



---

**Rapport de visite :**  
**CENTRE HOSPITALIER**  
**DE BRIVE-LA-**  
**GAILLARDE**  
*(Corrèze)*

Du 3 au 6 octobre 2016 – 1<sup>ère</sup> visite

## SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde (Corrèze) du 3 au 6 octobre 2016. Cette mission a fait l'objet d'un rapport de constat qui a été adressé au directeur du centre hospitalier le 5 octobre 2017. Il a présenté des observations le 8 novembre 2017 ; elles ont été prises en compte dans le présent rapport.

Le pôle de psychiatrie du CH de Brive est constitué de quatre secteurs : la psychiatrie adultes, la psychiatrie enfants, l'addictologie et le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). C'est plus particulièrement le site H. Laborit, inauguré en 2008, qui est dévolu à la psychiatrie adultes (16 ans et plus). Cette structure, situé à huit-cents mètres du siège du CH et faisant l'objet d'une attention réelle par celui-ci, compte 42 lits (pour 711 lits au total pour le CH). La durée moyenne de séjour est de 16 jours en 2015. Ses effectifs sont satisfaisants et l'absentéisme est peu élevé ; le pôle est en déficit mais celui-ci est compensé par d'autres activités de l'établissement.

**Le respect des droits fondamentaux des patients n'appelle pas de critique majeure.** Des efforts doivent toutefois être accomplis en matière de procédures et de traçabilité : un registre des mesures de contention doit être ouvert aux urgences générales, et le registre de la loi dématérialisé doit être mieux sécurisé ; le recours à la procédure d'urgence et à la procédure de péril imminent doit être réservé aux urgences manifestes ; le livret d'accueil pour les patients admis en soins sans consentement doit être mis à jour et la notification des droits doit être formalisée. Par ailleurs, si les chambres sont propres et les espaces agréables, l'organisation matérielle de l'hospitalisation doit faire l'objet de quelques améliorations : fin du caractère systématique de certaines mesures (interdiction du téléphone portable, retrait des ceintures et des lacets dans l'unité fermée) au profit d'une appréciation individualisée ; accès moins restrictif à la cour extérieure ; possibilité pour le patient de fermer sa chambre ; élargissement des horaires de visite aux patients de l'unité fermée ; organisation de la distribution des médicaments à un autre moment que lors du repas pris en commun. Enfin, la vidéosurveillance (présente dans le box d'isolement du service des urgences, ainsi que dans les chambres d'isolement du site H. Laborit) atteint l'intimité des patients sans que sa valeur ajoutée dans la démarche de soins soit démontrée.

**Le souci d'une prise en charge de qualité est manifeste.** Il permet d'inscrire les partenariats dans des logiques de confiance : ainsi les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'Etat ; de même, les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans d'excellentes conditions, le magistrat notifiant d'ailleurs directement sa décision au patient. Le personnel médical ou soignant est bienveillant et particulièrement attentif : le recueil formalisé du vécu de la contention par le patient est par exemple une pratique qui pourrait être développée dans bien des hôpitaux.

Le dynamisme et le style de management du chef de pôle sont en outre des atouts pour cette structure. La mise en œuvre d'une charte de non-punition envers tout agent ayant révélé une erreur dans l'application de règles de sécurité, y compris celles où il est lui-même impliqué, est à ce titre courageuse et positive.

## OBSERVATIONS

### LES BONNES PRATIQUES SUIVANTES POURRAIENT ETRE DIFFUSEES

#### 1. BONNE PRATIQUE ..... 21

Les produits financiers liés à la santé mentale ont été consacrés intégralement au pôle de psychiatrie. Le déficit de ce pôle n'a pas donné lieu à des mesures drastiques d'économie et les moyens en personnel ont été maintenus.

#### 2. BONNE PRATIQUE ..... 29

Il a été mis en place, à l'initiative de la direction de l'établissement, une fiche retraçant les recherches de « tiers » effectuées par l'unité d'hospitalisation.

#### 3. BONNE PRATIQUE ..... 35

Le livret d'accueil donne une information complète sur l'accès au dossier médical en précisant les particularités des dossiers relatifs aux hospitalisations sous contrainte.

#### 4. BONNE PRATIQUE ..... 38

Les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'Etat. Les contrôleurs ont pu constater le travail de préparation des sorties des patients : sorties d'essais accompagnées par un soignant.

#### 5. BONNE PRATIQUE ..... 39

Les audiences du JLD se déroulent dans le bâtiment d'hospitalisation en présence d'un avocat et dans un climat respectueux des droits du patient et de la responsabilité de l'établissement. La notification de la décision directement par le juge des libertés (JLD) au patient est une bonne pratique à souligner.

#### 6. BONNE PRATIQUE ..... 46

Le recueil du vécu de la contention par le patient à la fin de la mesure est prévu dans le protocole encadrant la contention physique et dans la fiche de prescription spécifique du dossier patient.

#### 7. BONNE PRATIQUE ..... 57

L'application d'une charte de non-punition envers tout agent ayant révélé une erreur dans l'application de règles de sécurité, y compris celles où il est lui-même impliqué, doit réduire le nombre d'événements indésirables et permettre une anticipation de leur survenue future, dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients.

### LES MESURES SUIVANTES DEVRAIENT ETRE MISES EN ŒUVRE

#### 1. RECOMMANDATION ..... 19

Il convient d'organiser davantage de formations spécifiques à la santé mentale et aux statuts des patients pour le personnel non médical exerçant au sein des trois unités.

#### 2. RECOMMANDATION ..... 22

Le registre de la loi dématérialisé doit être plus sécurisé afin de garantir une traçabilité fiable des mesures de soins sans consentement.

### 3. RECOMMANDATION ..... 24

Les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique imposant une visite annuelle minimale de l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département, le maire et le président du tribunal de grande instance (ou son représentant) doivent être respectées.

### 4. RECOMMANDATION ..... 24

Une meilleure information doit être faite sur le site Henri Laborit concernant l'activité des représentants des familles d'usagers. L'organisation de la présence physique de ceux-ci sur le site serait de nature à recruter et mobiliser de nouvelles familles.

### 5. RECOMMANDATION : ..... 25

Une information plus lisible de ce que peut proposer une maison des usagers doit être réalisée par la direction des usagers, de la qualité et des affaires générales. Cette information doit également viser les patients du site Henri Laborit.

### 6. RECOMMANDATION : ..... 29

La procédure d'admission en soins sans consentement avec tiers (Art. L 3212-1) est à privilégier. Le recours à la procédure d'urgence et particulièrement à la procédure de « péril imminent » doit être réservé aux urgences manifestes et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

### 7. RECOMMANDATION ..... 33

Le box d'isolement utilisé dans le service des urgences, aveugle et soumis en permanence à une caméra de surveillance, ne respecte pas la dignité des patients. S'il devait demeurer en service, il devrait être mis en conformité avec les normes des chambres d'isolement pour des patients relevant de soins psychiatriques ; son usage doit en outre faire l'objet d'une consignation dans un registre spécifique.

### 8. RECOMMANDATION ..... 33

Un registre retraçant l'ensemble des mises en contention doit impérativement être ouvert dans le service des urgences. Il doit permettre de connaître la date et heure de la mise en contention et sa levée, le motif, le nom du médecin prescripteur.

### 9. RECOMMANDATION ..... 35

Le livret d'accueil spécifique pour les soins sans consentement doit être actualisé et précisé, en particulier en ce qui concerne l'information sur la loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013. Il doit être systématiquement remis avec la présentation de l'unité qui accueille le patient.

### 10. RECOMMANDATION : ..... 36

La procédure de notification des droits du patient lors de son admission et de recueil de ses observations (éventuelles) doivent faire l'objet d'un protocole et donner lieu à une formation spécifique pour le personnel.

### 11. RECOMMANDATION ..... 37

Une réflexion d'ensemble sur la confidentialité du parcours d'un patient doit être conduite et faire l'objet de procédures adaptées. Les visites de l'entourage doivent se faire dans un lieu préservé du regard d'autrui.

**12. RECOMMANDATION : .....41**

Une information doit être précisément apportée sur les modalités d'exercice du droit de vote dans chaque unité d'hospitalisation complète.

**13. RECOMMANDATION .....43**

Il n'est pas admissible que la chambre ordinaire d'un patient affecté en chambre d'isolement soit occupée, pendant cette période, par un autre patient.

**14. RECOMMANDATION .....44**

Une politique de réduction du nombre et de la durée des mises à l'isolement doit impérativement être mise en place afin d'assurer le caractère de « dernier recours » de cette mesure.

**15. RECOMMANDATION .....45**

L'équipement des chambres d'isolement de l'unité fermée n'est pas satisfaisant concernant le confort et l'autonomie des patients. Il est nécessaire d'envisager une réfection a minima des chambres afin de les rendre plus accueillantes.

**16. RECOMMANDATION .....45**

La vidéosurveillance des patients affectés en chambre d'isolement, dans le box des urgences comme dans les chambres d'isolement du pôle de psychiatrie, questionnent les contrôleurs sur la place des dispositifs de sécurité, atteignant l'intimité des patients, dans la démarche de soin.

**17. RECOMMANDATION .....51**

La desserte en transport public du bâtiment de psychiatrie, situé sur une colline très pentue à 800 mètres de l'arrêt de bus, doit être améliorée pour permettre à tous, patients en permission et familles, d'y accéder sans difficultés.

**18. RECOMMANDATION .....53**

Il convient d'adapter des locaux garantissant une confidentialité des échanges entre patients et visiteurs.

**19. RECOMMANDATION .....54**

Pour les visites ne nécessitant pas la présence de soignants, un élargissement des horaires de visite des patients de l'unité fermée (SSIP) serait souhaitable afin de faciliter les rencontres des patients avec leur entourage.

**20. RECOMMANDATION .....55**

L'absence de soins de kinésithérapie au profit des patients hospitalisés en psychiatrie est une carence à laquelle il convient de remédier.

**21. RECOMMANDATION .....56**

La distribution des médicaments dans les salles communes lors du repas ne permet pas la confidentialité des échanges et semble, par ailleurs, propice aux erreurs, le temps du repas n'étant pas un temps dédié aux soins individuels.

**22. RECOMMANDATION ..... 56**

Une réflexion des équipes de soins doit s'engager autour du thème de la sexualité entre patients d'une part et avec le conjoint(e) d'autre part, ceci devant s'accompagner localement d'actions de prévention ou de sensibilisation

**23. RECOMMANDATION ..... 59**

L'accès aux ateliers thérapeutiques doit être mentionné dans le livret d'accueil, en indiquant notamment les activités proposées ; une amplitude horaire plus large, surtout l'après-midi pourrait utilement être envisagée.

**24. RECOMMANDATION ..... 59**

Le recrutement d'un intervenant sportif ou culturel viendrait utilement compléter l'offre d'activités proposée aux patients.

**25. RECOMMANDATION : ..... 66**

Un service en longue journée de travail de douze heures au sein de l'unité d'hospitalisation institutionnelle pour le personnel infirmier et les aides-soignants peut laisser craindre une prise en charge défaillante des patients.

**26. RECOMMANDATION ..... 67**

Le patient doit être en mesure de fermer sa chambre.

**27. RECOMMANDATION ..... 71**

Le retrait systématique des ceintures et des lacets des patients admis dans l'unité fermée au titre de la prévention du suicide est une mesure non individualisée ; il convient d'adapter cette précaution à l'état de chaque patient.

**28. RECOMMANDATION ..... 71**

L'espace de déambulation des patients est très restreint en journée dans l'unité fermée : un accès plus large à la cour extérieure s'impose.

**29. RECOMMANDATION ..... 72**

L'interdiction systématique des téléphones portables au sein de l'unité fermée doit être réexaminée afin d'adopter des restrictions individuelles justifiées médicalement.

**30. RECOMMANDATION ..... 72**

La diversité des occupations au sein de l'unité fermée devrait inclure l'accès libre à une lecture variée et renouvelée, la possibilité, selon une prescription individualisée, de conserver une tablette ou un ordinateur personnel.

L'accès à internet pour les patients au sein de l'unité doit être envisagé.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS</b> .....	<b>3</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>7</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>11</b>
<b>2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>12</b>
2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN CORREZE REPOSE SUR QUATRE LIEUX D'HOSPITALISATION QUI TENTENT D'AMELIORER LE PARCOURS DES PATIENTS. ....	12
2.1.1 Les caractéristiques de la région limousine et le dispositif de santé mentale dans le cadre de la Région « Nouvelle Aquitaine » .....	12
2.2 L'ORGANISATION ET L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT .....	15
2.2.1 Cadre général et politique d'établissement .....	15
2.2.2 Le personnel.....	17
2.2.3 Les moyens financiers de l'établissement et sa capacité d'investissement. ....	21
2.3 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS .....	22
2.3.1 Le registre de la loi contient les données conformes à l'article L.3212-11 du code de la santé publique mais sans assurer la fiabilité de la traçabilité. ....	22
2.3.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).....	23
2.3.3 La visite des autorités.....	23
2.4 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT EN PLACE .....	24
2.4.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers .....	24
2.4.2 La commission des usagers et le questionnaire de satisfaction .....	25
2.4.3 Le comité d'éthique .....	27
2.4.4 Les instances de qualité de la prise en charge .....	28
<b>3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>29</b>
3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT, CENTRALISEE AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL GENERAL, DONNE LIEU A UNE BONNE PRISE EN CHARGE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES .....	29
3.1.1 L'activité des soins sans consentement .....	29
3.1.2 Les modalités d'admission .....	30
3.1.3 L'activité générale de l'unité d'accueil psychiatrique aux Urgences .....	31
3.1.4 Au service des Urgences, le « box d'isolement » et son usage interrogent sur les droits fondamentaux et la dignité des patients relevant de soins somatiques ou psychiatriques .....	32
3.1.5 La notification de la décision d'admission et les voies de recours .....	33
3.1.6 La désignation d'une personne de confiance.....	33
3.1.7 La période initiale de soins et d'observation. ....	34
3.1.8 Les cas de suroccupation et de transfert .....	34
3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST FORMALISEE MAIS DES FLOUS PROCEDURAUX SUBSISTENT .....	34
3.2.1 Le livret d'accueil est remis au patient par le soignant. ....	34
3.2.2 Les règles de vie .....	35
3.2.3 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 .....	35
3.2.4 Le recueil des observations des patients .....	35
3.3 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION : LA VOLONTE DU PATIENT EST RECUEILLIE ET EST THEORIQUEMENT RESPECTEE MAIS LA SALLE DE VISITE COMMUNE REND TOUTE CONFIDENTIALITE ALEATOIRE. ....	36
3.3.1 Lors de son admission .....	36
3.3.2 Les communications téléphoniques de l'extérieur .....	36
3.3.3 La confidentialité dans les services .....	36
3.3.4 La confidentialité dans le cadre des visites d'un proche .....	36

3.4	LES SORTIES D’ESSAI CONSTITUENT UNE PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS.....	37
3.4.1	L’avis préalable des médecins psychiatres et l’avis conjoint.....	37
3.4.2	Le passage en programme de soins .....	37
3.4.3	Le collège des professionnels de santé .....	38
3.5	LES AUDIENCES DU JLD SE PRATIQUENT SUR LE SITE D’HOSPITALISATION ET EN PRESENCE D’UN AVOCAT.....	38
3.5.1	Le déroulement de l’audience du juge des libertés et de la détention.....	38
3.5.2	Les décisions rendues.....	38
<b>4.</b>	<b>LES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>40</b>
4.1	LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS .....	40
4.2	LES BIENS DES PATIENTS .....	40
4.3	L’ACCES AU DOSSIER MEDICAL .....	41
4.4	LE DROIT DE VOTE.....	41
4.5	LES ACTIVITES RELIGIEUSES OU PHILOSOPHIQUES.....	42
<b>5.</b>	<b>L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>43</b>
5.1	L’AMELIORATION DES CONDITIONS D’ISOLEMENT EST NECESSAIRE .....	43
5.1.1	Le recours à l’isolement .....	43
5.1.2	L’équipement des chambres d’isolement .....	44
5.1.3	La prescription de l’isolement.....	45
5.1.4	La prise en charge des patients en isolement par les équipes de soins .....	45
5.2	LA CONTENTION EST PEU UTILISEE .....	46
5.3	LE REGISTRE PREVU PAR L’ART 72 DE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 A ETE MIS EN PLACE EN AVRIL 2016.....	47
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS GENERALES D’HOSPITALISATION.....</b>	<b>48</b>
6.1	LA LIBERTE D’ALLER ET VENIR DANS L’ETABLISSEMENT VARIE SELON LES UNITES.....	48
6.2	LA VIE COURANTE S’ADAPTE OPPORTUNEMENT AUX PATIENTS .....	48
6.2.1	La restauration .....	48
6.2.2	L’hygiène .....	49
6.2.3	La sécurité.....	50
6.2.4	Les transports.....	50
6.2.5	L’accès au tabac .....	51
6.3	DES RELATIONS AVEC L’EXTERIEUR STRICTEMENT REGLEMENTEES .....	51
6.3.1	Le téléphone .....	51
6.3.2	Le courrier .....	52
6.3.3	La télévision .....	52
6.3.4	L’informatique et l’accès à internet .....	52
6.3.5	Les visites .....	53
6.4	LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE ET LA PHARMACIE.....	54
6.4.1	La prise en charge somatique des patients est bien assurée, hormis pour les soins de kinésithérapie.....	54
6.4.2	Le circuit du médicament en voie de sécurisation .....	56
6.5	LA SEXUALITE : UNE PROBLEMATIQUE NON PRISE EN COMPTE .....	56
6.6	LES INCIDENTS .....	57
6.6.1	Le traitement des plaintes et réclamations.....	57
6.6.2	Les événements indésirables .....	57
6.7	L’ETABLISSEMENT N’ACCUEILLE PAS DE PERSONNES DETENUES .....	58
6.8	DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES PROTEIFORMES .....	58
<b>7.</b>	<b>LES CONDITIONS PROPRES À CHAQUE UNITE.....</b>	<b>60</b>
7.1	LE SERVICE D’ACCUEIL ET D’ORIENTATION DE COURTE DUREE (SACD) FONCTIONNE A FLUX TENDU... ..	60
7.1.1	Les locaux.....	60
7.1.2	Le personnel.....	60



7.1.3	L'activité de l'unité et ses patients.....	61
7.1.4	La prise en charge .....	61
7.1.5	Les visites des proches .....	61
7.1.6	Les activités .....	61
7.2	L'UNITE D'HOSPITALISATION INSTITUTIONNELLE (UHI) OFFRE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE DANS DES LOCAUX AGREABLES.....	61
7.3	LE SERVICE DE SOINS INTENSIFS DE PSYCHIATRIE (SSIP), OU « UNITE FERMEE », SE DEVELOPPE DANS DES LOCAUX ASSEZ EXIGUS.....	66
7.3.1	Les locaux.....	66
7.3.2	Le personnel.....	68
7.3.3	Les patients .....	69
7.3.4	La prise en charge thérapeutique .....	70
7.3.5	La vie dans l'unité.....	70
8.	<b>CONCLUSION GENERALE.....</b>	<b>73</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Gilles Capello, chef de mission ;
- Dominique Bigot ;
- Virginie Brulet ;
- Christian Soclet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde (Corrèze) du 3 au 6 octobre 2016.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 octobre 2016 à 15h et l'ont quitté le 6 octobre à 15h30.

La visite avait été annoncée quelques jours auparavant.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur-adjoint du centre hospitalier.

Il a été procédé à une présentation de la mission devant une quinzaine d'auditeurs dont le vice-président du conseil de surveillance, le directeur adjoint de l'établissement, le directeur adjoint en charge de la qualité, le médecin chef du pôle de psychiatrie, le médecin-psychiatre de l'unité de soins intensifs en psychiatrie, le médecin somaticien du secteur de psychiatrie, la cadre supérieure de santé, les cadres de santé des unités de psychiatrie, le président de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) de Corrèze, des représentants des organisations professionnelles.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de Corrèze, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Brive, le bâtonnier de l'ordre des avocats du barreau de Brive et le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS).

Les contrôleurs ont en outre pu assister à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD), le 4 octobre, où les situations de deux patients étaient examinées.

Les quatre organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont toutes été reçues, à leur demande, par les contrôleurs.

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 6 octobre à 14h30 en présence du directeur et de ses adjoints, notamment.

## 2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN CORREZE REPOSE SUR QUATRE LIEUX D'HOSPITALISATION QUI TENTENT D'AMELIORER LE PARCOURS DES PATIENTS

#### 2.1.1 Les caractéristiques de la région limousine et le dispositif de santé mentale dans le cadre de la Région « Nouvelle Aquitaine »

Dans la continuité de l'Agence Régionale de Santé du Limousin, l'ARS de la Région « Nouvelle Aquitaine » a souhaité porter un diagnostic sur les parcours de soins en santé mentale dans le Limousin et particulièrement dans le département de la Corrèze.

Il ressort de cette étude les éléments marquants suivants :

- l'incidence des Affections de Longue Durée pour pathologie psychiatrique est de 157,8 pour 100 000 habitant dans le Limousin contre 152 en France ;
- le taux de mortalité pour psychoses alcooliques est de 6,3/100 000 habitants contre 5/100 000 en France ;
- la prévalence des démences chez les 65 ans ou plus : 21/1 000 habitants contre 14/1 000 en France ;
- le taux brut de mortalité par suicide : 38,8 décès pour 100 000 chez les hommes (26 au national) ; 11décès pour 100 000 chez les femmes (8,8 au national) ;
- le Limousin se caractérise par une offre de soins de psychiatrie libérale et en clinique privée faible et donc par une prédominance de la psychiatrie publique par rapport à la psychiatrie privée ;
- les psychiatres libéraux étant peu nombreux, les suivis au long cours hors hospitalisation sont effectués par les praticiens des établissements hospitaliers publics déjà en nombre restreint dans les établissements.

Pour la Corrèze, l'organisation de la psychiatrie diffère de celle du reste de l'ancienne région du Limousin. On relève en effet quatre sites d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte (Brive, Tulle, Ussel, Eygurande), pour une population totale de 241 247 habitants.

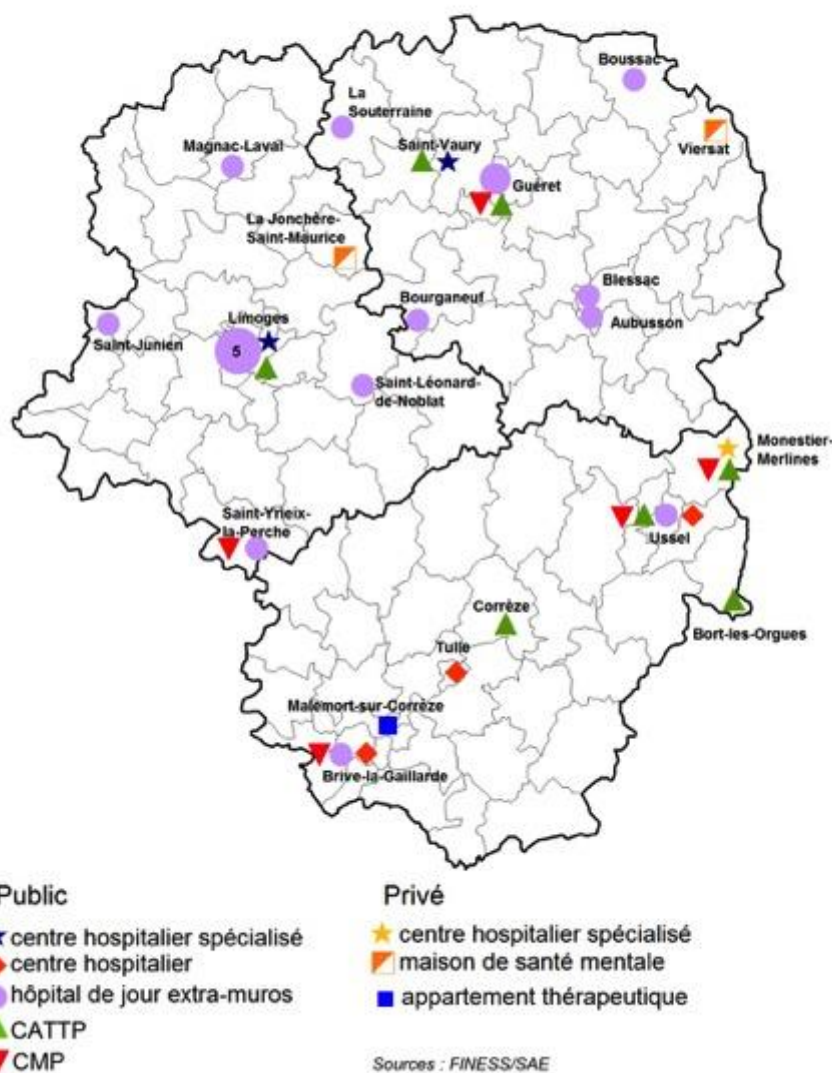
Lits et places au 01.01.14	Nb de lits (temps complet)	Nb de places (temps partiel)
CH Brive	42	35
CH Tulle	30	30
CH Ussel	24	14
CHPE <sup>1</sup>	181	15
Appartements thérapeutiques	13	

<sup>1</sup>Centre hospitalier du pays d'Eygurande



Octobre 2015

**ETABLISSEMENTS DE PSYCHIATRIE GENERALE  
AU 01/01/2015**



**Public**

- ★ centre hospitalier spécialisé
- ◆ centre hospitalier
- hôpital de jour extra-muros
- ▲ CATTP
- ▼ CMP

**Privé**

- ★ centre hospitalier spécialisé
- ▲ maison de santé mentale
- appartement thérapeutique

Sources : FINESS/SAE

ARS Limousin - DASDP - Pôle Appui à la Stratégie

*NB : Le nouveau Groupement Hospitalier de territoire regroupe l'ensemble des établissements de l'ancienne région du Limousin*

La recherche d'une meilleure structuration de l'offre de soins et une certaine harmonisation des pratiques ont été tentées dans le cadre du Groupement de Coordination Sanitaire regroupant les quatre établissements sanitaires de santé mentale et plusieurs structures médico-sociales du département.

Parallèlement, compte tenu des évolutions législatives, le projet d'établissement propre au centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde, devra se conjuguer, désormais, avec l'émergence des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) associant l'ensemble des établissements de

l'ancienne région du Limousin avec le Centre Hospitalier Universitaire de Limoges (Haute-Vienne) comme chef de file du GHT. En effet, au terme de la loi Santé n° 2016-31 du 28 janvier 2016 et du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, chaque établissement public de santé doit intégrer par convention un groupement hospitalier de territoire(GHT).

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.

Chaque établissement public de santé, a adhéré de fait à cette convention de groupement hospitalier de territoire. Le projet médical partagé pour l'ensemble du nouveau GHT reste à finaliser.

Le taux d'équipement en Corrèze est supérieur à la moyenne nationale, même s'il convient de préciser que le CHPE gère une cinquantaine de lits à vocation nationale. La problématique semble être l'organisation générale du parcours du patient et un redéploiement efficient des moyens existants notamment au profit des soins ambulatoires.

Taux d'équipement	Corrèze	Limousin	France Métropolitaine
Lits d'hospitalisation complète	1,3	1,4	1,1
Global (lits et places)	1,7	2,3	1,5

Par ailleurs, le département de la Corrèze est caractérisé par :

- une densité en psychiatres libéraux inférieure au national : 3,7 pour 100 000 habitants contre 10,3 en France métropolitaine et hétérogène sur le territoire ;
- une densité plus faible aussi en psychiatres salariés : 13,3 pour 100 000 habitants, 23,2 en France métropolitaine) ;
- des postes vacants de psychiatres publics en Corrèze : 4,6 ETP ;
- un âge moyen élevé des psychiatres libéraux : 54 ans.

Au total, 6 426 corréziens ont été pris en charge dont :

- 1 716 patients hospitalisés à temps complet ou partiel ;
- parmi ceux-ci, 79 % hospitalisés en Corrèze (taux de fuite 21 %) ;
- 4 710 patients pris en charge en ambulatoire exclusivement ;
- 3 territoires de proximité superposables aux 3 secteurs de psychiatrie générale.



## 2.2 L'ORGANISATION ET L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.2.1 Cadre général et politique d'établissement

Engagé depuis plusieurs années dans profonde restructuration, notamment architecturale, le centre hospitalier de Brive se subdivise, outre son bâtiment principal flambant neuf, en plusieurs structures, dont l'hôpital psychiatrique Henri Laborit, situé sur une colline à environ 800 mètres. Disposant au total de 611 lits d'hospitalisation complète, dont 42 (soit 7 %) dévolus à la psychiatrie au sein du site H. Laborit, le centre hospitalier s'organise autour de huit pôles d'activités, dont sept cliniques : chirurgie, médecine, oncologie, pôle Femme-Mère-Enfant, gériatrie, surveillance médicale continue et psychiatrie.

Ce dernier pôle, objet de la présente visite des contrôleurs, se compose de quatre volets :

- psychiatrie adultes ;
- psychiatrie enfants ;
- addictologie ;
- centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Le site H. Laborit ne vise que la psychiatrie « adultes » (considérés comme ayant plus de 16 ans).

Le nombre d'entrées de patients adultes en hospitalisation complète s'élève à 711 en 2015 (contre 664 en 2014), la durée moyenne de séjour subissant en bonne logique une tendance inverse : 16 jours en 2015, contre 20 jours l'année précédente, le taux d'occupation restant quant à lui constant (93 %).

En psychiatrie, le nombre total de journées d'hospitalisation complète s'est établi à 14 087 en 2015, contre 13 528 en 2014.

Parallèlement, l'activité globale de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) fixa en 2015 à 119 113 le nombre de jours d'hospitalisation (ou 19 318 entrées) et celle des Soins de suite et de réadaptation (SSR), à 28 530 jours (ou 930 entrées).

Le centre hospitalier psychiatrique Henri Laborit, inauguré en 2008, est à la fois situé à proximité de l'hôpital central auquel il est rattaché administrativement mais s'en trouve géographiquement suffisamment éloigné pour lui conférer une certaine forme d'indépendance, alors qu'auparavant, le secteur de psychiatrie résidait dans l'enceinte même de la structure-mère, au sein de locaux atteints de vétusté manifeste.

En tout état de cause et selon les éléments collectés par les contrôleurs, la direction du centre hospitalier demeure proche et très impliquée dans le fonctionnement du bâtiment Laborit.

Ce site accueille ainsi désormais des patients du territoire de la basse Corrèze à partir de 16 ans nécessitant une évaluation et des soins psychiatriques adaptés.

Il comprend :

- un service d'accueil de courte durée (SACD), dénommé Henri Ey, unité ouverte de soins libres de dix lits (chambres individuelles) ;
- une unité d'hospitalisation institutionnelle (UHI), dénommée Philippe Pinel, unité ouverte très majoritairement de soins libres de vingt et un lits (quinze chambres individuelles, trois chambres doubles) ;
- un service de soins intensifs en psychiatrie (SSIP), dénommé Gaëtan de Clérambault, unité fermée de soins très majoritairement contraints (ou sans consentement) de onze lits (et deux chambres d'isolement) ;
- des ateliers thérapeutiques ;
- des espaces communs (salle de sport, salle d'activités, blanchisserie, salle d'esthétique/coiffure).



Façade du site Henri Laborit

Déjà, le projet médical rédigé en 2008, juste en amont de l'ouverture de la structure, insistait sur l'impérieuse obligation « *d'éviter la sédimentation chronicisante en hospitalisation temps plein* », pour bâtir un projet thérapeutique basé sur une prise en charge très individualisée de chacun dans le but de « *réduire la souffrance du patient et de lui permettre de regagner au mieux son autonomie* ».

Pour ce faire, il convenait d' « *évaluer la problématique et d'élucider les symptômes, en s'appuyant sur la relation soignant-soigné et sur la coopération de l'entourage toutes les fois où elle est possible* »<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Cf. Projet médical du service d'hospitalisation du secteur de psychiatrie de Brive, 11 septembre 2008.



L'arrivée d'un nouveau chef de pôle en septembre 2015 a entraîné une réflexion profonde autour de l'évolution de ce dernier et abouti, en septembre 2016 soit quelques jours avant la venue des contrôleurs, à des propositions en vue de l'élaboration d'un nouveau projet de pôle, à partir de 2017.

L'avenir même de l'orientation du pôle local de psychiatrie est ainsi en pleine gestation, pour se dessiner plus précisément dans les semaines à venir.

Les contrôleurs ont pu se procurer auprès du chef de pôle le projet actuellement élaboré qui, au titre des « constats internes », ne fait pas fi de « dysfonctionnements récurrents : ruptures de prises en charge de patients entre les unités, insatisfaction des professionnels », etc., pour mieux déterminer divers objectifs stratégiques dont la co-construction du projet de soins entre professionnels et patients, le partage d'informations afin de fiabiliser le parcours du patient, la modernisation du management du pôle, l'ajustement de ses missions au vu des besoins locaux.

Pour chaque objectif opérationnel, la constitution de sous-groupes inter-unité est prévue, en vue d'une finalisation en novembre 2016.

### 2.2.2 Le personnel

Près de 2 000 agents travaillent au centre hospitalier de Brive qui est, de loin, le premier employeur du bassin de vie. Le pôle de psychiatrie représente seulement 5,7 % de l'effectif de l'établissement et 5 % des ressources financières.

Tableau des équivalents temps plein rémunérés (ETPR) budget principal du CH de Brive :

	2015	dont pôle psychiatrie
ETPR Personnel non médical	1 687	97
ETPR Personnel médical	122	5,6
Total	1 809	103,6

#### a) Les effectifs du pôle de santé mentale

Comparé aux effectifs moyens médicaux au niveau national, le nombre de psychiatres au CH de Brive est satisfaisant. Cependant, au regard de l'organisation de la psychiatrie dans le département et au sein du secteur de Brive, le sentiment dominant est celui d'une insuffisance de médecins psychiatres dans l'établissement. Les difficultés à organiser l'amont des hospitalisations compte tenu de la faiblesse du dispositif de soins ambulatoires (un seul centre médico-psychologique dans le secteur) conduisent les médecins de ville et les patients à s'adresser directement au dispositif d'hospitalisation et particulièrement aux urgences du CH de Brive. Le recours aux urgences psychiatriques et aux soins sous contrainte pallie, de fait, à ce déficit de dispositif de soins ambulatoires.

Il y a très peu de vacances de postes alors que d'autres établissements souffrent d'une pénurie de psychiatres. Lors de la visite, un poste médical était vacant sur 5,6 ETP théoriques. Des recrutements sont programmés et dans cette attente, il est fait appel à des psychiatres intérimaires.

De même, pour le personnel non médical, les effectifs sont au complet. Ils ont significativement augmenté ces dix dernières années. Le pôle de psychiatrie compte au total 103 équivalents temps plein rémunérés (ETPR).

Les tableaux ci-dessous présentent la répartition par unité et qualification :

Les effectifs des trois unités d'hospitalisation Et l'effectif global du pôle	SSIP-SACD-UHI-ateliers thérapeutiques	Pour l'ensemble du pôle de Psychiatrie adulte
ETPR (PM)	2,95	5,1
ETPR (PNM)	61,7	97,9
<b>TOTAL</b>	<b>64,65</b>	<b>103</b>

Six médecins psychiatres travaillent au sein des unités et répartissent leurs temps de travail de la manière suivante :

Répartition des 5,6 ETP dans les unités	% temps de travail	SACD	SSIP	UHI	Psychiatrie temps partiel	Liaison Psychiatrie	CMP
Docteur V	100%		0,5				0,5
Dr M	60%			0,1		0,5	
Dr P	100%			0,85			0,15
Dr R	100%		0,4		0,4		0,2
Dr S-B	100%	0,6					0,4
Dr M	100%		0,5				
<b>Total</b>		<b>0,60</b>	<b>1,40</b>	<b>0,95</b>	<b>0,40</b>	<b>0,50</b>	<b>1,25</b>

Pour les unités d'hospitalisation, les psychiatres sont d'astreinte à tour de rôle toutes les nuits entre 18h30 et 8h30, et le week-end du samedi midi au lundi matin.

Les personnels non médicaux sont affectés aux unités suivantes :

GRADE	Atelier thérap.	CMP	Psy liaison	Équipe Mob	Hôpital de jour	SACD	SSIP	UHI	Total
ADMINISTRATIF		1,50		0,50					2,00
AMP								1,00	1,00
AS						2,00	3,00	10,45	15,45
ASHQ					2,00	1,00	2,00	3,00	8,00
ASS. MEDICO. ADM	1,00	1,00			1,00			1,00	4,00
ASS.SOC-EDUC.ASS.SER		0,80						1,80	2,60
ASS.SOCIO-EDUC.EDUC.	1,00	1,00		1,00	1,00				4,00
CADRE PARAMEDICAL		0,40				0,50		0,50	1,40
ERGOTHERAPEUTE	1,00								1,00
IDE		9,00	4,00	0,50	6,00	8,00	11,80	13,00	52,30
PSYCHOLOGUE		3,40			0,10	0,50		0,75	4,75
PSYCHOMOTRICIEN								0,90	0,90
<b>Total général</b>	<b>3</b>	<b>17,1</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>10,1</b>	<b>12,5</b>	<b>16,8</b>	<b>32,9</b>	<b>98,4</b>

Le cadre supérieur du pôle de psychiatrie est rattaché à la direction des soins et n'apparaît pas.

### *b) La formation professionnelle continue*

La politique de formation professionnelle est bien conduite et semble satisfaire le personnel rencontré. Toutefois, les organisations syndicales ont exprimé leur souhait de formations plus nombreuses en santé mentale. Les tableaux chiffrés fournis dans le cadre du bilan social montrent que l'effort de formation continue demeure soutenu dans l'hôpital puisque les taux réglementaires sont atteints voire dépassés.

On relève dans le plan de formation pour 2015, les thèmes suivants : prévention des situations d'agressivité et de violence en psychiatrie, prise en charge de la douleur, relation d'aide et conduite d'entretien, soins spécifiques infirmiers en santé mentale.

Aucun agent du pôle de psychiatrie n'était encore formé à l'éducation thérapeutique<sup>3</sup> lors de la visite. Il a été indiqué qu'un infirmier serait formé dans l'année à venir.

Ainsi, aucune activité d'éducation thérapeutique n'avait encore été mise en place dans la prise en charge des patients admis au sein du pôle de psychiatrie. Il a été précisé aux contrôleurs que le chef de pôle et les cadres demandent avec insistance que soit renforcée la politique de formation à destination des professionnels de santé mentale.

#### **Recommandation**

*Il convient d'organiser davantage de formations spécifiques à la santé mentale et aux statuts des patients pour le personnel non médical exerçant au sein des trois unités.*

### *c) Le turn-over et la moyenne d'âge*

Le *turn-over* du personnel est faible et les départs, souvent liés aux départs en retraite, sont remplacés.

### *d) L'absentéisme et les accidents du travail*

L'absentéisme au CH de Brive est plus faible que la moyenne nationale, particulièrement au pôle de santé mentale.

Selon les données fournies pour 2015, il est de 2 % pour les médecins alors que la moyenne nationale se situe à 4 %. Il est 10 % pour le personnel non médical. La moyenne nationale se situant en 2015 à 13 %.

Par ailleurs, l'absentéisme du pôle de psychiatrie est également plus bas que la moyenne de l'établissement.

Les accidents du travail sont relativement peu nombreux et font tous l'objet de « déclarations » à l'administration. Il est à noter que le bilan social qui fait apparaître les causes d'accidents du travail, a prévu une rubrique spécifique pour les accidents du travail liés au « contact avec des agités ».

La majorité de l'absentéisme est lié aux congés pour maternité.

La direction des ressources humaines relève que les services qui fonctionnent en douze heures de travail par jour présentent un taux d'absentéisme inférieur à la moyenne de l'établissement.

---

<sup>3</sup>Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Selon la direction de l'établissement, l'absentéisme aurait diminué fortement lors de la mise en place des douze heures.

#### e) Les relations sociales

Le personnel rencontré lors de la visite, tant médical que non médical, a exprimé des inquiétudes sur son devenir, notamment dans le cadre de l'émergence des GHT.

Les instances de concertation se réunissent régulièrement. Leurs comptes rendus témoignent d'un travail fourni centré toutefois davantage sur les conditions de travail du personnel que sur la qualité de la prise en charge des patients.

A leur demande, les organisations syndicales présentes dans l'établissement ont été rencontrées.

La CGT est majoritaire, tandis que la CFDT, FO et la CFTC se partagent les postes de représentation aux instances.

Une différence d'appréciation entre les organisations syndicales et la direction porte sur l'organisation du travail en douze heures. Pour l'une, c'est un gain de fidélisation, pour les autres, ce sont des rythmes épuisants pouvant nuire à la qualité de la prise en charge des patients et conduisant à des arrêts de travail.

Des propositions concrètes et écrites d'amélioration de la qualité de la prise en charge ont été adressées aux contrôleurs par trois organisations.

Ces propositions portent sur :

- le changement des lits des chambres d'isolement avec des têtes de lits mobiles afin de faciliter aux patients sa prise de repas ;
- l'intervention d'intervenants sportifs et musiciens auprès des patients ;
- l'installation d'un hublot au niveau de la chambre d'accueil des patients en psychiatrie ;
- la non occupation des chambres des patients lorsqu'ils séjournent en chambre d'isolement ;
- la demande de formation *extra-muros* et *intra-muros* sur la prise en charge du patient en psychiatrie.

## 2.2.3 Les moyens financiers de l'établissement et sa capacité d'investissement.

### a) Le budget de fonctionnement

Les points majeurs à relever sont :

- une situation budgétaire délicate sur l'ensemble de l'établissement avec un déficit de 400 K€ sur le compte financier 2015 ;
- une capacité d'autofinancement en diminution rendant difficiles des investissements conséquents notamment pour la réalisation de structures ambulatoires pour la psychiatrie ;
- l'utilisation de l'ensemble des produits relatifs à la santé mentale au profit du pôle de psychiatrie ;
- un déficit du pôle de psychiatrie adulte de près de 900 000 euros compensé par d'autres activités de l'établissement ;
- un maintien des effectifs et des moyens de la psychiatrie dans un contexte financier contraint.

Le pôle de psychiatrie adulte représente 5 % des recettes de l'établissement, alors que son effectif constitue 5,75 % de l'effectif total de l'établissement.

Les produits versés par l'assurance maladie au titre de la psychiatrie et les autres produits représentent 7 409 747 euros.

Le total des charges, y compris les charges indirectes de structures réparties par pôle, sont de 8 295 899 euros.

#### **Bonne pratique**

*Les produits financiers liés à la santé mentale ont été consacrés intégralement au pôle de psychiatrie. Le déficit de ce pôle n'a pas donné lieu à des mesures drastiques d'économie et les moyens en personnel ont été maintenus.*

### b) Les capacités d'investissement

La capacité d'autofinancement s'est sensiblement détériorée entre 2014 et 2015.

Elle reste d'un niveau relativement modeste au regard du budget global et des besoins d'investissement à venir.

Capacité d'autofinancement (CAF)	2013	2014	2015
	7 916 651 €	9 321 829 €	6 827 679 €

## 2.3 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS

### 2.3.1 Le registre de la loi contient les données conformes à l'article L.3212-11 du code de la santé publique mais sans assurer la fiabilité de la traçabilité.

Un registre de la loi, ouvert en janvier 2012, est établi dans l'établissement. Celui-ci est unique, pour toutes les hospitalisations en soins sans consentement. Les contrôleurs ont consulté l'ensemble du registre mentionnant 568 mesures de soins sans consentements jusqu'au jour de la visite.

Ce registre est tenu par le secrétariat du pôle de psychiatrie. Il est dématérialisé, renseigné dans un tableur informatique dont les pages sont régulièrement imprimées et insérées dans un porte-vues. Ces dernières sont visées par les autorités. Seules deux secrétaires ont accès en écriture au fichier dématérialisé.

Le tableau du registre de la loi mentionne :

- un numéro identifiant chaque nouvelle mesure de soins sans consentement ;
- le nom et prénoms du patient ;
- sa date de naissance ;
- son adresse ;
- le type de mesure ;
- la date de début de la mesure ;
- la date de fin de la mesure ;
- la date de début d'hospitalisation ;
- la date de fin d'hospitalisation ;
- la mention d'un transfert dans un autre établissement ou d'une sortie en programme de soin.

Les contrôleurs ont pu observer quelques manques dans ce registre, notamment la mention de fin de mesure ou de fin d'hospitalisation. Par ailleurs, le système mis en place, bien qu'il permette facilement une lecture et une analyse des mesures, ne permet pas une traçabilité sans faille, étant donné que les données informatisées peuvent être effacées sans traçabilité et que les feuilles peuvent être sorties librement du porte-vues.

Ce registre a été visé par le président de la commission départementale des soins psychiatriques et le procureur de la République (cf. § 2.3.3).

#### **Recommandation**

*Le registre de la loi dématérialisé doit être plus sécurisé afin de garantir une traçabilité fiable des mesures de soins sans consentement.*

En parallèle des lignes renseignées dans le tableur, un porte-vues est établi pour chaque patient. Celui-ci contient tous les documents relatifs aux hospitalisations en soins sans consentement :

- fiche administrative d'admissions de l'hôpital ;
- décision du directeur d'établissement ;
- copie de l'information de la famille par le directeur ;
- certificats médicaux relatifs aux soins sans consentement ;

- avis d'audience du juge des libertés signé par le patient ;
- décision du juge des libertés ;
- notifications des décisions aux patients (de mesures, de levées des mesures, des autorisations de sortie) ;
- modalités et décisions des programmes de soins ;
- demande manuscrite d'un tiers ;
- fiche de renseignement du patient à l'admission mentionnant son état civil, son adresse, sa profession, la référence de ses documents d'identité et l'existence ou non d'une mesure de protection (tutelle, curatelle) ;
- fiche de renseignement concernant le tiers mentionnant son état civil, son adresse, sa profession, les référence de ses documents d'identité et son lien avec le patient ;
- copie de la carte d'identité du patient ;
- copie de la carte d'identité du tiers.

Ces dossiers sont archivés dans le secrétariat du pôle de psychiatrie et une copie de ces dossiers est archivée dans le dossier de soin du patient.

### 2.3.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP assure son contrôle sur les trois établissements de santé de Corrèze (CH de Brive, CH de Tulle et CH du pays d'Eygurande) accueillant des personnes hospitalisées sans leur consentement.

Précédemment à la visite, elle se composait de deux psychiatres, l'un exerçant en libéral et l'autre exerçant à temps plein au sein du pôle de psychiatrie du CH de Brive, d'une magistrate, vice-présidente chargée de l'application des peines au tribunal de grande instance de Tulle, d'un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, d'un membre de l'union nationale des familles amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et d'un médecin généraliste libéral.

Aucun membre d'association de patients ne participait à cette commission.

Etant donné la réorganisation de la région et de l'agence régionale de santé (ARS), la composition de la CDSP était en cours de changement lors de la visite et devait être fixée par un arrêté préfectoral à venir. Les contrôleurs n'ont donc pas pu joindre le président de la CDSP, pas encore désigné au moment du contrôle.

Les réunions de la CDSP sont organisées par l'ARS.

La CDSP se réunit au moins trois fois par an et visite chaque secteur de psychiatrie du département au moins une fois par an. A l'occasion de ces réunions, la CDSP reçoit les patients qui en ont fait la demande et visite les locaux.

La dernière CDSP ayant eu lieu sur le site Henri Laborit s'est tenue le 31 mars 2016. A la suite de cette commission, l'unité fermée a été visitée et trois patients ont été auditionnés par les membres.

### 2.3.3 La visite des autorités

Lors de ses visites, le président de la CDSP vise les registres de la loi.

Le procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) de Brive se rend également à l'établissement une fois par an et vise les registres de la loi. La dernière visite signée sur le registre était en date du 12 décembre 2015. Lors de cette visite, un patient avait été auditionné et une mention « registre bien tenu » avait été apposé à côté de la signature.

Au moment de la visite des contrôleurs, le registre de la loi ouvert en 2012 ne portait trace d'aucune autre visite, ni du maire, ni du président du tribunal de grande instance, qui doivent pourtant, selon les termes de l'article L.3222-4 du code de la santé publique, visiter au moins une fois par an les établissements psychiatriques et signer à cette occasion le registre de la loi.

### **Recommandation**

*Les dispositions de l'article L.3222-4 du code de la santé publique imposant une visite annuelle minimale de l'établissement par le représentant de l'Etat dans le département, le maire et le président du tribunal de grande instance (ou son représentant) doivent être respectées.*

## **2.4 LES GARANTIES DE QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE SONT EN PLACE**

### **2.4.1 La place laissée aux représentants des familles et des usagers**

#### *a) Les associations de famille*

La délégation de la Corrèze de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) utilise un bureau mis à sa disposition par la municipalité de Brive car elle ne dispose pas de lieu de permanence au sein du centre hospitalier.

Un site internet décline les activités nationales et locales et notamment la participation à la semaine de la santé mentale.

L'UNAFAM est présente au sein du groupement de coopération sanitaire de santé mentale et handicap psychique de la Corrèze, dont elle est un des membres fondateurs, qui a notamment travaillé à la question du logement des personnes malades.

La délégation départementale organise tous les mois une réunion publique qui peut s'apparenter à un groupe de paroles pour les familles de personnes malades ou hospitalisées.

Bien que localement l'association demeure impliquée, aucune communication n'est faite sur le site spécialisé Henri Laborit autour de son activité et de l'aide qu'elle peut apporter aux familles de patients.

### **Recommandation**

*Une meilleure information doit être faite sur le site Henri Laborit concernant l'activité des représentants des familles d'usagers. L'organisation de la présence physique de ceux-ci sur le site serait de nature à recruter et mobiliser de nouvelles familles.*

#### *b) Les associations d'usagers*

Signalé par le livre d'accueil du patient le Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS) du Limousin regroupe une quarantaine d'associations régionales. La maison des usagers, située en face de l'accueil général du centre hospitalier de Brive s'est voulue un lieu d'informations et d'écoute.



Quatre associations<sup>4</sup> ont pu investir ce local mais celui-ci est en vérité totalement désaffecté depuis plusieurs mois. A défaut d'être sollicitée, elle a cessé d'investir ce local.

Aucune présence physique d'association d'usagers n'a par ailleurs été relevée sur le site Henri Laborit.

**Recommandation :**

*Une information plus lisible de ce que peut proposer une maison des usagers doit être réalisée par la direction des usagers, de la qualité et des affaires générales. Cette information doit également viser les patients du site Henri Laborit.*

Une association créée en 2008 était initialement gestionnaire des pécules des patients hospitalisés. Elle dispose d'un bureau sur le site Laborit et tient en principe une permanence hebdomadaire les mardis entre 13h et 14h.

À défaut de s'être tenue le mardi de la semaine du contrôle, elle a néanmoins fait parvenir un document présentant l'association qui vient en aide aux patients en procédant à des avances de frais engagés pour des sorties, à des achats de petit matériel pour les ateliers ou encore à des dépannages ponctuels pour les patients hospitalisés.

Le montant de la subvention perçue est de 2 287 euros, soit près de trois fois moins qu'il n'était en 2008.

#### 2.4.2 La commission des usagers et le questionnaire de satisfaction

##### a) Réclamations

Les courriers de plaintes adressées au directeur du centre hospitalier sont recueillis et enregistrés informatiquement par la direction des usagers et de la qualité des affaires générales (DUCA).

Ces courriers de plaintes donnent lieu à un accusé de réception et à une réponse dans les délais respectivement inférieurs à quatre jours et à trois semaines :

Année	Délai moyen en journée	
	Accusé de Réception	Réponse
2013		21,83
2014	2,79	16,43
2015	3,88	19,4

Le courrier de réponse précise qu'un entretien avec un médiateur médecin ou non médecin selon la nature de la plainte peut être organisé.

En réponse aux plaintes orales, un rendez-vous est convenu dans les quatre à huit jours avec le directeur adjoint.

	Année		
	2013	2014	2015
Nombre de réclamations			

<sup>4</sup> L'association de lutte contre le psoriasis, l'association des traumatisés crâniens, association des soins palliatifs association des paralysés de France

Saisine par patient	35	25	14
Saisine par parents	41	46	37
Saisine autre assurance du patient	7	3	
Total	83	74	51
Médiations			
Médiations médicales		5	7
Autres médiations			
Total			
Fréquence des réclamations les plus importantes			
Prise en charge médicale		62%	78%
Perte vol		28%	33%
Information/Communication		16%	27%

Le nombre de réclamations visant le pôle de psychiatrie est très faible par rapport aux autres pôles : il était de deux en 2014 et en 2015, sur les 125 réclamations simples.

### *b) Commission des usagers*

Une synthèse écrite des plaintes enregistrées est communiquée aux membres de la commission avant chaque réunion.

Les représentants des usagers choisissent parmi elles une dizaine de dossiers qui seront étudiés en séance : dix-neuf dossiers furent ainsi étudiés en 2014 et vingt-trois en 2015.

Une situation a pu être évoquée par un représentant des usagers devant un contrôleur : celle-ci concernait une décision de suspension d'hospitalisation sans consentement dont le père, séparé de la mère d'une patiente, n'aurait pas été informée.

Des représentants d'usagers siègent au Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), au conseil de surveillance, à la commission d'activité libérale, au Comité Local de Lutte contre la Douleur (CLUD), à la commission des Usagers dont l'appellation ancienne commission des usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPEC) était encore utilisée en juin 2016. Pour cette dernière, le label « 2015/Droits des Usagers de la Santé » a été décerné au centre hospitalier de Brive par la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

Réunie cinq fois par an, la commission enregistre un taux de participation globalement très élevé :

- En 2014 : 78 % (représentants du personnel 40 % ; représentants des usagers titulaires : 90 % suppléants : 70 %) ;
- En 2015 : 68 % (représentants du personnel 60 % ; représentants des usagers titulaires : 60 % suppléants : 80 %).

Les ordres du jour présentés font apparaître des retours de médiation (une à deux par séance) et l'étude des plaintes et réclamations (entre cinq et sept dont une seule concernant la psychiatrie en 2015 et 2016) à chaque séance.

### *c) Questionnaire de satisfaction*

Un questionnaire de sortie fait office de questionnaire de satisfaction.

Le taux de réponse en psychiatrie, proche de 17 %, est quatre fois supérieur à celui de l'ensemble du centre hospitalier.

Pour l'année 2015, le taux de satisfaction s'avère supérieur à 90 %.

Les domaines les plus satisfaisants sont les suivants :

	TS	S	Peu S	Pas S <sup>5</sup>
	%			
L'accueil dans l'établissement	62,6	35,2	2,2	
L'écoute du personnel soignant	62,6	34,1	2,2	
L'écoute du personnel administratif	57,6	38,8	2,4	
La politesse et l'amabilité du personnel	66,3	31,4	2,2	

Les exceptions touchent des domaines présentant plus de 10 % d'insatisfaction :

	TS	S	Peu S	Pas S
	%			
L'information donnée par médecins et/chirurgiens	48,9	36,7	11,1	3,3
Prestations hôtelières	47,1	40	11,4	1,4
Choix des menus	42,1	38,2	14,5	5,3
Variété des menus	50	36	12,8	1,2
L'information sur les activités possibles après la sortie	50	36,8	7,4	5,9

Autre sujet d'insatisfaction, l'absence de poste de télévision dans les chambres (cf. § 6. 3.3).

### 2.4.3 Le comité d'éthique

À l'initiative de la commission médicale d'établissement, la création au centre hospitalier de Brive du comité d'éthique, en juin 2013, s'est inscrite dans la continuité du groupe institutionnel de soins palliatifs.

Trois réunions annuelles sont programmées à la demande d'un patient ou d'une famille, d'un médecin ou d'un soignant. Des personnalités qualifiées peuvent aider à la réflexion qui ne se substitue aucunement aux décisions médicales.

Un document de synthèse est produit à l'issue de chaque séance et fait l'objet d'une publication sur le site intranet du centre hospitalier.

Des exposés à teneur juridique, sanitaire ou philosophique précèdent généralement des situations cliniques qui donnent lieu à des « rapports d'attitude » anonymes.

<sup>5</sup> TS : très satisfaisant - S : satisfaisant - Peu S : peu satisfaisant - Pas S : pas satisfaisant

L'ordre du jour des dernières réunions du comité était le suivant :

6 février 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilan d'activité 2013 2014</li> <li>• Exposé sur la philosophie Kantienne</li> <li>• Questionnement éthique à l'Unité hospitalière de courte durée</li> </ul>
22 mai 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exposé médical sur le principe d'autonomie</li> <li>• Questionnement éthique sur la limitation et l'arrêt des thérapeutiques actives (LATA)</li> <li>• Situations limites des soins en pneumologie</li> </ul>
20 novembre 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renouvellement des membres et notamment de la présidence</li> <li>• Jurisprudences d'affaires récentes : Vincent Lambert, Docteur Bonnemaison, Jean Mercier</li> <li>• Rapport d'attitude : situation d'une résidente lucide mais dépendante désirant un retour à son domicile</li> </ul>
4 mars 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Election du président et du secrétaire du comité d'éthique</li> <li>• Procédure collégiale de décision de LATA</li> <li>• Question éthique en gériatrie</li> <li>• Principe de bienfaisance</li> </ul>
20 mai 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le cadre juridique des soins psychiatriques sans consentement</li> <li>• Le respect du principe d'autonomie</li> <li>• Les droits des patients</li> </ul>

Une thématique spécifiquement psychiatrique apparaît lors de la réunion du printemps 2016 : y ont été notamment présentés le droit d'aller et venir et la réglementation concernant la contention et l'isolement.

#### 2.4.4 Les instances de qualité de la prise en charge

La commission médicale d'établissement (CME) comprend les commissions de qualité de la prise en charge telles que le CLIN, le CLUD, le comité de liaison alimentation nutrition (CLAN), le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles et le comité de coordination des vigilances.

Le pôle de psychiatrie bénéficie de l'activité de ces diverses instances, notamment concernant la prise en charge de la douleur, pour laquelle un infirmier du pôle est référent, et l'hygiène, pour laquelle trois soignants du pôle sont référents.

### 3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

#### 3.1 L'ARRIVEE DES PATIENTS ADMIS SANS CONSENTEMENT, CENTRALISEE AU SERVICE DES URGENCES DE L'HOPITAL GENERAL, DONNE LIEU A UNE BONNE PRISE EN CHARGE DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES

##### 3.1.1 L'activité des soins sans consentement

Les mesures de soins sans consentement issues du registre de la loi - CH Brive font ressortir l'activité suivante :

Années	2012	2013	2014	2015	2016 Du 01/01au 01/10/2016
Nombre de nouvelles mesures de soins sans consentement prononcées	109	118	130	136	76
Dont SDRE	11	4	13	10	8
Dont SDT	87	33	13	14	8
Dont SDT urgence	NR	64	79	78	38
Dont SPI	7	16	17	32	22
Type de mesure non renseignées	4	1	8	2	0
Levée de soins sans consentement par le JLD	-	-	1	1	0

**Les soins pour « péril imminent » (SPI) représentent 48 % des soins sans consentement.**

Selon la direction, le recours à cette procédure est trop souvent lié à l'absence de tiers souhaitant se déclarer. De même, les soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) sont en recrudescence et représentent 50 % des admissions pour soins sans consentement. L'indisponibilité de médecins généralistes extérieurs à l'établissement pour établir le deuxième certificat a été évoquée comme explication à cette situation regrettable. En vue de diminuer le recours à la procédure de « péril imminent », la direction a mis en place une fiche retraçant systématiquement la recherche d'un tiers.

#### **Recommandation :**

*La procédure d'admission en soins sans consentement avec tiers (Art. L 3212-1) est à privilégier. Le recours à la procédure d'urgence et particulièrement à la procédure de « péril imminent » doit être réservé aux urgences manifestes et lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.*

#### **Bonne pratique**

*Il a été mis en place, à l'initiative de la direction de l'établissement, une fiche retraçant les recherches de « tiers » effectuées par l'unité d'hospitalisation.*

### 3.1.2 Les modalités d'admission

Une procédure régionale relative aux soins psychiatriques sans consentement est commune aux hôpitaux de Limoges (Haute-Vienne), Brive, Tulle, Ussel, Saint-Vaury (Creuse) et au CH du Pays d'Eygurande. Cette procédure écrite rappelle, dans un langage commun à tous les établissements, le déroulement des différentes formes d'admission sans consentement. Elle présente les différentes étapes : des formalités d'admission jusqu'aux sorties des patients, y compris dans les cas de transferts inter- établissements.

Une place importante est consacrée aux « *informations, droits et voies de recours du patient* ».

Sauf à quelques rares exceptions, les patients admis au CH de Brive pour soins sans consentement en psychiatrie font un passage systématique par le service d'urgence de l'hôpital général. Les rares admissions directes sur le site de psychiatrie (Henri Laborit) sont effectuées à l'unité fermée (SSPI) dans le cadre d'une prise en charge à domicile avec une médicalisation par le SAMU.

Aux urgences, comme au sein de l'unité fermée (SSIP) pour les admissions directes, un bilan somatique est donc toujours réalisé (cf. § 6.4.1-a).

Les indications médicales d'hospitalisation en psychiatrie sont sanitaires, centrées sur les troubles psychiatriques du patient en période de décompensation. Il est précisé dans le protocole spécifique à la prise en charge des urgences psychiatriques les contre-indications à l'hospitalisation en psychiatrie. Ainsi sont exclus tous les troubles somatiques, y compris ceux dus à l'âge et aux demandes sociales : tentative de suicide dans les premières 24 heures nécessitant une surveillance somatique, l'ivresse, les addictions, les problèmes sociaux prédominants.

Les patients sont adressés par le centre médico-psychologique (CMP), le médecin traitant, les partenaires membres du réseau, les familles ou les proches.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation à temps plein et en soins sans consentement est de 28 jours.

Les principales pathologies prises en charge sont, par ordre décroissant : la schizophrénie et autres troubles psychotiques, les troubles de l'humeur.

#### *a) La prise en charge d'un patient en soins à la demande d'un tiers ou en péril imminent*

L'arrivée peut se faire par ses propres moyens, avec la famille ou les proches, ou par les partenaires médicaux-sociaux, accompagné par ambulance, par l'entourage ou *via* les forces de l'ordre.

Un bilan somatique complet est réalisé par le médecin urgentiste et tracé dans le dossier du patient. Le médecin urgentiste appelle ensuite le psychiatre d'astreinte.

L'infirmière d'urgence psychiatrique accueille le patient et vérifie s'il est ou non déjà connu des services psychiatriques et s'il fait l'objet d'un programme de soins. La liste est disponible aux urgences. Si le patient est en programme de soins, l'infirmière prévient le bureau des entrées ou l'administrateur de garde pour prononcer la réintégration, ainsi que le psychiatre positionné aux urgences ou le psychiatre d'astreinte, qui évalue l'état psychique du patient.

Si le patient n'est pas en programme de soins, l'infirmière d'urgence recherche un tiers pendant

un délai de deux heures. Lorsqu'un tiers est disponible, l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers de droit commun est prononcée.

Si aucun tiers n'est trouvé dans les deux heures, la procédure de péril imminent est mise en œuvre. Le psychiatre contacte un médecin extérieur à l'établissement pour établir le certificat médical initial.

L'infirmière d'urgence psychiatrique réunit l'ensemble des pièces administratives et contacte le représentant du bureau des entrées de l'hôpital ou la nuit et les fins de semaine, l'administrateur de garde.

Le représentant du bureau des entrées ou l'administrateur, qui ont, pour ce faire, délégation de signature du chef d'établissement, contrôle, valide et signe la notification d'admission.

Dans tous les cas, le psychiatre se déplace aux urgences, prescrit les soins à dispenser et en informe le service d'accueil d'urgence psychiatrique. L'isolement, la contention, la sédation sont tracés dans le dossier du patient mais ces actes ne sont pas consignés dans un registre.

Le psychiatre détermine l'orientation du patient. Il peut réorienter le patient dans un autre établissement en contactant son confrère extérieur. En cas de difficulté, l'administrateur de garde « négocie » le transfert vers un autre établissement en l'absence de possibilité d'accueil sur le site de Brive.

Le mode de transport du patient sur le site ou à l'extérieur est prescrit par le psychiatre en collaboration avec l'urgentiste. Il fixe le nombre d'accompagnants nécessaires.

#### *b) La prise en charge d'un patient en SDRE de droit commun*

Le parcours est semblable au soin à la demande d'un tiers.

Dans le cadre des prises en charge d'un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), il est procédé à une évaluation par un médecin extérieur avant le transport réalisé par les forces de l'ordre.

L'admission se fait par l'entrée aux urgences somatiques. Le médecin urgentiste appelle le médecin psychiatre d'astreinte. Le psychiatre évalue la situation clinique, peut prescrire les soins à dispenser et détermine l'orientation du patient.

L'infirmier d'urgence psychiatrique réunit l'ensemble des pièces et prévient le bureau des entrées ou l'administrateur de garde en dehors des heures ouvrables.

L'ARS est le service instructeur pour le compte du représentant de l'Etat.

Lors du contrôle, il n'a pas été relevé d'hospitalisation en SDRE de personnes détenues dans l'année précédente.

#### **3.1.3 L'activité générale de l'unité d'accueil psychiatrique aux Urgences**

Lors du contrôle du CGLPL et à sa demande, il a été procédé au relevé des admissions aux urgences pour motif psychiatrique sur la fin de semaine précédente et le début de semaine. Le relevé fourni est présenté ci-dessous.

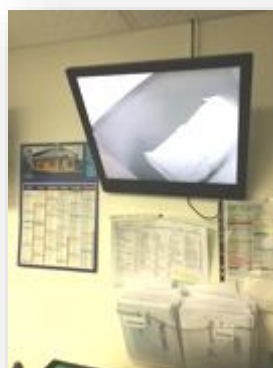
De fait, sur une vingtaine d'admissions aux urgences dans une fin de semaine : un quart est transféré pour une hospitalisation dans un autre établissement faute de place à Brive, un quart est hospitalisé sur les services de psychiatrie du bâtiment Laborit et la moitié retourne à son domicile.

Il n'a pas été possible de préciser combien de retours à domicile donnaient lieu à un rendez-vous au CMP pour une suite coordonnée des soins.

Durant la période d'observation de l'activité de l'unité d'urgence psychiatrique, les trois personnes en « soins sans consentement » ont été transférées dans un autre établissement de la région.

### 3.1.4 Au service des Urgences, le « box d'isolement » et son usage interrogent sur les droits fondamentaux et la dignité des patients relevant de soins somatiques ou psychiatriques

Une « cellule » est installée à proximité du bureau du médecin psychiatre commun à l'infirmière. Cette pièce de 12 m<sup>2</sup> (4 m sur 3 m) est aveugle, sans aucune ouverture – ni vers l'intérieur, ni vers l'extérieur du bâtiment. Un matelas est posé directement au sol. Il n'y a pas de lit fixé au sol.



#### *Le box d'isolement*

La surveillance est assurée par une caméra installée au-dessus du matelas. Les **images** sont renvoyées en salle de soins infirmiers et **visibles de l'extérieur de la salle de soins**.

Des sanitaires métalliques de type chambre d'isolement sont sellés aux murs dans un renforcement au fond de la pièce. Dans ce « lieu de soins », un plafonnier fait office d'éclairage. Il n'y a ni miroir, ni horloge : de fait, le temps et l'image de soi dépendent du bon vouloir de l'autre.

La porte se verrouille de l'extérieur. Elle ne comporte pas de hublot mais un simple œilleton permettant aux soignants de surveiller le patient de l'extérieur sans que celui-ci ait connaissance du regard porté sur lui. Le patient n'a, lui, aucune vision sur l'extérieur.

Point positif, la pièce dispose d'un bouton d'appel vers les soignants. Toutefois, il n'a pu être vérifié s'il fonctionnait réellement en temps normal compte tenu de l'absence de réponse lors du contrôle.

L'usage de cette pièce est polyvalent. Il a été expliqué au contrôleur qu'elle pouvait servir de cellule de dégrisement comme de chambre d'isolement pour des patients relevant de la psychiatrie. La durée « d'isolement » peut aller d'une heure jusqu'à 24 heures.

**Cette durée interroge sur le statut des patients. Qu'ils relèvent ou non de la psychiatrie, ils sont de fait empêchés d'aller et venir librement durant ce séjour.**



Il n'existe pas de registre permettant de tracer la qualité et la durée des séjours des patients dans cette pièce. L'information donnée aux patients n'est pas tracée non plus.

L'explication apportée par le médecin psychiatre intérimaire et présent lors du contrôle, était une communication difficile avec des patients qui ne sont pas en état de comprendre leur situation lors de leur admission.

#### **Recommandation**

*Le box d'isolement utilisé dans le service des urgences, aveugle et soumis en permanence à une caméra de surveillance, ne respecte pas la dignité des patients. S'il devait demeurer en service, il devrait être mis en conformité avec les normes des chambres d'isolement pour des patients relevant de soins psychiatriques ; son usage doit en outre faire l'objet d'une consignation dans un registre spécifique.*

Lors de la visite, un lit équipé de matériel de contention était situé dans le couloir à proximité du box d'isolement.

**Il a été précisé que l'usage de la contention pouvait être conjugué à la mise en isolement. Un patient peut ainsi être placé sous contention et en box d'isolement.**

La consigne est, dans ce cas, de ne pas fermer la porte mais, selon les déclarations du personnel, cette consigne ne serait pas toujours respectée. Il n'existe pas de registre de contention dans cette unité.

#### **Recommandation**

*Un registre retraçant l'ensemble des mises en contention doit impérativement être ouvert dans le service des urgences. Il doit permettre de connaître la date et heure de la mise en contention et sa levée, le motif, le nom du médecin prescripteur.*

### 3.1.5 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

Les modalités de notification n'apparaissent pas très claires pour beaucoup de soignants.

Le plus fréquemment, elle est effectuée par un infirmier, sous forme de lecture au patient de l'arrêté de placement en soins sans consentement et d'un document d'information relatif « *aux droits des personnes en soins sans consentement* ». Le patient ne signe pas de document accusant réception de cette notification.

Le cadre supérieur et le cadre de l'unité concerné déclarent qu'une procédure spécifique est en cours d'élaboration.

Une copie des notifications est placée dans le dossier médical. Il a été déclaré que le médecin psychiatre apportait aux patients les explications relatives aux droits du patient et notamment au rôle du JLD et les voies de recours possibles.

### 3.1.6 La désignation d'une personne de confiance

Un imprimé commun à toutes les unités, proposant la désignation d'une personne de confiance, doit être renseigné par le patient lors de son arrivée ou, en cas d'impossibilité, dans les jours suivants.

Cette procédure est irrégulièrement suivie. Il a été indiqué aux contrôleurs que, très souvent lors de son arrivée, le patient n'était pas en état de remplir cette formalité. Il n'a pas été clairement précisé qu'une nouvelle proposition de désignation d'une personne de confiance était faite à l'intéressé au moment où son état de santé lui permettait de répondre à cette question.

### 3.1.7 La période initiale de soins et d'observation.

La mise en pyjama n'est pas pratiquée dans les services sauf aux urgences, où les patients sont déshabillés pour l'examen somatique et dotés d'une chemise ouverte dans le dos.

La période d'observation est variable selon les patients : elle peut aller de quelques jours à plusieurs semaines et reste à l'appréciation du médecin. Les règles de vie durant cette période d'observation sont spécifiques à l'état de chaque patient. Il n'y a pas d'interdiction généralisée d'accès au téléphone.

### 3.1.8 Les cas de sur occupation et de transfert

Il a été indiqué aux contrôleurs que cette occurrence était très fréquente.

Dans ces situations, une transmission des informations utiles à la continuité des soins est faite à l'établissement d'accueil. Une fiche spécifique pour les soins infirmiers est aussi transmise. Les documents utilisés lors des transferts comportent l'ensemble des informations utiles.

## 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST FORMALISEE MAIS DES FLOUS PROCEDURAUX SUBSISTENT

### 3.2.1 Le livret d'accueil est remis au patient par le soignant.

Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 n'apparaissent pas. Le livret d'accueil se contente d'une brève présentation des admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et sur décision du représentant de l'Etat. Or, si les trois formes d'admissions à la demande d'un tiers – SPDT, admission en urgence et admission pour péril imminent – sont bien mentionnées, concernant les admissions sur décision du représentant de l'Etat, les sous-catégories ne sont pas précisées, notamment les personnes détenues et les irresponsables pénaux. Il a été déclaré à la mission que ces mentions ne figuraient pas au livret d'accueil dans la mesure où le CH de Brive n'a pas vocation à accueillir ce profil de patients, pris en charge par le CH de Tulle.

De plus, il n'est pas indiqué que les hospitalisés à la demande d'un tiers peuvent bénéficier de sorties accompagnées de moins de 12 heures et de programmes de soins ni qu'ils peuvent également bénéficier de sorties de 48 heures.

En ce qui concerne les droits des patients sous contrainte, il est indiqué qu'ils peuvent saisir le CGLPL mais le rôle et les coordonnées de cette autorité ne sont pas précisées...

Les coordonnées du barreau de Brive ne sont pas non plus communiquées, ni la possibilité de demander la désignation d'un avocat.

Les voies de recours ne sont pas précisées, notamment la possibilité de contester la légalité l'arrêté de placement sous contrainte devant le juge administratif et la possibilité de faire appel de la décision du JLD devant la cour d'appel de Limoges (Haute-Vienne).

Il est difficile pour un patient de savoir à quelle adresse écrire au JLD et de comprendre de quels recours il dispose s'il souhaite contester son hospitalisation sous contrainte.

Il a été constaté par les contrôleurs que les décisions de prolongation après certificat mensuel sont très correctement notifiées dans les services : les voies de recours sont toutes indiquées, y compris la Commission Départementale des Soins Psychiatrique de Corrèze.

### **Bonne pratique**

*Le livret d'accueil donne une information complète sur l'accès au dossier médical en précisant les particularités des dossiers relatifs aux hospitalisations sous contrainte.*

### **Recommandation**

*Le livret d'accueil spécifique pour les soins sans consentement doit être actualisé et précisé, en particulier en ce qui concerne l'information sur la loi du 5 juillet 2011 révisée le 27 septembre 2013. Il doit être systématiquement remis avec la présentation de l'unité qui accueille le patient.*

#### 3.2.2 Les règles de vie

Les règles de vie varient légèrement selon les unités de soins (admission, suites et chroniques) et sont pour certaines unités différentes de celles précisées par le livret accueil (horaire des repas, tabac).

L'information relative aux règles de vie varie également selon les unités ; explications orales, remise de document, affichage en chambre ou lieux collectifs.

Les patients admis en soins sans consentement étant essentiellement hospitalisés dans l'unité « fermée » (SSIP), les règles de vie qui leur sont appliquées sont donc celles de cette unité.

#### 3.2.3 Les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011

Brièvement décrites dans le livret d'accueil, elles sont le plus souvent et selon les unités, expliquées aux patients par les médecins sans protocole correctement formalisé.

#### 3.2.4 Le recueil des observations des patients

Le code de la santé publique précise : « Avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...], la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ».

Cette procédure semble mal connue voire ignorée des soignants et ne fait pas l'objet d'une traçabilité organisée.

**Recommandation :**

*La procédure de notification des droits du patient lors de son admission et de recueil de ses observations (éventuelles) doivent faire l'objet d'un protocole et donner lieu à une formation spécifique pour le personnel.*

**3.3 LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION : LA VOLONTE DU PATIENT EST RECUEILLIE ET EST THEORIQUEMENT RESPECTEE MAIS LA SALLE DE VISITE COMMUNE REND TOUTE CONFIDENTIALITE ALEATOIRE.**

**3.3.1 Lors de son admission**

Le patient est questionné sur son souhait ou non de confidentialité de son hospitalisation.

La réponse est inscrite en rouge sur le bulletin d'entrée et classée dans le dossier. Quand le patient réclame la confidentialité, il est mentionné sur une liste informatisée avec la mention « confidentiel », liste à disposition des services et du bureau des entrées.

**3.3.2 Les communications téléphoniques de l'extérieur**

Tout appel concernant un patient est transmis par le standard au bureau des entrées. Celui-ci s'enquiert auprès de son interlocuteur du nom de la personne concernée par l'appel et de son domicile pour vérifier le secteur ; si la personne apparaît sur la liste informatique avec la mention « confidentiel », le bureau des entrées met fin à l'appel en indiquant ne pas connaître la personne demandée ; dans le cas contraire, l'appel est renvoyé dans le service « hébergeant » qui donne la suite qui lui paraît opportune.

**3.3.3 La confidentialité dans les services**

Cette règle de la confidentialité est respectée dans tous les services : la famille n'est avisée de l'admission et des motifs de celle-ci qu'à la demande expresse du patient, cette information pouvant parfois être donnée directement par le patient lui-même. Dans la majorité des unités, aucune information n'est donnée à la famille lorsqu'elle téléphone, sauf si celle-ci est bien connue des soignants et que la personne hospitalisée a donné son accord. Lorsque le patient est d'accord et que son état le permet, l'appel téléphonique de la famille lui est transmis. Enfin, la pratique commune à tous les services est d'inviter les proches à prendre rendez-vous pour un entretien avec le psychiatre et une rencontre avec le patient.

**3.3.4 La confidentialité dans le cadre des visites d'un proche**

Si théoriquement, les consignes visant à la confidentialité de l'hospitalisation sont données aux différents services, cette confidentialité est mise à mal compte tenu de la pratique des visites de l'entourage qui se font, le plus souvent, dans le hall d'entrée du bâtiment Henri Laborit. La promiscuité de personnes connues dans une ville comme Brive conduit à lever les mesures prises par ailleurs pour assurer la discrétion de l'hospitalisation.

### **Recommandation**

*Une réflexion d'ensemble sur la confidentialité du parcours d'un patient doit être conduite et faire l'objet de procédures adaptées. Les visites de l'entourage doivent se faire dans un lieu préservé du regard d'autrui.*

### **3.4 LES SORTIES D'ESSAI CONSTITUENT UNE PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS**

Les sorties dans le parc, accompagnées ou non, dépendent du statut du patient ; elles font l'objet d'une autorisation du médecin selon une procédure dite de « prescription restrictive » concernant également l'accès au tabac, au téléphone etc. Un cadre thérapeutique de séjour précise les modalités de sortie est alors remis au patient.

Les sorties à l'extérieur, accompagnées ou non, sont très largement favorisées, comme faisant partie intégrante du projet de soins. Parmi les onze patients hospitalisés en soins sans consentement à l'unité fermée (SSIP) lors de la visite, cinq patients (dont deux admis en SDRE) bénéficiaient de sorties non accompagnées, allant de 9h à 48h et deux autres patients bénéficiaient de sorties accompagnées. Dans la majorité des cas, les premières sorties avaient eu lieu dans les quinze jours à trois semaines après l'admission.

Des sorties accompagnées peuvent avoir lieu, quel que soit le jour de la semaine, afin de leur permettre d'effectuer des achats, des démarches administratives, de récupérer des effets personnels, etc.

Les cas d'opposition aux sorties par le représentant de l'Etat sont exceptionnels.

#### **3.4.1 L'avis préalable des médecins psychiatres et l'avis conjoint**

Pour mémoire, lorsqu'il estime que les soins à apporter au patient admis sur décision du représentant de l'Etat ne nécessitent plus une hospitalisation complète sous contrainte, le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient établit un certificat médical dans lequel il préconise une levée de la mesure de soins sans consentement ou une prise en charge sous une autre forme. Cette préconisation doit être suivie d'un arrêté préfectoral de levée de l'hospitalisation sans consentement pour que le patient puisse retrouver sa liberté. A défaut, lorsque le préfet n'entend pas suivre l'avis du médecin, un deuxième psychiatre doit se prononcer. Si celui-ci confirme l'absence de nécessité d'une hospitalisation complète sans consentement, le préfet est tenu de rendre un arrêté de mainlevée de la mesure. Dans le cas contraire, le désaccord est soumis au juge des libertés et de la détention (JLD).

Les contrôleurs ont pu constater que le préfet sollicitait rarement l'avis d'un second médecin psychiatre dans le cas des préconisations de levée d'hospitalisation complète sans consentement.

En 2015, aucun des patients admis en SDRE pour lesquels il a été proposé une levée de l'hospitalisation sous contrainte ou un passage en programme n'a fait l'objet d'une opposition du préfet.

#### **3.4.2 Le passage en programme de soins**

La structure a régulièrement recours aux programmes de soins pour les patients.

Ceux-ci comportent en général les obligations suivantes :

- résider à une adresse fixe ;
- se rendre en consultation de psychiatrie auprès du CMP le plus proche une fois par mois ;
- prendre le traitement déterminé par le médecin.

D'autres obligations peuvent être fixées, en fonction de la situation et des besoins du patient, comme par exemple participer aux activités d'un hôpital de jour, ne pas consommer de toxiques, recevoir des visites à domicile hebdomadaires d'un infirmier.

### 3.4.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé n'est pas régulièrement constitué ni mobilisé.

Le contrôle n'a pu avoir accès aux comptes rendus de ce collège, qui semble se réunir de manière informelle. Il conclut dans tous les cas au maintien de la mesure en cours, qu'il s'agisse d'un programme de soins ou d'une hospitalisation complète.

#### **Bonne pratique**

*Les sorties à but thérapeutique ne font pas l'objet de restrictions de la part du représentant de l'Etat. Les contrôleurs ont pu constater le travail de préparation des sorties des patients : sorties d'essais accompagnées par un soignant.*

## 3.5 LES AUDIENCES DU JLD SE PRATIQUENT SUR LE SITE D'HOSPITALISATION ET EN PRESENCE D'UN AVOCAT.

### 3.5.1 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Une salle d'audience, au sein du site Henri Laborit, est dédiée aux patients en hospitalisation sous contrainte. Les audiences se tiennent deux fois par semaine.

Afin de donner de la solennité à l'audience, le JLD préfère siéger en robe et se présente en qualité de « juge des libertés ».

Les infirmiers accompagnateurs sont invités à assister à l'audience. Le JLD s'adresse avec des mots simples et concrets directement au patient. Un représentant de l'établissement est systématiquement présent. Il n'intervient que sur les aspects de procédure et non sur le fond médical du dossier.

Au jour de la visite, deux audiences se tenaient avec la présence d'un avocat qui a pu s'entretenir au préalable avec son client dans une pièce isolée.

Lors des deux audiences auxquelles le contrôleur a assisté, le JLD a pris le temps d'expliquer à chaque patient les raisons de sa présence et sa mission dans un climat très respectueux des droits du patient et des responsabilités de l'hôpital.

### 3.5.2 Les décisions rendues

Les décisions rendues sont remises après délibération directement au patient qui signe un accusé de réception. Le JLD prend le temps d'expliquer les motifs de sa décision. En cas d'absence du patient à l'audience, elles sont confiées à un infirmier référent qui commente la

décision au patient. En 2015, l'intégralité des audiences ont abouti au maintien de la mesure d'hospitalisation complète. Aucun appel n'a été formé contre les décisions rendues par le JLD.

**Bonne pratique**

*Les audiences du JLD se déroulent dans le bâtiment d'hospitalisation en présence d'un avocat et dans un climat respectueux des droits du patient et de la responsabilité de l'établissement. La notification de la décision directement par le juge des libertés (JLD) au patient est une bonne pratique à souligner.*

## 4. LES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS

A la date du 6 octobre, parmi les trente-trois patients hospitalisés dans les unités UHI et SSIP, on dénombre quatre patients en soins sous contrainte (à la demande d'un tiers (DT) ou sur décision du représentant de l'Etat (RE)) ainsi répartis :

		SL <sup>6</sup>	DT	RE
Unité P Pinel (UHI)	21	19	2	0
Unité G. de Clérambault (SSIP)	12	10	1	1
Total	33	29	3	1

Six patients sous curatelle, un sous tutelle, deux mesures d'aide à la vie sociale (MASP) et un sous sauvegarde justice. Ces mesures sont ainsi réparties :

	UHI			SSIP			Total
	SL	SDT	SDRE	SL	SDT	SDRE	
Curatelle	3	1			1	1	6
Tutelle	1						1
MASP	1			1			2
Sauvegarde				1			1

A l'unité Philippe Pinel (UHI), sur les vingt patients, trois patients en soins libres (SL) et un patient en SDT sont sous curatelle, un patient en SL est sous tutelle et un patient en SL fait l'objet d'une MASP.

À l'unité Gaëtan de Clérambault (SSIP), sur les douze patients, deux patients dont un en SDT et un en SDRE sont sous curatelle, un patient en soins libres en sauvegarde justice (en attente d'une mesure de curatelle) et un patient en soins libres fait l'objet d'une MASP.

### 4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT PRIS EN COMPTE

Le livret d'accueil de l'unité Pinel (UHI) annonce pour un motif de sécurité du patient et celle des autres, un inventaire des effets personnels. Également annoncés dans les livrets d'accueil des services, un droit de regard du personnel sur les effets personnels des patients à leur arrivée et au cours de l'hospitalisation dans les unités Gaëtan de Clérambault (SSIP) et Henri Ey (SACD).

Pour toutes les unités, l'argent et les objets de valeur ne doivent pas être conservés dans les chambres en dépit d'un petit coffre dont est dotée chaque chambre. À l'unité Gaëtan de Clérambault (SSIP), une remise au coffre de l'hôpital est imposée aux personnes hospitalisées sans consentement ou sous tutelle et fortement conseillée pour tous les autres patients des trois unités, l'hôpital se dégageant de toute responsabilité en cas de vol.

À l'unité Gaëtan de Clérambault (SSIP), les objets dangereux (couteaux, ciseaux, coupe-ongles, rasoir, lacets foulard, ceintures, anse de sac...) l'alcool ou des toxiques sont strictement interdits. Un pyjama, pour une durée minimale de 24h, est imposé aux arrivants.

Les sacs des effets personnels sont remisés dans une pièce à l'entrée du service.

<sup>6</sup> Soins libres



### 4.3 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL EST ORGANISE

Les modalités d'accès au dossier médical sont précisées sur le site internet de l'hôpital.

Aucune particularité n'est mentionnée concernant le pôle de psychiatrie.

Le livret d'accueil remis à tous les patients à leur arrivée précise que la demande est à effectuer auprès du secrétariat de la direction des usagers de la qualité et des affaires générales (DUQA) ; un numéro de téléphone y est indiqué. Toutefois, les fascicules annexés au livret d'accueil délivrés aux personnes hospitalisés dans les unités du pôle psychiatrique indiquent qu'en cas d'hospitalisation sous contrainte, le médecin en charge du patient peut demander que la consultation du dossier se déroule en présence d'un confrère. Ces fascicules précisent également que dans l'éventualité où le patient refuse cette présence, il lui est possible de déposer un recours devant la commission départementale des hospitalisations psychiatriques.

Une fiche informative précise les délais de réponse aux demandes et rappelle le délai minimum de 48 heures imposé par la loi :

- huit jours si les informations demandées ont été constituées depuis moins de cinq ans
- dans les deux mois lorsque les informations demandées ont été constituées depuis plus de cinq ans

Sur l'ensemble du centre hospitalier, les demandes de dossiers étaient au nombre :

- de 410 en 2014, dont 354 formulées par un patient, 23 par un parent et 33 par un ayant droit ;
- de 434 en 2015, dont 366 formulées par un patient, 27 par un parent et 41 par un ayant droit.

Sans que les occurrences aient été dénombrées, il a été indiqué aux contrôleurs que ces demandes de consultation de dossier médical en provenance de patients du pôle psychiatrique sont extrêmement rares.

Aucun recours n'est mentionné par la commission des usagers (CRUQPEC) sur les deux derniers exercices (2014, 2015).

### 4.4 LE DROIT DE VOTE DEVRAIT FAIRE L'OBJET D'UNE INFORMATION

Le livret d'accueil ne mentionne aucunement les modalités d'exercice du droit de vote pour les patients.

L'UHI procède ponctuellement à une information par voie d'affichage, comme tous les services de l'hôpital.

Lorsque le patient est en capacité de se déplacer, des permissions de sortie sont accordées les jours d'élections. Dans les cas d'impossibilité de se déplacer, les cadres hospitaliers s'occupent des procédures de procuration et de désignation d'une personne en capacité de recueillir cette procuration.

#### **Recommandation :**

*Une information doit être précisément apportée sur les modalités d'exercice du droit de vote dans chaque unité d'hospitalisation complète.*

#### 4.5 L'ACCES AU CULTE CATHOLIQUE S'EFFECTUE A LA DEMANDE DES PATIENTS

Une aumônerie catholique est installée dans le bâtiment principal du centre hospitalier. Ce local (bureau, salle de prière et parloir) n'est pas partagé par les autres cultes.

Le service d'aumônerie catholique est assuré par deux aumôniers ainsi que des bénévoles et un prêtre accompagnateur. Des permanences sont assurées de 9h à 17h du lundi au jeudi et de 9h à 12h30 le vendredi. Les aumôniers se déplacent à la demande des patients du pôle psychiatrie.



*Chapelle*



*Parloir*

A l'initiative de cette aumônerie, une information est disponible sur les coordonnées des autres cultes :

- culte musulman : numéros de téléphone de la mosquée, d'un Imam et de l'Imam pour la communauté turque ;
- culte israélite : numéro de téléphone du rabbin de Bordeaux (Gironde) et adresse et numéro de téléphone de la synagogue de Limoges ;
- culte protestant : numéro de téléphone de pasteur et adresse et téléphone d'une église évangélique de Brive ;
- culte bouddhiste : adresse et numéro de téléphone.

En principe affichée en salle de restauration des unités du site Henri Laborit, cette information n'apparaissait toutefois pas au jour du contrôle.

## 5. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

L'établissement est doté de deux chambres d'isolement dans l'unité fermée (SSIP) du pôle de psychiatrie et d'un box d'isolement au sein du service des urgences (cf.§ 3.1.4). Seules les pratiques d'isolement et de contention dans les chambres du pôle de psychiatrie font l'objet d'une traçabilité dans le registre (cf. § 5.3 *infra*).

Les contrôleurs ont pu avoir accès au registre de contention et d'isolement, visiter les lieux d'isolement et rencontrer le seul patient affecté en chambre d'isolement lors de la visite.

Par ailleurs, ils ont eu accès aux des données statistiques 2015 de l'AITH<sup>7</sup> concernant l'activité d'isolement et de contention en psychiatrie au CH de Brive.

Un protocole du pôle de psychiatrie révisé en décembre 2013 encadre l'utilisation d'isolement et un autre datant de novembre 2014 la prescription de contention physique. Dans le dossier du patient (support papier), une fiche spécifique de prescription et de surveillance des patients en chambre d'isolement est utilisée.

En principe, lorsqu'un patient est affecté en chambre d'isolement, sa chambre normale n'est pas utilisée pour admettre un nouveau patient dans l'unité. Cependant, il a été admis qu'étant donné le taux d'occupation important du service fermé, ce principe était de moins en moins respecté qu'il n'était pas rare qu'un patient isolé n'ait plus sa chambre ordinaire à disposition.

### **Recommandation**

*Il n'est pas admissible que la chambre ordinaire d'un patient affecté en chambre d'isolement soit occupée, pendant cette période, par un autre patient.*

## 5.1 L'AMELIORATION DES CONDITIONS D'ISOLEMENT EST NECESSAIRE

### 5.1.1 Le recours à l'isolement

Selon les données relevées par l'AITH pour l'année 2015, 63 patients ont effectué **69 séjours dans les chambres d'isolement de l'unité fermée du pôle de psychiatrie, totalisant 502 journées d'isolement** (soit une durée moyenne de séjour de 7 jours en isolement et soit 13 % des journées d'hospitalisation effectuées en 2015 dans l'unité fermée).

Ces données statistiques ne permettent pas de connaître le caractère continu ou séquentiel de ces séjours.

Le recueil des données issues du registre du service montre que depuis son ouverture en avril 2016 :

-**le plus long séjour effectué en chambre d'isolement a été de quatre mois (145 jours)**. Il a été indiqué aux contrôleurs que la patiente ayant effectué ce séjour présentait un trouble du comportement grave ne permettant pas de l'affecter dans une chambre ordinaire de l'unité pendant les quatre premiers mois de son séjour, mais qu'elle bénéficiait quotidiennement de sorties accompagnées ;

- vingt-six patients ont effectué vingt-six séjours en chambre d'isolement dont cinq séjours supérieurs à dix jours.

<sup>7</sup> AITH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

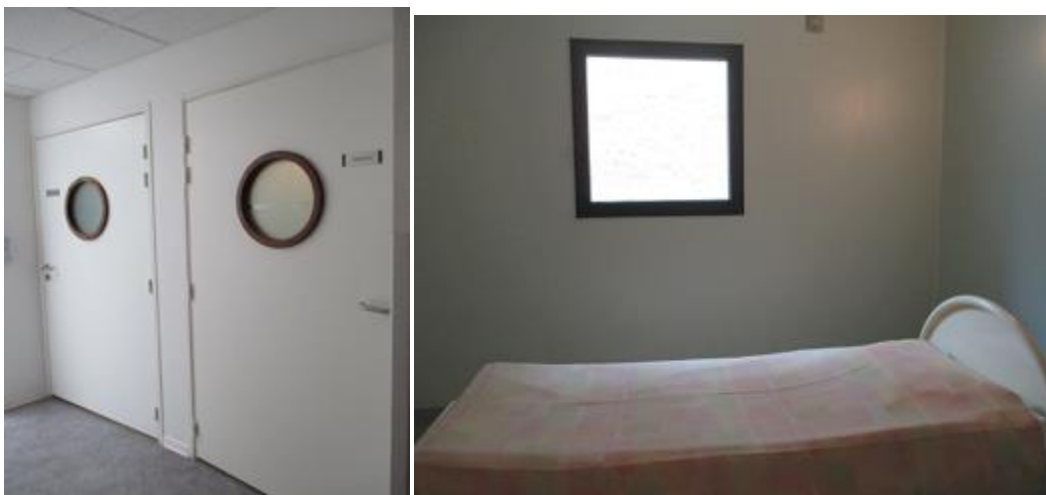
**Recommandation**

*Une politique de réduction du nombre et de la durée des mises à l'isolement doit impérativement être mise en place afin d'assurer le caractère de « dernier recours » de cette mesure.*

**5.1.2 L'équipement des chambres d'isolement**

Les deux chambres d'isolement du pôle de psychiatrie sont situées, au sein de l'unité fermée, dans une zone de cette unité réservée à la circulation du personnel, entre le bureau infirmier et la sortie de l'unité.

Ainsi, le couloir desservant ces chambres n'est pas un espace commun de déambulation des autres patients. Les deux chambres bénéficient d'un double accès par deux portes munies de fenestrons partiellement obturés. Elles sont équipées de façon identique.



*Vues des chambres d'isolement*

Si elles apparaissent vastes et contiennent une salle d'eau accessible depuis la chambre, leur confort pourrait néanmoins être amélioré. En effet, les murs de ces chambres sont d'une couleur sombre et l'éclairage naturel par les fenêtres de chacune reste faible car ces fenêtres ont comme vis-à-vis une butte de terre qui laisse peu de place à toute lumière naturelle.

Les deux chambres contiennent comme seul mobilier un lit scellé au sol. Lors de la visite, le fonctionnement de ces deux lits ne permettait pas d'en élever la tête.

Les salles d'eau de chaque chambre sont équipées d'une douche au sol, d'un WC en inox fixé au mur et d'un lavabo en inox ; aucun miroir n'est fixé au mur de la salle d'eau.

Dans les chambres, aucune horloge n'est présente.

Les équipes de soins proposent aux patients isolés de mettre un poste de radio à l'extérieur de la chambre, collé contre la porte, afin que les patients écoutent de la musique.

Le patient en ayant bénéficié a indiqué qu'il entendait bien la musique depuis sa chambre.

Un interphone est apposé sur l'un des murs de la chambre, permettant aux patients qui peuvent se lever de leur lit, d'appeler les équipes de soins.

Les interrupteurs permettant d'actionner l'éclairage des chambres et le fonctionnement des volets électriques des fenêtres sont positionnés à l'extérieur de la chambre.

**Recommandation**

*L'équipement des chambres d'isolement de l'unité fermée n'est pas satisfaisant concernant le confort et l'autonomie des patients. Il est nécessaire d'envisager une réfection a minima des chambres afin de les rendre plus accueillantes.*

Une caméra de vidéosurveillance est installée dans chaque chambre.

Les images de vidéosurveillance sont transmises sur des écrans dans le bureau infirmier et non visibles depuis les espaces communs. La vidéosurveillance concerne l'espace des chambres d'isolement, sans filmer l'intérieur de la salle d'eau. Il a été indiqué aux contrôleurs que cet équipement permettait une meilleure sécurité pour les patients et que le personnel soignant intervenait rapidement dans la chambre dès lors qu'il constatait son agitation sur l'écran de contrôle.

Il a aussi été mentionné aux contrôleurs que cette surveillance ne diminuait pas la présence régulière des soignants auprès des patients isolés.

**Recommandation**

*La vidéosurveillance des patients affectés en chambre d'isolement, dans le box des urgences comme dans les chambres d'isolement du pôle de psychiatrie, questionnent les contrôleurs sur la place des dispositifs de sécurité, atteignant l'intimité des patients, dans la démarche de soin.*

### 5.1.3 La prescription de l'isolement

Le protocole d'isolement du pôle de psychiatrie rappelle que cette mesure est une mesure de « sécurité particulière » qui ne doit être utilisée que si le risque pour le patient, de se mettre en danger lui-même ou vis-à-vis d'autrui, « ne peut être réduit d'une autre manière ».

Le protocole prévoit que la prescription d'isolement ne puisse pas être déterminée pour une durée supérieure à 24 heures.

Lors de la prescription d'isolement, une fiche spécifique de prescription et de surveillance est insérée dans le dossier du patient. Cette fiche permet la prescription pour 24 heures maximum. Elle mentionne notamment le statut du patient (admis en soins sans consentement ou non), le nom du prescripteur, l'heure et la date de prescription. La surveillance infirmière auprès des patients isolés est prévue au minimum deux fois par jour.

Il a été indiqué qu'en réalité cette surveillance était horaire.

### 5.1.4 La prise en charge des patients en isolement par les équipes de soins

Lors de la visite, une personne était affectée en chambre d'isolement, sans contention, depuis treize jours<sup>8</sup>. Cette personne bénéficiait de sorties accompagnées de la chambre d'isolement plusieurs fois dans la journée et avait reçu de la visite de sa famille, au sein de l'espace dédié aux visites des familles de l'unité fermée.

Les infirmiers ont indiqué assurer une surveillance horaire des patients isolés, de jour comme de nuit. Cette surveillance auprès du patient dans la chambre est complétée par la surveillance des écrans de vidéosurveillance comme décrit *supra*. Il a été indiqué que les patients étaient

---

<sup>8</sup> Au dernier jour de la visite des contrôleurs

accompagnés en dehors de la chambre d'isolement, pour un temps individuel ou collectif (selon leur état clinique), dès que possible. Lors de la visite, les contrôleurs ont observé que tel était le cas pour le patient isolé.

Il a également été rapporté aux contrôleurs que les patients fumeurs étaient accompagnés dehors plusieurs fois par jour (toutes les deux heures si possible).

En principe, les patients affectés en chambre d'isolement sont revêtus du pyjama d'hôpital. Cependant, il leur est possible, selon leur état clinique, de retrouver leurs vêtements, notamment s'ils reçoivent une visite.

Pour la prise des repas, une tablette et un fauteuil sont introduits dans la chambre afin que le patient puisse manger assis, de façon confortable.

## 5.2 LA CONTENTION EST PEU UTILISEE

Selon le registre du service, depuis avril 2016 jusqu'au jour de la visite, la contention de patients admis en chambre d'isolement avait été appliquée à trois reprises dans le service, pour deux patients.

Les durées de contention avaient été de 52 heures, 19 heures et 4,5 heures.

Une prescription de contention « si besoin », non appliquée durant leur séjour en chambre d'isolement, avait été prescrite à deux patients.

Il n'existe pas de pratique de contention en dehors des chambres d'isolement.

Les contentions appliquées aux patients admis dans le box d'isolement des urgences ne sont pas relevées sur un registre (cf. § 3.1.4).

Le protocole prévoit que la prescription d'une contention soit renouvelée au minimum toutes les 24 heures.

Le matériel de contention est constitué de sangles en tissu avec écrous aimantés, permettant l'attache des poignets, des chevilles et de la ceinture ventrale.

Selon le protocole, la surveillance des patients contenus est effectuée au moins toutes les deux heures par les infirmières qui doivent relever notamment les constantes vitales (pouls, saturation en oxygène, tension artérielle, température, fréquence respiratoire), l'état de conscience du patient, l'état cutané du patient et l'ajustement de la contention.

Le protocole et la fiche de prescription de contention prévoient le recueil systématique du vécu de la contention par le patient lors d'un entretien infirmier à la fin de la mesure.

### **Bonne pratique**

*Le recueil du vécu de la contention par le patient à la fin de la mesure est prévu dans le protocole encadrant la contention physique et dans la fiche de prescription spécifique du dossier patient.*

Le pôle de psychiatrie mène une politique de formation sur la contention.

Depuis 2014, « des référents contention » sont désignés parmi les soignants de jour et de nuit. Ces derniers sont formés pour animer la formation du personnel du pôle de psychiatrie et des urgences à la pose de contention.

### 5.3 LE REGISTRE PREVU PAR L'ART 72 DE LA LOI DU 26 JANVIER 2016 A ETE MIS EN PLACE EN AVRIL 2016

Un registre de contention et d'isolement a été ouvert en avril 2016 au sein de l'unité fermée et est conforme à l'article L3222-5-1 du code de santé publique.

Il a été consulté par les contrôleurs à leur demande lors de la visite.

Depuis son ouverture, ce registre contenait l'enregistrement de vingt-six mesures d'isolement. Il était dans l'ensemble bien tenu. Les contrôleurs ont néanmoins relevé quelques absences concernant les horaires de fin de mesure. Ils ont observé par ailleurs que ce registre était renseigné parfois *a posteriori*, six mesures ayant été inscrites dans un ordre ne respectant pas la chronologie des mises en isolement.

## 6. LES CONDITIONS GENERALES D'HOSPITALISATION

### 6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS L'ETABLISSEMENT VARIE SELON LES UNITES

Au sein de la structure, la liberté d'aller et de venir diffère selon les unités, deux d'entre elles étant ouvertes (le SACD et l'UHI) et une, fermée (le SSIP).

Dans les unités ouvertes, la circulation est libre vers la cour de promenade, la salle de télévision ou la salle d'activités mais demeure soumise à la présence d'un soignant pour l'accès à la salle de sport et formellement interdite dans toute chambre autre que la sienne.

Cette latitude résulte du consentement aux soins des patients hébergés. Pour les (rares) patients admis à l'UHI sur la base de SDT ou de SDRE et placés en unité ouverte à titre probatoire, c'est le cadre thérapeutique fixé par le médecin psychiatre de cette unité qui déterminera les limites (éventuelles) de la liberté d'aller et venir, *intra-* voire *extra-muros* par le biais de permissions de sortie.

Ce cadre thérapeutique est contresigné par le patient lui-même.

Selon les informations recueillies, les patients respectent généralement ce cadre strict.

En cas de fugue, le soignant appellera la gendarmerie ou la police et informera l'administrateur de garde.

Pour l'unité du SACD, le livret d'accueil remis à chaque patient indique bien que « *toute sortie doit être impérativement signalée à l'équipe soignante* ».

En ce qui concerne l'UHI, le patient admis en soins libres peut se rendre en ville à condition d'avertir oralement un soignant de sa sortie, les motifs le plus régulièrement invoqués tenant à des achats au supermarché ou à la cafétéria du centre hospitalier, installée au rez-de-chaussée du bâtiment principal, tandis que le livret d'accueil insiste sur la possibilité de partir en permission pour une durée maximale de 48 heures, avec l'accord préalable du médecin, soit de façon ponctuelle en signant une autorisation, soit de façon régulière.

Dans tous les cas, les départs et retours devront être signalés aux infirmiers.

Les restrictions majeures à la liberté de se déplacer visent principalement les personnes placées en soins contraints au sein du SSIP.

Leur liberté d'aller et de venir est relative même si en interne, l'accès à la cour de déambulation est libre.

En revanche, pour ce qui concerne l'extérieur, les sorties ou permissions restent prescrites et « *négociées avec le médecin psychiatre* » (cf. livret d'accueil, page 5), qui en définit les modalités avec l'intéressé et sa famille, « dans le cadre réglementaire ».

Par ailleurs, l'accès de ces patients aux ateliers thérapeutiques, toujours sur prescription médicale, demeure soumis à l'accompagnement constant d'un soignant de l'unité.

### 6.2 LA VIE COURANTE S'ADAPTE OPPORTUNEMENT AUX PATIENTS

#### 6.2.1 La restauration

Les repas sont préparés dans la cuisine centrale du centre hospitalier puis acheminés en liaison froide, avant d'être mis en chauffe sur le site Laborit.

Le menu est établi à la semaine et chaque patient a le choix entre deux repas différents. Est en outre systématiquement prévu un repas haché ou mouliné, le midi et le soir.



Ainsi, pour la semaine du 10 au 16 octobre, furent par exemple proposés, pour le lundi, de la palette de porc « à la diable » ou du steak haché de veau (et un haché de porc à la diable), le mardi, du gigot d'agneau ou de la pintade rôtie (et un haché de tagine agneau), le mercredi, du roastbeef froid ou du lapin aux pruneaux etc.

Les patients interrogés par les contrôleurs ont dit être globalement satisfaits des repas servis.

L'hôpital de Brive dit accorder une grande importance à la confection des repas « *car ils font partie intégrante des soins* » (cf. Livret d'accueil du patient au CH, page 19).

Un service de diététique veille au bon équilibre de l'alimentation et prend en charge les régimes prescrits par les médecins.

Les repas sont servis selon les horaires suivants :

- petit déjeuner : à partir de 7h30 ;
- déjeuner : à partir de midi ;
- dîner : à partir de 18h30.

### 6.2.2 L'hygiène

L'hygiène des locaux (espaces privatifs et communs) est assurée au sein de chaque unité par des agents des services hospitaliers.

Outre leur caractère neuf, ceux-ci se révèlent également propres.

Pour ce qui est du linge administratif (draps, serviettes, etc.), la lingerie du centre hospitalier vient tous les mercredis chercher les draps afin d'en confier le nettoyage à un prestataire extérieur à Tulle ; pour les serviettes de bain, il n'y a pas de jour fixe, le lavage s'effectuant à la demande du patient.

Concernant les effets personnels, les livrets d'accueil remis aux patients à leur arrivée diffèrent quelque peu selon les trois unités :

- le livret du SACD et du SSIP mentionne qu' « *il est recommandé aux familles de fournir les vêtements et les affaires de toilette, l'hôpital n'en assurant ni la fourniture ni le nettoyage* » ;
- le livret de l'UHI indique quant à lui aux intéressés que « *pour votre confort, munissez-vous de votre nécessaire de toilette* », avant d'ajouter que l'entretien du linge personnel reste à la charge de chacun et que les patients « *peuvent faire appel aux services d'une entreprise privée* » en s'adressant aux infirmières qui les guideront dans les démarches à accomplir.

Les trois unités de soins disposent en outre d'une machine à laver et d'un sèche-linge pour le lavage des effets personnels.



La blanchisserie

Selon les informations recueillies, la blanchisserie est prioritairement réservée aux patients ne bénéficiant pas de permissions de sortie. Une participation symbolique de 0,20 euro est réclamée pour l'accès au lave-linge et 0,20 euro également pour l'utilisation du sèche-linge. Les patients insolvable en sont exonérés.

Par ailleurs, pour les produits relatifs à l'hygiène intime, ni le site Laborit ni le centre hospitalier ne disposant d'un magasin, les unités de psychiatrie délivrent si besoin est du savon, des serviettes hygiéniques, etc. pour les personnes non pourvues en la matière par leurs visiteurs.

### 6.2.3 La sécurité

Il n'y a pas d'agents de sécurité spécifiquement affectés au secteur de psychiatrie, l'ensemble de l'équipe du service de sécurité et d'assistance aux personnes se situant dans le bâtiment central de l'hôpital.

Seule une caméra placée sur le portail métallique installé à l'entrée du site Laborit, dont les images sont reportées dans un bureau du SACD, permet de visualiser les allers et venues.

Au niveau du centre hospitalier, quinze agents composent l'équipe de la sécurité.

En longues journées de travail de douze heures, on en trouve deux (voire trois lorsque le service le permet) placés au bloc médico-chirurgical et deux la nuit.

Un agent doit rester en permanence au poste central de la sécurité.

Un membre de cette équipe, rencontré par les contrôleurs, a indiqué que les interventions au sein du secteur de psychiatrie étaient « *extrêmement rares* », « *une seulement en 2015* » selon ses souvenirs, « *pour maîtriser un patient agité* ».

Le statut de salarié du SSIAP (Service de sécurité et d'assistance à personnes) du centre hospitalier est une obligation faite à certains établissements recevant du public (ERP), tels les hôpitaux.<sup>9</sup> Non armé et non soignant, leur statut se révèle quelque peu ambigu. L'agent est davantage formé à la maîtrise d'un incendie qu'à celle d'un individu.

Il intervient au site Laborit en véhicule de service, sur appel d'un soignant et selon un protocole bien déterminé (cf. *Modalités de prise en charge d'une personne agitée et/ou agressive sur le site H. Laborit, du 15 novembre 2014*).

### 6.2.4 Les transports

La desserte du pôle de psychiatrie est théoriquement assurée par une ligne de bus fonctionnant « à la demande » par simple appel téléphonique.

L'arrêt en est situé à l'entrée du domaine, en contrebas de l'entrée principale.

Les contrôleurs, sur la base d'un témoignage recueilli auprès d'un patient, ont en vain tenté de joindre la société prestataire, la seule réponse (enfin) obtenue leur indiquant que cette ligne était surtout (mais pas uniquement...) réservée à des personnes à mobilité réduite et les renvoyant vers un autre numéro qui demeura, lui, absolument injoignable.

Une affiche figure cependant dans le hall d'accueil, à côté du guichet, mentionnant<sup>10</sup> que seuls les malades en affection de longue durée (ALD), dont l'état psychique ou physique nécessite le recours à une ambulance, à un VSL ou un taxi, ont leurs frais de transport pris en charge. Ces

<sup>9</sup> Arrêté du 25 juin 1980 et arrêté du 2 mai 2005

<sup>10</sup> En application du décret n°2011-258 du 10 mars 2011

mêmes malades « *peuvent bénéficier d'une gratuité pour tout transport en commun s'ils sont accompagnés d'un proche* ». En tout état de cause, tout transport doit faire l'objet d'une prescription médicale.

Ainsi, en l'état, les patients en permission ou les proches se rendant au site Laborit durant les heures de visite doivent, s'ils ne sont pas véhiculés, descendre à un arrêt de bus *via* une navette reliant la gare SNCF de Brive au centre-ville puis au centre hospitalier (bâtiment principal), du lundi au samedi de 7h10 à 19h30 (hors jours fériés). On doit ensuite poursuivre à pied sur une distance d'environ 800 mètres pour accéder, au terme d'une montée à fort pourcentage surtout dans sa partie finale, à l'entrée du bâtiment de psychiatrie.

Le retour s'opère par le même cheminement.

En revanche pour les personnes venant en voiture, trois parkings sont prévus aux abords de ce bâtiment.

### **Recommandation**

*La desserte en transport public du bâtiment de psychiatrie, situé sur une colline très pentue à 800 mètres de l'arrêt de bus, doit être améliorée pour permettre à tous, patients en permission et familles, d'y accéder sans difficultés.*

#### **6.2.5 L'accès au tabac**

Le livret d'accueil de chaque unité stipule clairement que des zones extérieures (cours de promenade) sont aménagées à cet effet et qu'« *en application de la législation en vigueur, il est formellement interdit de fumer dans les locaux* ».

En outre, la cigarette électronique n'est pas autorisée dans l'enceinte du site.

Selon les éléments collectés par les contrôleurs, il s'avère que chaque unité va gérer, selon les prescriptions du médecin, l'usage de la cigarette pour chaque patient, y compris dans les deux chambres d'isolement du SSIP si nécessaire.

Est également proposé à tout patient fumeur un substitut nicotinique sous forme de patch.

## **6.3 DES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR STRICTEMENT REGLEMENTEES**

### **6.3.1 Le téléphone**

Le livret d'accueil du centre hospitalier signale la possibilité de disposer d'une ligne téléphonique dans chaque chambre sans préciser l'exceptionnalité du pôle de psychiatrie.

En prévention du risque de tentative de suicide, les chargeurs de téléphone ne sont pas autorisés dans les chambres. Les recharges se font à la demande du patient dans les bureaux des soignants.

Chaque unité a établi son règlement et sa pratique en la matière :

- à l'unité Henri Ey (SACD), un point téléphonique est mis à disposition des patients dans l'espace famille situé au rez-de-chaussée. Sous réserve de décision médicale contraire, les appels peuvent y être donnés et reçus ainsi que l'usage de téléphone portable après les premières 24 heures ;
- à l'unité Philippe Pinel (UHI), un point téléphonique à carte est mis à disposition des patients dans l'unité. Les patients peuvent y téléphoner et être appelés. Sous réserve de

l'accord du médecin psychiatre, l'usage des téléphones portables est toléré mais doivent être éteints lors des repas et de 22h à 7h ;

- à l'unité Gaëtan de Clérambault (SSIP), un point téléphonique est installé à proximité du bureau des soignants. Sur décision médicale des appels peuvent être passés et reçus de 10h30 à 11h30, de 16h30 à 17h30 et de 20h à 21h. La durée des appels est limitée à 5 minutes. Le livret d'accueil précise que les appels se déroulent en présence d'un soignant mais cette disposition, selon les informations recueillies, ne serait pas pratiquée.

Sauf prescription médicale aucun patient n'est écouté (cf. § 7.3.5)



*Coin téléphone de l'unité SSIP*

### 6.3.2 Le courrier

Remis au secrétariat ou pour les patients de l'unité SSIP à l'équipe soignante le courrier au départ ne fait l'objet d'aucun contrôle.

Le courrier arrivé est acheminé par le vaguemestre du centre hospitalier et également distribué quotidiennement sans contrôle.

### 6.3.3 La télévision

Aucune chambre des unités n'est équipée de poste de télévision. Cette situation est bien précisée dans les livrets des trois unités.

Il est néanmoins possible de regarder des émissions dans des salles collectives jusqu'à 22h ou 23h selon les unités.

### 6.3.4 L'informatique et l'accès à internet

Au sein du SACD et de l'UHI, aucune interdiction d'ordinateur n'est formalisée. Les patients peuvent disposer d'ordinateurs portables personnels dans leurs chambres. Cependant, cette situation paraît exceptionnelle et le retrait des fils de charge, pourtant appliqué aux téléphones (cf. § 6.3.1) n'a pas été évoqué aux contrôleurs.

Au sein de l'unité fermée (SSIP), ordinateurs, téléphones portables ou tablettes sont interdits.

Aucun accès à internet n'est en outre possible au sein des unités. Néanmoins, l'utilisation d'ordinateurs et l'accès à internet sont autorisés pour tous dans les ateliers.

### 6.3.5 Les visites

Sauf indication contraire du médecin, les visites sont autorisées dans le respect du repos des patients et du fonctionnement des services. Les patients peuvent exprimer leur refus d'être visités à l'équipe soignante. L'accès aux chambres sans autorisation de l'équipe soignante est interdit. Les visiteurs ne peuvent pas prendre de repas avec les patients ni assister à leur repas dans la salle à manger. Il a été signalé aux contrôleurs et regretté que des repas partagés voire thérapeutiques aient été interdits lors de l'installation du pôle de psychiatrie sur le site Henri Laborit. La direction du CH a indiqué aux contrôleurs que cette pratique, encadrée par les soignants, ne pouvait plus être proposée de manière satisfaisante.

Les animaux domestiques sont également interdits.

Pour les unités Henri Ey (SACD) et Philippe Pinel (UHI), les visites se déroulent dans le hall d'accueil du site (sauf exception pour des personnes ne pouvant pas descendre et qui, elles, peuvent recevoir en chambre) aux horaires respectifs suivants : 14h30 à 18h30 et 13h30 à 18h30.

A défaut de réelle confidentialité des échanges il a été indiqué aux contrôleurs que le lieu qui est partagé par tous patients, soignants, visiteurs, éviterait une stigmatisation des malades.



*Hall d'accueil du site Henri Laborit*

#### **Recommandation**

*Il convient d'adapter des locaux garantissant une confidentialité des échanges entre patients et visiteurs.*

Pour l'unité fermée (SSIP), les visites nécessitent une prescription médicale et une prise de rendez-vous auprès de l'équipe soignante.

Les visites se déroulent durant 30 minutes au maximum dans une pièce attenante à l'unité fermée, de 15h à 18h. Cette pièce est composée de deux petits salons séparés par un paravent et meublés de fauteuils et d'une table basse. Il a été indiqué que cet espace n'était jamais utilisé pour deux visites simultanées, si bien que sa séparation en deux espaces s'avère inutile.

Sans autre explication, des jouets d'enfants s'y trouvent alors que le règlement n'autorise que les visiteurs de plus de 15 ans...

Une médiatisation de la visite peut être organisée : la restriction des horaires de visite est alors justifiée par la nécessité d'une présence de soignants.

### **Recommandation**

*Pour les visites ne nécessitant pas la présence de soignants, un élargissement des horaires de visite des patients de l'unité fermée (SSIP) serait souhaitable afin de faciliter les rencontres des patients avec leur entourage.*



*Salle de visite des familles de l'unité fermée*

## **6.4 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST BIEN ASSUREE HORMIS POUR LES SOINS DE KINESITHERAPIE**

### **6.4.1 Un bilan somatique systématique à l'arrivée**

Tout patient admis en psychiatrie par le biais des urgences bénéficie d'un bilan somatique systématique inscrit dans un protocole de l'établissement. Ce bilan prévoit un examen clinique, la prise des constantes vitales, un électrocardiogramme et un bilan biologique.

### **6.4.2 La prise en charge somatique des patients dans les services du pôle de psychiatrie**

Grâce à l'intervention d'un médecin généraliste présent quatre demi-journées par semaine au sein du pôle de psychiatrie et affecté par ailleurs sein de divers services du centre hospitalier, le suivi somatique des patients hospitalisés en psychiatrie est bien assuré.

En l'absence de ce médecin, la prise en charge médicale somatique est assurée par les médecins psychiatres du pôle dont l'un a une formation initiale de médecin généraliste. La nuit et les week-ends, il est fait appel aux internes de garde de l'hôpital.

En fonction des dossiers, le bilan somatique effectué aux urgences est complété par le médecin généraliste au sein de l'unité. Tous les patients ne sont pas systématiquement examinés par le médecin généraliste mais il étudie les dossiers de tous les patients à l'arrivée et les prend en charge selon leur dossier, à la demande des infirmiers ou à la demande du patient.

Certaines constantes somatiques sont bien évaluées par les équipes de soins telles que la prise de la tension artérielle, du pouls, de la température et de la saturation en oxygène. Ces constantes sont mesurées de façon systématique à l'arrivée des patients et renouvelées trois fois par semaine pendant le séjour. Selon les indicateurs IPAQSS<sup>11</sup> relevés en 2016 au sein du pôle de

<sup>11</sup> IPAQSS : indicateurs de qualité de la Haute Autorité de Santé (HAS)

psychiatrie, le dépistage des troubles nutritionnels de « niveau 1<sup>12</sup> » était noté dans 85 % des dossiers. La surveillance du transit intestinal, permettant d'éviter les risques de constipation induite par les traitements psychotropes, est systématique pour tous les patients tout le long du séjour.

Des infirmiers du pôle de psychiatrie sont référents pour la douleur (en lien avec le CLUD), et pour les gestes d'urgence. L'évaluation de la douleur est systématique pour chaque admission. La présence permanente du médecin généraliste permet une réponse de proximité pour la prise en charge de la douleur, relayée si besoin par une prise en charge spécialisée par une équipe de liaison ou dans les services dédiés de l'hôpital.

Une équipe de liaison en addictologie est présente chaque semaine pour donner des avis dans les trois unités du pôle de psychiatrie.

Selon le choix du patient, il est possible de faire intervenir un prestataire extérieur, comme un coiffeur, une esthéticienne, un pédicure.

#### 6.4.3 L'absence de soins de kinésithérapie

Aucun temps de kinésithérapeute n'est affecté au pôle de psychiatrie. Il a été indiqué que lorsqu'un patient nécessitait une rééducation, il était très difficile de faire venir un kinésithérapeute de l'hôpital dans les unités du pôle de psychiatrie.

Le manque de kinésithérapeute affecte par ailleurs la prise en charge des patients âgés ou ayant des difficultés à se mobiliser.

La direction du centre hospitalier a indiqué aux contrôleurs que l'hôpital présentait plusieurs postes de kinésithérapeutes vacants, en raison de la difficulté de recrutement de ces derniers.

#### **Recommandation**

*L'absence de soins de kinésithérapie au profit des patients hospitalisés en psychiatrie est une carence à laquelle il convient de remédier.*

#### 6.4.4 L'accès aux services du « bloc médico-chirurgical » (BMC)

Seul un dermatologue se déplace pour examiner les patients au sein du pôle de psychiatrie.

Pour toutes les prises en charges médicales et chirurgicales spécialisées, les examens complémentaires et l'imagerie médicale, les patients admis en psychiatrie sont adressés au sein du « bloc médico-chirurgical » (BMC) du centre hospitalier. Seul l'éloignement géographique du site Henri Laborit affecte la fluidité de la prise en charge, étant donné qu'il est nécessaire d'utiliser un véhicule pour acheminer les patients sur le site du BMC.

Les résultats d'analyses biologiques sont consultables sur un dossier patient informatisé.

En dehors des urgences, les prises en charge en soins dentaires demandent un délai d'un mois et les consultations d'ophtalmologie sont accessibles en quelques semaines.

Les patients peuvent être adressés dans un établissement spécifique de Brive effectuant des prises en charge gratuites en tabacologie.

---

<sup>12</sup>Une notification du poids dans les 7 jours suivant l'admission et une seconde notification du poids pour les séjours supérieurs à 21 jours



### 6.5 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT EST EN VOIE DE SECURISATION

Dans le pôle de psychiatrie, la prescription médicamenteuse n'était pas encore informatisée lors de la visite. Il a été indiqué que le déploiement de l'informatisation était en cours au sein du centre hospitalier et que le pôle de psychiatrie bénéficierait de l'informatisation des prescriptions pharmaceutiques dans l'année à venir.

Ainsi, les unités du pôle de psychiatrie bénéficient d'une dotation globale de médicament. Seuls les traitements médicamenteux non inclus dans cette dotation font l'objet d'une ordonnance faxée à la pharmacie. Ainsi, les prescriptions médicamenteuses ne sont pas systématiquement relues ni validées par un pharmacien.

La préparation des traitements est effectuée par les infirmiers dans les unités.

La distribution des médicaments s'effectue en salle à manger, pendant les repas. Il a été indiqué que l'absence de confidentialité des échanges entre les infirmier(e)s et les patients au moment de la distribution des traitements était compensée par les entretiens individuels entre les infirmiers et les patients la journée.

#### **Recommandation**

*La distribution des médicaments dans les salles communes lors du repas ne permet pas la confidentialité des échanges et semble, par ailleurs, propice aux erreurs, le temps du repas n'étant pas un temps dédié aux soins individuels.*

### 6.6 LA SEXUALITE : UNE PROBLEMATIQUE NON PRISE EN COMPTE

Le thème de la sexualité dans les unités de soins semble ignoré ou du moins, pas évoqué.

Sur les panneaux d'affichage ne figure aucune mention relative à cette thématique, notamment concernant la prévention des risques.

Un cadre de santé interrogé à cet égard a avoué en toute sincérité : « on n'est pas bons dans ce domaine » même si « beaucoup de pédagogie est pratiquée auprès des patients, auxquels sont rappelés le motif et le but de leur hospitalisation, à savoir se soigner ».

Aucun préservatif n'est mis à disposition. Les femmes bénéficient d'une consultation en gynécologie en vue d'une contraception selon l'évaluation du médecin généraliste.

Le personnel reste vigilant de jour comme de nuit (les portes des chambres ne fermant pas à clé), ce d'autant que les sexes, âges et pathologies sont mélangées.

#### **Recommandation**

*Une réflexion des équipes de soins doit s'engager autour du thème de la sexualité entre patients d'une part et avec le conjoint(e) d'autre part, ceci devant s'accompagner localement d'actions de prévention ou de sensibilisation*



## 6.7 LES INCIDENTS

### 6.7.1 Le traitement des plaintes et réclamations

Aucune plainte ni réclamation n'a été enregistré en 2016 au sein du pôle de psychiatrie.

### 6.7.2 Les événements indésirables

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 6 octobre 2016, vingt-cinq événements indésirables ont été rencontrés dans le service de psychiatrie. Une majorité d'entre eux (seize) résulte de chutes de patients.

Les faits les plus graves concernent :

- le 13 mars 2016 : un patient anglais reçu en consultation aux urgences pour alcoolisation fugue par une issue de secours ;
- le 4 mai 2016 : fugue d'un patient admis en SDRE à partir des ateliers thérapeutiques ; repéré vers son domicile, il est récupéré par le médecin du SSIP, le cadre de santé, un infirmier et les forces de l'ordre ;
- le 19 juillet 2016 : un patient présentant des problèmes comportementaux avec les autres patients et en refus de tout traitement est placé en contention physique pour violence verbale et physique ;
- le 21 juillet 2016 : au moment du dîner, un patient du SSIP s'échappe et s'introduit brutalement dans la salle à manger de l'UHI, où il gifle violemment une patiente.

En 2015, sur un total de 759 événements indésirables enregistrés au sein du CH de Brive, 63 relevaient du secteur de psychiatrie.

La direction de l'établissement s'est engagée dans une démarche de prévention (ou de gestion anticipée) des risques, l'objectif affiché étant de « *diminuer le risque de survenue d'événements indésirables souvent évitables, en agissant sur leurs causes* ».

Dans ce cadre a été validée en décembre 2015 une originale charte d'incitation à la déclaration, dite « *Charte de non-punition* », dans laquelle le directeur rappelle que l'objectif commun de la structure « *est de détecter les événements pouvant affecter la sécurité de la prise en charge des patients et d'apporter des mesures correctives* ».

Pour ce faire, « *il est nécessaire d'aboutir à une déclaration systématique des événements précurseurs* ».

Afin de favoriser ces déclarations et d'améliorer la qualité globale des soins grâce à des retours d'expérience pour chaque situation rencontrée, le directeur « *s'engage à ce qu'aucune procédure disciplinaire ne soit entamée à l'encontre d'un agent qui aura, spontanément et sans délai, révélé une erreur dans l'application des règles de sécurité dans laquelle il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance sans cette déclaration* ».

#### **Bonne pratique**

*L'application d'une charte de non-punition envers tout agent ayant révélé une erreur dans l'application de règles de sécurité, y compris celles où il est lui-même impliqué, doit réduire le nombre d'événements indésirables et permettre une anticipation de leur survenue future, dans l'optique d'une meilleure prise en charge des patients.*

## 6.8 L'ETABLISSEMENT N'ACCUEILLE PAS DE PERSONNES DETENUES

Deux établissements pénitentiaires sont implantés dans le département de la Corrèze : la maison d'arrêt de Tulle et le centre de détention d'Uzerche.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune personne détenue n'était hospitalisée en soins psychiatriques au CH de Brive, les intéressées étant admises soit au centre hospitalier de Tulle, soit, pour les cas les plus lourds, au centre hospitalier d'Eygurande, qui dispose d'une unité pour malades difficiles (UMD).

## 6.9 DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES PROTEIFORMES

Les patients des trois unités peuvent, selon des conditions différentes résultant de leur statut, accéder aux ateliers thérapeutiques situés au niveau inférieur à celui du hall d'entrée.

Ces derniers se développent sur trois espaces distincts : l'atelier de poterie (31 m<sup>2</sup>), l'atelier dit d'ergo-activités (75 m<sup>2</sup>) et l'atelier de fer-bois (83 m<sup>2</sup>).

Trois intervenants à temps plein les animent quotidiennement : un éducateur spécialisé, un art-thérapeute et un ergothérapeute (ce dernier rencontré par les contrôleurs).

L'accès à tout atelier s'effectue sur la base d'une prescription médicale.

Rien ne figure dans le livret d'accueil des unités, hormis une courte mention dans celui du SSIP : « *Dans le cadre de votre projet de soins, des activités vont vous être proposées* ».

Pour les patients du SSIP, un accompagnement et la présence constante de deux soignants de l'unité est nécessaire ; en outre, les patients en soins contraints doivent rester ensemble, sans contact avec les patients des deux autres unités. Par contre, les patients en soins libres peuvent demeurer ensemble et même être mélangés avec des personnes (extérieures) en soins ambulatoires se rendant ponctuellement aux ateliers du site Laborit.

De très nombreuses activités sont proposées :

- modelage d'objets en argile ;
- poteries cuites au four ;
- dessin, peinture, coloriage ;
- informatique avec un accès (limité) à internet ;
- papier mâché ;
- peinture sur tissu ;
- tricot ;
- jeux de société ;
- sculpture sur pierre ou sur bois ;
- réalisation d'objets en fer.

Une grande liberté d'expression est laissée aux patients, surtout lors des premières séances.

Les données statistiques de fréquentation pour le mois de septembre 2016 indiquent que 38 patients en hospitalisation complète ont été pris en charge, pour 229 séances, dont 21 pris en charge avant le 1<sup>er</sup> du mois (4 patients du SACD, 3 patients du SSIP et 14 patients de l'UHI) et 17 nouveaux patients en septembre (7 patients du SACD, 4 patients du SSIP et 6 patients de l'UHI).



*Atelier bois*

Depuis le début de l'année 2016, soit sur neuf mois, 148 patients en hospitalisation complète (pour un total de 1 643 séances) ont fréquenté ce lieu.

Les trois dernières années offraient les taux de fréquentation suivants, pour les patients en hospitalisation complète :

- en 2013, 216 patients (pour 1 892 séances) ;
- en 2014, 203 patients (pour 2 106 séances) ;
- en 2015, 217 patients (pour 2 138 séances).

La tendance est donc à l'augmentation sensible du nombre de séances, pour un nombre de patients stable.

Le chef de pôle déplore cependant que « *l'amplitude horaire d'ouverture des ateliers ne réponde pas aux besoins des patients* » et il a pour ambition de « *réactualiser les horaires d'ouverture* » (cf. Rapport de prise en charge du pôle de psychiatrie, mai 2016, page 34).

En effet, lors de la visite de ces espaces le 5 octobre à 16h20 par un contrôleur, ils étaient vides et sur le point de fermer...

### **Recommandation**

*L'accès aux ateliers thérapeutiques doit être mentionné dans le livret d'accueil, en indiquant notamment les activités proposées ; une amplitude horaire plus large, surtout l'après-midi pourrait utilement être envisagée.*

Enfin, aucune salle de balnéothérapie n'est localement prévue, un arbitrage budgétaire initial ayant, selon des propos rapportés, supprimé ce projet.

L'ergothérapeute rencontré, présent depuis 1984 au sein du pôle de psychiatrie, apparaît comme un intervenant passionné et passionnant mais proche de la retraite à présent.

Il serait cependant opportun que l'ensemble de ces activités soit relayé en interne par des interventions à caractère sportif ou culturel adaptées aux patients accueillis.

### **Recommandation**

*Le recrutement d'un intervenant sportif ou culturel viendrait utilement compléter l'offre d'activités proposée aux patients.*

## 7. LES CONDITIONS PROPRES À CHAQUE UNITE

### 7.1 LE SERVICE D'ACCUEIL ET D'ORIENTATION DE COURTE DUREE (SACD) FONCTIONNE A FLUX TENDU

La dénomination de cette unité de dix lits est appelée « SACD » ou Henri Ey.

La mission de cette unité est tournée vers l'accueil de courte durée de patients admis en soins libres.

Une évaluation psychologique est réalisée dans les 72 heures qui suivent l'admission.

La DMS est de 8 jours et le taux d'occupation de 105 %.

#### 7.1.1 Les locaux

Cette unité est composée de trois espaces :

- un espace « jour » avec le poste infirmier, la pharmacie, la salle de soins, un salon multimédia de 30 m<sup>2</sup> et la salle à manger de 23 m<sup>2</sup> ;
- un espace « nuit » composé de dix chambres individuelles de 18 m<sup>2</sup> chacune disposées de chaque côté d'un couloir central. Les chambres sont toutes dotées de sanitaires individuels (douche, lavabo, toilette, miroir et éclairage satisfaisant). Les chambres se ferment toutes de l'extérieur. Le patient n'a pas la possibilité de fermer sa chambre de l'intérieur ;
- un espace « activité » avec une salle « yoga » et un bureau médical, la troisième pièce étant utilisée pour les temps de repos du personnel. Cet espace est à la disposition de l'ensemble des patients, quelle que soit leur unité.

Des fenêtres donnant sur la nature éclairent naturellement les espaces. L'ensemble est harmonieux et bien entretenu.

#### 7.1.2 Le personnel

L'unité apparaît correctement dotée en personnel médical et non médical.

Toutefois, du fait l'intervention du médecin au sein de l'activité ambulatoire et de la segmentation du pôle de psychiatrie dans son ensemble, il n'y a pas de continuité de la présence d'un médecin sur place dans l'unité. De ce fait, il est fait appel aux médecins des autres unités.

Le *turn-over* du personnel est très faible : 4/5<sup>ème</sup> du personnel est toujours présent depuis l'ouverture de l'unité en 2008.

Le rythme journalier de travail est de 12 heures.

Il présente pour la prise en charge du patient l'intérêt d'avoir les mêmes soignants tout au long d'une journée mais engendre pour ces derniers une fatigue certaine pouvant rejaillir sur la qualité de la prise en charge.

De même, si la continuité quotidienne est ainsi mieux assurée, la continuité hebdomadaire du fait des jours de repos est plus délicate et la DMS faible nécessite que les soignants s'informent rapidement sur l'état des nouveaux patients accueillis à leur retour.

Unité SACD (7100)	Nombre	EPT théoriques	ETP pourvus
Praticien hospitalier psychiatre	1	0,6	0,6
Cadre de santé	0,5	0,5	0,5
IDE Jour/Nuit	8	8,6	8
Psychologue	Mutualisé	0,5	0,5
Aide-soignant J/N	3	3	3

### 7.1.3 L'activité de l'unité et ses patients

Le nombre de journée d'hospitalisation est en constante augmentation :

3 711 journées en 2013 et 3 846 en 2015. Plus de 80 % des admissions proviennent des urgences. Les sorties se font par retour à domicile dans 60 % des situations, 35 % des patients sont orientés vers une hospitalisation plus longue dans un autre service de psychiatrie du site Laborit (UHI) et les mutations/transferts vers un autre établissement psychiatrique représentent 5 %.

Il est constaté une augmentation des admissions directes qui proviennent des consultations médicales sur le site ou du CMP de Brive.

### 7.1.4 La prise en charge

L'équipe soignante est très investie dans l'observation des patients pour les actes quotidiens de la vie. Les informations recueillies permettent un diagnostic enrichi et une orientation adaptée. Les patients bénéficient d'au moins deux entretiens thérapeutiques avec un psychiatre qui « rend visite » dans sa chambre au patient pour s'entretenir avec lui.

### 7.1.5 Les visites des proches

Elles sont autorisées dans le hall de 14h30 à 18h30. Les mineurs de moins de 15ans ne sont pas admis. Les visiteurs doivent tous se présenter à l'accueil. Ils ne sont pas autorisés à se rendre dans les chambres des patients sans l'accord préalable de l'équipe soignante.

### 7.1.6 Les activités

Les patients ont accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques sur prescription médicale. Les locaux dédiés à ces activités sont adaptés à leurs fonctions. Ils sont mutualisés pour l'ensemble du site Laborit, comprenant les trois unités d'hospitalisation et l'hôpital de jour.

Sans doute plus orientés vers des « activités occupationnelles », l'accès à ces espaces est cependant apprécié par les patients.

Il est à relever qu'avec une DMS de 8 jours, le temps est contraint pour débiter un réel travail thérapeutique de type ergothérapie.

## 7.2 L'UNITE D'HOSPITALISATION INSTITUTIONNELLE (UHI) OFFRE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE DANS DES LOCAUX AGREABLES

L'unité d'hospitalisation institutionnelle (UHI) est une unité ouverte accueillant principalement des patients admis en soins libres, c'est-à-dire consentis.

Elle se compose de vingt et un lits répartis dans dix-huit chambres, soit quinze individuelles et trois doubles, au premier étage du site Laborit.

L'unité apparaît d'emblée propre, lumineuse avec de vastes baies vitrées et colorée.

Au jour de la visite, le 4 octobre, l'UHI accueillait vingt et un patients, majoritairement de sexe féminin (quinze femmes, six hommes).

Seuls trois patients étaient hébergés sur la base de soins sans consentement (deux à la demande d'un tiers, en urgence, et un pour péril imminent à la demande d'un médecin extérieur à l'établissement, sur indication de mise en danger de la personne et sur décision du directeur du CH de Brive).

Ces trois patients, en provenance du service de soins intensifs psychiatriques, sont placés à titre thérapeutique au sein de l'UHI pour évaluer la progression de leur comportement et commencer à envisager une sortie. Selon les informations recueillies, il arrive aussi que des patients dans cette situation refusent une réaffectation vers l'UHI.

Le traitement de ces patients en soins contraints au sein de l'UHI « *dépend de la clinique de chacun* », selon la médecin psychiatre de l'unité, interrogée à cet égard :

- le patient n°1 dispose d'appels téléphoniques très limités et a un repos en chambre obligatoire ;
- le patient n°2 ne dispose d'une liberté d'aller et de venir que sur le domaine de l'hôpital et non *extra-muros* ;
- le patient n°3 a un temps obligatoire de repos en chambre, compte tenu de son comportement fluctuant.

Le patient le plus âgé de l'UHI a 74 ans et le plus jeune, 24 ans.

La date de l'hospitalisation la plus ancienne remonte au 14 juin 2016, soit environ quatre mois, et concerne une personne en soins libres.

Sur les vingt et un patients, seize ont désigné une personne de confiance de leur entourage., Un seul patient est soumis au port du pyjama, pour risque de fugue et une patiente (en soins librement consentis) a un droit de visite restreint à la demande du procureur de la République, soucieux de maintenir la confidentialité de cette hospitalisation.

Deux patientes sont soumises à une restriction de leurs communications téléphoniques, pour cause de harcèlement.

L'UHI se divise architecturalement en deux couloirs consacrés à l'hébergement (côté droit, huit chambres individuelles et une double ; côté gauche, sept chambres individuelles et deux doubles) avec, au milieu le bureau de soins infirmiers, la salle de repas et la salle de télévision.



*La salle de repas*



*Une chambre*

De la salle de télévision, un accès est possible vers le jardin-terrasse de 150 m<sup>2</sup>, muni de chaises et pourvu d'un petit potager.

Les chambres sont claires et spacieuses. Toutes disposent d'un coin sanitaire, avec WC, lavabo et douche à l'italienne. Elles possèdent un placard et un bouton d'appel placé près de la porte d'entrée mais ne peuvent être fermées de l'intérieur. Dépourvus de téléviseur, les patients peuvent néanmoins posséder un poste de radio à piles, tout câble électrique étant prohibé compte tenu du risque de pendaison. Dans la salle commune de télévision, une extinction est prévue à 23h.

Lors de la venue d'un contrôleur, le 5 octobre à 10h05, deux patients regardaient la télévision.

Un affichage personnalisé (photos) est toléré sur les murs.

Les chambres sont envisagées comme des espaces intimes : toute visite autre que celle d'un personnel de nettoyage, soignant ou médical est interdite, les visites familiales se déroulant dans le hall d'accueil ou le parc de l'hôpital (sauf patients invalides).

De même, aucun animal de compagnie n'y est accepté.

Dans la salle à manger, ornée de grandes fenêtres distribuant une agréable lumière naturelle et une vue sur la ville de Brive et les bois environnants, se trouvent six tables rondes où sont pris les repas (petit déjeuner, déjeuner, goûter et dîner), sur vingt et un fauteuils confortables et en bon état.

La salle est propre et les couleurs, chaudes (orange, jaune mat, marron clair).

Elle comprend également une machine à café et un distributeur d'eau, ainsi que deux tables de bar (sur lesquels sont disposés des exemplaires du quotidien local *La Montagne*) avec quatre tabourets hauts.

Une pendule murale indique l'heure.

Un contrôleur a pu assister à la distribution d'un repas, à midi.

Un silence général y règne, n'excluant toutefois pas certaines conversations entre les convives.

Deux infirmières viennent se placer côte à côte à l'entrée de la salle avec leur chariot de médicaments : les patients sont discrètement appelés à venir chercher, chacun leur tour, leur traitement.



La journée-type de l'UHI s'organise comme suit :

- 8h : lever des patients ;
- de 8h à 9h : petit déjeuner et distribution des médicaments ;
- le matin, de 9h à midi : entretien médical, ateliers thérapeutiques, permission de sortie, groupe de parole, salon d'esthétique, blanchisserie, etc.
- de 12h à 13h : déjeuner puis repos en chambre ou salle de télévision ;
- de 13h à 19h : sortie extérieure seul ou avec un soignant, retour de permission de sortie, entretien médical, visite familiale, atelier thérapeutique, goûter (facultatif, avec yaourt et fruit) à 16h : salle de sport (toujours en présence d'un soignant) ;
- 19h : dîner ;
- 19h30 : fin du repas, salle de télévision, retour en chambre, transmissions entre les équipes de jour et de nuit ;
- 22h30-23h : patients au lit. Début du service de nuit (avec trois rondes nocturnes).

L'UHI incite fortement les patients à pratiquer une activité esthétique, culturelle ou sportive.

Ainsi des séances de sport sont-elles proposées trois fois par semaine et le week-end dans la salle prévue à cet effet (tapis de course, rameur, vélo d'appartement). La présence continue d'un aide-soignant ou d'un infirmier y est impérative.

Par ailleurs, une salle d'activités, dont l'accès est libre et où les patients peuvent rester seuls, jouxte cet espace sportif. Elle contient des puzzles, des jeux de société, des cassettes vidéo et peut être utilisé pour les groupes collectifs de paroles.

Une psychomotricienne intervient également en salle de sport, pour les seuls patients de l'UHI, quatre jours par semaine, à titre individuel ou en groupe.

Tous les dimanches, une sortie en ville est proposée (en particulier pour se rendre au marché) pour huit patients (en soins libres) au maximum, encadrés par deux soignants, sur la base d'une liste validée par le médecin.

Les patients en soins libres de cette unité ouverte (très majoritaires) peuvent sortir du bâtiment et du domaine, à la condition *sine qua non* d'avertir oralement un agent du personnel soignant.

En revanche, selon les éléments collectés, l'UHI accepte peu de sorties accompagnées, par des soignants ou des proches, pour les (quelques) patients en soins contraints qu'elle héberge : le principe même doit en être validé par le médecin psychiatre de l'unité et une autorisation (jamais refusée) est sollicitée de l'autorité préfectorale pour les patients admis en SDRE. Pour les patients en soins à la demande d'un tiers et affectés à titre thérapeutique à l'UHI, c'est le directeur de l'hôpital qui donne son accord.

L'UHI affiche pour 2015, 7 743 journées d'hospitalisation et 290 entrées et sorties.

La durée moyenne de séjour est en diminution sensible : 26,7 jours en 2015, contre 34,46 jours en 2014.

Les données fournies par le rapport annuel du pôle de psychiatrie indiquent que les patients admis en soins sans consentement dans cette unité représentent en moyenne 14 % du nombre total de personnes accueillies.

Enfin, la situation du personnel œuvrant au sein de l'UHI est la suivante, au 1<sup>er</sup> octobre 2016 :



Fonction	Équivalent temps plein théorique	Équivalent temps plein pourvus
Praticien attaché	0,85	0,85
Cadre de santé	0,5	0,5 (partagé avec les ateliers thérapeutiques, HDJ, CMP, CSAPA)
Infirmiers	10	10
Aide-soignant	8,8	8,8
Agent des services hospitaliers	2	2
Assistante sociale	1,8	1,8 (partagé avec toutes les unités)
Psychologue	0,75	0,75
Secrétaire médicale	1	1
Autres (psychomotricien, enseignant, éducateur, ...)	0,9	0,9

Deux points de situation ont été opérés par les contrôleurs afin d'estimer le nombre d'agents présents dans l'unité à un moment donné.

Ainsi, le 4 octobre à 15h, étaient présents :

- trois infirmiers (dont deux en longue journée de douze heures, de 7h15 à 19h15) ;
- deux aides-soignants ;
- le médecin psychiatre ;
- le médecin généraliste ;
- le cadre de santé,

soit huit personnes.

Le lendemain, 5 octobre, à 9h30, étaient présents :

- deux infirmiers (en longue journée de douze heures) ;
- deux aides-soignants (en longue journée de douze heures) ;
- un infirmier (en service de huit heures, de 9h. à 17h.) ;
- une psychomotricienne ;
- le médecin psychiatre ;
- deux agents des services hospitaliers ;
- deux étudiants en soins infirmiers ;
- un infirmier du centre médico-psychologique (CMP), qui suit les patients hospitalisés,

soit douze personnes.

L'équipe est stable et permanente au sein de l'unité, sauf en cas d'absentéisme sur une autre unité.

**Recommandation :**

*Un service en longue journée de travail de douze heures au sein de l'unité d'hospitalisation institutionnelle pour le personnel infirmier et les aides-soignants peut laisser craindre une prise en charge défaillante des patients.*

**7.3 LE SERVICE DE SOINS INTENSIFS DE PSYCHIATRIE (SSIP), OU « UNITE FERMEE », SE DEVELOPPE DANS DES LOCAUX ASSEZ EXIGUS**

Le « SSIP », ou unité « Gaëtan de Clérambault », est communément appelée « unité fermée » au sein du pôle.

Cette unité dotée de onze lits d'hospitalisation et de deux chambres d'isolement est dédiée à la prise en charge des patients admis en soins sans consentement. Lors la levée de la mesure de soins sans consentement ou lorsque l'état clinique de la personne le permet, les patients admis dans l'unité fermée sont habituellement transférés dans l'unité « d'hospitalisation institutionnelle » (UHI) (cf. § 7.2 supra).

L'unité présente un taux d'occupation important (de 91,45 % en 2015).

Il a été déploré que la capacité de cette unité soit insuffisante au regard des besoins. En conséquence, les patients sortent parfois « trop précocement » de cette unité pour être admis à l'UHI, certains patients du secteur sont transférés dans d'autres établissements ou encore, la sur occupation de l'unité est pratiquée fréquemment en utilisant la chambre ordinaire d'un patient admis simultanément en chambre d'isolement.

**7.3.1 Les locaux**

Cette petite unité est située au troisième étage.

Elle est divisée en différents espaces, dont certains ne sont pas accessibles aux patients, ou d'autres de façon limitée.

L'espace commun où les patients peuvent déambuler librement est constitué de la salle commune se prolongeant du couloir distribuant les onze chambres. Ce dernier est surveillé par une caméra de vidéosurveillance dont les images, ainsi que celles des chambres d'isolement, sont retransmises dans le bureau infirmier.



*Vue des images de vidéosurveillance depuis le bureau infirmier*

Les chambres sont individuelles et possèdent une salle d'eau chacune. Elles sont bien éclairées et spacieuses (18 m<sup>2</sup>). L'équipement des salles d'eau des chambres diffère de celui des autres unités : les WC sont en inox sans abattant et le lavabo est en inox. Un miroir incassable est positionné au-dessus du lavabo. L'équipement des chambres est par ailleurs semblable à celui

des autres unités avec, notamment, une tablette et un fauteuil, un grand placard contenant un coffre à code.

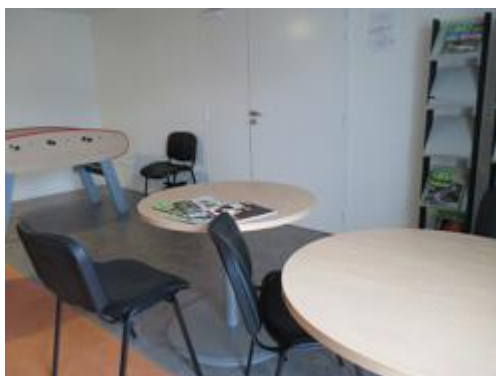
Les patients n'ont pas la possibilité de fermer leur chambre à clé.

### **Recommandation**

*Le patient doit être en mesure de fermer sa chambre.*

Les patients rencontrés par les contrôleurs ont fait part de leur satisfaction concernant le confort des chambres.

La salle commune, d'une surface de 53 m<sup>2</sup>, contient un salon muni de fauteuils, d'un téléviseur et d'un placard contenant des livres, un espace d'activité où sont installés deux tables rondes et leurs chaises, un baby-foot, un présentoir à magazines et un espace équipé de deux vélos d'appartement. Cette salle est séparée du bureau infirmier par une cloison vitrée.



*Espace activité de la salle commune*



*Le salon télé depuis le bureau infirmier*

La salle à manger est exiguë (23 m<sup>2</sup>). Séparée de l'office par une cloison vitrée, elle donne accès à la cour extérieure. Ses murs ont comme seule décoration une horloge. Elle contient trois tables rondes.



*La salle à manger depuis l'office*

La cour extérieure de l'unité fermée est installée à flanc de colline et est entourée d'un haut grillage. Deux grandes tables de jardin et ses chaises ainsi qu'un baby-foot y sont installés dans un espace abrité. Celui-ci permet de prendre les repas à l'extérieur lorsque le temps s'y prête.

Un chemin en pente goudronné entouré de quelques parterres peu garnis en plantes, constitue le reste de la cour.

Dans l'ensemble cet espace extérieur est peu propice à la déambulation et offre une vue restreinte, limitée par la colline et enfermée par un grillage à l'aspect carcéral.



*Cour de déambulation de l'unité fermée*

Les vues extérieures offertes aux patients de l'unité fermée sont limitées, quel que soit l'endroit où ils se trouvent : toutes les fenêtres donnant sur l'entrée du bâtiment sont obstruées au trois quarts par un revêtement translucide et les vues donnant sur l'arrière du bâtiment sont limitées par la colline contre lequel il repose et le grillage d'enceinte de la cour.

À cela s'ajoute un sentiment d'étriqueté des espaces communs à cette unité et particulièrement celui de la salle à manger. L'aménagement des espaces communs de l'unité fermée, notamment de la cour extérieure, du réfectoire et l'absence de vue d'horizon, confèrent à l'unité une atmosphère étriquée et stressante.

Aucune salle de bains commune n'est à disposition dans l'unité, mais des sanitaires avec douches sont disponibles dans chaque chambre.

Un sas attenant au bureau infirmier est utilisé comme espace de téléphone où les patients peuvent émettre et recevoir des appels, depuis un poste installé au mur.

La salle de visite des familles est installée à l'entrée de l'unité (cf. § 6.3.5).

En dehors des visites, l'espace familial est parfois utilisé comme salle pour des entretiens médicaux entre les psychiatres et les patients.

Le reste des espaces de l'unité concerne des zones dédiées aux soignants : un petit bureau infirmier-pharmacie, l'office, la salle de soins et le couloir d'entrée desservant notamment les chambres d'isolement (cf. § 5.1.2).

### 7.3.2 Le personnel

L'équipe soignante de l'unité partage son temps entre l'unité fermée et l'activité de liaison aux urgences et au sein de l'hôpital.

Elle est se compose de :

- une cadre de santé partageant son temps plein avec l'encadrement du SACD et de l'unité de liaison ;
- 9 infirmier(e)s (8,8 ETP<sup>13</sup>) de jour et 3 de nuit (3 ETP) ;

<sup>13</sup> ETP : équivalent temps plein

- 3 aides-soignantes de nuit (3 ETP) ;
- 2 agents des services hospitaliers (ASH), mutualisés pour l'ensemble du site H. Laborit.

L'équipe soignante est en majorité féminine.

Le roulement des équipes est celui du pôle, avec des équipes de jour et des équipes de nuit travaillant en douze heures.

Lorsque l'effectif est au complet, trois infirmiers sont de jour et un infirmier et une aide-soignante assurent la nuit.

L'un des infirmiers du matin s'occupe de l'accompagnement des patients en dehors de l'unité pour les activités, les sorties, les consultations au bloc médico-chirurgical de l'hôpital, ...

Il a été indiqué que l'équipe était stable avec peu d'absentéisme.

L'intervention de deux psychologues et de deux assistantes sociales se fait sur un temps partagé dans le pôle.

Un médecin psychiatre est affecté à mi-temps dans l'unité et effectue l'autre partie de son temps de travail au sein du CSAPA<sup>14</sup> du pôle de psychiatrie. Ce médecin est présent dans l'unité tous les matins et revient en fin d'après-midi pour une « contre-visite », du lundi au vendredi.

La présence médicale le samedi matin est assurée alternativement avec les autres médecins psychiatres du pôle et par les médecins psychiatres de permanence le soir et les week-ends (sur appel la nuit et systématiquement le dimanche). Lors de ses absences, le médecin psychiatre de l'unité est remplacé par les autres psychiatres du pôle.

Lorsqu'un patient demande à changer de psychiatre, l'équipe évalue la pertinence de cette demande et, le cas échéant, décide de la prise en charge du patient par un autre psychiatre du pôle.

L'équipe soignante se réunit en *staff* clinique tous les lundi matin en présence du psychiatre, des infirmiers, d'un psychologue, d'une assistante sociale, du médecin généraliste et du cadre de santé.

### 7.3.3 Les patients

Onze patients étaient admis dans l'unité au premier jour de la visite et une douzième patiente a été admise le dernier jour de la visite, occupant la chambre du patient placé en chambre d'isolement.

Tous les patients admis l'étaient sans leur consentement.

Parmi les onze patients hospitalisés le 5 octobre 2016, six l'étaient en soin à la demande d'un tiers (SDT), trois en soins pour péril imminent (SPI) et deux en soins sur décision du représentant de l'état (SDRE).

Le plus jeune des patients était âgé de 20 ans et le plus âgé de 67 ans.

Le plus long séjour dans l'unité était réalisé par un patient présent depuis huit mois et dont la mesure de soins sans consentement (en SDRE) avait été prononcée depuis un peu plus d'un an (il avait été transféré dans un autre établissement en cours d'hospitalisation). Il a été indiqué que ce patient bénéficiait de sorties non accompagnées de 48 heures dont la fréquence était régulière (deux sorties par semaine) dans la perspective d'un passage en programme de soins mais que la levée de son hospitalisation à temps complet se heurtait au refus de la préfecture.

---

<sup>14</sup> CSAPA : Centre de soin d'accompagnement et de prévention des addictions

La durée moyenne de séjour dans l'unité s'élevait à 20,6 jours en 2015.

Si ce service admet en règle générale des patients en soins sans consentement, il arrive que lors de la levée de la mesure, certains patients restent dans l'unité alors qu'ils sont en soins libres, dans la perspective d'une sortie proche, afin de finaliser la préparation de la sortie du patient sans changer d'équipe le prenant en charge en fin d'hospitalisation.

#### 7.3.4 La prise en charge thérapeutique

L'unité ayant une capacité restreinte, la prise en charge des patients est apaisée.

Les patients ont reconnu auprès des contrôleurs que les soignants et les médecins étaient en contact permanent avec eux et les connaissaient bien. Les contrôleurs ont pu vérifier la présence bienveillante de l'équipe de soin vis-à-vis des patients pendant le temps de la visite dans l'unité.

Les entretiens médicaux avec le psychiatre s'effectuent selon les besoins estimés par l'équipe et à la demande du patient, en principe en présence d'un infirmier.

Le suivi individuel des patients par le psychologue est décidé en équipe.

La prescription d'activités thérapeutiques au sein de l'espace d'activité du pôle est décidée en équipe et validée par le médecin psychiatre. Lors du contrôle, huit patients (sur onze) avaient la possibilité de participer aux ateliers thérapeutiques où ils pouvaient se rendre une à trois fois par semaine. La fréquence de la participation aux ateliers dépend de la nécessité d'accompagnement des patients en dehors de l'unité et du nombre de places d'ateliers thérapeutiques dédiées aux patients de l'unité fermée.

L'interdiction de participer aux ateliers faite à trois patients était motivée par leur état clinique et faisait l'objet d'une prescription médicale.

Au sein de l'unité des activités sont proposées de façon informelle par les soignants : jeux de société, ping-pong, atelier dessins et, le week-end, des ateliers pâtisserie.

Il a été présenté aux contrôleurs un projet thérapeutique tourné vers l'extérieur, les sorties des patients étant privilégiées dès que possible.

Aucune activité d'éducation thérapeutique n'était encore mise en place lors de la visite.

#### 7.3.5 La vie dans l'unité

La vie dans l'unité est rythmée par l'horaire des repas et collations à 8h, 12h, 16h, 19h et 21h30. Le soir, il est demandé aux patients de rejoindre leur chambre au plus tard aux environs de 23h.

Le livret d'accueil remis aux patients à leur arrivée mentionne les règles de l'unité. Lors du contrôle, un groupe de travail était en train de mettre à jour le règlement intérieur de l'unité.

A leur arrivée, les patients font l'inventaire des effets personnels qu'ils peuvent garder dans leur chambre et de ceux qui ne sont pas autorisés.

Certains objets sont notamment interdits : les plantes et fleurs, les CD, les ordinateurs et les objets multimédia. Certaines affaires encombrantes sont conservées dans une salle de stockage de l'unité et les petits objets de valeur (téléphones, clefs, ...) sont conservés au sein du bureau infirmier.

Seuls les patients admis en chambre d'isolement sont vêtus de pyjamas d'hôpital. Les autres patients de l'unité fermée portent leurs habits. Néanmoins, en raison de la prévention du suicide, les lacets et ceintures ne sont pas autorisés dans le service.



Il est demandé aux familles de prendre en charge le lavage du linge. Pour les patients qui n'ont pas cette possibilité, l'équipe de nuit s'occupe du lavage de leur linge dans la machine à laver disponible dans l'unité.

### **Recommandation**

*Le retrait systématique des ceintures et des lacets des patients admis dans l'unité fermée au titre de la prévention du suicide est une mesure non individualisée ; il convient d'adapter cette précaution à l'état de chaque patient.*

En dehors des sorties, la déambulation des patients dans l'unité est limitée.

L'accès à la cour extérieure est seulement autorisé à des horaires correspondant aux « pauses cigarettes », huit fois par jour entre 8h45 et 21h45, et le temps des repas lorsqu'ils peuvent être pris dehors. La restriction de l'accès à la cour extérieure a été justifiée auprès des contrôleurs par la nécessité de surveillance permanente des patients par l'équipe soignante.

### **Recommandation**

*L'espace de déambulation des patients est très restreint en journée dans l'unité fermée : un accès plus large à la cour extérieure s'impose.*

L'accès au tabac est restreint à deux cigarettes par pause.

Les repas se prennent en commun dans la salle à manger. Chaque patient vient chercher son plateau-repas à la porte de l'office attenant et s'installe librement dans la salle ou sur la terrasse extérieure lorsque le temps le permet.

Les menus sont affichés et sont choisis chaque samedi par les patients (choix entre deux possibilités pour les plats chauds). Les patients interrogés par les contrôleurs appréciaient la qualité des repas et la possibilité de pouvoir choisir.

Les prescriptions du « cadre thérapeutique du séjour » signées par le médecin dans le dossier du patient encadrent certains aspects de la vie quotidienne des patients : l'autorisation de visites, de téléphone, de déplacement en dehors de l'unité, de participation aux ateliers thérapeutiques, de prise de repas seul ou en commun.

Parmi les onze patients admis dans l'unité, un seul patient avait l'interdiction de recevoir des visites et une patiente, en chambre d'isolement, avait un nombre de visites limité à une par semaine.

Les communications téléphoniques sont possibles selon l'autorisation du médecin, qui prescrit la nécessité ou non de « médiatisation » de ces appels, autrement dit l'écoute du début ou de toute la communication par un infirmier.

Lors du contrôle, dix patients avaient l'autorisation de téléphoner sans médiatisation et un patient, en chambre d'isolement n'avait pas l'autorisation de téléphoner.

**Les téléphones portables sont interdits dans l'unité.** Certains patients rencontrés par les contrôleurs regrettent cette disposition en exprimant qu'ils pourraient joindre leur proche selon des horaires plus souples avec leur téléphone portable.

### **Recommandation**

*L'interdiction systématique des téléphones portables au sein de l'unité fermée doit être réexaminée afin d'adopter des restrictions individuelles justifiées médicalement.*

En dehors des activités de soins (entretien et activité au sein de l'unité ou dans les ateliers du pôle), des sorties, des repas et des quelques moments d'accès à la cour extérieure, les patients peuvent occuper leur temps à la lecture, au baby-foot, au vélo d'appartement, au dessin ou à regarder la télévision.

La centaine de livres, installés dans le petit placard servant de bibliothèque, n'est pas librement accessible par les patients qui doivent demander aux infirmiers d'ouvrir le placard pour se servir. Ce sont pour la plupart de vieux livres, non renouvelés : les magazines installés sur les présentoirs de la salle commune sont uniquement des Géo© parus entre 1989 et 1993...

Les patients peuvent toutefois apporter avec eux des livres et magazines personnels.

Ordinateurs et tablettes personnels sont interdits dans le service : l'accès à internet est possible seulement pour les patients pouvant se rendre aux ateliers.

### **Recommandation**

*La diversité des occupations au sein de l'unité fermée devrait inclure l'accès libre à une lecture variée et renouvelée, la possibilité, selon une prescription individualisée, de conserver une tablette ou un ordinateur personnel.*

*L'accès à internet pour les patients au sein de l'unité doit être envisagé.*



## 8. CONCLUSION GENERALE

Un sentiment de bienveillance générale domine la prise en charge des patients admis au centre hospitalier de Brive-la-Gaillarde.

Ceci résulte en grande partie du caractère neuf des locaux, de la constante attention portée par le personnel médical ou soignant et du dynamisme du chef de pôle récemment nommé, doué d'un esprit ouvert et adepte d'un management participatif avec ses équipes.

Un nouveau projet de pôle est en cours de finalisation, qui verra le jour à partir de 2017 et entend encore ajuster les missions de ce pôle aux besoins locaux.

Il conviendra en particulier de desserrer quelque peu l'étai sécuritaire prévalant trop souvent au sein de l'unité fermée de soins intensifs.