projet architectural envisageant la rénovation de la chambre d'isolement

*(salle de bain accessible et mobilier entièrement adapté) et un espace d'apaisement. La rénovation est prévue d'ici mars 2025 ».*

Une caméra, dont les images sont reportées sur les écrans du poste infirmier, est fixée au mur en face du lit et filme en continu. Le traitement des images (durée d'enregistrement et autorisation de visionnage) est le même que pour toutes les autres images de vidéosurveillance de la clinique (cf. § 6.1.2). Un hublot sur la porte de la chambre donne une visibilité depuis le sas d'entrée.

### Recommandation 33

La présence d'un hublot sur la porte, qui ne peut être occulté, ainsi que d'une caméra dans la chambre, avec visibilité constante sur le lit, porte atteinte à l'intimité et à la dignité des personnes placées à l'isolement ou sous contention. Ces équipements doivent être retirés. Les patients doivent bénéficier d'une surveillance humaine continue favorisant le lien thérapeutique.

*La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « La vidéosurveillance n'exclut en aucun cas la surveillance humaine, le lien thérapeutique est parfaitement conservé par l'équipe, très attachée à réduire au minimum le placement et le maintien en CI. Une réflexion sera menée avec les psychiatres et les soignants afin d'envisager le retrait de cet équipement. La porte de la CI sera changée d'ici mars 2025 ».*

Les patients sont contraints de porter une chasuble adaptée et disposent d'une couverture et d'un oreiller adéquats en cas de risque suicidaire, et doivent porter le pyjama institutionnel dans les autres situations.

### Recommandation 34

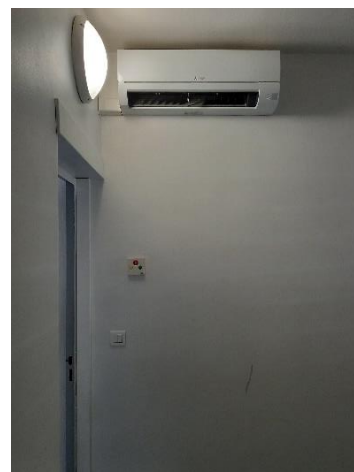
Le port du pyjama institutionnel lors du placement en isolement doit être individualisé et répondre à des critères cliniques, plutôt que systématique.

*La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Le taux d'isolement est extrêmement faible (1,82 mesures d'isolement pour 7,5 % de patients en SSC) et maîtrisé, cette mesure n'étant prescrite que dans de rares cas, en dernier recours, pour des patients en crise très aigue, la mise en pyjama est une mesure sécuritaire ».*

## 7.1.2. La « chambre d'apaisement » de l'unité 5

L'unité 5 (U5) compte une chambre dite « d'apaisement » (CA), dénommée ainsi par les équipes et dans les documents. Cette chambre constitue en réalité, dans son usage (cf. § 0) comme dans sa configuration, une seconde CI.

Tous les patients y sont admis portes fermées. Elle présente un ameublement scellé. Aucun oreiller n'est fourni au patient. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il y faisait très chaud l'été, alors que la fenêtre ne peut pas s'ouvrir. Une climatisation comportant un cordon a été installée vers la porte pour pallier cette difficulté, mais elle n'est pas adaptée à un espace considéré comme préventif du risque suicidaire. Les systèmes électriques ne sont pas adaptés (détecteur du risque incendie au plafond non sécurisé, trois prises électriques, quatre interrupteurs apparents). Les toilettes accessibles depuis la chambre ne comportent pas de miroir et la porte est munie d'une patère de plastique souple.



*Détails de la chambre dite d'apaisement*

Les personnes y sont admises en chambre considérée comme hôtelière. Contrairement à ce qui prévaut à U4, le kit anti-suicide n'est pas utilisé. La chambre est équipée d'une caméra, qui filme de façon continue, et dont les images sont reportées sur l'écran du poste infirmier de l'unité. Il a été indiqué aux contrôleurs que la vidéosurveillance constituait la modalité principale de surveillance (cf. § 7.1.1, Recommandation 33).

### Recommandation 35

Pour pouvoir répondre à sa finalité, la chambre dite « d'apaisement » doit faire l'objet de travaux qui lui confèrent une convivialité, une température agréable toute l'année et un accès à l'éclairage naturel et à une vue extérieure. Elle doit être spécifiquement équipée et son accès doit être libre, le patient pouvant choisir de s'y enfermer au moyen d'un verrou de confort. Toute pratique de coercition et de vidéosurveillance doit y être proscrite.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme : « *La dénomination de chambre d'apaisement est historique au sein de l'établissement, ce qui ne répond pas en effet à la vision actuelle des lieux dits d'apaisement, que l'établissement a clairement par ailleurs en projet, tant en SSC qu'en SL* ».

## 7.2. DES PATIENTS EN SOINS LIBRES FONT L'OBJET DE PRATIQUES D'ISOLEMENT ILLEGALES

La politique de diminution des mesures de placement en isolement et sous contention, effective pour les personnes en SSC, est contredite par l'utilisation illégale de la chambre dite « d'apaisement » à U5. Le bilan « isolement-contention » annuel de l'établissement relève que : « *l'augmentation du nombre de mesures d'isolement en 2023 s'explique du fait de l'augmentation du recours à la chambre d'apaisement* »<sup>69</sup>.

### 7.2.1. L'isolement et la contention des patients en SSC dans la CI de l'U4

Aucun patient n'était en isolement ni placé sous contention lors du contrôle. En 2024, jusqu'au jour de la visite, 9 mesures d'isolement ont concerné 3 patients. En 2023, 53 mesures d'isolement ont concerné 29 des 383 patients admis en SSC (soit 1,82 mesures d'isolement pour 7,5 % de patients en SSC)<sup>70</sup>, et 46 mesures ont concerné certains<sup>71</sup> des 410 patients admis en SSC en 2022. Le nombre de mesures diminue (123 en 2020, 96 en 2021, 46 en 2022, 53 en 2023)<sup>72</sup>, alors même que le nombre de patients en SSC a

<sup>69</sup> Bilan d'activité SSC de la clinique de Beaupuy, daté du 14 décembre 2023.

<sup>70</sup> Données extraites du registre dématérialisé.

<sup>71</sup> Donnée exacte non fournie, l'analyse statistique en pourcentage est ainsi impossible.

<sup>72</sup> Données extraites du bilan « isolement contention » pour 2023.

augmenté depuis la création des 10 lits supplémentaires à U1. Elles concernent peu de patients et présentent des durées globalement courtes : en 2023, 77 % des séquences d'isolement ont duré moins de 12h (73,9 % en 2022) ; 23 % ont duré plus de 12h, un isolement a duré 53h (aucun isolement de plus de 48h en 2022, contre respectivement 5 et 6 en 2020 et 2021) ; la durée moyenne s'est établie à 8h35 en 2023, la durée la plus longue a été de (9h50 en 2022).

Suites aux recommandations émises dans le précédent rapport du CGLPL<sup>73</sup>, la secrétaire administrative en SSC a suivi un diplôme universitaire en droit et santé mentale. Elle dispense depuis une formation sur les droits des patients en SSC (dont l'isolement et la contention) aux équipes. En 2023, cette formation organisée en 6 sessions, 3 pour les équipes de nuit, 6 pour les équipes de jour et pour le CODIR a intéressé 54 personnes au total. Elle a été intégrée sous un format vidéo dans le parcours du nouvel arrivant. Le bilan de cette formation a été présenté à la CDU le 15 décembre 2023<sup>74</sup> (cf. Bonne pratique 1).

U4 s'est dotée d'un projet de service (qui n'est toutefois pas connu de tous les soignants du fait du grand nombre de rotations), aux termes duquel « *La pratique de l'isolement est peu usitée, la contention reste rare* ». Il rappelle l'inscription de l'établissement dans la démarche « FERREPSY »<sup>75</sup>.

Les patients ne sont jamais admis initialement en CI, par suite il n'y a pas de situation de cumul des heures en isolement aux urgences avec un isolement à U4. En principe, les patients en SSC d'U1 peuvent être mis à l'isolement à U4, toutefois les soignants présents ne se souvenaient pas de cas récent.

Une procédure interne, actualisée en 2023, encadre les placements en CI<sup>76</sup>. Elle indique que ce type de mesure « *doit rester temporaire ; elle ne doit être prise qu'en dernier recours après que tout ait (SIC) été tenté et ne répondre qu'à une situation de crise* », et rappelle qu'elles ne peuvent concerner que des patients en SSC. Les délais légaux des réévaluations sont précisés, ainsi que les délais de procédures devant le JLD. La traçabilité informatique est détaillée.

Une fiche de prescription *ad hoc* indique les mesures alternatives tentées avant le placement : désescalade, entretien avec un soignant, temps calme, traitement médicamenteux, autre. Elle prévoit l'information du patient sur les raisons de la mesure et les conditions de la levée. Les témoignages recueillis ont confirmé le souci de l'équipe d'assurer cette information et de maintenir la communication avec le patient.

Les supports de prescription et de surveillance des mesures ont été intégrés dans le DPI. Le registre est automatiquement alimenté du fait de la prescription informatisée dans le logiciel HM. Il mentionne le type de lieu et de mesure, codés par une lettre (espace dédié A, espace non dédié B), les dates et heures de début et de fin, le régime d'hospitalisation, le décideur de la mesure, le personnel soignant ayant effectué la surveillance<sup>77</sup>. S'il s'agit d'une contention, la mesure est renseignée sur une ligne distincte. Les durées sont précisément relevées séquence par séquence ; toutefois, en cas de mesures réitérées pour un même patient, le logiciel permet de les décompter comme une mesure unique et par suite de respecter la procédure devant le JLD. Il est exceptionnel que la mesure se poursuive jusqu'à l'audience du JLD. En 2023, une seule saisine du JLD a été réalisée et aucune audience ne s'est tenue, aucune mesure n'ayant été prolongée au-delà de 72h.

<sup>73</sup> CGLPL, *Rapport de visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy, mars 2017*, p. 20.

<sup>74</sup> Bilan « formations salariés et informations patients » de la CDU, daté du 15 décembre 2023.

<sup>75</sup> Cf. *supra* note de bas de p. 11.

<sup>76</sup> Fiche « mesure de restriction de liberté : chambre d'isolement/contention », rédigée par la secrétaire juridique du U4, validée par le psychiatre président de la CME et par le médecin responsable MDP, et approuvée par la responsable qualité gestion des risques.

<sup>77</sup> En application de l'article L.3222-5-1 III du code de la santé publique.

Toute mesure d'isolement-contention fait l'objet d'un signalement à l'encadrement. L'entourage est informé à la première prolongation de la mesure (après 48h), mais cette durée n'est atteinte que très exceptionnellement.

Les soignants d'U4 considèrent le placement en isolement comme « *un échec* » ; toute alternative évitant l'isolement est d'abord recherchée et mise en œuvre. Les patients agités sont séparés des autres, peuvent être amenés dans la salle de repas à l'arrière du poste de soins. Une présence soignante attentive est organisée. Une patiente a témoigné : ne voulant pas « *monter en SL* », elle a commencé à présenter des signes d'agitation ; « *ils ont envisagé l'isolement, mais finalement je suis restée sur le canapé du salon* ». Les soignants sont apaisants dans leur contact. En cas de patient envahi, des activités sont proposées, parfois de façon très spontanée (les contrôleurs ont vu un soignant danser avec une patiente très en demande) : une promenade dans le parc (dont les patients ont pu dire : « *ça fait beaucoup de bien* »), en petits groupes est proposée tous les jours ; une activité, même modeste, qui détourne l'attention ; une discussion ; un geste. Tout est mis en œuvre pour éviter les tensions. Il est cependant indiqué que les rotations de personnel et le manque de continuité du lien patient-soignant ne permettent pas toujours une approche individualisée (cf. § 3.3.2).

L'unité fermée ne dispose pas d'une chambre d'apaisement. L'équipe l'appelle de ses vœux, convaincue que ce type de dispositif permet de limiter les tensions entre les patients et de diminuer encore le recours à l'isolement. L'équipe exprime en outre un besoin de formation pour mieux appréhender les situations de violence ou d'agressivité. Elle témoigne, enfin, d'une offre insuffisante d'activités à proposer aux patients au sein de l'unité (cf. § 0).

### Recommandation 36

Un espace d'apaisement, équipé de façon adaptée, doit être aménagé au sein de l'unité 4, favorisant la mise en œuvre d'alternatives aux pratiques d'isolement et de contention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Le projet de réaménagement de l'unité de soins 4, proposé à l'ARS depuis 2019, prévoit effectivement un espace d'apaisement. Les locaux actuels ne le permettent pas, il s'agit bien d'une vision commune des équipes et de la direction. Au regard de l'avancement du projet depuis mars 2024, l'objectif de réaménagement est prévu à horizon mars 2025* ».

L'isolement est décidé et tracé par le psychiatre s'il est présent, et par un médecin généraliste à défaut (24 des 53 décisions de mesures en 2023, soit 45 % ; 6 des 9 décisions en 2024 à la date de la visite), soit tous les jours à compter de 14h, la nuit et les dimanches. En cas de placement à l'isolement, les psychiatres ne se déplacent pas en dehors de leurs heures de présence. Les généralistes prennent contact avec les psychiatres par téléphone pour valider la mesure mais il a été indiqué aux contrôleurs que, le plus souvent, l'isolement est déjà mis en œuvre au moment de l'appel. Le médecin psychiatre entérine en général l'avis du généraliste *a posteriori* et signe électroniquement la décision. La réévaluation est opérée par le médecin généraliste et la décision de reconduite se réalise selon le même processus.

Des difficultés récentes pour que l'ensemble des gardes des médecins généralistes soient assurées ont été signalées (cf. § 0). Aucune décision d'isolement « si besoin » n'est mise en œuvre. L'équipe soignante joint le médecin psychiatre d'astreinte, lequel ne se déplace pas davantage et adresse sa prescription par courriel.

### Recommandation 37

Les décisions d'isolement, de contention et de leur renouvellement dans les délais légaux, doivent être prises par un psychiatre de plein exercice, titulaire d'une thèse de médecine et d'une qualification spécialisée reconnue par l'ordre des médecins, après un examen clinique du patient.



La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *Un rappel a été fait en CME sur la nécessité impérieuse du déplacement du psychiatre, les médecins psychiatres se sont engagés à se déplacer pour toute mesure d'isolement ou de contention (cf. annexe 3)* ».

Un appel en renfort est réalisé par utilisation des protections travailleur-isolé (PTI). Le placement en isolement mobilise au moins deux soignants. Les autres patients sont invités à se rendre dans d'autres espaces, éloignés par le reste de l'équipe qui prend soin de les rassurer.

Une surveillance infirmière est réalisée au moins toutes les demi-heures, mais les équipes ont indiqué s'adapter à l'état du patient et passer, selon ses besoins, autant de temps que nécessaire dans la CI à ses côtés. L'isolement est essentiellement réalisé en séquentiel. La logique qui prévaut est celle du retour en chambre ou en espace commun le plus de temps possible et d'un temps passé en CI le plus court possible<sup>78</sup>.

Le psychiatre réévalue la mesure tous les matins (sauf dimanches et jours fériés) à l'issue du *staff* (réunion) matinal. Les généralistes se rendent chaque jour en CI pour l'évaluation somatique du patient.

Le logiciel de l'établissement ne permet pas une traçabilité aisée des mesures de surveillance infirmière et plus particulièrement de retracer les passages pour les mesures qui ne sont plus en cours. La tenue des dossiers des patients permet de constater que les certificats initiaux comme les réévaluations sont réalisés dans les délais légaux.

Une seule admission d'un patient en SL dans la CI, ayant nécessité son changement de statut, a été décrite. Cette statistique est cependant rendue d'autant plus faible que sont organisés des isolements illégaux de patients en SL dans la chambre dite d'apaisement d'U5 (cf. § 0).

Aucun isolement en espace non dédié n'est pratiqué à U1. A titre très exceptionnel, un tel isolement a pu l'être à U4, sur décision médicale pour la nuit, faute de disponibilité de la CI. La mesure est alors tracée dans le dossier (mais pas inscrite dans le registre *ad hoc*) à la suite d'une décision médicale du généraliste.

La pression liée au nombre des demandes d'hospitalisation a pu avoir pour conséquence, de façon brève (notamment dans le contexte d'une fermeture d'unités de la clinique), le placement en CI « porte ouverte », le temps qu'une sortie d'un patient d'U4 puisse s'organiser. Ce placement n'est pas tracé. Une IDE se souvenait de quatre cas en un an.

### Recommandation 38

Aucun patient ne doit être admis à la clinique en chambre d'isolement, même « porte ouverte », au motif de la gestion du flux des entrées et sans faire l'objet d'une décision psychiatrique spécifique.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Aucune hospitalisation n'a jamais été effectuée en CI ouverte. Un cas unique a été référencé et relevait d'une problématique de découverte de punaises de lit dans un service, sans aucune disponibilité de lits au sein de l'établissement. La patiente a été transférée pour la nuit au sein du pavillon 4, en CI ouverte, avec son consentement* ».

<sup>78</sup> Le registre fait apparaître, s'agissant des mesures les plus prolongées en séquentiel : un patient isolé à quatre reprises du 6 janvier 2024 à 00h55 au 9 janvier 2024 à 8h16, pour une durée cumulée de 41h52 ; en 2023, une patiente isolée en séquentiel du 28 novembre 2023 à 3h40 au 3 décembre 2023 à 7h05, pour un total d'heures effectivement passées en isolement de 45h35 ; un autre patient isolé en séquentiel du 17 juillet à 13h01 au 19 juillet à 14h45 pour une durée totale passée en isolement de 11h13 ; le même avait été placé en isolement du 11 juillet à 9h33 au 14 juillet à 19h01, pour une durée totale passée en isolement de 25h19 (soit 36h19 sur 15 jours). Pour ce patient les séquences en CI ont été courtes, entre 1h et 10h au maximum.

Les placements sous contention tendent à devenir exceptionnels : 14 en 2020, 4 en 2021, 1 en 2022, 2 en 2023. Elles sont décidées par les psychiatres. En 2023, une patiente a dû être placée sous contention dans sa chambre, hors espace dédié, durant 19h18, du fait d'un état somatique dégradé (son état somatique nécessitait la pause d'une perfusion que l'on ne parvenait pas à installer sereinement en raison de son agitation). Cette situation a été tracée dans le registre. L'autre contention réalisée, en CI, cette même année a duré 2h08.

La fiche procédure mentionne que la contention doit être réalisée « *idéalement* » par cinq soignants. Le patient doit être couché sur le dos, un soignant doit coordonner les soins à la tête du patient, l'informer et le rassurer et vérifier sa respiration, pendant qu'un soignant tient chaque membre. Les sangles de contention en tissu, adaptées pour la contention ventrale, des membres supérieurs, et des membres inférieurs. Elles ne sont jamais installées a priori sur le lit. Les équipes ont indiqué un manque de formation technique aux gestes d'utilisation des contentions, d'autant que leur usage est rare.

### 7.2.2. Les isolements illégaux des patients en SL dans la chambre dite « d'apaisement » à U5

La chambre d'apaisement située à U5 n'est utilisée que pour des patients en SL, et peut faire l'objet d'une indication initiale dans toutes les unités par tous les médecins. Il s'agit d'une mesure d'isolement et non d'apaisement, puisque la porte de la chambre est fermée. La fiche procédure *ad hoc* précise expressément que lors de l'installation du patient dans la chambre, les soignants de son unité d'origine « *ferment la chambre à clef* »<sup>79</sup>.

#### Recommandation 39

Tout placement à l'isolement d'un patient en soins libres est illégal. Un tel placement entraîne immédiatement la requalification du statut du patient en soins sans consentement. Il doit être mis fin au recours, pour les patients en soins libres de la clinique, à la chambre d'isolement, abusivement dénommée « chambre d'apaisement », située dans l'unité 5.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, motive l'illégalité de certaines décisions d'isolement en s'appuyant sur une circulaire de 1993, plutôt que d'en considérer le caractère inadéquat en considérant les dispositions de l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique : « *La dénomination de chambre d'apaisement est historique au sein de l'établissement, ce qui ne répond pas en effet à la vision actuelle des lieux dits d'apaisement, que l'établissement a clairement par ailleurs en projet. Cette chambre n'est utilisée que pour des patients en crise aiguë avec risque auto ou hétéro-agressif. Cette chambre « dite d'apaisement » respecte scrupuleusement les dispositions de la circulaire Veil du 19/07/1993 : [en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en régime d'hospitalisation en SSC]. Ainsi, l'établissement a toujours, en toute transparence, tenu un registre papier afin de tracer ces mesures, dont la synthèse est présentée en CDU et CME. Pour une immense majorité des patients, à l'instar de la pratique de l'U4, l'isolement est alors séquentiel, parfois même en chambre ouverte, sur décision médicale circonstanciée et expliquée au patient. En effet, la modification du mode légal de soins en SSC dès la mise en isolement d'un patient sur une crise aiguë, alors même que l'immense majorité des patients ne le nécessitent pas, paraît inadaptée à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Ce d'autant plus que le projet de l'établissement est de créer un espace d'apaisement au pavillon 4 et en hospitalisation libre d'ici mars 2025* ».

<sup>79</sup> Fiche intitulée « Mesure de restriction de liberté-chambre d'apaisement », rédigée par la cadre de santé et la secrétaire d'U4, validée par le médecin psychiatre président de la CME et par la responsable du service des généralistes, et approuvée par la responsable qualité gestion des risques.

Les mesures d'isolement en CA sont intégrées dans le bilan annuel « isolement-contention » présenté à la CDU, mais elles ne l'ont pas été dans le bilan présenté à la CDSP lors de sa visite en juin 2023<sup>80</sup>.

#### Recommandation 40

La commission départementale des soins psychiatriques doit être informée de l'ensemble des mesures d'isolement réalisées dans l'établissement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, explique : « *Les informations différenciées, chambre d'isolement et chambre d'apaisement ont toujours été transmises à la CDSP tout comme à la CDU. Il s'agit d'une omission en 2023, pour preuve la présentation transmise lors de la venue précédente de la CDSP en 2021 (cf. annexe 13). En effet, la présentation à la CDSP est identique à celle de la CDU* ».

Le bilan annuel « isolement-contention » fait apparaître 33 mesures en 2023, dont 51,5 % d'une durée supérieure à 12h et une durée moyenne de 11h56. Les mesures d'isolement paraissent stables sur les quatre dernières années (30 en 2020, 38 en 2021, 22 en 2022), ainsi que les durées moyennes d'isolement (14h54 en 2020, 12h33 en 2021, 15h30 en 2022), plus longues que dans la CI d'U4. Il est indiqué, pour 2022, une « *valeur extrême élevée (8 jours) car peu vraisemblable et pas de données pour vérifier la véracité dans le DPI* ». En effet, « *la prescription et la surveillance en CA se fait sur papier. Cela s'explique du fait que le DPI HM ne fait pas la distinction entre la CI et la CA* » ; ainsi les mesures d'isolement en CA ne sont pas inscrites dans le registre isolement-contention.

#### Recommandation 41

Un seul registre doit permettre la traçabilité exhaustive de toutes les mesures d'isolement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, justifie des pratiques inappropriées d'isolement, en s'appuyant sur une circulaire de 1993 plutôt que sur les dispositions légales actuelles du code de la santé publique : « *Un seul registre induit un changement de mode légal de soins concomitant à la mise en isolement. La chambre « dite d'apaisement » respecte scrupuleusement les dispositions de la circulaire Veil du 19/07/1993 : [en cas d'urgence, il peut être possible d'isoler pour des raisons tenant à sa sécurité un malade quelques heures en attendant, soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en régime d'hospitalisation en soins sans consentement]. Ainsi, l'établissement a toujours en toute transparence, tenu un registre papier afin de tracer ces mesures. Pour une immense majorité des patients, à l'instar de la pratique de l'U4, l'isolement est alors séquentiel, parfois même en chambre ouverte, sur décision médicale circonstanciée et expliquée au patient. En effet, la modification du mode légal de soins en SSC dès la mise en isolement d'un patient sur une crise aiguë, alors même que l'immense majorité des patients ne le nécessitent pas, paraît inadapté à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Ce d'autant plus que le projet de l'établissement est de créer un espace d'apaisement au pavillon 4 et en hospitalisation libre d'ici mars 2025* ».

Une fiche de procédure distincte encadre le placement en CA. Elle s'adresse « *à tous les médecins prescripteurs, médecins psychiatres et médecins de permanence* » de l'établissement. Elle précise : « *La mise en CA ne peut être prescrite à un patient de la clinique en HL que pour une durée maximale de quelques heures et à titre exceptionnel pour des raisons tentant à la sécurité du patient ou d'autrui (...) elle ne doit pas se prolonger au-delà de quelques heures. Si l'isolement est toujours nécessaire, le mode légal d'hospitalisation doit être modifié, avec passage en SSC* ». Il a été indiqué aux contrôleurs deux durées au-

<sup>80</sup> L'article L. 3222-5-1 III du code de santé publique dispose : « *Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques* ».

delà desquelles le régime d'hospitalisation serait réévalué, soit une période de 12h d'isolement consécutive, soit une période de 48h dans les 15 jours.

Le registre papier, qui se situe au niveau du poste infirmier d'U5, fait apparaître que 33 mesures ont concerné 22 personnes en 2023. La plus longue, qui a duré 38h au mois de mai, a concerné une patiente qui avait déjà été isolée dans cette chambre les 27 et 28 mars 2023, en « séquentiel », pour une durée cumulée de 12h05, et qui a de nouveau été isolée dans cette chambre en juillet 2023 pendant 12h et en novembre 2023 pendant 15h40. Le CGLPL s'interroge sur ces mesures réitérées (6) pour une patiente en SL, sans aucune requalification du statut (du moins mentionnée au registre).

Le registre ne permet pas de connaître le devenir de tous les patients : dans 17 cas, les suites données ne sont pas indiquées. Dans un seul cas, il a été précisé une poursuite d'hospitalisation à U4. Deux patients ont été admis aux urgences, l'un d'eux a été transféré à la clinique des Cèdres. Pour un patient, il est mentionné, après 22h d'isolement : « *mis à la porte* ».

Le registre mentionne en outre quelques situations atypiques, comme un « apaisement » en chambre hôtelière alors que la CA est déjà occupée, un placement dans la CA du fait d'une intervention en urgence pour le voisin de chambre (qui présentait une décompensation respiratoire) ou des situations de « dégrisement ». Un placement a été réalisé « porte ouverte ».

La fiche de procédure prévoit une visite médicale « *avec réévaluation clinique et somatique dans les meilleurs délais* », ainsi que des évaluations médicales (psychiatre et généraliste) « *biquotidiennes a minima* ». Le registre, qui ne mentionne que le médecin décideur, ne permet pas de s'assurer de ces réévaluations, en tout état de cause non réalisées dans les délais légaux. La fiche précise que les soignants de l'unité d'origine doivent visiter le patient toutes les deux heures et que les soignants d'U5 doivent le visiter toutes les heures. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces suivis n'étaient pas réalisés et que la surveillance s'effectuait pour l'essentiel *via* les images de vidéo-surveillance depuis le poste infirmier. Aucune mention de ces surveillances n'est portée au registre. Un tableau de « *surveillance de mesure d'isolement-contention* » est cependant créé à chaque mesure, indiquant le relevé des constantes, l'hygiène, l'état cutané, l'élimination, le risque thrombotique, le comportement et l'état psychique, la nutrition et l'hydratation, l'accompagnement psychologique. Le DPI n'est pas directement renseigné.

#### Recommandation 42

Les actes de surveillance infirmière doivent être rigoureusement tracés dans le dossier patient.

*La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « Les équipes soignantes et médicales sont constamment sensibilisées à la traçabilité dans le dossier de soins. Les indicateurs issus des divers audits, internes, IQSS, ... sont transmis aux équipes, un plan d'action est réalisé. La traçabilité impérieuse a également été abordée au cours des formations et sensibilisations ».*

La fiche de procédure ne mentionne aucunement le JLD, lequel n'est jamais informé de ces mesures (qui ne semblent jamais dépasser les 48h).

#### Recommandation 43

Le juge des libertés et de la détention doit être avisé et saisi, selon les mêmes modalités, de toute décision d'isolement.

*La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « Le JLD ne peut être avisé et saisi dans la mesure où cette chambre n'atteint jamais la durée requise. Pour information, durant le 1<sup>er</sup> semestre 2024, 6 mesures ont été prescrites pour 6 patients, pour une durée moyenne de 9h52 (minimum 1h45 – maximum 11h50). Une mesure a donné lieu à une admission en SSC. Les 5 autres patients ont poursuivi leur hospitalisation en soins libres sans aucune nécessité d'une admission en SSC. Le registre de chambre d'apaisement est visé régulièrement par la responsable des soins, qui conduit une RMM depuis mars 2024. Cette chambre n'est en aucun cas utilisée de façon abusive dans sa durée sans*

*modification du mode légal de soins. L'utilisation est toujours séquentielle, parfois à la demande du patient qui ressent le besoin de s'isoler. La logique de l'établissement reste le projet d'espaces d'apaisement en SCC et en SL ».*

## 8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1. LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT INVESTIS DANS LES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

#### 8.1.1. La commission départementale des soins psychiatriques

L'adresse de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de Haute-Garonne est mentionnée sur la fiche de notification des droits du patient « *soins psychiatriques sans consentement* » remise aux patients à leur arrivée et affichée sur le panneau d'information de l'unité fermée.

La CDSP<sup>81</sup> visite annuellement la clinique et sa venue est anticipée afin que les patients et les soignants intéressés puissent la rencontrer. Sa dernière visite s'est effectuée pendant une demi-journée de la fin du mois de juin 2023. La délégation de quatre personnes, qui comptait deux médecins, a pu visiter les différents services et avoir des échanges constructifs avec les usagers, après une réunion de présentation de l'établissement et de l'activité de l'année écoulée. L'établissement n'a pas été destinataire du compte-rendu de la visite.

La CDSP n'a pas été informée des mesures d'isolement illégales pratiquées lors de sa dernière visite (cf. § 7.2.2, Recommandation 40).

#### 8.1.2. La place des usagers

L'existence de la commission des usagers (CDU)<sup>82</sup> est mentionnée dans le livret d'accueil remis à tous les patients à leur arrivée. Un affichage à l'accueil de l'établissement fournit des précisions concernant son rôle et sa composition actuelle. La CDU est consultée annuellement s'agissant de la politique menée dans l'établissement concernant l'accueil et la prise en charge et fait des propositions dans ce domaine. La CDU est informée des événements indésirables graves survenus dans l'établissement et des mesures correctrices apportées. Six réclamations avaient été recensées en 2022.

Trois associations sont représentées dans les instances de la clinique mais n'assurent aucune permanence sur place : la Fédération nationale des familles de France, l'Union départementale des associations familiales (UDAF) et l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM). Leurs bénévoles, investis dans leur mission, sont peu présents dans l'établissement faute de disponibilité. Outre les réunions trimestrielles de la CDU, les représentants des usagers participent aux journées de prévention et aux événements organisés par la clinique, le dernier au mois de novembre 2023 lors de la semaine « *sécurité du patient* ». Un « projet des usagers 2023-2025 », élaboré par la CDU, vise à développer la diversité et le nombre des activités thérapeutiques, et à favoriser la position d'acteur du patient dans sa prise en charge et améliorer son environnement. Les représentants des usagers sont invités à participer à d'autres instances : le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), le comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD) et le comité d'éthique.

Le bilan annuel de la CDU de l'année 2022 a été adressé à l'ARS Occitanie et celui de 2023 n'était pas encore établi au moment du contrôle. La CDU s'est réunie quatre fois en 2023, le compte-rendu de la dernière réunion du 15 décembre dernier n'a pas encore été publié. La communication concernant

---

<sup>81</sup> Destinataire des réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement, la CDSP est informée de toute décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ses soins.

<sup>82</sup> La CDU, prévue par l'article L.112-3 du code de la santé publique et le décret n°2016-726 du 1<sup>er</sup> juin 2016. Son règlement intérieur, daté du 29 mars 2017, prévoit qu'elle a pour objet de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des personnes malades et de leurs proches.

l'activité de la CDU est diffusée dans l'intranet, parfois avec un peu de délai. En revanche, la communication à destination des usagers n'est pas suffisamment actualisée, une seule information statistique datant de 2018 étant visible dans l'U1 et aucune dans l'U4.

### 8.1.3. Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est systématiquement distribué aux patients sortants qui peuvent le remettre ensuite au personnel soignant ou le déposer de manière anonyme dans une urne située à l'accueil. Le taux de retour moyen de l'année 2023 s'établit à 47,2 % pour l'ensemble de l'établissement (611 retours sur 1295 questionnaires distribués), l'objectif fixé par la CDU étant de 60 %. L'établissement fait l'objet d'une évaluation globalement positive et les appréciations négatives portent sur le confort et la propreté de la chambre, la qualité et la quantité des repas ainsi que les activités proposées au patient. Le taux de satisfaction des seuls patients hospitalisés en SSC n'est pas évalué de façon distincte. Le questionnaire est adressé au patient par courriel deux semaines après son retour à domicile. Les résultats seront communiqués à l'établissement une fois par an. Plusieurs ateliers ont été relancés depuis le mois de septembre 2023, par le recrutement de concourants aux soins (ergothérapeute, musicothérapie, moniteur APA), qui ont permis une amélioration des dernières évaluations reçues.

La clinique participe, en outre, depuis le mois de septembre 2023, à l'expérimentation « E-satis Psychiatre », dispositif national de mesure de la satisfaction du patient, indicateur de la qualité des soins perçue par les patients adultes en hospitalisation complète pendant plus de quarante-huit heures.

## 8.2. LE REGISTRE DE LA LOI EST CORRECTEMENT RENSEIGNE EN TEMPS REEL MALGRE QUELQUES OMISSIONS

Le registre relatif aux mesures de SSC est renseigné par l'assistante médico-administrative (AMA) et conservé dans son bureau. Les contrôleurs ont examiné les registres de l'année 2023 et ceux de l'année en cours. Celui de 2023, ouvert le 2 janvier et renseigné jusqu'au 29 décembre, comporte 383 mesures et celui de 2024, ouvert le 2 janvier répertorie 38 mesures jusqu'au 6 février.

Le registre reflète la prévalence des mesures d'admission en SDTU. Parmi les 384 mesures examinées en 2023, 352 mesures concernent des SDTU (91,2 %) et seulement 26 des SPI (6,8 %) et 6 des SDT (1,6 %). En 2024, seules 8 des 38 mesures concernent des SPI (21 %). En outre, les durées d'hospitalisation sont relativement brèves, moins d'un mois en grande majorité.

Le registre est complété, avec soin, dans un délai de 24h à compter des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC<sup>83</sup>.

Les registres ne sont pas tenus selon un modèle normalisé. L'établissement utilise chaque mois un nouveau classeur à anneaux, alimenté de pochettes plastiques transparentes contenant chacune l'intégralité des documents relatifs à un patient. Cette présentation permet de compléter aisément le registre au cours de la mesure d'hospitalisation mais ne facilite pas la lecture du suivi du patient.

Chaque pochette contient une feuille mentionnant l'identité du patient, la date d'admission, le mode d'hospitalisation, le nom du tiers éventuellement à l'origine de la mesure, la mesure de protection le cas échéant, les autres formes de prise en charge que l'hospitalisation complète, la levée de la mesure, le nom du psychiatre en charge du suivi et l'intervention du JLD. Elle est suivie d'une fiche dénommée « check-list » sur laquelle est inscrite la liste de tous les documents inclus dans le dossier du patient avec les dates afférentes.

Le registre contient les décisions de la directrice de l'établissement (admission, maintien, levée), les décisions de mesures de protection judiciaire et les accusés de réception des notifications des décisions. Ces décisions d'admission et de maintien de la mesure ne mentionnent pas l'identité du tiers ni la

---

<sup>83</sup> Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

retranscription du contenu des certificats médicaux mais s'approprient les termes de ces derniers après les avoir visés.

Chaque pochette comprend en outre la copie des différents certificats médicaux (initiaux, de 24 heures, de 72 heures, mensuels de maintien de l'hospitalisation, l'avis motivé, certificat de levée d'hospitalisation et les programmes de soin dont le contenu est détaillé). Ces certificats médicaux sont pré-remplis et comportent un encart qui doit être complété par les observations du médecin psychiatre. Cet encart est le plus souvent renseigné très succinctement avec des tirets. Ainsi, le contenu des certificats médicaux n'apparaît pas toujours suffisamment circonstancié et étayé pour justifier la nécessité de la mesure contraignante et suivre l'évolution du patient. Par ailleurs, les observations des patients n'y sont pas retranscrites. Est seulement reproduite la phrase type : « *le patient est informé des modalités de sa prise en charge et a pu faire valoir ses observations* ».

Il ressort en outre de l'examen des registres que les décisions d'admission et les certificats médicaux (à l'exception de certificats d'admission des urgences du CHU de Purpan) sont datés mais ne comportent pas l'heure, rendant ainsi complexe voire impossible toute vérification quant au respect des délais.

#### Recommandation 44

Les décisions d'admission et les certificats médicaux doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Les décisions d'admission et certificats médicaux sont horodatés depuis fin 2023. Ils le sont désormais systématiquement depuis février 2024* ».

Outre les décisions de la direction et les certificats médicaux, les registres contiennent également des documents non exigés par les textes : l'information du préfet, du tiers, de l'ARS (en ce qu'elle assure le secrétariat de la CDSP) de la levée de la mesure, la saisine du JLD, le certificat médical indiquant l'état de compatibilité ou non du patient pour se rendre à l'audience du JLD, le formulaire de désignation d'un avocat pour l'y assister (avec la mention de son refus éventuel de comparaître), le formulaire de demande d'admission par un tiers et les arrêts de la cour d'appel de Toulouse.

En revanche, le document de notification des droits du patient fait parfois défaut.

Par ailleurs, le dispositif des décisions du JLD n'est pas toujours renseigné sur la feuille de présentation ou la « check-list ». Il convient ainsi de se référer au dossier administratif du patient pour en connaître le contenu.

#### Recommandation 45

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner la date et l'heure à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et les droits y afférents ainsi que la date, l'heure et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, annonce : « *Depuis la visite du CGLPL l'ordonnance du JLD est systématiquement classée dans le registre de la loi, celle-ci mentionnant date et heure* ».

La CDSP a examiné les registres le 29 juin 2023 et n'y a porté aucune observation. La vice-procureur de la République près le TJ de Toulouse les a étudiés le 15 février 2024. Aucun contrôle du préfet, du maire de la commune ou encore du président du TJ pourtant prescrit par les dispositions de l'article L. 3222-4 du CSP, n'a été constaté.



### Recommandation 46

Conformément aux dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le préfet de la Haute-Garonne, le président du tribunal judiciaire de Toulouse et le maire de la commune de Beaupuy, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *La visite de la Procureure devait avoir lieu en novembre 2023, celle-ci a été reportée et a eu lieu au titre de 2023 en février 2024. L'établissement sollicitera ces visites chaque année en octobre* ».

## 8.3. 53,8 % DES PATIENTS CONVOQUES N'ONT PAS COMPARU DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EN 2023

### 8.3.1. La convocation à l'audience

Les patients hospitalisés en SSC sont informés par les soignants lors de l'admission qu'un JLD va statuer dans un délai de douze jours<sup>84</sup> à compter de leur arrivée sur le maintien ou non de la mesure dont ils font l'objet. Une fiche intitulée « *notification des droits du patients* », annexée au livret d'accueil qu'ils doivent élarger<sup>85</sup>, leur est également délivrée, dont une copie est conservée dans leur dossier administratif. Cette fiche précise notamment les modalités d'intervention du JLD et le droit pour les patients de le saisir à tout moment d'une demande de mainlevée de la mesure<sup>86</sup>. Les soignants rencontrés ont précisé avoir pour mission essentielle de rassurer les patients sur le rôle du magistrat. Un soignant a indiqué expliquer aux patients que le magistrat n'était pas là pour les juger eux, mais davantage pour « *juger* » l'établissement.

La saisine du JLD lui est adressée par courriel sécurisé via *Zed Pro* par l'AMA, accompagnée de tous les documents utiles y compris le « *certificat médical d'audience* » mentionnant que l'état clinique du patient lui permet ou non de s'y rendre. Le greffe du JLD adresse en retour à l'AMA la convocation à l'audience qu'elle notifie aux patients qui en conservent une copie. Elle leur rappelle à cette occasion le rôle du JLD et la possibilité pour eux de bénéficier de l'assistance d'un avocat commis d'office ou choisi<sup>87</sup>. Lorsque le patient ne souhaite pas se rendre à l'audience, son refus est matérialisé par un écrit joint au dossier transmis au JLD.

Les mandataires judiciaires et le tiers demandeur sont convoqués à l'audience par le greffe mais s'y déplacent peu.

### 8.3.2. Le déroulement de l'audience

Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, quatre JLD assurent le contrôle des mesures de SSC<sup>88</sup>. Les permanences sont assurées le week-end et les jours fériés par d'autres magistrats, non spécialisés dans ce contentieux, qui peuvent être conduits à statuer sur les mesures d'isolement et de contention.

<sup>84</sup> Le site Internet de l'établissement, comme déjà indiqué lors de la visite en 2015, mentionne par erreur un délai d'intervention du JLD de quinze jours à compter de la décision d'admission.

<sup>85</sup> Si leur état clinique le permet ; à défaut, cette fiche est signée par deux soignants.

<sup>86</sup> Cf. art. L.3211-12 du code de la santé publique.

<sup>87</sup> Cf. Convention signée le 16 juin 2014 entre le président du TJ de Toulouse, le procureur de la République, la directrice générale de l'agence régionale de santé, le préfet de la région Midi-Pyrénées, les directeurs d'établissements hospitaliers et la directrice de la clinique relative à l'organisation des audiences des patients en soins sans consentement. Depuis le 1<sup>er</sup> septembre 2023, ils sont 4. Les JLD étaient trois avant le 1<sup>er</sup> septembre 2023, puis quatre jusqu'au 1<sup>er</sup> septembre 2024, et cinq ensuite en raison de la création d'un poste.

<sup>88</sup> Ils étaient trois JLD avant cette date et seront cinq JLD à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2024 en raison de la création d'un poste.

Un bâtiment situé sur le site du CHGM est affecté à la tenue des audiences du JLD pour les patients en SSC du ressort du département de la Haute-Garonne soit ceux de la clinique, du CHGM et du CHU Purpan. Les audiences s'y déroulent les mardis et les vendredis matin à 9h45. Les patients sont toujours accompagnés par un soignant et l'AMA de l'unité, laquelle assiste à l'audience.

### Bonne pratique 2

L'assistante médico-administrative référente de la gestion des soins sans consentement accompagne les patients concernés tout au long de leur parcours s'agissant de l'information concernant leurs droits à chaque étape, de la notification des convocations devant le juge, de l'assistance présente aux audiences et de la notification des décisions.

Ces locaux sont assez éloignés de la clinique et cette configuration contraint l'établissement à mobiliser un soignant et l'AMA, deux demi-journées par semaine, pour accompagner les patients aux audiences, et qui, de fait, ne peuvent être mobilisés pour d'autres sorties ou activités. Le transport a d'ailleurs pu être présenté par les soignants comme un frein au choix des patients de se présenter à l'audience (environ 1h30 de trajet aller-retour), les refus de comparaître et les certificats de contre-indication étant relativement fréquents. En effet, en 2022, seulement 118 (28,7 %) des 410 patients convoqués devant le JLD se sont présentés à l'audience : 210 (51,2 %) ont refusé de comparaître, 52 (12,7 %) ont fait l'objet d'un certificat médical de contre-indication et 30 mesures ont été levées avant l'audience. En 2023, le nombre de refus a diminué mais le nombre de contre-indications médicales a été multiplié par trois et se trouve très supérieur à ceux observés dans des services prenant en charge des patients dont la sévérité de l'état clinique s'avère notablement plus préoccupante. En effet, seuls 144 (37,6 %) des 383 patients convoqués devant le JLD se sont présentés à l'audience, 38 (9,9 %) ont refusé, 168 (43,9 %) ont fait l'objet d'un certificat médical de contre-indication et 33 mesures ont été levées avant l'audience.

### Recommandation 47

La certification médicale d'une contre-indication à la présentation à une audience ne saurait constituer un moyen de priver les patients hospitalisés en soins sans consentement de leur droit d'accès au juge des libertés et de la détention. Le triplement de la production de ce type de certificat entre 2022 et 2023 doit faire l'objet d'une analyse rigoureuse, et la certification doit strictement répondre à des critères cliniques objectifs.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les chiffres de refus et contre-avis médical (communiqués au CGLPL lors de la visite) ont été inversés, il y a eu 168 refus de patients et 38 contre-avis médicaux en 2023. Les contre-avis médicaux sont en nette diminution depuis 2022 : 13 % en 2022, 10 % en 2023, 4 % en 2024* ».

La salle d'audience, signalisée à l'entrée de l'hôpital et du bâtiment, est spacieuse, lumineuse et meublée telle un auditorium, de chaises et d'un long bureau sur lequel sont disposés un ordinateur et une imprimante. Elle est précédée d'une salle d'attente équipée de chaises où des sanitaires sont accessibles. Les patients peuvent s'entretenir avec leur conseil dans une salle située dans le bâtiment en face, équipée de chaises, d'une table et d'un point d'eau. La confidentialité des échanges y est garantie.

Les avocats du barreau de Toulouse peuvent être commis d'office pour assister les patients dans le cadre de permanence s'ils ont suivi un tutorat et une formation de neuf heures, quota d'heures qu'ils doivent renouveler chaque année afin de se maintenir sur les listes<sup>89</sup>. L'intervention de l'avocat est prise en charge par l'aide juridictionnelle, sans condition de ressources, à l'exception des cas où l'avocat est choisi par le patient. Deux avocats titulaires sont désignés par permanence et se répartissent les dossiers. Un troisième

<sup>89</sup> Environ 250 avocats sont inscrits sur la liste des permanences SSC, pour 2 400 avocats inscrits au barreau de Toulouse. Chaque avocat est désigné pour environ trois ou quatre permanences par an.

avocat est chargé d'intervenir s'agissant des mesures d'isolement et de contention prises sur la semaine (week-end et jours fériés compris).

Le greffe du JLD prend connaissance de la liste des avocats de permanence via le logiciel *CLIPA* et leur communique, préalablement à l'audience, les dossiers par voie électronique via le logiciel *PLEX* (outil qui permet un échange sécurisé de fichiers). Toutefois, la communication des dossiers s'avère bien souvent tardive, la veille de l'audience vers 16h, ce qui ne permet pas toujours de s'assurer que les droits des patients sont convenablement garantis.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 6 février 2024 et ont pu s'entretenir avec la JLD présente et sa greffière. 13 dossiers étaient initialement audiencés (dont six concernent la clinique) mais quatre patients ont finalement comparu (deux patients de la clinique, un du CHGM et un du CHU Purpan) lesquels étaient respectivement assistés par deux conseils choisis et deux conseils de permanence.

La magistrate, sa greffière de même que les avocates présentes ne portaient pas de robe. Une des avocates a indiqué aux contrôleurs que le barreau préconise aux avocats de ne pas porter leur robe pour ne pas inquiéter les patients. Les patients étaient revêtus de leur tenue civile. Selon les informations communiquées, ils ne sont jamais présentés vêtus d'un pyjama.

Les contrôleurs ont constaté que chaque patient s'est entretenu avec son avocat préalablement à l'audience. Aucun d'entre eux n'a soulevé d'irrégularités procédurales ou de moyens de nullité.

La magistrate explique au patient qu'elle contrôle la régularité de la procédure et lui indique les motifs retenus par les médecins pour poursuivre la mesure de SSC et donne lecture des certificats médicaux. Elle s'enquiert auprès du patient de la façon dont il vit son hospitalisation et lui demande s'il a des questions ou des observations sur la poursuite ou non de la mesure. La magistrate est attentive au ressenti des patients qui ont chacun pu s'exprimer librement. La magistrate a précisé aux contrôleurs qu'elle indique toujours aux patients être juge des libertés en omettant sciemment de mentionner le terme « détention » afin de ne pas les inquiéter.

### 8.3.3. Les décisions rendues

Les décisions sont majoritairement rendues sur le siège, immédiatement imprimées et délivrées au patient. Elles peuvent être mises en délibéré et notifiées au patient par l'AMA de l'unité dans l'après-midi ou au plus tard le lendemain, lorsque des irrégularités de procédure sont soulevées par les avocats. Dans cette hypothèse, selon les informations recueillies, le JLD mentionne à l'audience au patient les voies et délais de recours.

Les statistiques du greffe du JLD ne distinguent pas les données entre les différents établissements, celles relatives au nombre de décisions rendues résultent ainsi des seuls renseignements communiqués par la clinique.

En 2024, durant les mois de janvier et février : pour les 65 mesures de SSC, le JLD a été saisi 63 fois et a prononcé 1 mainlevée (1,5 %) ; 3 appels ont été interjetés et 1 mesure a été levée par la cour d'appel de Toulouse. En 2023, pour les 383 mesures de SSC, le JLD a été saisi 356 fois et a prononcé 4 mainlevées (1,1 %) ; 9 appels ont été interjetés mais aucune mesure n'a été levée par la cour d'appel. En 2022, sur les 410 mesures de SSC, le JLD a été saisi 380 fois et a prononcé 2 mainlevées (0,5 %) ; 9 appels ont été interjetés et aucune mesure n'a été levée par la cour d'appel.

### 8.3.4. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Les modalités de mise en œuvre du contrôle par les JLD des mesures d'isolement et de contention, telles que défini par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022, ont fait l'objet de réflexions et de diverses réunions entre les JLD et les trois établissements (CB, CHGM, CHU), qui ont permis de clarifier le circuit de communication des mesures d'isolement excédant 48h et de celles de contention excédant 24h. La dernière réunion, en

date du 4 décembre 2023 organisée entre le président du TJ, les magistrats et les établissements, avait pour objet d'étudier les perspectives de mise en place à court terme des auditions<sup>1</sup> par voie de télécommunications, ainsi que des problématiques récurrentes au contentieux de l'isolement telles que la motivation et la durée des décisions de renouvellement d'isolement.

Le contrôle des mesures d'isolement et de contention est assuré par les quatre JLD en charge du contentieux lié aux SSC la semaine et par les magistrats de permanence le week-end et les jours fériés. Au cours de l'année 2023, les JLD ont été saisis une seule fois et n'ont pas prononcé la mainlevée de la mesure d'isolement. Les JLD n'ont pas été saisis au cours du mois de janvier 2024. Toutefois, de nombreux isolements sont pratiqués en chambre d'apaisement sans pour autant être déclarés comme tels et tracés dans le registre d'isolement et de contention et échappent ainsi au contrôle du magistrat (cf. § 7.2.2).

L'AMA a élaboré une procédure concernant le contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD pour guider les soignants et les médecins. Des formulaires types (procès-verbal de saisine JLD par le patient, formulaire d'information – JLD, famille, tiers – relative à la mesure, avis motivé de saisine du JLD, requête du JLD, formulaire de prescription de mesure de contention, notification de la mesure au patient) sont disponibles sur le site de l'intranet et un classeur les regroupant est conservé dans son bureau. L'AMA vérifie quotidiennement les mesures d'isolement et de contention enregistrées sur le logiciel *Hôpital Manager (HM)*. Elle contacte le cas échéant le médecin décideur et la direction pour les avertir des formulaires à compléter et à transmettre au magistrat. En cas d'absence, elle transmet les informations aux soignants.

La CB n'accueille pas de mineurs en SSC. Les JLD n'ont ainsi pas eu à se prononcer sur de telles mesures pour cet établissement. Toutefois, il apparaît que les mesures d'isolement prises par les établissements du ressort du TJ de Toulouse échappent *de facto* au contrôle des JLD. La seule hypothèse dans laquelle la JLD rencontrée s'estime compétente concerne l'hospitalisation d'un mineur sur décision du représentant de l'Etat. Or, ce cas de figure est rare. La JLD n'est pas avertie des mesures d'isolement des mineurs en soins libre et, le cas échéant, ne s'estimerait pas compétente.

## 9. LES SOINS

### 9.1. LES PATIENTS NE FONT PAS L'OBJET DE PROJETS DE SOINS PERSONNALISES FORMALISES ET DEPLORENT LA BRIEVETE DE LEURS ECHANGES AVEC LES PSYCHIATRES

#### 9.1.1. L'organisation des soins et les modalités d'accès aux soignants

Les patients d'U1 et U4 ne font pas l'objet d'un projet de soins médico-soignant spécifique, élaboré en équipe et régulièrement réévalué. Le projet de service se limite à la définition d'une « journée-type » et à quelques axes de priorité à U4. Celui d'U1 se résume au projet de réhabilitation psychosociale porté par deux IDE, en phase de recrutement des intervenants spécialisés pour sa mise en œuvre (cf. § 0).

Deux des six psychiatres de la clinique assurent la prise en charge des patients hospitalisés en SSC ; un remplacement par un psychiatre extérieur est nécessaire en cas d'absence. L'organisation des entrées s'effectue le plus souvent l'après-midi, en l'absence des psychiatres. Les patients sont alors reçus par un médecin généraliste, bien que faisant l'objet d'une indication d'hospitalisation en milieu psychiatrique. Une pratique psychiatrique sous la forme d'une « *décontraction attentive* » a été citée à plusieurs reprises par l'un des médecins.

La coordination des soins et l'alliance thérapeutique sont entravées par l'absence de projet de soins personnalisé formalisé. Les entretiens, les activités, les permissions de sortie ne sont pas intégrées dans une démarche cohérente et individualisée. Aucune évaluation individualisée de la participation aux groupes n'est mise en œuvre. Les entretiens médicaux sont toujours effectués en présence d'un IDE à U4, mais rarement à U1, alors que cette collaboration permettrait de garantir la transmission des informations au sein de l'équipe. La perte possible des objectifs de soins a été évoquée, en l'absence de coordinateur de la prise en charge, de binôme médecin-cadre et de référence infirmière.

A U4, la présence des psychiatres et de leur remplaçant<sup>90</sup> chaque matin s'avère brève, d'environ une heure auprès des 21 patients. L'un des médecins a indiqué : « *Les observations infirmières sont tellement bien faites qu'on n'a pas besoin d'y consacrer trop de temps* ». La disponibilité des psychiatres n'excède donc pas quelques courtes minutes auprès de chaque patient. Elle est toutefois accrue pour quelques entretiens ciblés concernant des problématiques particulières, ou lors de réunions ponctuelles avec la famille, le curateur, ou l'ASS. La tenue d'un *staff* quotidien le matin en équipe pluriprofessionnelle constitue une occasion d'aborder l'état clinique de tous les patients, permet d'établir une « *forme de suivi* », qui ne bénéficie pas d'une traçabilité écrite à laquelle se référer. Les patients ne font l'objet que d'une explication orale des principales étapes à mettre en place, définies collectivement lors du *staff* (pouvoir sortir, intégrer une activité, voir sa mesure transformée en SL). Le schéma global de la prise en charge est relativement uniforme : l'admission est suivie d'une première phase d'évaluation de trois à quatre jours, avec une sédation et un maintien du pyjama éventuels et adaptés aux besoins. Des sorties brèves accompagnées, puis en autonomie de durée progressivement croissante sont mises en œuvre dès que l'état clinique le permet, avant l'accès aux permissions de sortie de courte durée de 12h et de 48h. Le lien avec les proches est favorisé et établi selon le consentement du patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les psychiatres ne passent en aucun cas qu'une heure dans le service, ils sont présents de 8h à 10h – 10h30 pour voir leurs 10 patients chacun et coordonner le staff, et ce quotidiennement* ».

Les psychiatres d'U1 effectuent une visite quotidienne en chambre pour les 28 patients, le matin du lundi au vendredi. Les patients ont décrit les échanges comme trop brefs et trop souvent limités « *à une simple prise de nouvelles* ». Un patient hospitalisé en SL a toutefois précisé qu'une psychiatre prenait le temps d'un entretien en s'asseyant dans sa chambre. Les psychiatres peuvent aussi recevoir les patients dans

<sup>90</sup> C'était le cas lors de la visite, l'une des psychiatres d'U4, remplacée, était en congé maternité.

leurs bureaux situés au niveau du hall d'entrée de la clinique. La tenue régulière de réunions institutionnelles en équipe pluriprofessionnelle fait également défaut ; les temps d'échange sont informels.

Les prises en charge ont été décrites comme « *d'avantage réactives qu'anticipatives dans l'ensemble* ». La contribution des équipes soignantes pour maintenir la cohérence des soins est particulièrement constatée. Leur investissement dans l'information des patients concernant les traitements, leurs effets attendus et secondaires, au quotidien, également. Les réunions de transmissions infirmières sont tenues. Toutefois, le rythme élevé du *turn-over* des soignants (cf. § 3.3.3), l'embauche de soignants non-formés à l'exercice de la psychiatrie et à l'utilisation du logiciel de l'établissement ont été mentionnés comme altérant la qualité et la continuité des soins.

#### Recommandation 48

Les patients doivent bénéficier de projets de soins individualisés, régulièrement réévalués en équipe pluriprofessionnelle et tracés, en concertation avec des psychiatres disponibles pour une évaluation clinique régulière et adaptée aux besoins de la prise en charge de leurs troubles mentaux.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Les projets personnalisés de soin des patients sont discutés quotidiennement en équipe pluridisciplinaire, le cadre de soins est réévalué en fonction de l'évolution de l'état clinique du patient. La visite conjointe médecin IDE est également réalisée de façon journalière. La traçabilité fait l'objet d'un travail conjoint avec les professionnels afin d'en faciliter la réalisation* ».

Les patients d'U4 ne bénéficient pas de suivi par un psychologue. Ce suivi n'est éventuellement mis en œuvre qu'en cas de transformation de la mesure en SL ensuite. La demande est alors adressée à la psychologue, et un rendez-vous est fixé selon ses disponibilités. Les patients peuvent toutefois rencontrer la psychologue en groupe (groupes de paroles, groupe de gestion des émotions), et ont aussi accès aux ateliers conjoints animés par les ergothérapeutes et les psychologues (cf. § 0).

#### Recommandation 49

Les patients, qui font l'objet d'une indication, doivent pouvoir initier ou poursuivre une prise en charge individuelle avec un psychologue, indépendamment de leur statut d'hospitalisation.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme le défaut d'accès à un psychologue des patients hospitalisés en SSC : « *Le temps d'hospitalisation en soins sans consentement est exclusivement celui de la crise, le suivi par une psychologue est proposé en suite d'hospitalisation libre* ».

Aucune réunion soignés-soignants n'est tenue, au bénéfice de l'expression collective des patients concernant les modalités de l'organisation de la vie du service ou tout autre thème qu'ils souhaiteraient aborder dans ce cadre.

#### Recommandation 50

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *L'atelier d'information des droits des patients, en présence d'un soignant, est un vecteur d'expression collective. Le projet de service à réviser d'ici fin 2024 portera un projet plus institutionnel d'espace d'échange soignant-soigné* ».

Aucune réunion de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles, animée par un intervenant indépendant n'est mise en œuvre malgré une attente et des demandes exprimées par les soignants.

### Recommandation 51

Des réunions de supervision doivent être proposées aux soignants de chaque unité, pour leur permettre des échanges avec un professionnel indépendant, concernant leur vécu et leurs pratiques.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Réflexion menée depuis octobre 2023, intervenant défini (Mme Peggy CHARLAT), en cours d'organisation avec ceux-ci, présentation en CSE le 18/07/2024 pour mise en place en septembre 2024 : présentation du dispositif par l'équipe de 2 professionnels certifiés GAPP et lancement des groupes en octobre, sur un rythme de 6 à 8 semaines* ».

#### 9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les soignants d'U4 organisent des activités occupationnelles avec les patients (jeux de société, « petit bac », créations de bijoux, culinothérapie). Les activités au sein de la structure, pour les patients qui ne peuvent pas sortir de l'unité ou ne peuvent pas aisément intégrer un groupe, dépendent toutefois de la disponibilité et des initiatives des soignants, peuvent avoir un caractère très spontané et ne font pas l'objet d'un planning affiché. Leur organisation peut être limitée par les rotations de soignants et par l'absence de visibilité quant à l'enveloppe budgétaire dédiée (cf. § 3.2.1). Une psychologue formée propose des séances de méditation de pleine conscience. Des sorties dans le parc, en principe vers 16h30-17h, et un accès réservé à la salle de sport (entre 17h45 et 18h30) sont proposées dès que possible.

Les soignants de l'U1 animent peu ou pas d'activités au sein de l'unité ou en dehors des murs. Une salle de vie ou d'activité est libre d'accès, et constitue également le lieu de passage pour se rendre dans un jardinet à l'air libre, fréquenté par les fumeurs notamment. La salle est équipée d'un téléviseur, de tables et de sièges permettant aux patients de jouer à des jeux de société. Des patients y prennent leurs repas et les plateaux repas non débarrassés y traînent plusieurs heures après le déjeuner, encombrant le lieu. Des permissions de sortie sont accordées aux patients hospitalisés en SSC de manière adaptée à leur état clinique et à leurs options d'hébergement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *l'U1 a modifié son projet de soins pour le dédier à la prise en charge des jeunes adultes depuis le 02/01/2024. Le projet était donc encore en cours de construction lors de la visite du CGLPL. En effet, l'équipe soignante a décidé de mettre en œuvre le projet de soins sous la forme d'une co-construction avec les patients eux-mêmes. Ainsi depuis février 2024, sont proposées des activités diversifiées et dédiées : job coach, cuisine thérapeutique (des courses au déjeuner partagé), sport collectif, stimulation cognitive, groupe TCC animé par une psychologue, bar thérapeutique. Un neuropsychologue rejoint le service en septembre. Le PPS est formalisé et construit avec le patient en fonction de ses besoins et objectifs, il s'appuie sur des évaluations et échelles éprouvées, le GPS PSYCOM est systématiquement utilisé pour les directives anticipées* ».

Des activités thérapeutiques sont accessibles, sous la forme d'ateliers<sup>91</sup> et de séances de sport<sup>92</sup> dont le planning est affiché dans les unités. Les patients se manifestent auprès des soignants pour s'inscrire, l'indication étant soumise à l'évaluation médicale. Des locaux leur sont réservés au rez-de-jardin, notamment une grande salle multi-activités dotée d'un bureau et d'une bibliothèque largement achalandée par des dons de patients et de soignants, une cuisine thérapeutique, une salle de sport équipée, et le bureau de la psychologue situé au rez-de-chaussée.

L'ergothérapeute anime les ateliers de 14h à 15h30 et de 16h à 17h30, chacun étant suivi de 30 min de transmissions écrites sur le logiciel. Elle reçoit les patients uniquement orientés par les IDE, de façon adaptée à l'état clinique et sans distinction du mode d'hospitalisation, pour la présentation des ateliers, qui comptent huit personnes au maximum et cinq à six en moyenne. Une moitié des patients reçus, très demandeurs d'activités pour différents motifs (s'occuper, prendre du plaisir à créer, se sentir capable, mettre de l'ordre dans la tête, arrêter de ruminer etc.) sont toujours les mêmes et l'autre moitié se renouvelle. Certains ne se présentent jamais, même inscrits. La prise de contact peut parfois commencer par un temps de création individuel dans la chambre du patient. L'ergothérapeute recueille le consentement et le trace dans le dossier. Les patients d'U4 sont accompagnés à l'aller comme au retour et l'ergothérapeute sort avec eux, en cas de nécessité d'une pause. Un temps spécifique associant l'ergothérapeute et la psychologue est réservé le vendredi après-midi à la préparation du déroulement des ateliers et au passage dans les unités pour échanger avec les soignants.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, annonce : « *Demande récente au moment de la visite, formulée en début d'année 2024, projet accepté et mis en place depuis mi-mars 2024* ».

L'effectif des intervenants référents a toutefois été décrit comme insuffisant pour répondre aux besoins des patients. L'ergothérapeute est présente, depuis le mois septembre 2023, tous les après-midis sauf le mercredi, dans le cadre d'un CDD de 22h hebdomadaires, en remplacement de l'intervenante précédente en arrêt maladie de longue durée. L'organisation des activités, uniquement les après-midis, ne permet aucun travail d'équipe concernant notamment la participation des intervenants à des réunions pluriprofessionnelles avec les psychiatres uniquement présents le matin, pour la restitution de l'évolution des patients dans le cadre des activités.

L'exemple de l'atelier cuisine questionne. Les patients n'élaborent pas le menu, n'effectuent pas les achats (l'ergothérapeute doit ainsi les récupérer au *drive* du supermarché après leur commande passée le vendredi après-midi), ne consomment pas avec la professionnelle le repas confectionné. Le déroulement de cet atelier ne peut en conséquence être considéré comme thérapeutique. La demande d'une augmentation des heures d'emploi de l'ergothérapeute, afin de pallier ce manque, a été effectuée. Elle est restée sans réponse à la date de la visite. La participation d'une diététicienne de l'entreprise *Elior* dans l'atelier cuisine a par ailleurs été suspendue. Plusieurs commentaires entendus dans l'institution concernant le sujet ont été rapportés par différents agents, en soulignant les carences institutionnelles et l'absence de réunions institutionnelles : « *Il faut la payer pour manger* », « *les psychiatres ne souhaitent*

<sup>91</sup> L'ergothérapeute anime le lundi la cuisine, le modelage (occasion d'une vigilance avec les personnes victimes d'agression sexuelle) ; le mardi le collage et le théâtre ; le jeudi la création libre (l'ergothérapeute coanime avec la psychologue la mise à disposition des patients de tout le matériel de création chacun venant avec son projet personnel trouvant leur aide pour le réaliser) et la gestion des émotions (le plus sollicité), le vendredi une deuxième séance de gestion des émotions. Un IDE anime la relaxation, aux mêmes horaires que le modelage. Des intervenants extérieurs animent également, les après-midis de façon hebdomadaire, un atelier « écriture » le mardi, un atelier « musicothérapie » le mercredi. L'ergothérapeute anime également un atelier « ciné débat » mensuel, qui permet le visionnage d'un film et l'analyse ultérieure du ressenti des émotions de la dizaine de patients présents.

<sup>92</sup> Une enseignante « activité physique adaptée » (en arrêt maladie lors de la visite) anime quotidiennement des séances de sport de 30 à 60 min (gymnastique douce, stretching, training cardio, renforcement musculaire, atelier « équilibre seniors »), tous les après-midis en semaine entre 14h et 17h.



pas le déroulement des ateliers en matinée », « ça coûterait trop cher d'employer les intervenants à la journée ».

### Recommandation 52

L'effectif des intervenants doit pouvoir répondre aux besoins des patients hospitalisés en termes d'activités et permettre de leur garantir une dimension thérapeutique. Les intervenants doivent participer à des réunions pluriprofessionnelles de restitution de l'évolution des patients qui les pratiquent, afin de garantir la cohérence des prises en charge soignantes et la dimension thérapeutiques des activités.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'effectif et la diversité des intervenants permet de répondre aux besoins des patients et aux objectifs de soins. Les activités sont régulièrement réévaluées et accompagnées. L'établissement compte de multiples intervenants : APA, ergothérapeute, art-thérapeute, psychologues, musicothérapeute, atelier écriture, job coach, etc. La participation de l'ensemble de ces intervenants aux staffs est techniquement impossible, cependant des temps d'échanges et de transmissions sont aménagés et permettent aux professionnels d'avoir une vision partagée du soin et de l'évolution clinique du patient* ».

La bibliothèque n'est accessible spontanément que le jeudi après-midi pour l'emprunt de livres, concomitamment du déroulement dans la même salle de l'activité « création libre », ou moyennant un accompagnement par un IDE le reste de la semaine.

### Recommandation 53

Les patients doivent bénéficier d'un accès autonome et quotidien à la bibliothèque.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, confirme le défaut d'accès autonome et quotidien à la bibliothèque : « *La bibliothèque est accessible accompagné ou sur des horaires d'ouverture afin de garantir la pérennité de celle-ci* ».

#### 9.1.3. Les soins spécifiques

La mise en œuvre du projet de réhabilitation psychosociale de l'établissement est uniquement portée par deux IDE, dont une titulaire du diplôme universitaire spécifique. D'importantes difficultés ont été évoquées s'agissant de l'investissement institutionnel pluriprofessionnel nécessaire au sein de la clinique et du recrutement d'intervenants spécialisés pour développer ce dispositif, qui a démontré son efficacité auprès des patients faisant l'objet d'une prise en charge.

### Recommandation 54

Le projet de réhabilitation psychosociale doit bénéficier d'un investissement institutionnel pluriprofessionnel et prioriser le recrutement d'intervenants formés, afin que les patients concernés bénéficient de ces prises en charge spécifiques.

La cheffe d'établissement réitère sa réponse contradictoire formulée au chapitre concernant l'insuffisance d'accès aux activités, sans préciser son projet de réhabilitation psychosociale. Une forme de confusion peut intervenir, la nécessité d'accès à des activités occupationnelles et thérapeutiques concernant tous les patients, alors qu'un projet de prise en charge spécifique en réhabilitation psychosociale ne vise que ceux qui font l'objet d'une indication médicale ou émettent une demande spécifique.

L'unité prévue pour assurer les soins d'addictologie a été décrite comme dénuée de toute mise en œuvre de protocoles de soins spécifiques dans ce domaine de prise en charge, n'assurant plus les soins spécifiques éventuellement nécessaires pour les patients concernés.

**Recommandation 55**

Les patients qui font l'objet d'une indication doivent avoir accès à des soins d'addictologie dispensés par des soignants spécifiquement formés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *L'hospitalisation à la clinique de Beaupuy est dédiée au dédouanement psychiatrique, le psychiatre addictologue prodigue des soins, en lien avec l'équipe qui propose des entretiens motivationnels. Un groupe de parole porté par le psychiatre addictologue est également assuré tous les lundis, une orientation vers la psychologue peut également être prescrite. Le patient ainsi soutenu et engagé dans la voie d'une prise en charge dédiée est ensuite réorienté vers une structure spécialisée telle qu'un SMR spécialisé en addictologie. L'établissement déploie depuis juillet la TERV, portée par la psychologue et l'IPA* ».

Les soins d'électro-convulsivothérapie (ECT)<sup>93</sup> ont été décrits comme indiqués pour leurs patients par les six psychiatres de l'établissement, un seul d'entre eux assurant le déroulement de la séance pour ses patients, les cinq autres déléguant la réalisation des chocs électriques à l'anesthésiste.

**Recommandation 56**

Le déroulement des séances de sismothérapie doit être systématiquement assuré conjointement par un anesthésiste-réanimateur et un psychiatre, afin de garantir la qualité du soin dispensé et la sécurité du patient concerné.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise sans répondre au thème de la recommandation : « *Dans le cadre de la crise des urgences psychiatriques, un groupe de travail a été formé relatif aux ECT afin d'en assurer la pérennité. Les acteurs du territoire ont ainsi acté d'un troisième centre spécialisé pour éviter la dispersion des ressources et sécuriser cette prise en charge d'ici juin 2025. La clinique de Beaupuy s'est pleinement inscrite dans ce projet afin de répondre à cette recommandation* ».

Enfin, l'information de l'acquisition d'un appareil de rTMS<sup>94</sup>, pour un budget évoqué de 110 000 euros, et sa dépose sans que l'activité ne soit jamais mise en œuvre a été rapportée.

**Recommandation 57**

Des séances de rTMS doivent être mises en œuvre au service des patients qui font l'objet d'une indication spécifique, l'établissement ayant acquis le matériel pour ce faire.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Ce matériel sera déployé en HDJ, les plannings des personnels en place en 12h et la pénurie soignante n'ont pas permis un déploiement sécurisé pour une PEC adaptée des patients* ».

## 9.2. LES PATIENTS NE BENEFICIENT PAS DE SOINS ADDICTOLOGIQUES NI DE SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE REPODANT A LEURS BESOINS

### 9.2.1. L'accès aux médecins généralistes

Les soins somatiques étaient assurés du lundi au dimanche de façon continue par cinq généralistes dont une responsable de service, qui pouvoient 3,6 ETP (deux travaillent en douze heures, les trois autres en

<sup>93</sup> ECT : l'électro-convulsivothérapie, anciennement appelée « sismothérapie » et plus connue sous le nom de « traitement par électrochocs », est une méthode d'électrothérapie utilisée en psychiatrie, consistant à délivrer un courant électrique d'intensité sur le cuir chevelu. Réalisée sous anesthésie générale, l'ECT déclenche une crise d'épilepsie permettant de soigner certaines maladies psychiatriques.

<sup>94</sup> rTMS : la stimulation magnétique transcrânienne répétitive est une technique médicale qui, en générant un courant électrique, permet de stimuler ou d'inhiber certaines zones du cerveau.

six heures). Toutefois, depuis une année, l'établissement rencontre des difficultés pour assurer une présence somatique quotidienne continue<sup>95</sup>. Dans ces conditions, les gardes des médecins généralistes sont difficilement assurées et un système d'astreinte a été mis en place<sup>96</sup>.

### Recommandation 58

L'organisation de la permanence des soins somatiques doit en garantir aux patients un accès continu répondant à leurs besoins.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *L'accès continu est respecté, un partenariat avec les établissements MCO permet de pallier l'éventuel manque de MG sur place, très ponctuel par ailleurs. La clinique se fait fort d'assurer la prise en charge somatique permanente de ses patients au travers d'un effectif de 5,2 ETP, avec une présence H24, 365 jours* ».

La responsable des généralistes participe aux réunions institutionnelles<sup>97</sup>. Les généralistes ne se répartissent pas les pavillons et rencontrent indistinctement l'ensemble des patients, dont ceux en SSC.

Les patients bénéficient d'un examen somatique dans les 24 heures de l'admission, conformément aux dispositions de l'article L. 3211-2-2 du CSP, tracé dans leur DPI dans le logiciel *HM*. Un bilan sanguin d'entrée est systématiquement réalisé. La question de la contraception est systématiquement abordée et peut être prescrite ou renouvelée. La contraception orale d'urgence peut être délivrée par la pharmacie. Des préservatifs sont usuellement disponibles dans les unités, ce qui n'était plus le cas à U4 lors de la visite. Les dépistages des infections sexuellement transmissibles sont proposés et font partie du bilan d'entrée.

La prise en charge somatique est réalisée par des visites dans les services, trois fois par jour (matin, après-midi et soir) pour les patients qui rencontrent une difficulté ou sur orientation des soignants ou des médecins psychiatres. Les médecins généralistes répondent ainsi aux demandes d'examen, lesquels sont réalisés dans les chambres des patients. L'accompagnement des patients se fait ensuite en fonction des besoins et dans le cadre des consultations de suivi. Les contrôleurs ont constaté que les médecins généralistes intervenaient rapidement en cas d'appel des soignants.

En sus des visites, les généralistes assurent tous les matins à 10h une réunion somatique dans un pavillon différent chaque jour, pour faire le point sur les patients qu'ils suivent ou qui ont fait part d'une problématique. Y participent le généraliste présent, les soignants et le psychiatre en cas de besoin. Cependant en pratique, selon les informations recueillies, les échanges entre les psychiatres et les généralistes se font au moyen des transmissions sans réunion physique avec l'équipe soignante.

Les urgences somatiques sont gérées par le généraliste présent. Un chariot d'urgence est à disposition dans la salle de soins d'U4 et un chariot similaire est partagé entre U1, U2 et U3. Pour les urgences vitales, il est fait appel au 15 et le CHU envoie une équipe du SMUR le cas échéant.

En cas de transfert au service des urgences du CHU, le médecin contacte son confrère pour lui signaler l'arrivée d'un patient afin qu'il soit pris en priorité en évitant un temps d'attente trop important. La qualité de l'accueil dans les services du CHU est fonction des personnes recevant les patients et les relations avec

<sup>95</sup> La présence d'un généraliste a fait défaut 58 heures sur le mois de décembre 2023 et 36 heures sur le mois de janvier 2024.

<sup>96</sup> Un tableau mensuel est établi avec le nom des médecins d'astreinte et leurs coordonnées téléphonique. Ce tableau est diffusé sur l'intranet. Ils se déplacent sur site en cas d'urgences somatiques. Lorsqu'il s'agit d'une problématique psychiatrique, le patient est adressé au psychiatre de garde. Une problématique somatique non urgente sera traitée ultérieurement dès l'arrivée d'un généraliste sur site. Enfin, en cas d'urgence vitale, il est fait appel au Samu (15).

<sup>97</sup> Commission médicale d'établissement (CME), commission du médicament et des dispositifs médicaux stérile (COMEDIMS), comité de pilotage qualité et risques (COPIL), comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD) et cellule d'identitovigilance.

les services des urgences des hôpitaux environnants sont de qualité variable. Une stigmatisation fréquente des patients de psychiatrie hospitalisés pour une urgence somatique dans le service d'accueil des urgences du CHU Purpan a été rapportée. Des renvois de patients sont parfois nécessaires vers le SAU du CHU Purpan, voire vers un autre hôpital en raison d'une insuffisance de la prise en charge initiale et des orientations inappropriées de patients. Les professionnels ont déploré plusieurs cas de patients qui venaient du CHU et présentaient des phlébites lors de leur arrivée à la clinique, avec des risques d'embolie pulmonaire nécessitant une hospitalisation aux urgences dans un bref délai.

### 9.2.2. Les examens biologiques et l'accès aux consultations spécialisées

La clinique ne dispose d'aucun autre plateau technique. Les examens biologiques sont réalisés par un laboratoire privé trois fois par semaine (les lundi, mercredi et vendredi matin). En dehors de ces créneaux, les soignants effectuent les prélèvements et font appel à un coursier pour les adresser au laboratoire. Les résultats sont généralement disponibles dans les 24 heures et consultables sur le logiciel *HM*.

Un kinésithérapeute consulte sur place et un anesthésiste est présent pour l'électro-convulsivothérapie et des consultations trois jours par semaine (les lundi, mercredi et vendredi).

Un gastro-entérologue, exerçant à la clinique La Croix du Sud, se rend à la clinique de Beaupuy tous les 15 jours le mercredi à 10h et dispose d'un bureau avec un appareil de fibroscan et un échographe pour réaliser les échographies abdominales (appareils acquis depuis un mois lors de la visite). Il peut recevoir les patients en priorité en cas de bilan approfondi nécessaire. Une diététicienne se déplace sur l'établissement tous les 15 jours et reçoit les patients selon les prescriptions médicales, dont elle est avertie par mail. Un cardiologue, exerçant à la clinique Pasteur, effectue des téléconsultations et peut recevoir les patients en cas d'urgence, selon des délais indiqués comme rapides.

Des photographies des lésions cutanées éventuelles des patients sont adressées au dermatologue<sup>98</sup> au moyen d'une messagerie sécurisée, pour poser un diagnostic et délivrer un traitement approprié. Les patients sont adressés à l'école dentaire en cas de besoin.

S'agissant des autres soins de spécialité, l'orientation des patients auprès du spécialiste qui assure habituellement leur suivi à l'extérieur est privilégiée. A défaut, il est fait appel à des structures publiques (CHU Purpan, hôpital Rangueil, hôpital Paule de Viguier pour la gynécologie) ou privées (clinique de la Croix du Sud pour la pneumologie, l'endocrinologie, et la rhumatologie, clinique de l'union du groupe Ramsay, clinique Pasteur, cabinets libéraux en ville).

Des difficultés d'accès à certaines spécialités sont déplorées en raison notamment de délais parfois longs pour obtenir un rendez-vous. Le délai d'attente le plus élevé aurait été de six mois (consultation d'endocrinologie et rendez-vous d'IRM). Les liens avec les diverses structures dépendent essentiellement des relations que les médecins généralistes ont pu nouer avec leurs collègues mais ne semblent pas institutionnellement organisées. La prise en charge de patients souffrant de troubles psychiatriques s'avère en outre plus compliquée, certains services se montrant peu enclins à recevoir ces patients bien que leur état le nécessite.

### 9.2.3. Les soins addictologiques

Le dépistage de conduites addictives est réalisé lors de l'anamnèse de l'admission, par les généralistes qui proposent le cas échéant un traitement de substitution (prescription de patch nicotinique, de gomme à mâcher). Toutefois, l'accès aux soins d'addictologie est de fait inexistant. En effet, l'U6 initialement prévue pour assurer ces soins avec une équipe dédiée et un médecin psychiatre addictologue ne fonctionne en

---

<sup>98</sup> Du CHU Purpan ou de l'hôpital Rangueil.

réalité plus comme telle depuis un changement d'équipe. Aucune équipe mobile spécifique n'est par ailleurs mise en œuvre.

Le traitement des addictions ne constitue pas une organisation prioritaire dans l'offre de soins de la clinique. Les médecins ont évoqué des difficultés à traiter simultanément les pathologies psychiatriques et les éventuelles addictions (cf. 9.1.3, *Recommandation 55*).

#### Recommandation 59

Les patients qui en formulent la demande ou font l'objet d'une indication spécifique doivent avoir accès à des soins d'addictologie adaptés à leurs besoins.

#### 9.2.4. L'éducation thérapeutique

Des campagnes de sensibilisation sont organisées pour les patients telles que le « mois sans tabac » organisé par le kinésithérapeute également tabacologue ou encore la campagne de dépistage des cancers colorectaux, du sein et de la prostate. En outre, un atelier sur la prise en charge de la douleur a été organisé pour les patients chroniques. Mais aucune autre action d'éducation thérapeutique n'est mise en œuvre par l'établissement.

#### Recommandation 60

Les patients doivent bénéficier de séances d'éducation thérapeutique régulières et diversifiées, animées par des intervenants spécifiquement formés.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Des ateliers douleur, médicaments, sensibilisations somatiques sont organisés. En cas de besoin de spécialité, les patients sont alors adressés aux établissements experts* ».

### 9.3. L'INSUFFISANCE D'ANTICIPATION DE LA PROCEDURE DE SORTIE NE GARANTIT PAS LA MISE EN PLACE D'UN SUIVI AMBULATOIRE DE QUALITE

#### 9.3.1. Les sorties de courtes durées

A U4, des sorties en autonomie dans l'enceinte de la clinique, dont le parc, sont organisées aussitôt que l'évaluation clinique le permet et de manière progressive : d'abord par séquence d'un quart d'heure, puis d'une demi-heure, puis de trois heures. Ces sorties sont autorisées plusieurs fois par jour de manière progressive (cf. § 9.1). Sauf risque de fugue, évalué au regard de la verbalisation ou du comportement du patient, ces sorties courtes de l'unité sont possibles dès le deuxième jour après l'arrivée. Par ailleurs, des sorties accompagnées de courtes durées, pour un achat, une démarche, une promenade, s'organisent également très rapidement. Les patients bénéficient ensuite le plus tôt possible de permissions de sortie de 12h (accompagnés) entre 10h et 18h, puis de 48h (en autonomie, mais souvent le service s'assure, avec l'accord de la personne, d'un accompagnement par une personne extérieure, au moins pour les trajets). Les permissions de sortie se font sur prescription médicale et font l'objet d'une traçabilité dans le DPI. Toutes les permissions de sortie des patients font l'objet d'une information du tiers, du curateur, du tuteur, de la personne de confiance et des proches.

Les équipes d'U4 et d'U1 indiquent en revanche l'absence de sortie à visée « thérapeutique » ou événementielle (pas de sortie pour un spectacle ou un événement culturel ou festif, pas de voyage thérapeutique).

U1 étant ouverte, les sorties sont autorisées au sein de l'établissement et dans le parc. Les permissions de sortie 12h et 48h sont en principe mises en place dès l'admission, qui intervient en phase de stabilisation ensuite d'un séjour à U4.

### 9.3.2. Les programmes de soins

Deux patients faisaient l'objet d'un programme de soins (PDS), dont l'un ne relevait pas de la clinique : il était suivi en HAD par l'équipe de la clinique mais il s'agissait d'un patient du CHGM.

Le nombre de PDS a connu un effondrement en début d'année 2024 pour deux motifs : d'une part, la clinique pratiquait, jusqu'en fin d'année 2023, des hospitalisations dites en SL mais organisées dans le cadre d'un PDS, situation qui semble avoir relevé d'une confusion entre les notions de « projet de soins » et celle de « programme de soins ». La CDSP aurait indiqué à l'établissement, ensuite de son passage au mois de juin 2023, de ne plus pratiquer ce type de « montage ». Par ailleurs, le départ en congé pour maternité d'un des deux psychiatres d'U4 a contribué à la clôture des PDS qu'elle suivait. En 2023, 125 patients ont bénéficié d'un PDS, soit 32 % des patients en SSC. Les durées des PDS peuvent varier d'une semaine à trois mois<sup>99</sup>, elles sont le plus souvent d'un mois à un mois et demi.

Aucune hospitalisation séquentielle n'est organisée. L'équipe soignante n'est pas apparue informée du contenu des PDS, non-inscrits dans un éventuel « projet de soins » (cf. § 9.1). Il n'y a pas d'autres modalités que des rendez-vous auprès du médecin psychiatre d'un CMP et d'un suivi des traitements médicamenteux : il s'agit davantage de soins « prescrits » que « programmés ». Il n'y a pas de suivi par la cadre de santé ; l'ASS n'est pas associée à la définition des PDS qui n'ont pas de dimension médico-sociale. L'équipe soignante a indiqué aux contrôleurs qu'à ses yeux les PDS constituaient des « *coquilles vides* », dont le principal bénéfice résidait en un effet « coupe-file » : dispense du passage aux urgences en cas de réadmission ensuite d'une décompensation. Il a été indiqué des levées de la mesure en cas de non-présentation aux rendez-vous prévus avec les psychiatres, ce qui constituerait selon les termes de l'équipe « *une solution de facilité* » et expliquerait les très courtes durées des PDS.

Les patients interrogés ne savaient pas ce qu'était un PDS, la notion de placement en SSC restant liée à leurs yeux à une hospitalisation à temps complet.

#### Recommandation 61

Les programmes de soins doivent présenter un contenu et une progressivité correspondant à l'état clinique du patient, afin de l'accompagner vers le consentement aux soins et la levée de la mesure de contrainte.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique : « *Les programmes de soins prévoient dans leur immense majorité une prise en charge en HAD afin de consolider le consentement aux soins et réhabiliter le patient dans son lieu de vie. Cette prise en charge personnalisée et accompagnée permet une levée de mesure. Le manque de structure ambulatoire adossée à l'établissement reste un frein notable à la formalisation de programmes de soins* ».

### 9.3.3. Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels ne se réunit que très exceptionnellement ; au regard de la relative brièveté des DMS et des PDS, les mesures de contraintes sont levées avant un an. Si les durées des SSC sont trop longues, un relais est organisé avec le CHGM. Le collège ne s'est pas réuni en 2023. Une procédure est cependant formalisée<sup>100</sup> et l'AMA d'U4 en connaît les modalités<sup>101</sup>. Elle rappelle les délais légaux de la réunion du collège pour les patients hospitalisés ou en PDS (un an puis tous les ans à compter de la date

<sup>99</sup> Données extraites d'un classeur *Excel* fourni par la direction.

<sup>100</sup> Protocole « réunion du collège pour avis des soins sans consentement > 1 an », rédigé par la secrétaire juridique du U4, validé par la directrice et le psychiatre président de la CME, approuvé le 2 avril 2021 par la responsable qualité gestion des risques.

<sup>101</sup> La procédure prévoit que le collège est composé du psychiatre à l'origine de la demande (ou d'un autre psychiatre impliqué dans la prise en charge), d'un représentant de l'équipe IDE désigné par le directeur, d'un psychiatre n'intervenant pas dans la prise en charge, désigné par le directeur après avis du président de CME.

de la réunion), les délais de convocation (5 jours), le recueil de l'avis du patient. Un exemplaire type de convocation du collège et un autre de rédaction de l'avis complètent la procédure.

#### 9.3.4. La levée de la mesure et la sortie d'hospitalisation

En 2023, 359 sorties des patients en SSC ont été réalisées, dont 14,5 % étaient passés par l'U1 ; 182 patients ont rejoint leur domicile dont 171 (47 %) sont sortis directement de l'U4 ; 23 patients (6,4 %) ont été admis à leur domicile en HAD ; 142 patients (39,5 %) ont été admis en SL à la clinique (après transformation de leur mesure) ; les 14 autres patients (3,9 %) ont été réorientés vers d'autres établissements ou structures<sup>102</sup> (4 ont été admis au CHU de Purpan en unité fermée, un patient a été admis en SDRE dans ce même établissement)<sup>103</sup>.

L'hospitalisation en SL est une perspective connue des patients, parfois souhaitée et décidée selon l'état clinique. Cependant, la levée de la mesure de contrainte répond également aux impératifs de gestion des flux. Elle est souvent organisée de manière précipitée, au gré de la pression des entrées (cf. § 4.1). Les équipes ont alors le sentiment de rompre la prise en charge du patient.

En cas de retour au domicile, une ordonnance est délivrée (sauf en cas de contre-avis médical) ; un véhicule sanitaire léger peut être proposé au besoin, sur prescription médicale, pris en charge par la clinique pour les SSC. Un suivi des traitements est également organisé, par contact avec la pharmacie de secteur qui indique la liste des IDE libérales. Dans « la plupart » des cas l'équipe soignante parvient à les « persuader » d'assurer une tournée matin et soir pour leurs patients.

Aucune réunion de synthèse n'est organisée, sinon de façon exceptionnelle par certains soignants titulaires. Seules les sorties directes avec une problématique un peu identifiée, sur le plan somatique ou social par exemple, peuvent en faire l'objet. Aucune consultation-bilan avec le psychiatre n'est assurée.

Le psychiatre qui suit le patient peut programmer un rendez-vous dans son cabinet libéral ou de consultation à la clinique ; un rendez-vous peut également être proposé avec le psychiatre qui assurait initialement le suivi le cas échéant. Les équipes soignantes rencontrées ne semblaient cependant pas avoir connaissance de lettres de sortie ni de courriers adressés par le médecin psychiatre de la clinique à un confrère.

L'organisation d'un suivi en CMP a été décrite comme difficile. L'équipe peut essayer des refus, ou bien des délais très longs sont opposés, de trois, quatre, voire six mois. Il a été précisé aux contrôleurs que les CMP manquaient de psychiatres ; en outre, la clinique, « intersectorielle », est considérée comme « hors secteur » et les CMP, saturés, privilégient les patients des établissements publics.

L'organisation des places en HAD relève d'un groupement de coordination sanitaire associant les moyens humains de la clinique et du CHGM. Les 15 places gérées par la clinique peuvent concerner d'autres patients que les siens. En 2023, 53 % des patients admis en HAD l'étaient depuis leur domicile, 37 % ensuite d'un transfert (renseignement manquant dans 11 % des cas). La DMS est de 39,03 jours. 11 % des places concernent des patients en SSC des deux établissements du GCS ; il été indiqué aux contrôleurs une priorisation des patients du CHGM. L'hospitalisation en HAD ne constitue ainsi qu'une orientation occasionnelle pour les patients en SSC de la clinique. Elle a concerné 9 patients en 2022 et 23 patients en SSC en 2023.

<sup>102</sup> 7 le CHU de Purpan, 1 la clinique d'Aufréry, 1 la clinique de Mailhol, 1 le CH de Marchant, 1 la clinique de Montberon, deux la clinique de la Recouvrance, 1 la clinique des Cèdres.

<sup>103</sup> En 2022, sur 310 sorties, 192 ont été réalisées pour le domicile (62 %), dont 144 sans passage par l'U1 (46,5 %), 9 pour le domicile en HAD (3 %), 93 en hospitalisation en SL à la clinique de Beaupuy (30 %), 16 vers d'autres établissements (5 %). 94 patients étaient passés par l'U1 (30 %).

Il n'est pas exceptionnel que des sorties se réalisent sous couvert d'une simple ordonnance et d'un rendez-vous avec le généraliste du patient. Ces sorties « sèches » sur le plan des soins en santé mentale concerneraient environ 10 % des patients, souvent les plus jeunes, ayant présenté des épisodes de consommations toxiques et ayant fait l'objet d'une première hospitalisation. Si le souhait de ne pas installer d'emblée ces patients en « filière psychiatrique » peut paraître fondé, des sorties à domicile précoces de patients ne présentant pas un tel profil, en réponse à la gestion tendue des places, ont également été décrites. Dans ce contexte, l'organisation des soins à l'extérieur est peu organisée ; les familles, si elles sont informées, ne sont pas préparées à l'accueil.

### Recommandation 62

Les sorties doivent être accompagnées et anticipées, afin d'assurer la qualité des soins et d'éviter que le patient ne se présente de nouveau à bref délai aux urgences. Un suivi psychiatrique, comprenant notamment des rendez-vous programmés, doit être organisé à la sortie du patient, selon son état clinique et ses besoins médico-sociaux. Les courriers à l'adresse du médecin traitant doivent être systématiquement rédigés.

Le taux global de ré-hospitalisation s'est élevé à 51,44 % en 2022 et à 48,24 % en 2023. Il a été de 8,9 % en SSC en 2022, et de 9,2 % en 2023.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Le taux de ré-hospitalisation est très faible en SSC, les ré-hospitalisations rapides (moins de 15 jours) sont dues aux levées par les tiers. La sortie du patient est accompagnée et coordonnée, l'entourage est associé à la sortie, les rendez-vous sont proposés, soit en CMP, difficilement car sur-engorgés, soit en cabinet libéral. Si le patient a besoin d'un temps de consolidation de son consentement et de ses soins, une hospitalisation en SL lui est proposée. Ce temps peut également permettre de préparer la sortie, notamment en l'absence de suivi psychiatrique préexistant, ou de dédouaner une situation sociale avec l'ASS.* »

#### 9.3.5. L'organisation des prises en charge d'aval

L'ASS est associée aux staffs cliniques d'U4 chaque vendredi matin (cf. § 5.3). L'ASS intervient au fil de ses disponibilités et des besoins dans les cinq autres unités (dont U1), en alternant sur quinze jours (une semaine deux unités, une autre semaine trois), sans rencontrer les psychiatres. Un travail en collaboration étroite a été initié avec les IDE référentes « réhabilitation » d'U1. Sont notamment abordées les questions relatives à l'emploi : liens avec l'employeur quand il existe, régularisation des arrêts de travail et du versement des indemnités journalières, activation des mutuelles employeur et anticipation du retour dans l'emploi (notamment dans le cadre de postes aménagés). L'ASS décrit un partenariat bien développé avec l'équipe soignante et les curateurs-tuteurs. Ces derniers sont informés, et souvent présents au moment de la sortie du patient.

Les difficultés rencontrées pour l'ouvertures des droits (notamment les allocations « adulte handicapé » et « personnalisée d'autonomie ») retardent les accueils en structures adaptées et peuvent contribuer à la prolongation des hospitalisations.

Ni le livret d'accueil, ni aucun autre document remis ou affiché n'évoque les structures d'aval ni l'existence et les coordonnées des groupe d'entraide mutuelle<sup>104</sup>. Aucune de ces structures n'est indiquée sur le site Internet de la clinique.

L'ASS a constitué un réseau assez large de structures d'aval. Elle travaille également avec ses homologues du CHU Purpan ou des autres cliniques, mais n'est pas en lien avec les ASS des CMP. Une « maison des solidarités », gérée par le conseil départemental, facilite les accès à une ASS de secteur. L'ASS est en lien avec le service intégré d'accueil et d'orientation.

<sup>104</sup> Au moins six sont actifs à Toulouse.



Des places existent mais sont difficiles à obtenir en appartements thérapeutiques (notamment gérés par le CHGM), en centres thérapeutiques résidentiels, en structures de postcure spécialisées dans les addictions (notamment à la clinique de la Recouvrance). Des relais sont également organisés en centres d'hébergement, en maisons relais, en pensions de famille, en maison intergénérationnelle<sup>105</sup>, mais toutes les structures manquent de places.

Le CHGM a déployé, depuis un an, un dispositif appelé « HOME », auquel la clinique est associée, animé par deux psychiatres, des travailleurs sociaux, des éducateurs, IDE et ASS, qui cible plus particulièrement les patients sans domicile cumulant plus de 100 jours d'hospitalisation pendant les deux dernières années. L'admission requiert un conventionnement, le patient est associé aux démarches, les acteurs du dispositif viennent le rencontrer toutes les semaines avant l'intégration dans le logement choisi. Le dispositif gère 100 places (dans différentes structures) ; deux patients ont intégré le dispositif en 2023, deux dossiers étaient en cours d'instruction lors de la visite.

L'établissement se heurte, notamment pour les personnes âgées sans ressources, à l'absence de solutions de prise en charge, ce qui peut entraîner des hospitalisations prolongées. Le parc en EHPAD est important sur le secteur mais souvent inadapté aux personnes impécunieuses. Les patients se heurtent en outre à des formes de stigmatisation et de discrimination. Aucune convention n'existe entre la clinique et un EHPAD. Un IPA a été spécifiquement désigné un mois et demi avant la visite pour travailler les orientations dans ce type d'établissement (dans toutes les unités). Six à sept patients de la clinique étaient décrits comme « *en séjours longs sans solution proposée* ».

#### Recommandation 63

Des partenariats et des conventionnements doivent être activement recherchés pour garantir aux patients âgés ou en perte d'autonomie des solutions de prise en charge adaptées à leur état de santé.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, signale : « *Une convention existe, trois sont en cours de signature avec des établissements partenaires depuis plusieurs mois* ».

#### 9.4. LES OUTILS D'APPUI A LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DU PATIENT NE SONT PAS MIS EN ŒUVRE

Aucun projet de soin n'est mis en œuvre, au sens d'un collectif de travail pluridisciplinaire prenant le temps d'échanges nécessaires à sa structuration, sa réévaluation et sa traçabilité (cf. § 9.1.1, Recommandation 48).

Les soignants établissent un lien avec les familles dès lors que le patient a donné son accord, qui a souvent pour sujet le besoin et l'entretien du linge.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Le lien avec la famille permet avant tout de comprendre la situation, le parcours de soins, les difficultés du patient et de son entourage, de préparer la sortie de façon coordonnée, etc.* ».

La personne de confiance (PC) est désignée par le renseignement d'un formulaire remis au patient à l'admission. Les soignants réitèrent éventuellement la proposition de désignation de la PC dans les jours suivants l'entretien d'accueil. Cependant, ils ne la contactent pas systématiquement, ne la sollicitent pas pour vérifier qu'elle accepte sa désignation, l'inviter à cosigner le formulaire spécifique et l'associer à un projet de soin individualisé, en l'absence de sa formalisation. La PC ignore donc son rôle précis et se trouve

<sup>105</sup> Gérées par l'association « Habitat et Humanisme », deux structures existent à Toulouse, Marie-France et Jean Crosnier, et Jean-Paul Fontan.

assimilée à une personne accompagnante. Les soignants sont apparus insatisfaits de leur positionnement relatif à la PC : « *on est mauvais là-dessus* ».

#### Recommandation 64

La personne de confiance doit être contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de la contre-signature du formulaire spécifique, et son association régulière aux étapes du projet de soins du patient.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, informe : « *Objectif acquis mais difficile à mettre en œuvre dans le cadre des tensions des urgences psychiatriques et l'activité très soutenue du service de crise. Le parcours patient travaillé avec l'équipe le prévoit* ».

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ne sont pas mises en œuvre. Le personnel soignant et de direction n'est pas informé des études récentes démontrant leur efficacité, s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps complet en soins sous contrainte<sup>106</sup> et de celle des coûts de santé des patients concernés<sup>107</sup>.

Aucun médiateur de santé n'est formé ni recruté pour son intervention à U1 et U4, malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats des deux études précitées.

#### Recommandation 65

L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations en soins sans consentement.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *Le sujet est en cours de réflexion et déployé au sein de l'U1 depuis février 2024 avec l'outil GPS Psycom. Un groupe de travail sur le parcours patient, engagé depuis le 5 avril 2024, a pour objectif de travailler à sa généralisation. Une pair-aidante intervient au pavillon 1. L'établissement a la volonté de développer des interventions de pair-aidant en son sein* ».

### 9.5. L'ORGANISATION DU CIRCUIT DU MEDICAMENT NE GARANTIT PAS LA SECURITE DU PATIENT

Les locaux de la pharmacie d'usage interne (PUI) sont inadaptés, au motif notamment de leur exigüité, de l'absence de bureau spécifique pour travailler, de quai de livraison, de sas adéquat, d'espace de décartonnage, d'espace de sérialisation, de rangements suffisants et adéquats pour les médicaments et les dispositifs médicaux stérile, de fenêtre pour son éclairage par la lumière naturelle et de système efficace d'aération. L'information de la mention, dans un rapport d'inspection datant de 2015, de l'insuffisance de la surface de la PUI au regard du nombre de patient pris en charge, plus récemment confortée par une recommandation de l'ARS qui préconisait une surface de 150 m<sup>2</sup> au lieu des 50 m<sup>2</sup> actuels, a été communiquée. Le rapport de certification de l'établissement par la haute autorité de santé (HAS) du mois de décembre 2019 mentionne : « *Un agrandissement de la pharmacie est prévu en 2020 pour créer une zone dédiée au décartonnage et à la sérialisation* ». Les travaux de restructuration *ad hoc* n'avaient pas été mis en œuvre lors de la visite.

L'effectif de l'équipe, constitué d'une pharmacienne et d'une préparatrice, a été décrit comme « *sous dimensionné* » pour répondre aux missions. La pharmacienne est absente dans le cadre d'un arrêt maladie depuis le 13 octobre 2023. La préparatrice, qui remplace la précédente, elle-même en arrêt de travail,

<sup>106</sup> Dr A. Tinland, « Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, juin 2022.

<sup>107</sup> S. Loubière, « Les directives anticipées rédigées avec un pair-aidant sont coût-efficaces », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, avril 2023.

initialement employée dans le cadre d'un contrat de 30 heures hebdomadaires, effectue des semaines de 48 heures depuis l'arrêt de travail de la pharmacienne. Plusieurs pharmaciens remplaçants, parfois un différent chaque semaine, ont assuré l'intérim mais des situations d'absence de pharmacien surviennent, ce fut le cas pendant la visite le mardi 6 février. Le contrôle systématique des ordonnances n'est alors pas assuré. Des situations de commandes non livrées ou non réalisées surviennent. Le dysfonctionnement fréquent du système informatique implique une organisation en mode dégradé. L'absence d'interface entre le logiciel de prescription *HM* et celui de déstockage et de commande *GENERIX* oblige un référencement manuel, ligne par ligne, afin de déstocker tous les médicaments délivrés, au prix d'un risque d'erreur et d'une chronophage marquée. Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)<sup>108</sup> étaient tenus avant l'arrêt de travail de la pharmacienne titulaire.

Les traitements somatiques font l'objet d'une dispensation nominative individuelle hebdomadaire (une caisse par semaine par unité par patient, les traitements sont fournis dans des poches de plastique) et les traitements psychiatriques d'une dotation globale hebdomadaire par unité (délivrance d'une caisse par semaine par unité). Un réassort est possible, les IDE se déplacent vers la PUI en cas de besoin. Une armoire d'urgence munie d'un verrou à code est accessible dans le sas le week-end et la nuit.

Une désorganisation des procédures au niveau des unités de soins, au motif notamment du *turn over* permanent des soignants, responsable d'une multitude de demandes de réapprovisionnement dans l'urgence et d'une sollicitation permanente de la pharmacie, a été signalée comme peu propice à un exercice serein.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise : « *Les problématiques concernant les commandes de médicaments ne s'expliquent ni par le turn over, ni par une désorganisation des procédures, mais par un défaut de connaissance des besoins en médicaments dans les unités par les équipes de nuit, qui ne préparent pas les piluliers mais réalisent les commandes de médicaments. Un groupe de travail initié par le COMEDIMS fin 2023 a pour sujet de revoir l'organisation des commandes pharmacie* ».

L'armoire à médicaments des unités dispose de bannettes nominatives pour deux patients, dans lesquels les traitements somatiques sont disposés en vrac pour la semaine, à partir desquelles les IDE préparent les piluliers quotidiens, dans lesquelles elles ajoutent le traitement psychiatrique (rangé dans des bannettes par ordre alphabétique dans la même armoire). Cette organisation constitue une source d'erreurs dans la préparation des piluliers. Enfin, les contrôleurs ont constaté des médicaments isolés, posés à même la paillasse du poste infirmier, sans destination définie.

Ces situations dysfonctionnelles ne garantissent pas la sécurité du patient.

### Recommandation 66

L'adaptation urgente de l'effectif de la pharmacie d'usage interne, de l'efficacité de son système informatique et des modalités de rangement des médicaments dans l'armoire spécifique des unités, doivent garantir la sécurité des patients dans le cadre des procédures de contrôle des ordonnances, de délivrance et d'administration des médicaments. La pharmacie d'usage interne doit disposer de locaux adaptés aux nécessités de son organisation et de l'exercice de ses missions.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, précise concernant le sous thème de l'architecture des locaux uniquement : « *Le projet architectural de la PUI est en cours dans le cadre du dossier d'autorisation PUI* ».

<sup>108</sup> La COMEDIMS est une instance pluridisciplinaire avec une représentativité du corps médical, pharmaceutique et infirmier.

La distribution des médicaments n'a pas semblé répondre à un protocole garantissant la confidentialité dans les unités 1 et 4. En effet, la distribution s'effectue dans divers endroits de l'unité 4, souvent celui où l'infirmière trouve le patient concerné, et dans la salle de soins mais avec la porte ouverte, à l'unité 1.

### Recommandation 67

La procédure d'administration des médicaments dans les unités doit garantir la confidentialité des traitements.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, indique sans répondre à la question de la garantie de confidentialité s'agissant des traitements : « *La prise de traitement en unité de SSC est complexe sur le plan de l'observance et nécessite une adaptation permanente des soignants et du lieu d'administration afin de créer une alliance thérapeutique, afin de favoriser la prise des traitements* ».

La conciliation médicamenteuse<sup>109</sup> d'entrée, sur décision du COMEDIMS, est pratiquée uniquement au moyen des ordonnances apportées par les patients ou transmises par les structures. Une étude plus approfondie, avec une rencontre du patient et un appel du médecin traitant en cas de doute, ne concerne que les patients de plus de 75 ans venant du domicile. Aucune procédure de conciliation médicamenteuse de sortie n'est mise en œuvre.

### Recommandation 68

Les patients doivent tous bénéficier d'une procédure de conciliation médicamenteuse, qui implique la pertinence d'une rencontre et d'un échange avec l'équipe de pharmacie.

La cheffe d'établissement, dans sa réponse contradictoire, s'engage : « *L'établissement s'est inscrit dans la démarche de conciliation médicamenteuse conformément aux recommandations de la HAS* ».

Aucune séance d'éducation thérapeutique n'est proposée au patient, en lien avec les médecins généralistes et les psychiatres (cf. § 9.2.4, Recommandation 60).

---

<sup>109</sup> La conciliation médicamenteuse permet, lors d'une nouvelle prescription, de prendre en compte tous les médicaments pris et à prendre par le patient. Elle associe le patient au moyen d'un dialogue, repose sur le partage d'informations et sur une coordination des différents professionnels qui l'entourent. Élément structurant de la médecine de parcours, elle prévient ou corrige les erreurs médicamenteuses en favorisant la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre les professionnels de santé, aux points de transition que sont l'admission, la sortie et les transferts.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)