

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 48

La réflexion menée par l'établissement sur la liberté des patients à vivre leur sexualité doit être soulignée ; son approfondissement et sa généralisation à l'ensemble des services et instances institutionnelles ne peuvent qu'être encouragés.

BONNE PRATIQUE 2 67

Le protocole mis en place à l'admission, relatif aux examens à conduire et incluant des formations à la lecture des électrocardiogrammes et au problème des thromboses, améliore la qualité des examens d'entrée et par suite la prise en charge des patients.

BONNE PRATIQUE 3 75

La politique « isolement et contention » impulsée par la direction de l'établissement et encouragée par l'agence régionale de santé est de nature à exercer une influence réelle sur les pratiques professionnelles pour limiter le recours à ces mesures, améliorer leur mise en œuvre lorsqu'elles sont nécessaires et harmoniser ces pratiques.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 36

Conformément aux dispositions de L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne doit imposer aucune mesure complémentaire à l'avis favorable du psychiatre concernant les autorisations de sortie de courte durée.

RECOMMANDATION 2 76

Les mesures d'isolement doivent être décidées par un psychiatre, ou confirmées par lui dans le plus court délai possible après leur édicition, après examen du patient. En outre, un entretien et un examen somatique doivent être organisés dès le début de chaque mesure.

RECOMMANDATION 3 83

Afin notamment d'éviter des hospitalisations « de précaution », les conventions de partenariat liant l'établissement à d'autres services hospitaliers doivent être mises à jour. A cette occasion, la liaison avec les services d'urgences et de pédiatrie doit être précisée et renforcée.

RECOMMANDATION 4 88

Un protocole d'admission des patients détenus doit être signé entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire de Valence qui doit transmettre les informations nécessaires au respect des droits des patients.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

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

RECO PRISE EN COMPTE 121

Le nombre élevé des admissions en soins sans consentement et, parmi elles, la fréquence des situations d'urgence et de péril imminent rendent nécessaire la mise en œuvre d'améliorations organisationnelles de nature à accroître l'association de tiers à la prise en charge. L'établissement doit en outre veiller à actualiser en tant que de besoin le statut de l'hospitalisation des patients admis en soins sans consentement tout au long de leur prise en charge.

RECO PRISE EN COMPTE 223

Le livret d'accueil doit être enrichi d'informations accessibles à tous les lecteurs, relatives au statut et aux droits des personnes admises en soins sans consentement, et systématiquement remis à tout patient entrant.

RECO PRISE EN COMPTE 323

La procédure de notification des décisions, voies de recours et droits du patient est une condition de la régularité de la mesure d'admission et de maintien en soins sans consentement ; elle doit faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin.

RECO PRISE EN COMPTE 424

Le recueil des observations des patients admis en soins sans consentement doit être systématiquement réalisé et tracé, et l'ensemble des documents utiles à leur information doit leur être remis (décisions, certificats médicaux, document récapitulatif des droits, etc.)

RECO PRISE EN COMPTE 528

L'ensemble des plaintes et requêtes relatives à la prise en charge des patients doit être porté à la connaissance de la commission des usagers dans un délai utile.

RECO PRISE EN COMPTE 630

L'établissement doit mettre en place des procédures pour permettre aux patients en mesure de le faire d'exercer leur droit de vote. Des informations relatives aux échéances électorales doivent être diffusées et les moyens d'y participer doivent être mis en œuvre (permission de sortie, accompagnement, procuration).

RECO PRISE EN COMPTE 735

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, l'ensemble des pièces de procédure relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits, voies de recours et garanties d'autre part.

RECO PRISE EN COMPTE 837

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres et que l'avis découlant de cette rencontre soit notifié au patient.

RECO PRISE EN COMPTE 938

Les avis motivés – se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète – qui accompagnent la saisine du JLD doivent être rédigés le plus tardivement possible afin de refléter au mieux l'état clinique du patient au moment de l'audience.

RECO PRISE EN COMPTE 10	40
Les autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent exercer la mission de contrôle qui leur est dévolue par la loi.	
RECO PRISE EN COMPTE 11	42
L'intervention dans les unités de soins d'agents de sécurité non formés pour ce faire, notamment lors de placements en isolement ou pour la distribution des repas en chambre d'isolement, doit être proscrite.	
RECO PRISE EN COMPTE 12	47
L'établissement doit rendre possible la visite à leurs proches des personnes mineures en dotant chaque unité de soins de locaux adaptés à cette fin. A défaut, de tels locaux doivent <i>a minima</i> être accessibles sur le site hospitalier au bénéfice de l'ensemble des patients, y compris s'ils sont admis en soins sans consentement et hospitalisés en unité fermée.	
RECO PRISE EN COMPTE 13	57
La chambre d'isolement utilisée au service des urgences du centre hospitalier de Valence doit faire l'objet d'aménagements de nature, en particulier, à préserver la dignité et l'intimité des patients qui y sont enfermés.	
RECO PRISE EN COMPTE 14	59
Il convient d'élaborer des projets de service dans chacune des unités, y compris celle des patients au long cours, dès lors que leur installation dans les nouveaux locaux sera effective.	
RECO PRISE EN COMPTE 15	64
L'animation du bar-boutique servant de cafétéria aux patients gagnerait à être repensée afin que son activité soit dynamisée et ses horaires d'ouverture élargis, notamment pour inclure le week-end.	
RECO PRISE EN COMPTE 16	65
Plusieurs structures se partagent les aspects culturels, artistiques et sportifs des activités proposées aux patients. L'établissement devra trouver les mutualisations nécessaires pour permettre au plus grand nombre de patients de bénéficier d'activités diversifiées, tant dans les unités de soins qu'en dehors de celles-ci.	
RECO PRISE EN COMPTE 17	68
Le transfert de la pédopsychiatrie et de deux unités d'hospitalisation de Saint-Vallier à Montéleger doit s'accompagner de l'attribution des moyens somatiques indispensables.	
RECO PRISE EN COMPTE 18	78
Comme les autres rubriques du registre d'isolement, la surveillance infirmière doit être dûment renseignée tout au long de la mesure.	
RECO PRISE EN COMPTE 19	79
Le registre d'isolement doit faire l'objet des ajustements nécessaires pour en rendre les données fiables, afin notamment d'en supprimer toute saisie par défaut.	
RECO PRISE EN COMPTE 20	83
La présence d'éducateurs spécialisés attachés au service de pédopsychiatrie doit être renforcée.	
RECO PRISE EN COMPTE 21	86
Tant l'établissement, par ses partenariats, que les autorités nationales et départementales concernées doivent engager les actions nécessaires au développement des possibilités d'accueil extra familiales offertes aux patients mineurs sortant d'hospitalisation.	

PROPOSITIONS

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

PROPOSITION 1 44

Le caractère systématique de la mise en pyjama lors du placement en isolement, tel qu'il est en particulier pratiqué à l'UEAO et en unité de pédopsychiatrie, doit être abandonné au profit d'une réflexion individualisée relative à sa nécessité au regard de l'état clinique du patient au moment de ce placement.

PROPOSITION 2 46

Comme pour l'ensemble des autres biens des patients, la gestion de leur téléphone portable doit être individualisée au seul regard de leur état clinique. En outre, un éventuel principe de libre accès ne doit pas être neutralisé par des interdictions d'usage trop importants et non justifiés.

PROPOSITION 3 53

Les patients doivent pouvoir accéder à leurs biens et avoirs librement. Pour ce faire, l'établissement doit organiser la garde de leurs valeurs de telle sorte qu'ils puissent les retirer, en tout ou partie, durant des horaires de service suffisamment fréquents et élargis.

PROPOSITION 4 57

Il est impératif de mettre en place une organisation fonctionnelle et conventionnelle de l'accueil des urgences entre le centre hospitalier Drôme-Vivarais et les hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère afin de garantir la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soignants. Les hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère doivent dans tous les cas procéder à un examen somatique des patients accueillis. Un registre de contention et d'isolement doit y être mis en place.

PROPOSITION 5 77

Le registre unique doit mentionner, pour un patient donné, chaque mesure d'isolement ou de contention sur une seule et même ligne.

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite, qui était la première, du centre hospitalier spécialisé Drôme Vivarais (CHDV), situé à Montéleger (Drôme), du 1^{er} au 5 juillet 2019. A cette occasion, les services de cet établissement situés à Saint-Vallier et le service des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Valence ont également été visités. Un rapport provisoire a été adressé le 4 décembre 2019 au chef d'établissement, au préfet de la Drôme, au président du tribunal de grande instance (devenu depuis tribunal judiciaire) de Valence et au procureur de la République près cette juridiction, ainsi qu'à la délégation départementale de la Drôme de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes. L'ensemble des observations en retour a été intégré au présent rapport définitif.

A la date du contrôle, l'établissement compte 213 lits d'hospitalisation complète, occupés à 90%. Au cours des trois années précédentes, sa capacité intra-hospitalière a été réduite de 22% et l'offre ambulatoire a augmenté de 23%.

Au moment de la visite, l'établissement prend en charge **un nombre important de patients en soins sans consentement** (49% des journées d'hospitalisation au cours du premier semestre 2019, lesquelles ont touché plus de la moitié des patients hospitalisés) ; **et ce, essentiellement au titre du péril imminent (44%)**. Le site principal du centre hospitalier, situé à Montéleger, est alors un vaste chantier où des unités nouvelles sortent de terre au milieu des anciennes ; les services situés à Saint-Vallier – un pôle de psychiatrie adulte et le pôle de pédopsychiatrie – doivent y être déménagés à court terme. Ce chantier immobilier qui inclut la réalisation d'un centre de consultations somatiques et spécialisées performant doit améliorer de façon substantielle le bien-être des patients et l'environnement de travail des membres du personnel. D'autres avancées dans la prise en charge des patients sont, à la date du contrôle, projetées par la direction de l'établissement ; de fait, **des zones de fragilité et des marges de progrès perdurent, sur lesquelles portent les recommandations et propositions du présent rapport**.

Elles ont trait, en premier lieu, au paradoxe relevé entre une politique volontariste affichée de réduction des mesures d'isolement et de contention et un schéma immobilier ayant conduit à l'augmentation du nombre des espaces dédiés à ces pratiques par rapport à la situation préexistante. Dans ce contexte, si le nombre d'unités fermées doit légèrement diminuer au terme de la reconstruction de l'établissement, il reste élevé. Cependant, les réflexions relatives à la liberté d'aller et de venir et, plus globalement, aux droits des patients – notamment ceux admis en soins sans consentement – sont nombreuses à l'échelle de l'institution et l'organisation de la prise en charge privilégie globalement l'autorisation sur l'interdiction et l'individualisation de la prise en charge au regard de l'état clinique des patients.

En deuxième lieu, les recommandations et propositions émises par le présent rapport portent sur certains aspects de l'organisation de la prise en charge médicale des patients, en particulier aux services des urgences du centre hospitalier de Valence et des Hôpitaux Drôme Nord de Romans-sur-Isère où elle doit être consolidée et améliorée, notamment par la mise à jour des partenariats existants.

Enfin, plusieurs recommandations ont trait aux droits garantis aux patients en leur qualité de sujets de droit.

Les observations présentées le 22 janvier 2020 par la direction de l'établissement et le directeur général de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes confortent pour l'essentiel les

constats opérés lors de la visite et font apparaître qu'un nombre important des recommandations émises a été pris en compte sans délai.

SOMMAIRE

SYNTHESE DES OBSERVATIONS	2
SYNTHESE	6
SOMMAIRE	8
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	13
2.1 L'organisation de l'établissement a été profondément modifiée en trois ans, au bénéfice d'un redécoupage territorial de la santé mentale dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche	13
2.2 Le projet d'établissement doit être actualisé au regard des nouvelles réalités du centre hospitalier	15
2.3 Une situation financière favorable a permis la reconstruction de l'hôpital et des investissements extra hospitaliers conséquents	16
2.4 Le recrutement et la gestion des médecins et du personnel soignant sont dynamiques	17
2.5 Grâce à des accords inter-pôles, les situations de sur occupation sont rares mais les patients en soins contraints sont principalement admis sur le fondement d'un seul certificat médical	19
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	22
3.1 L'information des patients en soins sans consentement est très insuffisante ...	22
3.2 La procédure de signalement et de traitement des évènements indésirables est maîtrisée ; les plaintes sont relativement peu nombreuses	25
3.3 La possibilité de désigner une personne de confiance est assurée	30
3.4 Rien n'est mis en œuvre pour permettre l'exercice du droit de vote	30
3.5 L'accès aux cultes est aisé	30
3.6 La protection juridique des majeurs est assurée	31
3.7 La confidentialité de l'hospitalisation fait l'objet d'une certaine vigilance qui doit être confortée par une prochaine amélioration de l'outil informatique	32
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	33
4.1 Malgré les initiatives soutenues par l'établissement, la communication avec les familles et les représentants des usagers est jugée insuffisante	33
4.2 Les registres de la loi sont tenus avec un retard important et sont insuffisamment renseignés	35
4.3 Les sorties de courte durée participent de la prise en charge et de la levée de la mesure, laquelle est fréquemment précédée d'un passage en programmes de soins	35
4.4 Le juge des libertés et de la détention exerce pleinement sa mission de contrôle	37

4.5	Outre l'intervention de la CDSP, les contrôles des autorités se limitent à la visite annuelle du procureur de la République	40
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	41
5.1	La circulation est libre à l'intérieur des bâtiments mais la liberté d'aller et venir est entravée par le nombre important d'unités fermées	41
5.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont minimales ou en passe de le devenir	44
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur respectent les droits des patients et de leurs proches	45
5.4	La liberté des patients à vivre leur sexualité est prise en compte par l'établissement	47
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	49
6.1	Les locaux sont en pleine reconstruction	49
6.2	Les conditions d'hygiène sont respectées tant pour le nettoyage des locaux que pour le linge et l'hygiène personnelle	51
6.3	Les biens des patients sont conservés dans les casiers des unités	52
6.4	La restauration donne satisfaction aux patients	53
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	55
7.1	Les patients sont majoritairement orientés par les urgences des hôpitaux de Valence ou de Romans-sur-Isère dont les dispositifs d'accueil sont insuffisants	55
7.2	Les soins psychiatriques sont individualisés et attentionnés.....	57
7.3	L'articulation entre le futur centre d'activités thérapeutiques et celles mises en place dans les unités, peu nombreuses au jour du contrôle, devra être assurée	59
7.4	L'accès aux traitements est organisé dans le souci de la confidentialité et de la qualité	65
7.5	Les soins somatiques qui comportent des prestations diversifiées sont assurés avec compétence.....	66
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	69
8.1	En contradiction avec la politique affichée de l'établissement, les chambres d'isolement seront plus nombreuses dans les unités relogées que dans les anciennes.....	69
8.2	Le recours aux mesures d'isolement et de contention fait l'objet d'une réflexion avancée de l'établissement et des équipes qui y exercent ; les pratiques constatées restent cependant encore hétérogènes et globalement en deçà des objectifs affichés.....	73
8.3	Le registre mis en place est utilement exploité au soutien d'une politique volontariste de réduction du recours à l'isolement et à la contention qui n'a pas encore porté tous ses fruits.....	77
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	81

9.1	L'offre de soins de pédopsychiatrie pâtit au jour du contrôle d'un nombre limité de spécialistes et de liens insuffisants avec les soins pédiatriques.....	81
9.2	Les rares hospitalisations de personnes détenues, de courte durée, se déroulent à l'UEAO	86
10.	CONCLUSION.....	89

Rapport

Contrôleurs :

- *Mathieu Boidé, chef de mission ;*
- *Matthieu Clouzeau ; contrôleur,*
- *Céline Delbauffe ; contrôleure,*
- *Annick Morel ; contrôleure*
- *Dominique Secouet ; contrôleure.*

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Drôme Vivarais (CHDV), situé à Montéléger (Drôme), du 1^{er} au 5 juillet 2019.

A cette occasion, les services de cet établissement situés à Saint-Vallier et le service des urgences psychiatriques du centre hospitalier de Valence ont également été visités, respectivement le 3 et le 4 juillet 2019.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site de l'établissement situé à Montéléger le 1^{er} juillet 2019 à 11h. Ils l'ont quitté le 5 juillet à 15h30 ; une visite de nuit avait été organisée la veille.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier, au préfet de la Drôme, à la maire de la commune de Montéléger, à la déléguée territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes, à la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Valence et au procureur de la République près cette juridiction ; ainsi qu'aux juges des libertés et de la détention du même tribunal qui sont chargés d'examiner la situation des patients hospitalisés en soins sans consentement dans l'établissement.

Les contrôleurs ont été accueillis par la directrice adjointe et le secrétariat de la direction du CHDV. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, en présence également du directeur en charge des affaires administratives et financières, de la directrice des ressources humaines ainsi que des chefs des quatre pôles de l'établissement et des cadres supérieurs de santé qui y sont attachés. Le médecin président la commission médicale d'établissement (CME), qui est également président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le directeur des soins et le médecin en charge du département d'information médicale du centre hospitalier étaient présents à cette réunion.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site de Montéléger, celui de Saint-Vallier et aux urgences psychiatriques du centre hospitalier de Valence. Les documents qu'ils ont sollicités leur ont été communiqués.

Cependant, il leur est apparu, au travers de plusieurs témoignages qui leur ont été rapportés dans différents services attachés aux quatre pôles de l'établissement ainsi que par des familles de

patients, qu'au lendemain de l'annonce de leur visite et à la veille de leur arrivée, des changements ont été mis en œuvre de façon précipitée dans certaines unités, sans autre explication que celle de leur venue et sans accompagnement des personnels non plus que des patients : remise de l'ensemble des biens précédemment retirés aux patients, de façon impréparée et au mépris des prescriptions médicales, de la sécurité et des vulnérabilités éventuelles ; transfert soudain de patients d'unité à unité ; retrait des équipements de vidéosurveillance dans deux chambres d'isolement ; injonctions diverses aux équipes tendant, par exemple, à la transformation des affichages, à la mise à jour en urgence des inventaires des biens des patients ou encore à l'application du règlement intérieur récemment adopté conduisant à un usage plus strict du téléphone dans certaines unités, etc.

Selon ces témoignages, la prise en compte effective de ces instructions, variable d'une unité à l'autre, a parfois conduit à des actions d'urgence, heurtant patients et soignants et créant des tensions entre les équipes. Le témoignage d'un membre de la famille d'un patient hospitalisé dans l'établissement a enfin fait apparaître l'incompréhension de ces mesures décidées sans concertation ni explication.

Ce dernier constat a, comme les autres, été évoqué auprès de la direction du centre hospitalier lors d'une réunion de restitution qui s'est tenue le 12 juillet 2019, soit une semaine après la fin de la visite, afin de tenir compte de l'absence du directeur d'établissement durant le contrôle. Ce dernier et son adjointe, le directeur des soins, le directeur en charge des affaires administratives et financières, le médecin président la CME, également président de la CDSP, ainsi que les chefs de pôle de l'établissement et les cadres supérieurs de santé ont assisté à cette réunion.

Un rapport provisoire de visite a été adressé le 4 décembre 2019 au chef d'établissement, au préfet de la Drôme, au président du tribunal de grande instance (devenu depuis tribunal judiciaire) de Valence et au procureur de la République près cette juridiction, ainsi qu'à la délégation départementale de la Drôme de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes.

Le procureur de la République a accusé réception de ce rapport le 11 décembre 2019, précisant qu'il n'appelle pas d'observation de la part du parquet de Valence. La présidente du tribunal judiciaire a, par courrier du 9 janvier 2020, fait valoir que ce rapport n'appelle pas d'observation de sa part, sauf à préciser qu'elle a procédé à une visite de l'établissement le 20 décembre 2019.

Par un courrier du 22 janvier 2020, le directeur du CHDV a présenté, d'une part, des observations sur le rapport et, d'autre part, des réponses aux recommandations. Par un courrier daté du même jour, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a également présenté des observations sur ce rapport. L'ensemble de ces éléments est intégré au présent rapport définitif.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'ORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT A ETE PROFONDEMENT MODIFIEE EN TROIS ANS, AU BENEFICE D'UN REDECOUPEGE TERRITORIAL DE LA SANTE MENTALE DANS LES DEPARTEMENTS DE LA DROME ET DE L'ARDECHE

L'historique centre hospitalier Le Valmont, créé en 1976 et membre depuis 2016 du groupement hospitalier de territoire (GHT) Rhône Vercors Vivarais¹, a changé d'identité en 2017 pour devenir le centre hospitalier Drôme Vivarais (CHDV).

Cette appellation fait écho au nouveau ressort de compétence de l'établissement, issu de la réorganisation territoriale de la psychiatrie intervenue dans les départements de la Drôme et de l'Ardèche au 1^{er} juin 2016.

Celle-ci a eu pour conséquence, d'une part, la réduction – de quatre à deux – du nombre d'établissements intervenant dans le champ de la santé mentale dans ce ressort et, d'autre part, un redécoupage des secteurs confiés à chacun des opérateurs restants afin de les faire mieux correspondre aux bassins de vie des populations concernées plutôt qu'aux réalités administrative (le découpage départemental) ou géographique (le couloir rhodanien).

Ainsi que le précise l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes², vingt-cinq communes ardéchoises relèvent désormais du territoire d'intervention du CHDV, qui n'avait compétence auparavant que dans la Drôme, et quarante-neuf communes drômoises dépendent du centre hospitalier (CH) Sainte-Marie de Privas, précédemment compétent en Ardèche uniquement.

En effet, le redécoupage territorial a eu pour conséquence :

- de transférer au CH Sainte-Marie le Sud drômois, de Montélimar à Pierrelatte environ, qui relevait précédemment de la compétence du centre hospitalier de Montélimar ;
- et de transférer au CHDV un secteur situé en département ardéchois, de l'autre côté du Rhône et allant de Tournon-sur-Rhône jusqu'à Valence, dans la région dite du Vivarais, qui était jusqu'alors pris en charge par les Hôpitaux Drôme-Nord de Romans-sur-Isère³.

Selon l'ARS, ce découpage a en outre conduit à un rééquilibrage de la population desservie par chaque établissement : 396 500 habitants pour le CH Sainte-Marie et 438 000 habitants pour le CHDV – contre moins de 300 000 auparavant.

C'est ainsi que le CHDV est, à la date du contrôle, en charge de trois secteurs de psychiatrie adulte et d'un secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui sont essentiellement situés dans la Drôme mais débordent par endroits, de l'autre côté du Rhône, en Ardèche.

Pour tenir compte de ces changements, le CHDV et le CH Sainte-Marie ont structuré leur offre respective afin de limiter les contraintes pour les populations desservies. Il s'est agi, selon les

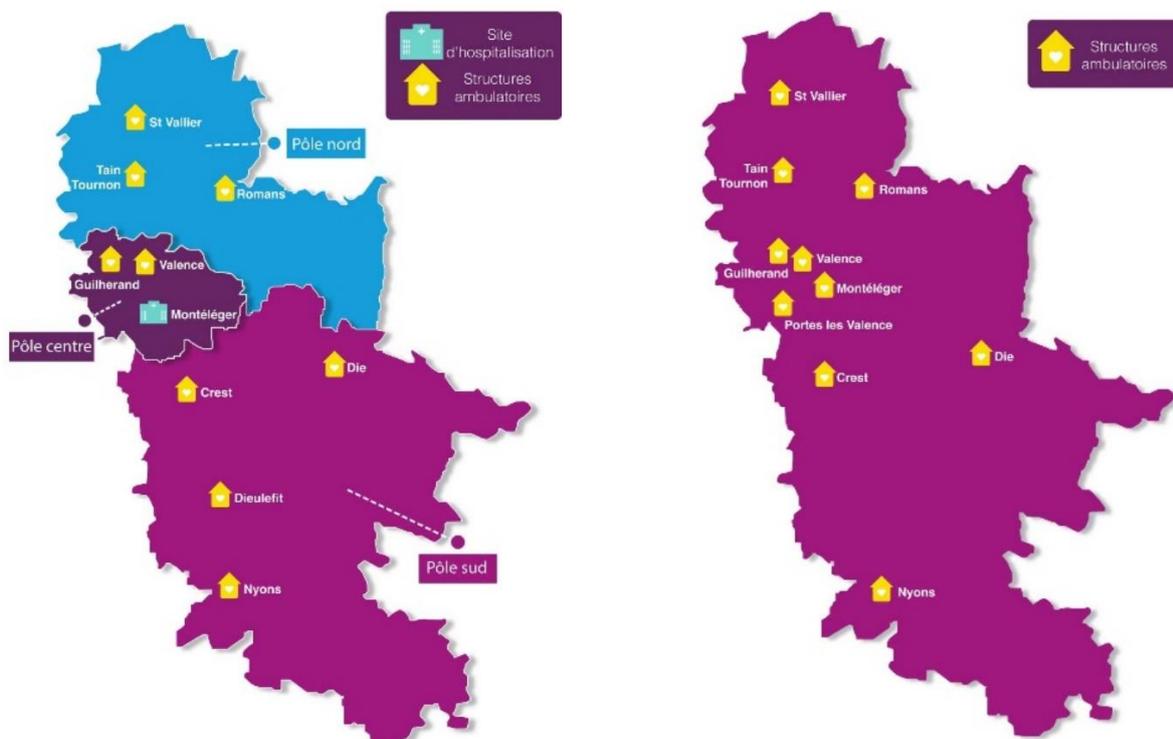
¹ La convention-cadre du GHT a été signée le 30 juin 2016 par les centres hospitaliers de Valence, de Saint-Marcellin, de Crest, de Die, du Cheylard, de Lamastre et de Tournon, par les Hôpitaux Drôme-Nord de Romans-sur-Isère et par l'établissement alors dit Le Valmont.

² Voir : <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/loffre-de-soins-en-psychiatrie-dans-lardeche-et-la-drome-ameliorer-la-prise-en-charge-du-patient>

³ Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que « Le CHDV gère ainsi depuis 2016 les territoires Saint Vallier-Romans, antérieurement rattachés aux HDN. Le territoire Guilhaud-Grandes Saint-Peray était géré par le CH Sainte Marie de Privas. »

témoignages recueillis, de « *faire profiter tout le monde du virage ambulatoire, et pas seulement les grandes villes* ».

De fait, au bénéfice du nouveau découpage de la santé mentale dans les secteurs Drôme-Ardèche, le CHDV a diminué de 22 % ses capacités d'hospitalisation complète depuis 2016, et augmenté dans le même temps de 23 % son offre ambulatoire.



Les secteurs de compétence du CHDV : psychiatrie adulte / pédopsychiatrie – source CHDV

Cette offre de soins se structure, pour les adultes, en trois pôles – Nord, Centre et Sud – correspondant à chacun des secteurs qui lui sont confiés. A la date de la visite, cette mue n'est pas terminée : après avoir fermé plusieurs services d'hospitalisation continue, à Romans-sur-Isère et à Montélimar, et ouvert diverses structures ambulatoires sur l'ensemble de son ressort de compétence, le CHDV projette :

- d'une part, le déménagement à Montéleger de l'unité d'hospitalisation complète de pédopsychiatrie et des deux unités d'hospitalisation complète du pôle Nord qui demeurent à Saint-Vallier : à la date de la visite, leur déplacement est respectivement programmé au mois d'août et au mois de septembre 2019 ;
- d'autre part, le déménagement dans des bâtiments neufs de l'ensemble des unités d'hospitalisation existant à Montéleger : au jour du contrôle, seule l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO) avait investi ses nouveaux locaux, les autres bâtiments étant en cours d'érection.

Au terme de ces transformations, le CHDV proposera :

- à Montéleger, quatre pôles d'hospitalisation complète et un pôle support :
 - o les pôle Nord, Centre et Sud, comptant entre quarante-cinq et quarante-huit lits d'hospitalisation adulte chacun, seront respectivement organisés en deux unités, l'une ouverte et l'autre fermée ;

- le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent comportera dix places d'hospitalisation complète au sein d'une unité fermée ;
- le pôle dit transversal comprendra, d'une part, des structures internes de prise en charge complète (dont en particulier vingt-deux lits d'accueil d'urgence à l'UEAO, une trentaine de lits dits de longue évolution et trente places en maison d'accueil spécialisée) et, d'autre part, des activités dites spécifiques (équipe de liaison et de soins en addictologie, pharmacie, centres d'activités et de consultations médicales) ;
- en ambulatoire, répartis sur l'ensemble de son ressort de compétence :
 - vingt centres ou antennes médico-psychologiques ;
 - douze hôpitaux de jour ;
 - treize centres d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
 - une maison des adolescents ;
- enfin, sur le secteur Centre dont relève l'agglomération de Valence, une équipe mobile « psychiatrie précarité » et une unité sanitaire de niveau 1 au centre pénitentiaire, notamment.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « Depuis la visite du CGLPL, l'établissement compte 50 lits pour le pôle Centre (au 15 mars 2020), 50 lits pour le pôle Sud (depuis septembre 2019), 50 lits pour le pôle Nord (depuis septembre 2019), 10 lits pour la pédopsychiatrie (depuis août 2019) et 50 lits pour la réhabilitation, troubles de l'humeur et longue évolution (mars 2020). [...] Une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie déployée sur le pôle Centre, en cours de déploiement au moment de la visite sur les pôles Nord et Sud, est définitivement déployée depuis décembre 2019. » Le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes confirme pour sa part, dans un courrier du même jour, que les déménagements des unités se sont déroulés dans le calendrier prévu et que la totalité des travaux en cours lors de la visite doit s'achever au printemps 2020.

2.2 LE PROJET D'ETABLISSEMENT DOIT ETRE ACTUALISE AU REGARD DES NOUVELLES REALITES DU CENTRE HOSPITALIER

Un projet d'établissement a défini la politique du CHDV pour la période 2016-2020. Son projet médical donne pour ambitions au centre hospitalier le développement et la consolidation de l'offre de soins de proximité et la modernisation de l'hospitalisation complète – ce qui a conduit aux évolutions indiquées *supra*.

Comme l'ensemble du projet d'établissement, ce projet médical doit être actualisé à l'horizon 2020 pour asseoir de nouveaux objectifs sur la réalité de l'établissement résultant des nombreuses transformations qu'il a vécues en quatre ans. A ce titre, ce projet gagnera à s'articuler sur des pratiques renouvelées pour la prise en charge des patients, notamment ceux admis en soins sans consentement.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que l'établissement « a signé son CPOM en janvier 2020, base sur laquelle devra être construit le futur projet médical qui devrait faire l'objet de travaux au second semestre 2020. » Dans un courrier daté du même jour, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes précise que contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) de l'établissement est « actuellement en cours de signature ».

2.3 UNE SITUATION FINANCIERE FAVORABLE A PERMIS LA RECONSTRUCTION DE L'HOPITAL ET DES INVESTISSEMENTS EXTRA HOSPITALIERS CONSEQUENTS

L'établissement, dont le budget total s'élevait à 57 433 341 € en 2018 (prévisionnel 2019 : 58 731 561 €), présente une situation financière favorable en raison :

- d'une maîtrise historique de ses coûts de production, inférieurs à ceux des autres hôpitaux du territoire ;
- du transfert d'activités lié à la recomposition de l'offre de soins psychiatriques à partir de 2016, conduisant à l'apport de recettes complémentaires (de 37,4 à 55,3 millions €, soit plus de 48 % entre 2015 et 2018) ;
- de la réduction globale des capacités d'hospitalisation à temps plein, accompagnant les transferts d'activité notamment des Hôpitaux Drôme Nord (HDN), dans l'objectif stratégique régional de développement de l'offre ambulatoire ;
- de la reprise graduée des prestations inter-établissements versées aux HDN (locations du site de Saint-Vallier notamment).

Dans un contexte de relative stagnation de la composante « prix » des dotations annuelles de financement (DAF), le résultat net comptable de l'établissement lié à son activité psychiatrique est positif depuis 2015 et en forte augmentation depuis 2016 : 3,636 millions € en 2018 (pour 4,100 millions € en 2017, 2,944 millions € en 2016 et 956 000 € en 2015).

Alors que la marge brute cible (2022) requise par l'ARS est de 4,9 millions d'euros (8 %) pour soutenir le financement du cycle d'investissement, la marge brute de l'établissement se maintient à un niveau élevé depuis 2016 (10,2 % en 2016, à 9,6 % en 2017 et 9,8 % en 2018 soit 5,6 millions €). L'agence régionale a autorisé des investissements importants – à hauteur de 80,8 millions €, qui :

- dynamisent les structures extra hospitalières, avec 20,2 millions € pour la reconstruction des sites de proximité :
 - o ceux consacrés aux adultes, à Romans-sur-Isère et à Valence : deux hôpitaux de jour, un centre d'activités thérapeutiques à temps partiel, un centre de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, un centre médico-psychologique et des équipes mobiles de précarité et de psycho-gériatrie ;
 - o et ceux consacrés aux enfants : relocalisation de l'hôpital de jour pour enfants de Romans-sur-Isère sur le site d'activités ambulatoires pour enfants de cette ville, hôpital de jour pour enfants de Nyons ;
- recomposent l'offre hospitalière (61,2 millions €) :
 - o par reconstruction, sur le site de Montéléger, de toutes les unités d'hospitalisation complète (adultes et enfants), en réduisant la capacité des unités anciennement implantées à Saint-Vallier ;
 - o et par la modernisation du fonctionnement de l'hôpital (acquisition d'un robot pour la pharmacie, création d'une activité d'électroconvulsivothérapie (ECT, en partenariat avec le CH de Crest dès le deuxième trimestre 2019).

Le plan de financement de cette opération d'envergure fait appel à quatre types de ressources :

- emprunt pour 57 millions € dont 20 millions sont couverts par une augmentation de la dotation annuelle de financement de 1,2 million d'€ ;
- aide en capital de l'ARS de 5 millions € ;
- auto-financement à hauteur de 17,3 millions € (DAF et prélèvement au fonds de roulement) ;

- cessions d'immobilisations (1,5 million €).

2.4 LE RECRUTEMENT ET LA GESTION DES MEDECINS ET DU PERSONNEL SOIGNANT SONT DYNAMIQUES

Le CHDV dans son ensemble (y compris l'unité de soins de longue durée – USLD – et la maison d'accueil spécialisée – MAS) rémunérait 836 personnes (ETPR⁴) en 2018, chiffre en croissance depuis 2016 (733 ETPR) en raison notamment du redécoupage sectoriel intervenu à cette date. Les dépenses de personnel représentent 80 % des dépenses de l'établissement.

En juin 2019, hors ULSD et MAS, ce sont 751 ETPR qui étaient affectés à l'activité psychiatrique.

2.4.1 Le personnel médical

Dans cet ensemble, le nombre de médecins effectivement employés par l'établissement progresse sur trois ans (56,92 ETPR en juin 2019 pour l'activité psychiatrique contre 44,06 en 2016). Certains praticiens ont des activités exclusivement hospitalières ou extra hospitalières, d'autres partagent leur temps entre l'intra et l'extra hospitalier.

Des démarches volontaires de la direction ont permis l'augmentation des praticiens salariés, notamment les psychiatres, dans un environnement démographique marqué par de nombreux départs en retraite (sept dans l'établissement en 2018), une pénurie de psychiatres et pédopsychiatres formés et une forte concurrence entre les établissements hospitaliers.

Les actions menées pour « attirer » les psychiatres sont diverses : recherche de praticiens attachés associés (PAA) avec engagement de servir, accompagnement dans les cursus de qualification et offre d'avantages annexes (logement) ; proposition de statut de cliniciens pour certains praticiens hospitaliers ; création de postes d'internes et démarchage auprès des facultés de médecine. Le développement d'une politique médicale dynamique par la mise en place d'activités spécifiques (ECT⁵, éducation thérapeutique) contribue également à l'attractivité de l'établissement.

Au-delà des psychiatres, l'établissement procède au recrutement de généralistes rendu nécessaire par la mise en place d'une politique somatique transversale (deux généralistes mais aussi des PAA sous contrat dans cette spécialité, notamment au pôle Nord).

Au total en juin 2019, sur l'ensemble des praticiens salariés par le CHS, 25 % étaient des praticiens attachés associés, contraignant à une organisation particulière pour la mise en œuvre des procédures médico-légales (voir *infra*, notamment § 4.3.1 et § 8) : premier niveau de garde dans l'établissement avec l'ensemble des praticiens de 18h à 9h et le week-end ; second niveau d'astreinte avec les seuls « signataires » des procédures. En juin 2019, la présence des PAA était plus importante aux pôles Sud et Nord (cinq et quatre ETPR) qu'au Centre (2,33 ETPR), pour un nombre total de médecins sensiblement identique dans les trois pôles sectoriels (respectivement : 8,7, 8,5 et 9,5 ETPR).

Les indicateurs sociaux témoignent en 2018, pour les praticiens, d'un taux d'absentéisme faible (1,88 %) et d'une gestion des temps rigoureuse (absence de jours de comptes épargne temps – CET – posés et payés en 2018).

⁴ ETPR : équivalent temps plein rémunéré

⁵ ECT : électroconvulsivothérapie. Voir *infra*, § 7.5

2.4.2 Le personnel non médical

a) Les données générales

La même croissance numérique marque les effectifs totaux non médicaux de l'établissement : 782 ETPR en 2018, contre 733 en 2016, dont près de 75 % étaient des soignants (infirmiers et aides-soignants) et un peu plus de 10 % des personnels administratifs et de direction.

En outre, trente-six ETPR de psychologues, dont près de la moitié ont en juin 2019 une activité en pédopsychiatrie, se partagent les secteurs entre l'intra et l'extra hospitalier. Il en est de même des vingt-trois assistantes sociales (quatre par pôles sectoriels, six pour la pédopsychiatrie, cinq pour le pôle transverse dont l'activité de réhabilitation est importante), dont les temps effectifs de travail conduisent cependant à des durées hebdomadaires d'activité variables selon les pôles.

En dépit d'importants mouvements de personnel liés à la recomposition, en 2016, de l'offre de soins psychiatriques dans le département (rattachement du secteur Nord à Montéleger et transferts de près de quatre-vingt-dix professionnels), l'établissement ne présente pas de vacances significatives de postes de soignants, même si des difficultés temporaires liées au décalage des sorties de jeunes diplômés des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI), notamment celui de Valence, se font jour : le recours à l'intérim et aux CDD augmente ainsi depuis trois ans.

Par ailleurs, une politique de qualification professionnelle permet la promotion d'aides-soignants, dont la place dans les équipes soignantes de l'établissement est relativement récente, à l'emploi d'infirmières ; et la prise de poste des infirmières diplômées d'Etat (IDE) est soutenue par une formation de quatre jours sur la consolidation des savoirs ainsi que, depuis 2012, par un tutorat qui peine cependant à être effectif dans la pratique.

La politique de formation de l'établissement comporte, depuis cinq ans, des sessions sur les droits des patients (trente-neuf inscrits en 2019 ; cependant, le caractère suffisant de cette formation peut être questionné, voir *infra*, § 3.1.2) qui sont ouvertes également aux médecins, ainsi que, chaque année, deux à trois sessions de formation à la gestion de la violence et de l'agressivité (dite APIC pour « approche préventive intervention contrôlée »), intégrant chacune une douzaine de personnes. Il est prévu en 2020 des formations sur l'isolement et la contention. Selon les informations recueillies dans chacune des unités, l'accès aux formations demandées, y compris lorsqu'elles sont très spécifiques, ne fait pas de difficultés.

L'absentéisme, dont les données par service font l'objet d'une vigilance particulière par la direction des ressources humaines et des affaires médicales, apparaît contenu (7,35 % pour le personnel non médical dont 8,27 % pour les soignants en 2017 comme en 2018).

Le *turn-over* des personnels non médicaux, important en 2016 en raison de la restructuration sectorielle (24,79 %), est stabilisé en 2017 (8,46 %) et 2018 (8,16 %) : l'installation à Montéleger en octobre 2019 des unités du secteur Nord jusqu'alors situées à Saint-Vallier (quatre-vingt-neuf professionnels concernés) est accompagnée (indemnités de départs volontaires, propositions sur des postes extra hospitaliers) afin de trouver des solutions pour les salariés qui ne souhaitent pas être transférés sur le nouveau site, distant de quelques 45 km du précédent.

b) L'organisation des soins

Dans les unités d'hospitalisation, les soignants travaillent selon deux services principaux (6h30/14h12 ; 13h30/21h12), renforcés dans toutes les unités, sauf dans les unités polaires fermées, par des infirmiers dits de journée (services 9h-17h). Les équipes de nuit sont dédiées.

Des maquettes d'organisation des soins précisent par unités, selon leur nature (UEAO, unités fermées, ouvertes, de réhabilitation, d'hospitalisations chroniques), les effectifs cibles en journée et la nuit : le nombre de soignants est plus important à l'UEAO (six soignants dont cinq infirmiers) et dans les unités fermées (quatre soignants dont trois infirmiers). Dans les unités polaires ouvertes comme à l'unité Tapies où sont pris en charge les patients dits chroniques, l'effectif cible est de quatre soignants, y compris une infirmière de journée ; l'unité intra hospitalière de réhabilitation psychosociale (UIRPS) compte cinq soignants aux moments les plus actifs de la journée.

En cas d'insuffisance d'effectifs, c'est le cadre de l'unité qui, en modifiant les plannings (déplacement des repos) des catégories de personnel en fonction dans l'unité, peut pallier les absences avec l'accord des intéressés : en cas de difficultés, il peut être fait appel à la solidarité de pôles ou, finalement, à des retraités volontaires, à un recrutement en CDD ou à un recours à l'intérim. Il serait envisagé de mutualiser, entre les hôpitaux du groupement hospitalier de territoire (GHT), les volontariats pour des remplacements, grâce à un applicatif partagé de gestion des temps.

L'examen des plannings d'organisation des unités du mois de juin 2019 montre que les effectifs sont globalement respectés, avec des difficultés particulières à l'UEAO, en cours d'ouverture à cette période. En raison des particularités des nouveaux locaux de cette unité (longueur des couloirs d'un bâtiment dessinant un A, absence de visibilité des deux ailes d'hébergement depuis le poste infirmier, dispersion des chambres d'isolement dans les deux ailes du bâtiment), les effectifs tant d'infirmiers que d'agents des services hospitaliers (ASH) s'avèrent parfois insuffisants pour assurer la sécurité des patients, des soignants et des agents hospitaliers : une adaptation des effectifs ou de l'organisation semble nécessaire.

Des chronogrammes établis par les cadres de chaque unité déclinent les fonctions à assurer durant la journée et la nuit par les soignants et les ASH. Des infirmiers référents en matière de pharmacie et, dans certaines unités, en matière d'isolement, sont désignés.

Des supervisions d'équipe, pour lesquelles l'établissement a recours à des psychologues extérieurs, peuvent être mises en place à la demande du chef ou du cadre supérieur de pôle à raison de 1h30 par mois sur dix mois. Toutes les équipes ne s'en saisissent pas.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « Lors de la visite du CGLPL en juillet [2019], les soignants venaient de prendre leurs fonctions dans les locaux de l'UAEO et des ajustements de pratiques ont été nécessaires. Moins de concentration de soignants dans le poste de soins et nécessité pour les soignants d'aller à la rencontre des patients dans les unités. Pour un taux d'occupation moyen de 81% durant le second semestre 2019, l'effectif soignant est suffisant, il se compose 18 IDE, 4 AS, 6 ASH » (sic). Le CGLPL maintient néanmoins ses observations relatives à l'insuffisance ponctuelle des effectifs pour assurer la sécurité des patients.

2.5 GRACE A DES ACCORDS INTER-POLES, LES SITUATIONS DE SUR OCCUPATION SONT RARES MAIS LES PATIENTS EN SOINS CONTRAINTS SONT PRINCIPALEMENT ADMIS SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Conformément à la démographie constatée dans les différentes zones du territoire relevant du ressort du CHDV, d'importants déséquilibres dans la population desservie par chaque pôle de l'établissement subsistent. En particulier, le pôle Sud est compétent pour un bassin de population largement moins important que ceux des autres ; en conséquence, des accords ont été trouvés entre chefs de pôle afin que des patients des autres secteurs puissent être pris en charge par le pôle Sud. Ainsi, au jour du contrôle, dix patients du pôle Nord et cinq patients du pôle Centre y sont pris en charge.

L'occupation des pôles est pareillement variable. C'est le pôle Centre – correspondant au bassin du valentinois – qui connaît le taux d'occupation le plus élevé. Cependant, comme dans les autres services, la pratique dite des couchettes y est inexistante et les chambres d'isolement ne sont pas utilisées pour héberger des patients, selon les informations communiquées. En cas de besoin, il serait fait appel au CH Sainte-Marie de Privas pour y orienter les patients surnuméraires. Exceptionnellement, l'unité de pédopsychiatrie peut en revanche être contrainte, du fait d'une sur occupation ponctuelle, à utiliser la chambre d'isolement à titre d'hébergement. La porte en est alors laissée ouverte (voir *infra*, § 9.1). Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « Depuis son transfert sur Montéleger fin août 2019, l'unité de pédopsychiatrie dispose non plus de huit lits mais de dix lits largement suffisants pour accueillir l'ensemble des patients. Sur les 6 derniers mois de l'année 2019 le taux d'occupation moyen est de 62%. Dès lors, la chambre d'isolement n'est jamais utilisée comme une chambre normale. »

En psychiatrie adulte, l'absence de situation de sur occupation a également été rendue possible par des efforts portés sur le développement de liens avec le secteur médico-social local, ce qui a permis la réduction du nombre de patients au long cours d'au moins quarante lits en trois ans selon les informations communiquées.

Dans ce contexte, cependant, le taux d'admission en soins sans consentement (SSC) apparaît important puisqu'il équivaut à quelque 40 % du nombre total des hospitalisations annuelles de l'établissement : 39,2 % des 2 100 admissions enregistrées en 2017, 42,7 % des 2 131 hospitalisations assurées en 2018 et 40,39 % de celles effectuées au cours du premier semestre 2019. Rapportées au nombre des patients concernés, les admissions en soins sans consentement représentent de 39 à 43 % de la population concernée, selon les chiffres communiqués. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement relève : « A noter un recours aux soins sans consentement en baisse de 10% depuis le mois de septembre 2019 (13% pour les SPI). »

En outre, l'examen des documents transmis aux contrôleurs fait apparaître que, dans leur majorité, ces patients sont admis en SSC au titre d'un péril imminent ou d'une urgence – soit au vu d'un seul certificat médical. En effet, sur le total des mesures d'hospitalisation en soins contraints décidées par le directeur d'établissement, plus de 87 % ont été édictées sur l'un de ces fondements en 2017 (34,1 % au titre de l'urgence et 53,3 % au titre d'un péril imminent), 87,4 % en 2018 (33,9 % au titre de l'urgence et 53,5 % en raison d'un péril imminent) et près de 48 % au cours du premier semestre 2019 (dont 47,7 % pour péril imminent).

Selon les informations communiquées, cette situation résulterait d'une multitude de facteurs, dont la présence à Valence d'un nombre élevé de personnes sans domicile fixe, pour lesquelles aucun tiers ne peut solliciter l'hospitalisation, et des difficultés d'admission en soins libres dans l'établissement, faute de place disponible. Si ces hypothèses ne peuvent être vérifiées, la seconde d'entre elles conduit à souligner que, le cas échéant, l'établissement devrait modifier, rapidement après l'admission du patient concerné en soins contraints, le statut de son hospitalisation. Or il ne ressort d'aucune des informations communiquées que tel serait le cas pour un nombre important de patients. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « L'admission en soins libres, depuis la reconstruction, ne pose aucun problème de capacité puisque les unités dédiées à cette prise en charge ont été portées pour le pôle Sud à 25 lits (versus 21), pour le pôle Nord à 25 lits et celle du pôle Centre à 25 lits en mars 2020). »

La récurrence des admissions demandées sur le fondement d'un seul certificat médical semble surtout être la conséquence des difficultés rencontrées par les soignants des services des urgences des CH de Valence et de Saint-Vallier pour dégager le temps nécessaire à la recherche de tiers (voir

infra, § 7.1). Si, en outre, l'évolution du statut de l'hospitalisation est possible après l'admission au CHDV, elle reste rarement pratiquée en fait, selon les informations communiquées, puisqu'il ressort des témoignages recueillis que la recherche de tiers n'est jamais reprise par les soignants des unités une fois cette admission passée. La situation de plusieurs patients de l'établissement hospitalisés au long cours dans l'unité réservée aux patients chroniques est à cet égard symptomatique.

Enfin, la très importante proportion d'hospitalisations contraintes justifiées par un seul certificat médical peut également trouver ses racines dans des difficultés de démographie médicale et de capacité médico-légale de certains médecins (voir *supra*, § 2.4.1).

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le nombre élevé des admissions en soins sans consentement et, parmi elles, la fréquence des situations d'urgence et de péril imminent rendent nécessaire la mise en œuvre d'améliorations organisationnelles de nature à accroître l'association de tiers à la prise en charge. L'établissement doit en outre veiller à actualiser en tant que de besoin le statut de l'hospitalisation des patients admis en soins sans consentement tout au long de leur prise en charge.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « *Plusieurs actions sont en cours pour limiter le recours à l'hospitalisation en soins sans consentement en péril imminent. Tout d'abord la fiche de poste infirmier aux urgences (Valence, Romans) contiendra l'obligation pour l'infirmier de rechercher un tiers et de tracer cette recherche dans le DPI. Par ailleurs, le fiche de poste des infirmiers de l'intra-hospitalier contiendra aussi cette obligation de recherche et de traçage. En ce qui concerne la diminution de la procédure d'urgence (un seul certificat), dès lors qu'un tiers aura été trouvé et dans le cadre de la présence d'un psychiatre aux urgences, un deuxième certificat pourra être établi (certificat urgentiste + certificat psychiatre). Le passage des effectifs en 12h à compter du 1^{er} février aura pour conséquence la présence de deux infirmiers sur chaque amplitude (matin et après-midi) et permettra de consacrer plus de temps à la recherche de tiers et d'essayer d'obtenir également une adhésion aux soins compatible avec une admission en soins libres.* » Dans un courrier daté du même jour, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes souligne que la réduction du nombre d'admissions en soins sans consentement, notamment au titre des périls imminents ou des soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence constitue, avec l'amélioration de la réponse psychiatrique dans les services d'urgence des hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère, l'un des axes majeurs de travail entre l'institution et le CHDV et figure parmi les objectifs prioritaires du CPOM alors en cours de finalisation.

3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST TRES INSUFFISANTE

3.1.1 Les informations générales

Le nouveau règlement intérieur entré en vigueur le 5 juillet 2019, au premier jour de la visite des contrôleurs, est un document dense, difficilement lisible et qui, concernant les dispositions relatives aux personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement, se contente de reprendre les articles du code de la santé publique relatifs à ce type d'hospitalisation. Il n'est pas diffusé aux patients dans son intégralité ni sous forme d'extraits.

La plupart des unités n'a pas rédigé de règles de vie qui leur soient propres. Les contrôleurs n'en ont constaté l'existence que dans les unités Gauguin et Laurencin ; ces règles de vie sommaires sont affichées sur la porte des chambres, à Laurencin, et sur la vitre du bureau infirmier, à Gauguin. Elles précisent les horaires des repas et des visites (également affichés à l'UEAO), l'existence d'une cabine téléphonique dans le service et les possibilités de sortie dans le parc. Pour le reste, les règles de vie sont expliquées oralement aux patients lors de l'accueil, selon les informations transmises, et aucun document propre à l'unité ne lui est remis.

A l'unité Laurencin, selon les informations recueillies, la direction aurait demandé au cadre – la semaine précédant l'arrivée des contrôleurs et postérieurement à l'annonce de la visite – de modifier les règles de vie affichées. Les références aux horaires d'accès à la cabine téléphonique et aux sorties dans le parc, celles relatives à l'interdiction de recevoir des visites dans les chambres et d'apporter des denrées alimentaires périssables dans le service ont été supprimées.

Le seul document pensé directement pour les patients est le livret d'accueil. Ce document de trente-cinq pages comprend une présentation de l'hôpital, des informations relatives aux modalités d'admission et de sortie et sur le séjour du patient, donnant un certain nombre d'informations sur le fonctionnement quotidien des unités, remplaçant ainsi pour partie les règles de vie.

Il comprend également une partie sur les droits des patients, qu'ils soient ou non admis en soins libres. Les informations relatives aux droits des patients en soins sans consentement sont parcellaires (il n'est fait aucune référence au contrôle systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) avant le douzième jour d'hospitalisation) et exposées de telle sorte qu'elles ne sont pas clairement compréhensibles.

Par ailleurs, ce livret d'accueil n'est pas systématiquement remis dans l'ensemble des unités. A l'unité Laurencin par exemple, il a été précisé que ce n'était « *pas dans la culture de l'unité* ». A l'unité Gauguin, *a contrario*, une réflexion autour de sa diffusion a été mise en œuvre ; le livret d'accueil est remis par les infirmiers à l'arrivée avec une explication du fonctionnement de l'unité. La cadre de l'unité a envisagé un temps de déposer directement le livret dans les chambres mais a finalement estimé que la remise d'un document sans explication orale et échange avec le patient n'avait pas grand sens. Dans cette unité, des exemplaires du livret d'accueil sont également disponibles sur un présentoir accroché au mur du couloir à proximité du bureau infirmier.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le livret d'accueil doit être enrichi d'informations accessibles à tous les lecteurs, relatives au statut et aux droits des personnes admises en soins sans consentement, et systématiquement remis à tout patient entrant.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « *En janvier 2020, le livret d'accueil a fait l'objet d'une actualisation qui a permis d'enrichir la partie relative au statut et aux droits des personnes admises en soins sans consentement [ce document est joint]. L'établissement disposant d'unités avec des chambres individuelles, le livret d'accueil sera déposé sur la table de chevet de chaque chambre. Un exemplaire du livret d'accueil sera également disposé sous forme dans un « tarifol » près du panneau d'affichage de l'unité.* » (sic)

3.1.2 Les informations des patients sur les soins sans consentement, les droits et les voies de recours

Les pratiques de notification des mesures d'admission et de maintien en soins sans consentement et d'information des patients sur leurs droits et voies de recours varient d'une unité à l'autre.

Elles peuvent être effectuées par un infirmier ou un cadre qui, dans l'ensemble, sont eux-mêmes insuffisamment sensibilisés et informés des procédures et des droits des patients.

Par ailleurs, il arrive que ces notifications soient effectuées très tardivement sans justification clinique. Dans une unité, les décisions s'empilent sur le bureau du cadre qui procède à leur notification « *par paquet* » quand il trouve le temps nécessaire. Ainsi, le 2 juillet 2019, une décision de réintégration en hospitalisation complète datée du 21 juin n'avait toujours pas été notifiée au patient.

La preuve de la notification des décisions d'admission, de maintien et de modification de la prise en charge prises par le directeur s'effectue par la seule signature du patient sur la décision elle-même ; aucun document de notification spécifique n'est utilisé et remis aux patients.

De plus, aucune indication de la date de notification n'est prévue sur ces décisions : il n'est donc matériellement pas possible de connaître le délai écoulé entre le début de la mesure et sa notification au patient.

Toutes les décisions du directeur précisent les voies de recours possibles (recours devant le JLD et saisine de la commission départementale des soins psychiatriques - CDSP). Si une copie de la décision du directeur semble systématiquement remise au patient, les certificats médicaux qui la fondent ne sont jamais donnés.

La notification des arrêtés préfectoraux s'effectue par la signature d'un document de notification spécifique mais dont la copie n'est pas remise au patient ; l'unique exemplaire étant supposé être retourné à l'ARS.

Enfin, aucun formulaire récapitulatif des droits qui leurs sont garantis n'est remis aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 3

La procédure de notification des décisions, voies de recours et droits du patient est une condition de la régularité de la mesure d'admission et de maintien en soins sans consentement ; elle doit

faire l'objet d'un protocole précis, au sujet duquel l'ensemble des intervenants doit recevoir une formation complète et réactualisée en tant que de besoin.

Par ailleurs, le recueil prévu par la loi des observations des patients admis en soins sans consentement n'est tracé dans aucun document.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le recueil des observations des patients admis en soins sans consentement doit être systématiquement réalisé et tracé, et l'ensemble des documents utiles à leur information doit leur être remis (décisions, certificats médicaux, document récapitulatif des droits, etc.)

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir les points suivants :

- d'une part, « *Un protocole encadrant l'organisation pour permettre la notification des soins sans consentement des patients en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) et des patients en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) existe et est en cours de mise à jour. Une formation accompagnant cette mise à jour, notamment avec un nouveau format de décision, sera mise en place auprès du personnel soignant par le bureau des entrées.* » Sont joints à cette réponse ledit protocole, dont la validation est datée du 11 septembre 2018, et le « nouveau format de décision » évoqué, intégrant un encadré prévoyant mention de la date de notification et d'observations éventuelles. Au verso de ce document, figure en outre un formulaire de notification et l'énoncé des droits et voies de recours garantis aux patients.

- d'autre part, la recommandation ci-dessus « *fait référence à l'absence d'espace de recueil d'observations des patients en soins sans consentement lors de la notification. Dans le logiciel Cariatides, deux « blocs » peuvent être employés à cet effet : un bloc d'observation du suivi au plan médical et un pour les transmissions ciblées à destination des infirmiers. Une demande d'évolution du logiciel quant à la traçabilité de la date de notification accompagnée d'un bloc spécifique pour recueillir les observations du patient sera présenté au Comité de suivi Cariatides du 21 janvier 2020. L'informatisation de ce processus participera également à la dématérialisation du livre de loi et permettra de fournir en routine des indicateurs de pilotage. A notre connaissance, la remise des documents médicaux tels que les certificats n'est pas une obligation. Dans ces conditions, ils ne seront pas remis aux patients. Dans l'éventualité où la législation nous y obligerait, nous nous conformerions à la loi et remettrions les certificats aux intéressés.* »

- enfin, « *le rapport ne décrit pas la réalité en matière de notification sur les points suivants : lors de la transmission des décisions SDDE, deux décisions sont données au patient, une à conserver par le patient lui-même et une à retourner au bureau des entrées. Sur ces décisions, est apposé un tampon, preuve de la notification (indication de la date). Il est donc matériellement possible de connaître le délai écoulé entre le début de la mesure et sa notification au patient. Il en est de même pour la transmission des notifications des arrêtés SDRE, deux notifications accompagnées de l'arrêté préfectoral sont envoyées au service de soin, pour notification aux patients. Un exemplaire de la notification et de l'arrêté sont donnés au patient et un exemplaire de la notification signée par le patient est transmis au bureau des entrées afin de faire un retour de cette notification à la DIJU (Direction Inspection Justice Usager de l'ARS). Celle-ci étant destinataire de tous les documents des patients en soins sans consentement.* »

S'il est pris acte de ces observations, il ne peut qu'être relevé qu'elles ne remettent pas en cause les constats effectués par les contrôleurs et, par suite, le bien-fondé des recommandations formulées. En outre, il doit être rappelé que la législation garantit à toutes personnes le droit de connaître la motivation, en droit et en fait, des décisions défavorables qui les concernent. S'agissant de décisions ordonnant ou prolongeant des soins sans consentement, cette garantie suppose que ces décisions contiennent non seulement une référence à leur fondement légal mais encore l'exposé de motifs factuels, en l'espèce d'ordre médical. Or, le format des décisions du directeur du CHDV portant soins sans consentement qui était utilisé lors du contrôle, comme le nouveau document-type qui est annexé aux observations de l'établissement, ne comportent aucune justification médicale des soins contraints que ces décisions ordonnent. En effet, celles-ci se bornent à considérer « qu'il résulte du contenu de ces certificats médicaux [précédemment visés], dont je m'approprie les termes, que les troubles mentaux de M. ... rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques » : ce faisant, la motivation en fait de ces décisions est insuffisante ; pour y pallier, le ou les certificats médicaux ainsi visés doivent être également notifiés au patient concerné.

3.2 LA PROCEDURE DE SIGNALEMENT ET DE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST MAITRISEE ; LES PLAINTES SONT RELATIVEMENT PEU NOMBREUSES

3.2.1 Les événements indésirables

Le signalement des événements indésirables (EI) s'effectue sur le réseau intranet du centre hospitalier depuis le 1^{er} juillet 2018. Tous les agents de l'hôpital y ont accès et soixante d'entre eux ont bénéficié d'une formation préalable à l'utilisation de ce nouveau logiciel, à charge pour eux de former leurs collègues. Au besoin, l'unité de coordination des vigilances et des risques (UCOVIRIS) peut apporter une assistance au déclarant dans sa démarche.

Le nouveau logiciel de traitement des EI présente l'intérêt de permettre à chacun de suivre en toute transparence les suites données à un signalement et d'assurer une réponse au déclarant. En revanche il ne permet plus de déclaration anonyme. La procédure semble bien assimilée par les agents puisque 951 fiches ont été établies en 2018 (également réparties entre le premier et le second semestre), soit 24 % de plus qu'en 2017. Par risque, les EI signalés se répartissaient comme suit (ordre décroissant) :

Types d'événements indésirables signalés en 2018	Nombre
Linge	86
Agression physique	76
Chute	66
Problème sur le respect de la confidentialité	57
Problème d'effectif ou de planning	56
Problème sur les conditions d'accueil	53
Agression verbale	44
Problème technique de la téléphonie	36
Matériel / équipement : panne prolongée	32
Locaux : température ambiante inadaptée	28

Fugue	26
Problème sur le processus administration	21
Problème lié à la dignité et l'intimité du patient	21
Défaut de coordination	21
Problème technique des applications informatiques	19
Problème sur le processus de prescription	12
Problème lié à la gestion des lits	11
Suicide ou tentative de suicide	4
Autres	101

Principaux types d'évènements indésirables signalés

Source : rapport 2018 - Service qualité et gestion des risques CHDV

Le nombre important (101) de fiches portant un motif « autres » montre la nécessité de poursuivre le travail d'appropriation des rubriques de l'outil par les professionnels. En outre, un certain nombre d'EI signalés ne relevaient pas nécessairement de cette procédure.

Au cours des cinq premiers mois de 2019, 405 EI ont été signalés, dont le détail figure dans le tableau ci-après, dont il ressort que les problèmes de lingerie (délais très longs de nettoyage), déjà prégnants en 2018, ont tendance à diminuer. En revanche, les signalements pour agressions physiques et verbales semblent en hausse à la mi-année, ce qui peut illustrer la bonne appropriation de la procédure par les équipes soignantes. Enfin, le nombre important de fiches relatives à des problèmes liés aux conditions d'accueil (auxquels on peut agglomérer ceux « liés à la gestion des lits » et les signalements pour « prise en charge dans un service inadéquat ») illustre la sur occupation de certaines unités.

Types d'évènements indésirables signalés en 2019 (5 mois)	Nombre
Agression physique	50
Panne matériel, téléphonie Logistique (problème d'approvisionnement, véhicule, stockage, clé) Problème informatique	40
Linge	36
Agression verbale – harcèlement	29
Problème lié à la dignité et l'intimité du patient	22
Problème d'effectif ou de planning	19
Problème sur les conditions d'accueil	16
Chute	13
Dégradation de matériels ou de locaux	11
Prise en charge dans un service inadéquat	10
Défaut de tenue du dossier	9

Défaut de coordination	8
Problème sur le processus administration	7
Problème sur le processus de dispensation	6
Défaut de suivi médico-légal	6
Restauration	6
Disparition ou vol de bien	6
Problème relationnel : patient ou entourage	4
Fugue	4
Trafic et détention de toxiques sur le site	4
Problème lié à la gestion des lits	3
Communication	3
Accident de travail	
Accident avec exposition au sang et aux liquides biologiques	4
Décès	1
Suicide ou tentative de suicide	1
Incendie départ de feu	1
Présence suspecte	1
Autres	85
Total général	405

Source : service qualité et gestion des risques, CHDV

Une fois saisie, la fiche est automatiquement envoyée à l'UCOVIRIS qui l'oriente vers le service concerné pour action, avec copie pour information au cadre du service dans lequel le signalement a été effectué. Aucune obligation de réponse du service saisi n'étant imposée, il est déploré un faible taux de réponse, ce qui risque, à terme, de décourager les signalements. Il est vrai que les déclarants consultent eux-mêmes très peu le site pour connaître les suites données à leurs fiches, laissant à penser que la démarche relève parfois davantage de l'exutoire que d'une réelle volonté de faire progresser les processus.

Toutefois, les événements indésirables sont adressés mensuellement aux chefs et cadres supérieurs de santé de pôle, à charge pour eux de s'en emparer.

En complément, un « comité d'observation des vigilances et des risques associés aux soins » (COVIRIS) se réunit une fois par mois pour passer en revue les EI signalés. Ce comité, qui regroupe des représentants de la direction qualité, le président de la CME, un pharmacien, un infirmier et les cadres supérieurs des pôles, peut décider de saisir, pour les EI les plus graves, le comité de retour d'expérience (CREX). Dix saisines ont été réalisées en 2018.

Ce CREX est composé d'un groupe pluridisciplinaire d'environ vingt-cinq professionnels spécialement formés à l'analyse des EI. Il désigne en son sein un binôme pour analyser l'événement sélectionné et proposer un plan d'action. Les conclusions des CREX sont diffusées sur l'intranet.

Les événements les plus graves sont signalés à l'agence régionale de santé ; en revanche, aucun signalement à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) ni au parquet n'a été effectué à ce jour.

3.2.2 Les requêtes et les plaintes

Les plaintes adressées à la direction sont vues par la directrice adjointe qui décide des suites à donner et adresse (dans les neuf jours en moyenne) un courrier en accusant réception. Le dossier est instruit par la responsable du service qualité – dont la direction de l'établissement précise dans ses observations du 22 janvier 2020 que cette responsable intervient là en sa qualité de médiateur non médical. Une médiation est systématiquement organisée.

Les conclusions sont remises au directeur, qui adresse une réponse au plaignant dans un délai moyen de 70 jours (69 jours en 2018, 74 durant le premier semestre 2019).

Le dossier est en principe présenté à la commission des usagers (CDU, cf. *infra* § 4.1) pour examen lors de sa plus proche réunion mais, selon plusieurs sources, il arriverait que certaines requêtes ne soient soumises à cette commission qu'avec beaucoup de délais, voire jamais.

RECO PRISE EN COMPTE 5

L'ensemble des plaintes et requêtes relatives à la prise en charge des patients doit être porté à la connaissance de la commission des usagers dans un délai utile.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement soutient que : « 97% des plaintes et réclamations sont soumises à la Commission des usagers (CDU). Cependant, lorsque le chef d'établissement est sollicité directement par une famille ou un patient, il doit répondre dans un délai qui ne permet pas la réunion de la CDU. Dorénavant, ces réponses feront a posteriori l'objet d'une communication à la CDU. » Est jointe une copie du courrier de convocation de la CDU pour une réunion fixée le 20 janvier 2020, prévoyant à l'ordre du jour de cette rencontre un point intitulé « Examens des plaintes et réclamations en cours – Analyse es médiations – Information sur les réclamations ».

Au total, quarante-deux plaintes ont été reçues en 2018, contre vingt-quatre en 2017 et onze durant le premier semestre 2019. En parallèle, neuf courriers « d'éloges » avaient été reçus en 2018 (un en 2017, comme au premier semestre 2019).

Par thématiques, les plaintes se répartissent comme suit :

Thématique	2017	2018	1 ^{er} semestre 2019	Total
Divergences sur actes médicaux ou traitements	7	10	4	21
Défaut d'information sur le projet de sortie	3	9	1	13
Relations avec les médecins ou le personnel	2	10	1	13
Défaut d'information patient/famille	2	5	3	10
Demande de levée de soins sans consentement	3	4		7
Prestations hôtelières - Locaux	2	3	0	5
Divers	2	1	2	4
Activités	3	0	0	3
TOTAL	24	42	11	

Sources : Bilans CDU CHS DV

Ce bilan n'est toutefois pas nécessairement exhaustif, les courriers adressés directement aux unités pouvant être traités par celles-ci et non comptabilisés (même si, en principe, la direction demande à avoir une copie de la réponse adressée par l'unité).

Par ailleurs, quatre-vingt-sept demandes de communication de dossier médical ont été adressées à l'hôpital en 2018 (quatre-vingt-deux en 2017) avec un délai moyen de réponse de 5 jours pour les dossiers de moins de 5 ans et de 15 jours pour les dossiers de plus de 5 ans. Il peut être proposé un accompagnement par un médecin ou un cadre pour consulter les dossiers.

3.2.3 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique, existant depuis plus de cinq ans, se réunit en principe mensuellement pendant une heure ; en pratique, huit à neuf réunions par an se sont tenues en 2017 et 2018, avec la participation effective de sept à huit personnes, dont les aumôniers (catholiques et protestants) et un représentant des familles. Les comptes-rendus des réunions sont diffusés *via* l'intranet.

Malgré les efforts conjugués de son président et du psychologue qui le co-animent pour faire connaître le comité d'éthique (notamment *via* le réseau intranet de l'hôpital), les équipes soignantes – à l'exception notable de l'UIRPS – peinent encore à signaler à cette instance des sujets qu'elles souhaiteraient voir traités.

Les principaux thèmes abordés ont porté sur la sexualité, l'adhésion au soin, le secret partagé, les mesures restrictives de liberté, les addictions, la parole du patient, la place des familles et l'hospitalisation des mineurs en unité adultes.

Le président souhaiterait dynamiser cette institution en allant à la rencontre des équipes pour que ses réflexions soient davantage ancrées dans les préoccupations et pratiques professionnelles quotidiennes. Des rencontres avec les comités d'éthique d'autres établissements, spécialisés ou non, sont envisagées. Un projet de charte éthique est également à l'étude.

3.3 LA POSSIBILITE DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST ASSUREE

Le droit de désigner une personne de confiance figure dans le livret d'accueil. Il est en principe évoqué par les soignants lors de l'accueil ; la distinction avec la notion de tiers à prévenir semblant globalement connue et comprise de ces derniers.

Un formulaire doit être rempli lors de la procédure d'accueil, dont la présence dans le dossier est vérifiée par le secrétariat de l'unité.

Ceci permet d'obtenir des statistiques de désignation particulièrement élevées puisque, selon les informations fournies par les différentes unités, au jour du contrôle 126 patients (sur les 192 majeurs recensés) ont désigné une personne de confiance, 8 ayant refusé de le faire et un autre étant dans l'incapacité.

S'il n'est pas certain que les personnes désignées aient été systématiquement contactées pour s'assurer de leur consentement, cinquante-six personnes de confiance ont effectivement été amenées à intervenir dans la prise en charge des patients concernés, selon les informations fournies par les unités.

3.4 RIEN N'EST MIS EN ŒUVRE POUR PERMETTRE L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE

Le droit de vote n'a pas donné lieu à une réflexion institutionnelle à ce jour et aucune procédure n'est élaborée pour en permettre l'exercice. Aucune démarche n'a été engagée par la direction lors des derniers scrutins pour informer les patients, recenser les éventuels votants et organiser l'établissement de procurations ou de permissions de sortie.

RECO PRISE EN COMPTE 6

L'établissement doit mettre en place des procédures pour permettre aux patients en mesure de le faire d'exercer leur droit de vote. Des informations relatives aux échéances électorales doivent être diffusées et les moyens d'y participer doivent être mis en œuvre (permission de sortie, accompagnement, procuration).

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « Une procédure relative au vote a été rédigée et validée le 14 janvier 2020. Le service communication déploie des affiches dans les unités de soins afin d'informer les patients des échéances électorales pour l'année 2020. » Le protocole et les affiches évoqués sont joint à ces observations.

3.5 L'ACCES AUX CULTES EST AISE

Des aumôniers des religions catholique, protestante et musulmane sont présents dans l'enceinte de l'hôpital qui met à leur disposition une aumônerie et une chapelle situés à proximité immédiate de la cafétéria. Les locaux de la future aumônerie seront très vastes et tout aussi bien situés.

Les coordonnées téléphoniques de l'aumônerie ainsi que les horaires des permanences sont affichés dans les unités : trois journées et demie pour l'aumônerie catholique ; deux demi-journées pour chacune des religions protestante et musulmane. La semaine du contrôle, toutefois, seul l'aumônier catholique a assuré ses permanences (en période de congés estivaux). Une célébration catholique a lieu deux fois par semaine à la chapelle.

Les aumôniers ne rencontrent aucune difficulté pour se rendre dans les unités, y compris fermées puisqu'ils disposent d'une clé d'accès – sauf en ce qui concerne les unités fermées, souligne la

direction de l'établissement dans ses observations du 22 janvier 2020. Les équipes soignantes n'hésitent pas à faire appel à eux.



L'actuelle chapelle et les locaux en cours de construction de la future aumônerie

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ASSUREE

L'hôpital ne dispose pas de statistiques globalisées fiables relatives au nombre de patients bénéficiant d'une protection juridique mais, selon les informations recueillies par unité, 99 patients sur les 192 majeurs hospitalisés lors du contrôle bénéficiaient d'une telle mesure (quelle qu'elle soit), soit 52 %.

Une convention a été conclue en janvier 2017 avec les trois principaux organismes de protection juridique présents localement (UDAF, PARI et ATPM⁶), assortie d'un guide pratique, permettant de faciliter la connaissance réciproque des différents acteurs et d'organiser les modalités de coopération.

Ce protocole prévoit notamment la mise en place de trois fiches de liaison entre l'hôpital et les associations de protection juridique des majeurs :

- l'une est établie par le centre hospitalier (en pratique, par l'infirmière de l'unité d'accueil) au moment de l'admission pour informer les mandataires de l'hospitalisation et des besoins du majeur protégé (argent, cigarettes, vêtements, produits d'hygiène, etc.), avec un système de guichet unique entre les trois associations ;
- l'autre est établie en retour, dans les 48h, par le service mandataire compétent, informant ainsi l'hôpital de la nature précise de la mesure, des coordonnées du tuteur, des éléments relatifs aux conditions de vie du majeur protégé et des éventuelles prestations à domicile dont il bénéficie, en particulier ;
- la troisième est établie par l'hôpital au moment de la sortie.

Toutefois, en pratique, cette procédure n'est pas systématiquement suivie, les infirmiers ne transmettant pas la fiche initiale « *faute de temps* ». Les mandataires ne sont, par ailleurs, pas toujours informés des sorties. Pour tenter d'améliorer ce fonctionnement, la directrice adjointe de

⁶ Union Départementale des Associations Familiales ; association Pour l'Accompagnement et la Réadaptation de l'Individu ; Association Tutélaire des Majeurs Protégés

l'hôpital réunit tous les trimestres un comité de pilotage avec les associations signataires de la convention, les cadres supérieures des pôles et la cadre socio-éducative.

Le centre hospitalier dispose de dix-sept assistants de service social (ASS), dont six équivalents temps plein pour l'intra hospitalier (quatre pour les pavillons d'hospitalisation et deux pour la réhabilitation psychosociale), sous l'autorité d'une cadre socio-éducative. Les ASS participent aux réunions hebdomadaires dans les unités et aux réunions de synthèse, auxquelles les tuteurs peuvent également être conviés. A défaut, les tuteurs sont tenus informés par les ASS des décisions prises lors de ces réunions relativement aux majeurs protégés qui les concernent.

Quand un patient non protégé est repéré par les équipes comme nécessitant une mesure de protection, l'assistante sociale de l'unité le rencontre, prépare le dossier et saisi le tribunal de Valence qui se montre « réactif et en mesure de prioriser les dossiers en tant que de besoin ».

Les frais d'expertise restent, en principe à la charge du patient. En cas d'impossibilité, le tribunal désignera un expert au titre de l'aide juridictionnelle.

Au quotidien, ce sont les infirmiers des unités qui gèrent les relations avec les tuteurs. Les mandataires institutionnels sont généralement relativement présents. La principale problématique évoquée porte sur la réactivité pour la disponibilité de l'argent et du tabac, malgré un système, mis en place par les mandataires, de livraisons groupées régulières de cigarettes (mais avec un surcoût pour les patients). En cas de carences avérées d'un mandataire – ce qui peut arriver notamment avec les mandataires familiaux – les assistants de service social se chargent de saisir le juge. Cependant, les mandataires n'assistent pas aux audiences (voir *infra*, § 4.4).

Les mandataires familiaux, pour leur part, regrettent de ne pas être suffisamment associés à la préparation de la sortie.

3.7 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION FAIT L'OBJET D'UNE CERTAINE VIGILANCE QUI DOIT ETRE CONFORTEE PAR UNE PROCHAINE AMELIORATION DE L'OUTIL INFORMATIQUE

D'une manière générale, l'établissement est vigilant quant au respect du secret médical et du droit à la confidentialité de l'hospitalisation. Les agents en charge de son standard téléphonique, comme les soignants dans les unités, veillent à ne pas communiquer d'information à des tiers non habilités à en connaître quant à la présence d'une personne au sein de l'hôpital. En cas de doute, notamment pour des demandes émanant des forces de l'ordre, un contre-appel est systématiquement opéré, avec vérification du cadre juridique dans lequel s'inscrit la demande.

Le droit pour les patients de conserver l'anonymat est en principe évoqué au moment de l'accueil. Toutefois, la version actuelle du logiciel Cariatides® utilisé ne prévoit pas de « case » spécifique à cocher dans le dossier patient. Dès lors, cette question peut être oubliée par le soignant et ne fait l'objet, en tout état de cause, que d'une mention, le cas échéant, dans la rubrique « observations » du dossier patient. Le bureau des entrées (BDE) n'ayant pas accès à cette rubrique, il n'est pas automatiquement informé de la demande d'anonymat. Il faut donc que le soignant ou le secrétariat de l'unité concernée en informe spécifiquement le BDE. Ce dernier pourra alors porter la mention sur le logiciel CPAGE™ utilisé pour le standard téléphonique et par les agents d'accueil de l'hôpital. Conscient de cette difficulté, l'établissement a demandé que la prochaine version de Cariatides® prévoie une rubrique « sous X » à renseigner obligatoirement et visible directement par le BDE.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement souligne que « la confidentialité de l'hospitalisation est une action du PAQSS 2019 ».

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 MALGRE LES INITIATIVES SOUTENUES PAR L'ETABLISSEMENT, LA COMMUNICATION AVEC LES FAMILLES ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS EST JUGEE INSUFFISANTE

4.1.1 Les représentants et la commission des usagers

Les usagers sont représentés à la commission des usagers (CDU) par l'Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ ou handicapées psychiques (UNAFAM – un membre titulaire et un suppléant) et l'Association départementale de parents et d'amis des personnes handicapées mentales (ADAPEI – un titulaire et un suppléant). Le suppléant de l'ADAPEI est également vice-président de la commission, laquelle est présidée par le directeur du centre hospitalier.

Si cette CDU se réunit régulièrement (quatre fois par an pour chacune des années 2017 et 2018, trois fois lors du premier semestre 2019), elle est perçue par les représentants des usagers – inégalement assidus, il est vrai – davantage comme une instance d'information que de véritable concertation. Ces représentants regrettent notamment d'être souvent destinataires au tout dernier moment des dossiers des plaintes et réclamations examinés lors de la séance, qui ne sont mis à l'ordre du jour de la commission qu'à l'issue du processus de traitement soit parfois plusieurs mois après la requête. Certaines réclamations n'auraient d'ailleurs parfois jamais été présentées en instance (voir *supra*, § 3.2.2).

La CDU n'a pas encore élaboré de projet des représentants des usagers. Une réflexion sur l'idée de « patient pair aidant » est amorcée mais non aboutie.

Outre la CDU, l'UNAFAM siège à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP, voir *infra*, § 4.1.2) et participe à un groupe de travail sur le droit d'information des patients (cinq réunions en 2018, trois au premier semestre 2019).

L'UNAFAM siège également au comité d'éthique. Elle a d'ailleurs pu inscrire le sujet de la place des familles à l'ordre du jour d'une réunion de cette instance au mois d'octobre 2018. Le compte rendu de cette réunion invitait à « *accroître la coopération avec les familles ; la penser comme une ressource, et non pas comme un obstacle. Il faut l'inviter à nous aider à aider le patient* ».

Malgré cet engagement de principe, les représentants des usagers et les familles rencontrés déplorent un manque d'accessibilité et de communication des équipes médicales, même si un infléchissement positif a été observé depuis quelques mois sous l'impulsion de la direction et avec l'arrivée de nouveaux praticiens.

Ce ressenti, s'il doit être entendu par l'hôpital et notamment les médecins, ne doit pas faire abstraction des initiatives mises en place par l'établissement. Ainsi, par exemple :

- un psychologue du pôle Centre propose une fois par semaine d'accueillir les familles qui le souhaitent dans le cadre d'un « espace écoute famille » ;
- il est organisé, pour les familles qui le souhaitent, des sessions du programme d'éducation thérapeutique « PROFAMILLE » ;
- l'établissement met à la disposition des usagers et de leurs représentants un lieu pour tenir une permanence au cœur de l'hôpital (à proximité de la cafétéria), et communique largement au sein des unités à ce sujet. Malheureusement, parmi les douze associations partenaires, seule l'UNAFAM assure cette permanence ;
- un forum des associations pour accompagner les malades est organisé dans l'enceinte du CHDV à Montéleger ;

- les associations sont libres de se rendre dans les unités afin de se faire connaître des patients et des professionnels.

4.1.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Drôme est présidée par un médecin psychiatre du CHDV qui est également président de la commission médicale d'établissement (CME).

Elle est composée d'un magistrat (juge de l'application des peines à Valence), d'un médecin représentant du conseil de l'ordre, d'un médecin psychiatre exerçant en libéral, et d'un représentant des usagers (UNAFAM), le secrétariat étant assuré par l'agence régionale de santé (ARS), et se réunit une fois par trimestre environ, sur le site de Montéleger.

Outre l'examen systématique des registres de la loi, elle procède régulièrement à des visites d'unités. Elle est amenée à recevoir les patients qui en ont fait la demande (deux en 2018) et examine les courriers qui lui sont adressés (4 en 2018). Elle a également demandé à l'établissement de lui présenter le registre informatisé relatif à l'isolement et la contention et les statistiques comparatives du recours à de telles mesures depuis 2017.

Les coordonnées de la CDSP et la possibilité de la saisir « *pour toutes contestations liées aux hospitalisations sans consentement* » sont affichés dans les unités.

4.1.3 Le recueil de la satisfaction des patients

Les questionnaires de satisfaction sont inégalement distribués selon les unités ; la pratique du pôle Sud visant à les remettre au moment de la sortie du patient (et non à son arrivée), avec une réelle sensibilisation quant à l'intérêt de les renseigner, aboutit à un nombre de retours presque dix fois supérieur à celui des autres pôles.

Sous l'impulsion du service qualité et gestion des risques, une nette amélioration globale est cependant constatée puisque le nombre de questionnaires de satisfaction retournés est passé de 83 en 2017 à 381 en 2018 (soit un taux de réponse de 26 % des sortants). Cette dynamique se confirme puisque 260 questionnaires étaient déjà retournés à la fin du premier semestre 2019.

Le principal motif d'insatisfaction qui se dégage des questionnaires de sortie porte sur les activités proposées durant l'hospitalisation, 34 % des patients se déclarant insatisfaits ou très insatisfaits (pour 37 % de satisfaits ou très satisfaits).

En complément de ces questionnaires, l'établissement réalise une enquête de satisfaction chaque année (en novembre) auprès des patients présents. En 2018, 103 patients se sont exprimés sur les 150 questionnaires adressés, soit un taux de réponse de 69 %.

Le taux de « *satisfaction globale des patients sur leur séjour* » résultant de cette enquête est de 69 % (contre 53 % lors de l'enquête réalisée en novembre 2017). Par item :

- l'accueil était jugé moyennement satisfaisant (explications sur la durée du séjour : 49 % ; remise du livret d'accueil : 50 %) ;
- les prestations hôtelières étaient satisfaisantes (74 %) ;
- les prestations de soins considérées comme relativement bonnes (61 % de satisfaction), avec des résultats positifs sur la disponibilité des équipes et le respect de l'intimité (73 %).

Ces résultats font l'objet d'un retour auprès des cadres des pôles et d'une présentation en CDU.

4.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS AVEC UN RETARD IMPORTANT ET SONT INSUFFISAMMENT RENSEIGNES

Les registres de la loi – un registre unique regroupant soins à la demande d'un tiers et soins sur décisions du représentant de l'Etat – sont tenus par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 folios numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission.

Les contrôleurs ont examiné les deux derniers registres en cours, ouverts le 15 mars 2019.

Ces registres sont tenus avec beaucoup de retard. La date d'insertion de chaque document dans le registre est notée par les agents du bureau des entrées ; ainsi les contrôleurs ont pu constater que, pour une admission en date du 18 juin 2019, le premier certificat médical n'avait été collé que le 26 juin ; pour une admission du 13 mai, il ne l'avait été que le 23 mai, etc.

De plus, les mentions figurant sur le registre sont incomplètes. En effet, les mentions de notification au patient des arrêtés ou décisions d'admission et de maintien en soins sans consentement, comme celles relatives à la situation juridique, aux droits, aux voies de recours et aux garanties qui sont offertes à ce titre n'y figurent pas, contrairement aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

Par ailleurs, certains certificats médicaux ne sont pas reproduits dans le registre et la mention de l'intervention du JLD, avec précision d'un contrôle de plein droit ou d'un recours facultatif, est quant à elle toujours omise et certaines ordonnances ne sont pas intégrées dans le registre.

Lors de la réunion de restitution, l'établissement a fait état de son souhait de dématérialiser les registres de la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique, l'ensemble des pièces de procédure relatives à une mesure doit figurer dans le registre de la loi lui-même ainsi que les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure d'une part, des droits, voies de recours et garanties d'autre part.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement informe de ce que « *Dès la réception du rapport provisoire, nous avons : 1. Sans délai : collé les décisions SDDE dans les 24 heures, inscrit la date de notification au patient, inscrit les dates d'intervention du JLD dans le cadre prévu à cet effet dans le registre en distinguant les contrôles de plein droit des recours facultatifs. Les ordonnances de la cour d'appel sont désormais collées. 2. A court terme : une maquette de décision présentant la décision juridique, les droits, les voies de recours et les garanties, d'ores e déjà approuvées par la DIJU, sera mise en production. 3. A moyen terme : le livre de la loi doit être dématérialisé pour d'une part permettre une exploitation statistique des données qui le compose sur la base d'indicateur de pilotage et d'autre part pour améliorer l'efficacité de processus de production du livre de la loi.* » (sic) Elle ajoute par ailleurs que : « *Au-delà des actions entreprises pour mise en conformité avec la recommandation [...], le rapport indique que « certains certificats médicaux ne sont pas repris dans le registre ». L'intégralité des certificats (certificats initiaux, 24h, 72h, certificat de situation, les AACD, levée de placement, programme de soins, réintégration, ordonnance du juge des libertés et de la détention...) sont intégrés au livre de la loi.* » Deux photographies de pages de registres sont jointes, portant des mentions datées du 24 et du 31 décembre 2019.

4.3 LES SORTIES DE COURTE DUREE PARTICIPENT DE LA PRISE EN CHARGE ET DE LA LEVEE DE LA MESURE, LAQUELLE EST FREQUEMMENT PRECEDEE D'UN PASSAGE EN PROGRAMMES DE SOINS

4.3.1 Modalités de sorties de courtes durées, de levée de la mesure, des programmes de soins

Les permissions de sortie – accompagnées de moins de 12h et non accompagnées de moins de 48h – renseignées dans le dossier de chaque patient, ne sont pas répertoriées par les secrétaires médicales ou les agents du bureau des entrées. Leur chiffre sur une période donnée n'a donc pu être déterminé. Les agents interrogés s'accordent cependant pour indiquer que les sorties de courte durée sont nombreuses et délivrées assez rapidement après l'admission du patient, dès que son état de santé est stabilisé. Les décisions de sorties ne sont pas notifiées aux tiers par le bureau des entrées et les unités ne le font pas systématiquement.

Pour les patients admis en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), les certificats médicaux sont préalablement transmis à l'ARS pour avis du préfet qui peut s'opposer à la sortie du patient. Selon les informations recueillies, le nouveau préfet arrivé en début d'année 2019 intervient beaucoup plus dans le processus thérapeutique et sollicite des avis médicaux étayés avant d'autoriser les sorties. Le 3 juillet 2019, le préfet a sollicité de l'hôpital un second avis médical pour autoriser une sortie de moins de 48h pour un patient en SDRE, au mépris des dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 1

Conformément aux dispositions de L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne doit imposer aucune mesure complémentaire à l'avis favorable du psychiatre concernant les autorisations de sortie de courte durée.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait état de ce que : « *Si le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire, il peut s'opposer à la sortie. La direction « inspection justice usagers » de l'ARS rappelle le droit au cabinet du préfet lorsque cela s'avère nécessaire.* » (sic) Copie d'un échange de courriels survenu à compter du 8 janvier 2020 entre la direction de l'établissement et l'ARS est jointe à cette observation.

Pour les patients en SDRE, la levée de l'hospitalisation complète est quasiment toujours accompagnée d'un passage en programme de soins, auquel le préfet s'oppose rarement. Selon les informations fournies, les demandes de second avis médical sont fréquentes.

Pour les patients admis sur décision du directeur du CHDV, si les levées de mesure de contrainte ne passent pas systématiquement par l'établissement d'un programme de soins ambulatoires, de nombreux témoignages ont rapporté une certaine frilosité médicale à laisser directement sortir les patients en soins libres. Cette « *culture du moindre risque* » est renforcée dans certaines unités par le manque de médecins statutairement compétents pour signer les avis médicaux nécessaires pour les sorties de courte de durée et les levées de mesures⁷ ; ces avis devant dès lors émaner de médecins d'autres unités ou d'intérimaires peu enclins à initier ce type de démarches pour des patients qu'ils ne connaissent pas. De fait, au cours du premier semestre 2019, la file active des patients en programme de soins s'élevait à 268.

⁷ Comme indiqué au § 2.4.1, l'établissement compte 25% de praticiens associés.

4.3.2 Le collège des professionnels de santé

La procédure de réunion du collège des professionnels de santé est gérée par le bureau des entrées qui tient un échancier accessible aux secrétariats des pôles, lesquels lui transmettent les disponibilités des médecins.

Les membres du collège sont convoqués par écrit mais le patient ne l'est pas.

Si ce collège semble effectivement se réunir, le patient n'est jamais présent et l'examen de sa situation se fait systématiquement sur dossier, sans recueil de ses observations.

Contrairement à ce que les contrôleurs peuvent parfois observer, l'avis est effectivement motivé mais il n'est pas notifié au patient ; un exemplaire est conservé dans le dossier patient.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres et que l'avis découlant de cette rencontre soit notifié au patient.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement informe que : « Dès la réception du rapport provisoire, nous avons : 1. Sans délai : écrit aux médecins concernés pour rappeler le droit en la matière : convocation et présence du patient, recueil de ses observations et notification. 2. A court terme : modifié la procédure relative aux collèges et matérialisé par écrit la convocation du patient. » Ladite procédure – incluant un formulaire type portant avis du collège sur lequel la mention des observations éventuelles du patient est prévue – est jointe à ces observations, ainsi que le courriel adressé aux médecins de l'établissement et un courrier-type portant convocation d'un patient devant le collège.

4.4 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE PLEINEMENT SA MISSION DE CONTROLE

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent, deux fois par semaine (mardi et vendredi), dans une salle dédiée, située au rez-de-chaussée du bâtiment hébergeant l'unité Matisse.



Vues de la salle d'audience et de la salle d'attente

Cette salle, meublée de deux bureaux (un pour le magistrat et un pour le greffier) et de chaises, est dotée de deux ordinateurs reliés à un télécopieur-imprimante situé dans le bureau des délibérés attenant.

Une salle, respectant toutes les conditions de confidentialité, est mise à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant l'audience.

L'accès des patients à la salle d'audience se fait par la salle d'attente équipée de chaises et de tables basses.

Deux vice-présidents du tribunal de grande instance de Valence sont en charge du service du juge des libertés et de la détention (JLD).

4.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Une fois en possession de l'avis motivé, les agents du bureau des entrées préparent la saisine et l'adressent par voie dématérialisée au greffe du JLD accompagnée de toutes les pièces utiles du dossier. Pour les patients admis en SDRE, la saisine est faite directement par l'ARS.

Les contrôleurs ont constaté, en consultant les registres de la loi, que l'avis motivé était fréquemment rédigé quatre jours seulement après l'admission, à une date trop éloignée de l'audience pour véritablement refléter l'état clinique du patient au moment de sa comparution devant le JLD.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les avis motivés – se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète – qui accompagnent la saisine du JLD doivent être rédigés le plus tardivement possible afin de refléter au mieux l'état clinique du patient au moment de l'audience.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement rappelle que : « *L'article quatre de la convention entre le président du TGI, le procureur de la République et la directrice de l'ARS stipule : « La requête est transmise par le directeur du centre hospitalier ou l'autorité préfectorale le plus tôt possible et au plus tard dans les délais fixés par la loi... » En pratique si l'état clinique du patient évolue, le médecin réalise un certificat de situation qui est transmis au JLD. La convention entre la présidente [du] tribunal judiciaire de Valence, le procureur de la République et le directeur de l'ARS sera rapidement amendée pour intégrer cette recommandation. »*

En retour, le greffe envoie la convocation pour l'audience, document qui est transmis à l'unité puis notifié au patient par un infirmier qui recueille également le choix du patient concernant l'assistance de l'avocat (avocat choisi ou désigné d'office). Cette notification est parfois l'occasion pour les soignants d'expliquer aux patients le rôle du juge et de les rassurer, cette convocation étant parfois source d'inquiétude.

Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient est sous protection judiciaire, sont convoqués par le greffe du JLD mais, selon les informations fournies, ne se déplacent jamais à l'audience.

Toutes les audiences se tiennent en chambre du conseil « *afin de préserver l'intimité* » des patients. Les patients sont le plus souvent accompagnés par un soignant à l'audience mais peuvent également s'y rendre seuls ; ceux hospitalisés sur le site de Saint-Vallier sont transportés dans un véhicule conduit par un agent de sécurité parfois accompagné d'un infirmier.

Le nombre de patients qui ne peuvent être auditionnés est important : 18,8 % en 2018 et 18,5 % au premier semestre 2019, sans que le détail entre ceux qui ont refusé de se rendre à l'audience et ceux bénéficiant d'un certificat médical d'incompatibilité ait pu être précisé. Lorsque le patient ne peut se rendre à l'audience pour raison médicale, le juge ne se déplace pas dans l'unité pour le rencontrer.

Avant le début de l'audience, le JLD laisse à l'avocat (choisi ou désigné d'office) le temps nécessaire pour s'entretenir avec le patient. Avocat et patient entrent dans la salle sans les soignants qui restent toujours à l'extérieur. Le juge, le greffier et l'avocat sont en civil.

L'établissement n'est pas représenté à l'audience. Les conclusions écrites du procureur de la République figurent au dossier que l'avocat reçoit sur le réseau informatique de l'ordre judiciaire (RPVA) deux à trois jours avant l'audience. La notification de la décision est le plus souvent faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat ; à défaut, l'ordonnance est faxée au bureau des entrées puis notifiée dans l'unité par un soignant ou un cadre. Les contrôleurs ont pu constater que les voies et délais de recours ne sont pas expliqués oralement au patient par le magistrat lors de l'audience du 5 juillet 2019 à laquelle ils ont pu assister.

Dans la quasi-totalité des cas, l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office (dans le cadre d'une permanence du barreau), sa rémunération étant prise en charge au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources et donc sans reste à charge pour le patient. Une attestation de fin de mission est délivrée par le greffe dès la fin de l'audience à l'avocat ayant assisté le patient. Un nombre suffisant et croissant d'avocats (sur les 180 environ que compte le barreau), tous volontaires, assure cette permanence à raison de deux avocats par semaine, chacun assurant en principe une des deux audiences hebdomadaires. Selon les propos recueillis, le nombre de volontaires est tel que les avocats n'assurent plus de permanence à l'hôpital qu'une fois par an contre deux antérieurement, ce qui ne contribue pas à les familiariser avec cette spécialité d'autant qu'aucune formation sur les soins sans consentement n'est organisée au sein du barreau de Valence. Selon les informations fournies, les avocats ne soulèvent que très exceptionnellement des vices de procédure.

4.4.2 Les saisines, les décisions, les appels

En 2018, le JLD a tenu 102 audiences au cours desquelles 764 patients ont été convoqués ; au cours du premier semestre 2019, 342 ont été convoqués aux 51 audiences organisées. Les saisines ont lieu très majoritairement dans le cadre du contrôle de plein droit du JLD (à la demande du directeur ou du préfet, à 12 jours ou à 6 mois), beaucoup plus rarement à la demande de tiers dans le cadre d'un recours facultatif mais les chiffres exacts n'ont pas pu être fournis.

La très grande majorité des décisions ordonne le maintien de la mesure ou le rejet de la demande de mainlevée. Ainsi en 2018, le JLD a prononcé dix-huit mainlevées de la mesure et sept au premier semestre 2019.

Selon les informations données par le bureau des entrées, quinze appels ont été interjetés en 2018 et dix entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2019, sans qu'il ait été possible de savoir par qui (patients ou procureur de la République). En cas d'appel, le patient est accompagné par des soignants jusqu'à la cour d'appel de Grenoble (Isère).

Ces ordonnances de mainlevées, pour la plupart différées à 24 heures, sanctionnent majoritairement le manque de motivation des certificats médicaux qui sont insuffisamment caractérisés sur l'absence de consentement et la nécessité de soins immédiats.

4.5 OUTRE L'INTERVENTION DE LA CDSP, LES CONTROLES DES AUTORITES SE LIMITENT A LA VISITE ANNUELLE DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

A chacune de ses visites, la CDSP vise le registre de la loi sans apporter de remarque quant à sa tenue en dépit des manques relevés par les contrôleurs.

Le procureur de la République se rend une fois par an au centre hospitalier, en revanche, le préfet, et le maire de la commune n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Les autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique doivent exercer la mission de contrôle qui leur est dévolue par la loi.

Dans ses observations du 9 janvier 2020, la présidente du tribunal judiciaire de Valence informe le CGLPL qu'elle a procédé à une visite de l'établissement le 20 décembre 2019. Reprenant cette information, la direction du CHDV précise en outre, dans ses observations du 22 janvier 2020, que : « M. le Préfet de la Drôme et Mme le Maire de Montéleger ont été sollicités pour une visite de l'établissement. L'Adjoint au Maire de Montéleger a visité le CHDV le 22 janvier 2020. » Divers justificatifs sont joints à ces observations, dont il ressort également une visite du vice-procureur au mois de juillet 2019 et une visite de la CDSP au mois de décembre 2019.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA CIRCULATION EST LIBRE A L'INTERIEUR DES BATIMENTS MAIS LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST ENTRAVEE PAR LE NOMBRE IMPORTANT D'UNITES FERMEES

5.1.1 La sécurisation du site

L'établissement dispose d'un service de sécurité depuis 2009, actuellement composé de neuf agents sur le site de Montéleger – auxquels s'ajoutent cinq agents contractuels sur le site de Saint-Vallier, dont les contrats s'achèveront lors du déménagement des unités demeurant sur ce site.

Ces agents, en uniforme, ont tous la qualification « service de sécurité incendie et d'assistance à personnes » (SSIAP) et suivent une formation pour obtenir la certification « qualification professionnelle d'agent de prévention et de sécurité » (CQPAPS). Ainsi peuvent-ils allier sûreté du site et sécurité incendie, bien que l'établissement ne soit pas réglementairement tenu, du fait de sa configuration, de disposer d'un service de sécurité incendie. Ces agents sont encadrés par un chef de service – ancien pompier – assisté d'un adjoint.

Le personnel en charge du standard téléphonique de l'établissement (trois agents) est rattaché à ce service qui a également en charge l'accueil physique à l'entrée de l'enceinte de l'hôpital.

Les agents de sécurité sont présents 24h/24, au nombre de deux au minimum.

Outre l'accueil physique et téléphonique, le service de sécurité assure la prévention des incendies (maintenance préventive et curative des extincteurs, organisation des exercices de sécurité, etc.), les interventions sur déclenchement des alarmes de protection des travailleurs isolés (PTI) dont sont dotés les soignants, le contrôle d'accès piétons et véhicules, la création des badges visiteurs (les badges du personnel étant du ressort de la direction des ressources humaines) et, naturellement, la sécurisation générale du site.

La recherche des patients en fugue en patrouillant au sein du parc ou aux abords immédiats (chemin de ronde) ressort aussi des missions du service de sécurité qui peut, le cas échéant, faire appel à un maître-chien de recherche de la protection civile de la Drôme. Vingt-six sorties non autorisées ont été déplorées en 2018.

Sans même évoquer la situation exceptionnelle due aux très nombreuses emprises de chantiers qui le parsèment, le vaste parc du site de Montéleger est difficilement sécurisable. Clos d'un grillage assez facilement franchissable, il dispose, outre l'entrée principale, d'un second accès en principe réservé aux livraisons et logements de fonction. Il est couvert par quatorze caméras de vidéosurveillance (dix-neuf une fois les travaux achevés) visualisant les entrées du site et quelques lieux de passage (aucune n'est installée dans les bâtiments). Les images sont conservées trois semaines.

Bien que sous la surveillance visuelle directe du poste d'accueil, l'entrée principale n'est elle-même pas hermétique, aucun obstacle n'empêchant la circulation des piétons (une barrière basculante pour les véhicules). Un piéton peut donc sans aucune difficulté pénétrer ou sortir du site en échappant à la vigilance de l'agent. Il a été donné aux contrôleurs de constater la sortie d'une patiente désorientée qui aurait pu se retrouver très rapidement en danger sur la route départementale à proximité immédiate. La standardiste, seule à ce moment-là du fait d'une intervention en cours par ailleurs de l'agent de sécurité, n'avait pu que contacter téléphoniquement l'unité de rattachement de cette patiente pour qu'un soignant vienne la récupérer, ce qui a pris plus d'une dizaine de minutes. Un simple portillon aurait été de nature à empêcher cet incident.

Malgré cela, très peu d'intrusions sont déplorées et les rares suspicions de « trafic » de stupéfiants sont le fait de patients ou de proches.

Le service de sécurité n'est pas systématiquement informé de chaque placement en isolement ou en contention, mais les consignes qu'ils appliquent prévoient qu'il s'agit de leur priorité principale en cas d'alarme incendie dans une unité.

Lors des déclenchements de PTI – deux à trois par jour, y compris accidentels – les agents de sécurité interviennent en appui des soignants, mais sans vocation à agir directement au sein des unités, sauf mise en danger manifeste de l'intégrité physique d'un soignant ou d'un patient. Bien qu'une intervention d'une telle nature ait pu être observée durant la semaine du contrôle, ce genre d'incident relèverait de l'exceptionnel, selon les divers interlocuteurs interrogés, ce qui n'a pu être vérifié faute de traçabilité fiable. Les agents de sécurité sont également parfois appelés par les soignants lors des mises en isolement – voire même simplement lors de la distribution de repas en chambre d'isolement. Ils ont pour consigne de rester alors en retrait dans le sas, n'ayant qu'une vocation « dissuasive ». L'intervention dans les unités de soins de ces agents, non formés aux techniques d'intervention et qui ne disposent d'aucun équipement particulier, doit cependant être proscrite.

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'intervention dans les unités de soins d'agents de sécurité non formés pour ce faire, notamment lors de placements en isolement ou pour la distribution des repas en chambre d'isolement, doit être proscrite.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise qu'au 1^{er} janvier 2020, le nombre d'unités fermées s'élève à 4 sur 9 et fait valoir que le CHDV « a mis en place une équipe de sécurité qui a des missions de prévention, de sûreté et de sécurité incendie. L'intervention des agents de sécurité dans les unités de soins s'effectue selon les modalités prévues dans un protocole précis et connu des agents de sécurité et des équipes soignantes. L'intervention en unité de soins se fait à titre exceptionnel afin d'assurer la sécurité des biens et des soignants uniquement à la demande des équipes soignantes et médicales dans le but de protéger les personnels en difficulté et dans les unités particulièrement difficiles. Les agents de sécurité ne peuvent intervenir directement sur les patients pour se substituer aux personnels soignants, ils interviennent dans les unités de soins pour assurer la sécurité des biens et des personnes. En aucun cas, ils n'interviennent dans les domaines de compétence des soignants. La distribution des repas n'est en aucun cas réalisée par les agents de sécurité. Depuis la circulaire du 16 novembre 2016 relative à la sécurisation des établissements de santé via le Plan de sécurisation des établissements de soins (PSE), le [CHDV] a mis en place une politique de sécurité interne axée en grande partie sur la formation des professionnels de sécurité. Les agents de sécurité sont accompagnés dans la formation selon le plan quinquennal de formation 2018-2023. Ce plan prévoit notamment la formation progressive des professionnels au certificat de qualification professionnel d'agent de prévention et de sécurité (CQPAPS). Cette formation, aujourd'hui dispensée aux deux tiers des agents du service, comporte les volets suivants : analyse des comportements conflictuels, résolution de conflits, médiation par non-violence, connaissance du cadre juridique. Dans ce sens, les agents de sécurité ne disposent « d'aucun équipement particulier » il s'agit là d'un choix de l'établissement qui privilégie la médiation lors de situations conflictuelles graves. En cas d'alarme incendie, les consignes données

aux agents de sécurité prévoient de prioriser les chambres d'isolement au regard de la difficulté des patients à évacuer l'unité lorsqu'ils sont dans ce type de locaux. »

Un protocole « des missions du service de sécurité », validé le 20 janvier 2020, est joint à ces observations. Ce document souligne notamment : « [...] *En aucun cas l'agent de sécurité ne peut intervenir sur les patients pour se substituer au personnel en dehors des situations ci-dessous :*

- en cas de contention d'un patient, l'intervention de l'agent de sécurité est admise si la situation n'est pas maîtrisable par le service de soin et dans le but de protéger la personne de soin en difficulté.

- sur demande d'un médecin dans le cadre d'une consultation jugée risquée. (Dans ce cas précis l'agent de sécurité ne devra pas être positionné dans le même espace que le médecin).

- en cas de présence d'un détenu, en fonction de l'évaluation médicale du potentiel dangereux du détenu et en vue d'une intervention pour protection du personnel. Il est rappelé que la surveillance du détenu incombe au personnel soignant. [...] »

5.1.2 La liberté d'aller et de venir

Au moment de la visite, six des neuf unités d'hospitalisation visitées⁸ – hors unité de pédopsychiatrie – sont fermées, l'intervention d'un soignant étant nécessaire pour sortir de l'unité. Dans les autres, les portes d'accès aux unités sont ouvertes pendant la journée, généralement entre 6h30 et 18h30. Cette situation ne sera modifiée qu'à la marge au terme du projet immobilier en cours, puisqu'outre l'UEAO, d'ores et déjà fermée, chacun des pôles Nord, Sud et Centre comptera une unité fermée et une unité ouverte. En maintenant fermées près de la moitié de ses unités de soins, l'établissement limite donc par principe la liberté d'aller et de venir.

Or, le règlement intérieur de l'établissement précise dans un paragraphe intitulé « droits et libertés des personnes détenues en soins psychiatriques libres » que : « *parmi ces droits figure la liberté d'aller et venir à l'intérieur de l'établissement où les personnes sont hospitalisées ; cette liberté fondamentale ne peut être remise en cause s'agissant de personnes qui ont elles-mêmes consenti à recevoir des soins psychiatriques. Toutefois, en raison d'un manque de place en unité ouverte et/ou pour des raisons médicales, ces personnes hospitalisées peuvent être admises en unité fermée avec leur consentement écrit* ». Pourtant, au moment de la visite, plusieurs patients en soins libres (trois à Dabrowski, huit à Janet, deux à Chagall, etc.) étaient ainsi hospitalisés en unité fermée sans qu'un consentement écrit de leur part ait été recueilli.

Si des patients en soins libres peuvent être hospitalisés en unité fermée, des patients en soins sans consentement sont hébergés dans des unités ouvertes, l'admission dans ces dernières n'étant pas dépendante du statut d'hospitalisation mais de l'état clinique.

Au sein des unités fermées, l'interdiction de sortir seul de l'unité n'est qu'exceptionnelle, motivée par des raisons médicales.

⁸ Soit les unités Laurencin, Janet, Dabrowski et Chagall, ainsi que l'UEAO et l'unité Tapiès pourtant théoriquement ouverte.

5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT MINIMALES OU EN PASSE DE LE DEVENIR

5.2.1 Accès aux espaces et rythme de vie

Au sein des unités, la liberté de circuler est large : les patients peuvent accéder à leur chambre à tout moment – à l'exception du temps de ménage par les agents des services hospitaliers – comme, en journée, aux espaces extérieurs (patio ou jardin selon les unités).

L'installation de cartes magnétiques d'accès aux chambres, non finalisée à l'UEAO au moment de la visite, doit permettre à terme aux patients de verrouiller la porte de leur chambre. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que, depuis la visite, « tous les bâtiments (UAEO, pédopsychiatrie, unités polaires Sud et Nord, et bientôt unités polaires Centre et réhabilitation et longue évolution, les patients possèdent un badge personnel pour accéder à leurs chambres. » (sic)

L'horaire de lever est libre mais ne peut excéder celui du petit-déjeuner – soit, selon les unités, entre 8h et 9h. Aucun horaire de coucher n'est imposé. La télévision est en général éteinte après la fin du programme de la soirée mais elle peut rester allumée au-delà si cela ne dérange pas les patients alentour.

5.2.2 L'usage du pyjama

Sauf situation particulière d'un patient démuné de vêtements en quantité suffisante, le port du pyjama est exceptionnel dans les unités de soins visitées.

En revanche, il est imposé lors du placement en isolement, comme c'est notamment le cas, de manière systématique, à l'UAEO ou encore dans l'unité de pédopsychiatrie.

PROPOSITION 1

Le caractère systématique de la mise en pyjama lors du placement en isolement, tel qu'il est en particulier pratiqué à l'UEAO et en unité de pédopsychiatrie, doit être abandonné au profit d'une réflexion individualisée relative à sa nécessité au regard de l'état clinique du patient au moment de ce placement.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir les éléments suivants : « A l'UAEO, la mise en pyjama n'est pas une règle d'organisation institutionnalisée. Elle reste indiquée lors de la prise en charge du patient pour répondre à des situations particulières : patient hospitalisé en urgence sans trousseau, pour raison d'hygiène, pour pallier [...] des risques d'auto ou d'hétéro-agressivité ou pour le confort du patient notamment. Dans chacune de ces situations, la décision médicale doit être argumentée et tracée dans le DPI pour application immédiate. Dans l'unité de pédopsychiatrie (unité Dolto), la mise en pyjama n'a pas de caractère systématique lors de la mise en chambre d'isolement. Elle résulte, le cas échéant, d'une décision médicale au cas par cas, en fonction d'impératifs concernant la situation du patient (prévention d'actes autoagressifs en particulier). » Ces affirmations sont discordantes avec les témoignages recueillis et les constats opérés durant la visite. Il en est néanmoins pris acte.

5.2.1 L'accès au tabac

Au jour du contrôle, sous réserve de prescription médicale contraire, tous les patients disposent librement de leur tabac et d'un moyen d'allumer leurs cigarettes – soit qu'ils les conservent, soient

qu'ils les confient, sur prescription médicale, au personnel infirmier mais peuvent y accéder à loisir. Des actions d'éducation thérapeutique sont par ailleurs proposées dans les unités polaires.

Cependant, les informations recueillies ont fait apparaître que, dans certaines unités, le régime d'accès au tabac a été modifié à la hâte à la veille du contrôle, la consommation de tabac y étant auparavant limitée et médiatisée. Des échanges intervenus à cet égard avec les membres de la direction de l'établissement, il est ressorti qu'en tout état de cause, le principe de liberté est projeté dans l'ensemble des unités du centre hospitalier une fois chacune d'elles installée dans ses nouveaux locaux sur le site de Montéleger.

L'approvisionnement en tabac est assuré soit par l'intermédiaire des mandataires judiciaires, soit par accompagnement des patients par un soignant, soit encore par les patients eux-mêmes, directement ou par l'intermédiaire de leur entourage.

En journée, les patients peuvent librement accéder à un espace ouvert dans chacune des unités ; les horaires de fermeture nocturne de ces accès n'ont pas donné lieu à doléance des patients rencontrés – dans certaines unités, le patio est accessible toute la nuit, soit directement soit sur demande au personnel infirmier.

Comme c'est le cas à l'UAEO, les chambres d'isolement des futurs bâtiments polaires (qui seront installées en rez-de-chaussée, où seront situées les unités fermées de chaque pôle), seront équipées d'espaces extérieurs permettant aux patients isolés de s'aérer ou de fumer. Si la configuration de ces lieux, dont la construction n'est pas terminée au jour du contrôle, est de nature à leur conférer une apparence carcérale et anxiogène, cette possibilité d'accéder à l'extérieur pour les patients isolés doit être relevée.

5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR RESPECTENT LES DROITS DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

5.3.1 Le téléphone

A la date de la visite des contrôleurs, les patients disposent dans l'ensemble des unités visitées de la possibilité de conserver leur téléphone portable. Des limitations d'utilisation peuvent cependant être imposées, le soir après 21h30 notamment, pour assurer la tranquillité des autres patients.

Toutefois, ces limitations peuvent être parfois beaucoup plus importantes, sans qu'une justification quelconque ne les étaye : il a par exemple été constaté à l'UAEO que l'usage des téléphones n'est autorisé qu'entre 14h30 et 21h30.

Une telle restriction systématique, sur un horaire si important, neutralise le principe de liberté affiché et apparaît autant injustifiée dans son principe que disproportionnée dans sa mise en œuvre – et la circonstance, rapportée aux contrôleurs, que cet interdit de fait est rendu possible par la rédaction du nouveau règlement intérieur de l'établissement, dont la mise en œuvre a été précipitée au 5 juillet 2019, date de début de leur visite, ne modifie en rien cette analyse : en effet, si les dispositions de ce document précisent que les communications téléphoniques doivent être reçues « *de préférence l'après-midi* » et qu'elles ne doivent pas gêner le fonctionnement des services, il n'en reste pas moins qu'elles posent un principe d'autorisation de l'utilisation du téléphone portable dans l'établissement sauf avis médical contraire.

Par ailleurs, les témoignages recueillis permettent de considérer que les pratiques prévalant en la matière dans certaines unités ont été bousculées à la veille de la visite des contrôleurs : dans l'unité Dabrowski (secteur Nord, alors située à Saint-Vallier), les téléphones portables n'étaient pas laissés à la disposition des patients jusqu'à la semaine précédant la visite du CGLPL. Si cet interdit général

et absolu n'apparaît pas justifié, la restitution impromptue de l'ensemble des appareils de façon tout aussi systématique et irréfléchie ne l'est qu'à peine plus.

PROPOSITION 2

Comme pour l'ensemble des autres biens des patients, la gestion de leur téléphone portable doit être individualisée au seul regard de leur état clinique. En outre, un éventuel principe de libre accès ne doit pas être neutralisé par des interdictions d'usage trop importants et non justifiés.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement relève que : « *Dans l'établissement, la gestion du téléphone portable relève de la décision médicale et repose sur une évaluation inhérente à la prise en charge individualisée et contextualisée de chaque patient. Le principe de départ doit en être la liberté d'usage que le médecin peut éventuellement décider d'assortir de certaines restrictions dans l'intérêt du patient. Les raisons justifiant ces restrictions ainsi que leur réévaluation autant que de besoin doivent faire l'objet d'une traçabilité systématique dans le DPI (application en cours).* »

Pour les patients ne disposant pas de téléphone portable ou n'étant pas autorisés à les conserver, une cabine téléphonique est installée dans chaque unité de soins visitée, dans des conditions de relative confidentialité. Le numéro d'appel est composé par les soignants sur le poste téléphonique du bureau infirmier, puis la communication est transférée au patient dans cette cabine. L'appel est gratuit pour le patient. Les soignants prêtent aussi parfois le téléphone du service et composent eux-mêmes l'appel.

A l'UAEO, aucune cabine téléphonique n'a été installée ; les patients doivent solliciter l'équipe soignante et utiliser l'appareil situé dans le bureau de consultation médicale ou le bureau infirmier. Ils seraient laissés seuls durant la conversation.

Enfin, une cabine téléphonique est accessible près de la cafétéria.

5.3.2 Le courrier

La liberté de correspondance est assurée, les courriers des patients n'étant pas contrôlés.

Cependant, selon la pathologie ou la vulnérabilité d'un patient, le colis qu'il reçoit peut être ouvert en présence d'un soignant.

Dans les unités fermées, le courrier est remis au secrétariat qui le donne au vaguemestre qui passe tous les jours.

Des timbres peuvent être achetés au bar-boutique ; si le patient n'a pas de ressources, le courrier est affranchi par l'hôpital. Une boîte aux lettres est accessible à l'entrée de l'hôpital.

5.3.3 Internet

Peu de patients apportent un ordinateur dans leur chambre ; les contrôleurs n'en ont vu qu'un ou deux par unités.

Un ordinateur est en libre accès à la bibliothèque près du bar-boutique. Mais les horaires pour l'utiliser sont très limités (deux heures par jour seulement, quatre jours par semaine – voir *infra*, § 7.3.2). Aucun autre équipement informatique n'est accessible aux patients. Si un projet d'espace numérique doit pallier ces insuffisances, il ne pourra *a priori* profiter qu'aux patients en mesure d'y accéder. Ceux hospitalisés en unités fermées ne disposeront donc sans doute pas de cette possibilité.

Parfois le cadre de santé de l'unité permet un accès internet dans son bureau, mais un soignant demeure alors avec le patient.

Il n'y a pas de réseau *wifi* mais il est projeté d'en rendre un disponible dans les nouveaux locaux, une fois ceux-ci édifiés et équipés. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « *La reconstruction de toutes les unités de soins s'achevant, le réseau wifi usager va être mis en service. L'établissement disposera du réseau wifi professionnel et usager.* »

5.3.4 Les visites des familles

Elles sont officiellement possibles l'après-midi entre 13h30 et 19h. En pratique, cependant, les équipes soignantes font preuve de souplesse et adaptent ces horaires aux possibilités des familles.

Au jour du contrôle, seule l'UAEO, installée dans une construction neuve, et l'UIRPS sont équipées de salon de visite. De plus, dans l'unité Tapies, l'une des salles de télévision peut être utilisée pour des visites familiales – le patient peut même y recevoir pour partager un repas.

Dans l'attente de leur relogement, les autres unités ne disposent pas de salon de visite en tant que tel : les familles rencontrent ainsi leur proche soit à l'extérieur de l'unité, dans le parc ou au bar-boutique de l'hôpital, soit dans les espaces communs des unités de soins, ou encore dans la salle commune, le patio de l'unité ou dans la chambre du patient visité.

Cette situation sera nettement améliorée dans les nouvelles constructions devant accueillir les unités à l'horizon 2020, puisqu'un espace de visite est prévu dans chaque nouvelle unité.

Cependant, au jour du contrôle, les enfants ne sont pas autorisés à venir dans les unités. Ainsi, les patients hospitalisés en unités fermées sont dans l'impossibilité d'être visités par des personnes mineures, ce qui méconnaît le droit au respect de leur vie privée et familiale.

Aux termes du règlement intérieur mis en vigueur le 5 juillet 2019, les mineurs de 15 ans ne sont pas autorisés à visiter un patient de l'établissement sauf avis médical contraire. Ce principe devrait toutefois être inversé et l'établissement doit se doter des moyens matériels pour ce faire.

RECO PRISE EN COMPTE 12

L'établissement doit rendre possible la visite à leurs proches des personnes mineures en dotant chaque unité de soins de locaux adaptés à cette fin. A défaut, de tels locaux doivent *a minima* être accessibles sur le site hospitalier au bénéfice de l'ensemble des patients, y compris s'ils sont admis en soins sans consentement et hospitalisés en unité fermée.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « *La mise en place des salons famille dans toutes les unités lors de la reconstruction, au plus tard le 10 mars 2020, et la mise en place de la nouvelle cafétéria, début février 2020, permettront la venue de mineurs en visite.* »

5.4 LA LIBERTE DES PATIENTS A VIVRE LEUR SEXUALITE EST PRISE EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

La sexualité des patients est diversement appréhendée par les équipes soignantes qui oscillent entre vigilance à l'égard des personnes vulnérables, prise en compte du consentement, sujet tabou ou au contraire réflexion constante, selon les témoignages recueillis.

Des préservatifs sont en vente au bar-boutique et peuvent être fournis aux patients dans les unités, après un entretien avec un médecin généraliste ou la gynécologue.

Cette dernière prescrit, le cas échéant, un moyen de contraception oral d'urgence ; des consultations de gynécologie se tiennent dans l'établissement et dans les unités (voir *infra*, § 7.5).

En outre, des séances d'éducation thérapeutique sont proposées, qui portent notamment sur la contraception, les implants ou les maladies sexuellement transmissibles.

De plus, un groupe de réflexion composé de soignants et de représentants du planning familial a été mis en place à l'hiver 2019 au sein de l'unité intra hospitalière de réhabilitation psychosociale (UIRPS) après qu'un couple s'est formé parmi les patients qui y étaient hospitalisés : au terme de quatre réunions, ce groupe a proposé l'édiction de bonnes pratiques qui ont été soumises à la validation des instances institutionnelles afin d'être ensuite mises en œuvre dans l'ensemble des services ; le comité d'éthique de l'établissement s'est également emparé de la question.

BONNE PRATIQUE 1

La réflexion menée par l'établissement sur la liberté des patients à vivre leur sexualité doit être soulignée ; son approfondissement et sa généralisation à l'ensemble des services et instances institutionnelles ne peuvent qu'être encouragés.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX SONT EN PLEINE RECONSTRUCTION

Le site de Montélégier du CHDV est actuellement un vaste chantier, où des unités nouvelles sortent de terre au milieu des anciennes – la bonne santé financière de l'établissement (voir *supra*, § 2.3) lui a en effet permis une telle organisation (le chantier immobilier s'élève à 80 millions d'euros, dont 60 pour le site intra hospitalier).

A terme, onze nouveaux bâtiments vont remplacer les dix-huit qui avaient été construits en 1976 : outre le pôle de pédopsychiatrie et le pôle de gérontopsychiatrie, deux bâtiments d'un étage, et de plus grande taille, vont héberger, d'une part, les pôles Nord et Sud (soit au total 100 lits répartis en deux unités ouvertes et deux unités fermées) et, d'autre part, le pôle Centre et le pôle Réhabilitation (soit 100 lits également ; le pôle Centre comprenant une unité ouverte et une unité fermée, et le pôle Réhabilitation regroupant l'unité de réhabilitation psychosociale et l'unité Tapies qui sont toutes deux ouvertes. A ces espaces d'hospitalisation doit être ajouté l' « espace village » qui regroupera le bâtiment consacré aux activités, le gymnase et l'aumônerie, tous situés à proximité de l'actuelle cafétéria et de la chapelle.

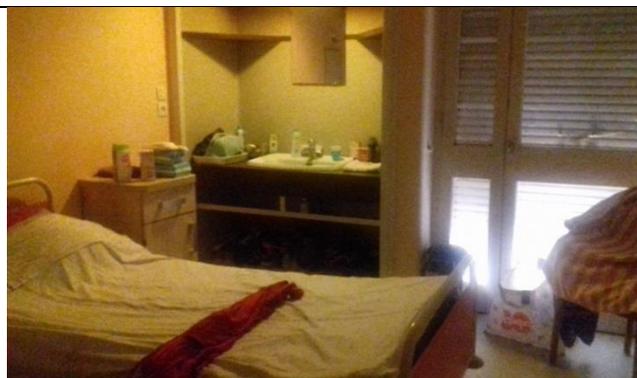
Au jour du contrôle, l'unité d'accueil du pôle transversal (UAEO) est la seule installée dans des locaux neufs, inaugurés au mois de mai 2019. Le pôle de pédopsychiatrie doit ouvrir au mois d'août 2019 et le bâtiment devant accueillir les unités des pôles Nord et Sud, au mois de septembre suivant. L'ouverture du bâtiment de gérontopsychiatrie est prévue en fin d'année 2019, comme l'inauguration du gymnase, de l'aumônerie et de l'espace d'activités (voir *infra*, § 7.3.2). Le dernier bâtiment polaire, devant accueillir les unités du pôle Centre et du pôle Réhabilitation, doit ouvrir au premier trimestre 2020.

Un théâtre de verdure doit enfin constituer l'espace central de ce qui est désormais dénommé « le village », où se dérouleront un certain nombre de spectacles et manifestations élaborées dans le cadre du nouveau programme « Culture et Santé » ouvert à tous les patients (voir *infra*, § 7.3).

Au jour du contrôle, seule l'UAEO est donc installée dans un bâti neuf. Les pavillons accueillant, à cette date, les autres unités – à Montélégier ou à Saint-Vallier pour ce qui concerne le pôle Nord et la pédopsychiatrie – sont globalement vétustes ; les chambres y comportent pour l'essentiel deux voire trois lits, elles ne disposent pas de bouton d'appel ni de verrous dits « de confort » et elles ne sont pas équipées d'installations sanitaires suffisantes (*a minima*, pas de douche).



Chambre triple, ancienne unité



Chambre individuelle, ancienne unité

Aussi, les futurs bâtiments sont présentés comme devant être beaucoup plus respectueux de la dignité et du confort des patients :

- il n'existera plus aucune chambre triple et une seule chambre par unité (d'une superficie de 20 m²) sera doublée ; les vingt-quatre autres chambres de chaque unité seront individuelles (superficie de 17 m²) ;
- l'ensemble des chambres sera accessible aux personnes à mobilité réduite et équipé de sanitaires comprenant un WC et une douche (pour un total de 3 m²) ;
- toutes les unités pour adultes seront équipées d'un système de carte électronique pour accéder aux chambres.

Le projet prévoit en outre des salles à manger plus spacieuses que celles existant dans les locaux anciens, des prises de raccordement des téléviseurs et une possibilité de connexion à un réseau *wifi*.

La visite de l'UAEO, déjà installée dans un nouveau bâtiment, permet cependant de souligner quelques premières limites constatées dans ces nouvelles constructions :

- les fenêtres ne s'ouvrent que sur intervention d'un membre du personnel et *a minima*, ne permettant qu'un accès limité à l'air libre ;
- les chambres ne sont pas équipées de tables de chevet ;
- les salles d'activités sont en nombre restreint et de superficie réduite ;
- il n'existe pas de buanderie ;
- le salon d'apaisement n'est, à l'image du mobilier qui y a été installé, ni accueillant ni confortable.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise, d'une part, que : « une réflexion a été menée autour des salons d'apaisement tant en termes d'utilisation dans un processus de désescalade que d'aménagements » et, d'autre part, que : « Toutes les chambres sont dotées d'une table de chevet et d'une tablette faisant office de bureau La buanderie est centralisée au niveau du bâtiment activités. Les salles d'activités des unités sont complétées par les nombreuses salles d'activité du bâtiment central et par un bâtiment gymnase pour les activités sportives. » S'il est pris acte de ces précisions, il reste que ces dernières installations, extérieures aux unités de soins, restent inaccessibles aux patients qui ne sont pas autorisés à en sortir.



Nouvelle chambre, UAEO



Couloir, UAEO

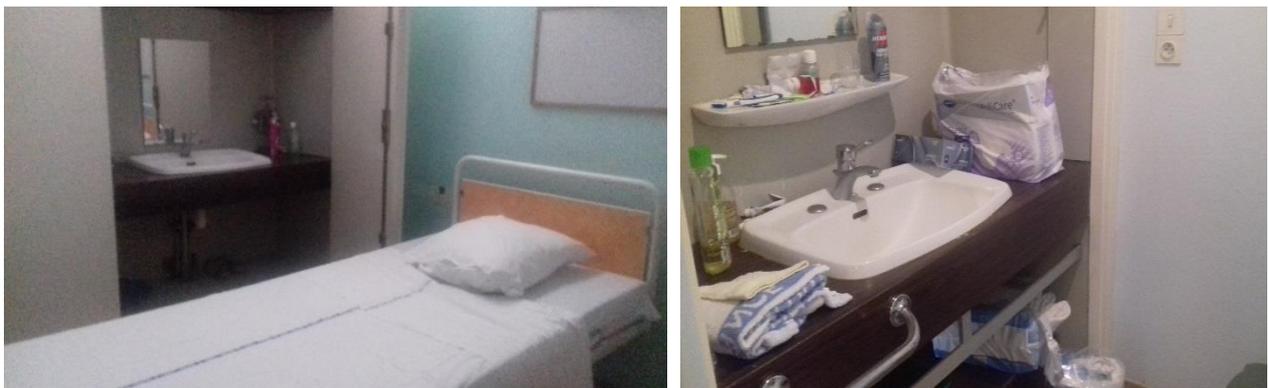
En outre, les portes d'accès aux circulations internes sont pleines et n'offrent pas de visibilité, les couloirs sont très longs et obligent toutes les catégories de personnel à effectuer de longues distances. Enfin, le bureau infirmier ne dispose que d'une visibilité très limitée sur les couloirs d'hébergement et les lieux de vie collective, ce qui rend plus complexe le suivi des patients.

6.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT RESPECTEES TANT POUR LE NETTOYAGE DES LOCAUX QUE POUR LE LINGE ET L'HYGIENE PERSONNELLE

Des produits d'hygiène sont en vente au bar-boutique de l'établissement mais des stocks sont à disposition si nécessaire dans les unités (dentifrice, shampoings) – voir *infra*, 7.3.2. Les rasoirs sont conservés dans les casiers personnels au bureau des soins des infirmiers.

Les locaux en activité au jour du contrôle, bien que vétustes en dehors de l'UEAO, sont correctement entretenus. Quatre agents des services hospitaliers (ASH) se répartissent le travail par roulement dans chacune des unités où sont accessibles trois à quatre douches collectives et des toilettes communes réparties, à parts égales, entre rez-de-chaussée et étages.

Les sanitaires, le plus souvent vétustes, sont correctement entretenus. Dans certaines unités, des lavabos sont installés dans un placard. A cet égard, les nouveaux locaux de l'UAEO offrent aux patients des conditions de prise en charge largement plus satisfaisantes.



Le lavabo dans un placard

L'ouverture prochaine des nouveaux locaux apportera ainsi une amélioration manifeste des conditions d'hébergement des patients du point de vue du confort sanitaire, puisque chaque chambre y sera dotée de toilettes et d'une douche individuelle.

Dans ces nouveaux locaux comme dans les anciens, les patients disposeront de plusieurs possibilités pour laver leur linge : soit par l'intermédiaire de leur famille ou de leurs proches, soit en utilisant la buanderie de l'établissement (située au centre d'activités Auguste Renoir, CAAR) grâce à un système de jetons vendus 2 euros, soit enfin, si leur linge est marqué, en l'envoyant pour nettoyage à la blanchisserie de l'établissement. Ce service est gratuit et, à cet effet, des sacs de tri sont installés quotidiennement dans les couloirs des unités.



La buanderie du CARR



La blanchisserie

Ouverte depuis avril 2017, la blanchisserie s'est constituée sous le statut de groupement de coopération sanitaire traitant le linge pour les CH de Valence, Crest, Die et Drôme-Vivarais.

Elle traite de l'ensemble du linge hospitalier et du linge dit « à part », c'est-à-dire le linge personnel des patients, le matériel de contention et les articles délicats.

L'ensemble de l'installation est très moderne et inclut une technique d'identification du linge des patients (traçabilité informatique et pose d'étiquettes *flashcode*). Toutefois, le linge « à part » est le plus souvent traité après les autres et peut de ce fait être récupéré tardivement, d'après les témoignages recueillis ; quelquefois, des pertes et accrocs sont à déplorer.

6.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT CONSERVES DANS LES CASIERS DES UNITES

A l'arrivée d'un patient dans une unité, un inventaire de ses biens est fait avec les soignants. Si son état de santé ne le permet pas, cet inventaire est réalisé ultérieurement.

En général, le patient, qui a signé l'inventaire, n'en reçoit pas une copie. Celle-ci est placée dans son dossier individuel. Il n'a pas été signalé que des mises à jour de ce document serait ensuite réalisées.

Les objets et papiers personnels (bijoux, argent, carte bancaire, carte vitale, parfois le téléphone portable) sont déposés dans de petits casiers sécurisés installés dans le bureau infirmier. Mais quand c'est possible, les soignants préfèrent que la famille s'en charge.

Dans d'autres casiers, également conservés au bureau infirmier et fermés à clé, sont déposés les objets contondants ainsi que les sprays, parfums et rasoirs qui seront utilisés à la demande.

Certains patients préfèrent garder, dans le placard de leur chambre qu'ils peuvent verrouiller, leurs objets personnels. Ils portent souvent leur clé en bracelet ou la confient au personnel infirmier. Un système de sécurisation électronique est projeté à l'avenir.

Certaines petites sommes d'argent (moins de 50 euros) peuvent être conservées par les patients dans le placard de leur chambre mais l'équipe soignante les prévient alors qu'il peut y avoir des vols, les chambres ne fermant pas à clé (ce qui changera dans les nouveaux locaux avec les cartes électroniques).

Pour les sommes plus importantes ou les bijoux de valeur, il leur est proposé de les déposer au coffre de la direction des services économiques, par l'intermédiaire du cadre de santé de leur unité. Cela pose un problème, en particulier lors de la sortie d'un patient qui souhaite récupérer son avoir, en raison des horaires de ce service (en semaine de 9h à 16h15). En outre, lorsqu'un patient souhaite récupérer ses biens qui s'y trouvent, il doit nécessairement récupérer le tout – le retrait partiel n'est pas autorisé.

PROPOSITION 3

Les patients doivent pouvoir accéder à leurs biens et avoirs librement. Pour ce faire, l'établissement doit organiser la garde de leurs valeurs de telle sorte qu'ils puissent les retirer, en tout ou partie, durant des horaires de service suffisamment fréquents et élargis.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement informe que : « *Les patients disposant désormais de chambres individuelles, chaque patient a la possibilité de conserver ses biens et valeurs dans sa chambre. Les biens et valeurs non nécessaires durant le séjour à l'hôpital sont confiés aux services économiques. Les cadres de santé alertent les services économiques de la sortie du patient afin que celui-ci puisse récupérer ses biens et valeurs auprès des services économiques à son départ.* » Le « protocole d'inventaire » joint à ces observations ne lève cependant pas les limites constatées lors de la visite (horaires de service limité, seul retrait de la totalité des valeurs possible en cours d'hospitalisation, notamment).

6.4 LA RESTAURATION DONNE SATISFACTION AUX PATIENTS

Depuis l'origine de l'établissement, tous les repas sont faits sur place dans la cuisine centrale, où travaillent quinze personnes : au jour du contrôle, il s'agit de 290 repas le midi et de 230 le soir. La cuisine est vétuste, avec un sol en résine abîmé, mais les locaux sont fonctionnels et dans un état très correct de propreté. Sa reconstruction n'est pas prévue dans le chantier en cours au jour du contrôle.

Des bons sont remis aux unités afin que les soignants précisent chaque jour, pour la journée du lendemain, les régimes alimentaires spécifiques à respecter (hypocaloriques, pour diabétiques, sans porc, végétarien, mixés, lissés).

Les repas sont livrés dans les unités à 9h45 pour le repas du midi et à 13h45 pour le repas du soir. Ils sont distribués, en barquettes à usage unique, par camions réfrigérés et réchauffés dans les offices des unités où ils sont servis à l'assiette dans les salles à manger.

Le petit déjeuner est composé de beurre, de confiture et de pain frais ; les distributeurs installés dans les offices des unités permettent de proposer aux patients café, chocolat ou lait. Des sachets de thé et de tisane sont également disponibles. Des pains au chocolat sont donnés le dimanche. Les collations, proposées tous les après-midi à 16h, comportent sirops, biscuits, compotes.

Les patients prennent leurs repas dans la salle à manger des unités. Lorsque celle-ci est trop exiguë, deux services sont organisés. Les patients peuvent choisir leur place mais en général, ils n'en changent guère. Les soignants assistent aux repas, parfois pour les aider à manger, mais ne déjeunent pas avec eux. Dans certaines unités, les patients sont amenés à être plus autonomes et desservent leurs assiettes.

Certains patients, qui ne supportent pas d'être en groupe, peuvent être amenés à manger seuls dans une salle qui jouxte le réfectoire. Un soignant demeure avec eux.

Les repas, validés par une diététicienne, ne donnent lieu à critique ni en qualité, ni en quantité. Une commission de restauration se réunit tous les trois mois avec le chef cuisinier, la diététicienne, les cadres des unités et des représentants de l'association UNAFAM.

Les contrôles vétérinaires ont lieu tous les deux ans mais les analyses des lames sont faites tous les mois.

Dans certaines unités, les patients peuvent disposer d'une place dans le réfrigérateur de l'office pour entreposer des boissons fraîches achetées hors de l'hôpital ou au bar-boutique de

l'établissement. Ils ne peuvent pas emporter de nourriture dans les chambres, excepté quelques biscuits et sodas.

La cuisine centrale gère aussi l'offre disponible au bar-boutique (distributeur de sandwiches, boissons et friandises) – voir *infra*, § 7.3.2.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES PATIENTS SONT MAJORITAIREMENT ORIENTES PAR LES URGENCES DES HOPITAUX DE VALENCE OU DE ROMANS-SUR-ISERE DONT LES DISPOSITIFS D'ACCUEIL SONT INSUFFISANTS

Les personnes hospitalisées à l'UEAO du CHDV le sont en très grande majorité après passage dans les services d'urgence des hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère (pôle Nord). Seules les admissions programmées dans les unités polaires n'y passent pas, hors cas de sur occupation (voir *supra*, § 2.5).

Les liaisons inter hospitalières sont régies pour le premier établissement par deux conventions du 29 juillet 1996 et du 30 août 2013 sur la mise à disposition l'une, de personnels psychiatriques et l'autre, de locaux : ces conventions imprécises, notamment sur les responsabilités fonctionnelles de chacun des acteurs, et obsolètes, car prévoyant notamment à Valence des lits d'hospitalisation de « brève » durée qui n'existent pas, doivent être actualisées.

Pour le second hôpital, le rattachement en 2016 du secteur Nord à Montéléger a entraîné celui de l'équipe de liaison et d'urgence psychiatrique, auparavant intégrée aux Hôpitaux Drôme Nord (HDN : Romans-sur-Isère et Saint-Vallier). Ce transfert n'a pas donné lieu pour l'instant à une convention entre les deux établissements, convention qui devra accompagner dans l'avenir le transfert des deux unités d'hospitalisation de Saint-Vallier à Montéléger. Au demeurant, il conviendrait encore que soit précisé au sein du CHDV le statut de l'équipe de liaison aux HDN susceptible d'être rattachée au pôle transversal et non plus au pôle Nord.

Quoi qu'il en soit, trois infirmiers du CHDV constituent l'équipe de liaison et d'urgence psychiatrique à l'hôpital de Romans-sur-Isère de 8h à 18h durant la semaine : les médecins urgentistes les sollicitent en tant que de besoin pour évaluation de l'état psychiatrique des patients. Trois médecins psychiatres du secteur de Romans-sur-Isère se déplacent aux HDN les lundi, mercredi vendredi ; les autres jours, les déplacements se font sur demande des urgences.

A l'hôpital de Valence, six infirmiers psychiatriques de jour et trois de nuit, rattachés à l'UEAO et placés sous la responsabilité du cadre de cette unité, constituent l'équipe d'urgence psychiatrique : elle n'a pour l'instant pas de fonction de liaison. Son organisation en trois services (matin, soir, nuit) conduit le plus généralement à la présence d'un seul infirmier par séquence d'horaire. Un médecin psychiatre de l'UEAO est présent de 9h à 17h tandis que le médecin responsable de l'unité assure également des vacations. Les urgences sont couvertes la nuit par les astreintes médicales du CHS.

Cette organisation appelle plusieurs remarques :

- la dimension et l'organisation de l'équipe psychiatrique présente à l'hôpital de Valence mais aussi celles des services d'urgence sont insuffisantes pour assurer la bonne prise en charge des patients psychiatriques dans un contexte de tension et de « débordement » aux urgences (seize boxes d'examen et seize lits d'hospitalisation de courte durée, tous occupés le jour de la visite, avec de nombreux brancards dans les couloirs). Selon les enregistrements effectués par l'équipe psychiatrique, plus de 200 consultations aux urgences psychiatriques sont pointées chaque mois : 286 en juin 2019, 218 en mai, 233 en avril, 238 en mars, 194 en février, 202 en janvier. Dans ces conditions :
 - o la présence d'un seul infirmier ne permet pas toujours la recherche de tiers lorsque les patients se présentent en urgence, **ce qui explique en partie l'importance du nombre de patients admis en péril imminent (voir *supra*, § 2.5)**. L'organisation, à compter du 1^{er} janvier 2020 ainsi qu'en informe le CHDV dans ses observations du 22

- janvier 2020, du service de l'équipe en douze heures doit « *permettre de disposer de deux infirmiers par amplitude horaire* » aux urgences de Valence ;
- l'absence de lits d'hospitalisation psychiatrique de courte durée à l'hôpital de Valence, prévus par le projet médical du CHDV (huit lits à Valence et quatre à Romans-sur-Isère) mais différés pour différentes raisons (difficultés financières de l'hôpital de Valence, problème de locaux), pourrait, en outre, faute de temps d'observation des patients en crise, expliquer en partie le nombre élevé des hospitalisations sans consentement ;
 - afin de limiter la pression sur les urgences de Valence, le médecin psychiatre, responsable de l'UEAO et de l'équipe d'urgence, cherche actuellement à diminuer les arrivées directes à l'hôpital général de certains patients psychiatriques, par contact médical préalable avec le SAMU afin de diriger certains patients vers le CHDV, notamment ceux connus des secteurs ;
- la configuration des locaux de l'hôpital de Valence ne permet pas de garantir la qualité de la prise en charge des patients ni la sécurité des équipes psychiatriques. En effet, deux bureaux de consultation psychiatrique sont situés dans l'espace d'accueil « couché » des urgences : les infirmiers psychiatriques s'y tiennent en général. Deux autres sont accessibles après le franchissement d'une porte pleine dans un espace qui comprend deux chambres d'isolement : l'une sécurisée pour les détenus hospitalisés et la seconde, pour les autres patients. L'infirmier et le médecin psychiatre, souvent seuls dans ces locaux séparés de ceux des urgences somatiques, ne peuvent bénéficier, en cas de difficultés, de la solidarité immédiate de leurs collègues de l'hôpital de Valence : deux accidents de travail récents pour motifs d'agression sont à déplorer. Un bouton d'appel a été récemment installé dans l'un des bureaux de consultations. Selon les informations disponibles, les patients psychiatriques se présentant aux urgences pourraient y passer la nuit, « hébergés » en chambre d'isolement, parfois contentonnés. En l'absence de registres, la fréquence et la durée de ces situations non tracées ne sont pas connues. En outre, ladite chambre d'isolement, démunie de sas, dispose d'une porte équipée d'un hublot qui offre une vue directe non seulement sur le lit mais également sur le WC qui y est installé.



Chambre d'isolement, urgences du CH de Valence (vues depuis le couloir)

Certes, le couloir desservant cette chambre n'est pas ouvert à la libre circulation du public ; mais soignants et patients y transitent et ont donc une vue directe sur l'intimité des personnes qui y sont placées – ce qui est la situation la plus fréquente.

RECO PRISE EN COMPTE 13

La chambre d'isolement utilisée au service des urgences du centre hospitalier de Valence doit faire l'objet d'aménagements de nature, en particulier, à préserver la dignité et l'intimité des patients qui y sont enfermés.

- faute de temps ou de moyens, les transferts de patients psychiatriques des urgences au CHDV s'effectuent fréquemment sans examen somatique. Un sondage sur les cinq derniers patients accueillis à l'UEAO après passage aux urgences montre que trois d'entre eux n'avaient fait l'objet d'aucun bilan somatique. L'établissement est donc conduit à ramener le patient au centre hospitalier pour qu'il effectue les examens nécessaires. Tel serait le cas également pour les patients accueillis à l'hôpital de Romans-sur-Isère lorsqu'ils sont vus par un psychiatre. Les patients seraient souvent contentionnés lors de leur transport des hôpitaux de Romans-sur-Isère ou de Valence au CHDV.

PROPOSITION 4

Il est impératif de mettre en place une organisation fonctionnelle et conventionnelle de l'accueil des urgences entre le centre hospitalier Drôme-Vivarais et les hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère afin de garantir la qualité de la prise en charge des patients et la sécurité des soignants. Les hôpitaux de Valence et de Romans-sur-Isère doivent dans tous les cas procéder à un examen somatique des patients accueillis. Un registre de contention et d'isolement doit y être mis en place.

Au titre de ses observations relatives aux deux recommandations qui précèdent, le CHDV informe le 22 janvier 2020 que la direction de l'établissement s'est tournée vers celles du CH de Valence et des Hôpitaux Drôme Nord. Les copies de ces courriers sont jointes à ces observations, ainsi que la réponse qu'y a apporté le directeur du CH de Valence. Il ressort de ce dernier document qu'il « a été décidé de procéder au floutage de l'oculus » situé sur la porte de la chambre d'isolement du service des urgences du CH de Valence (une photographie du dispositif est jointe) ; la surveillance infirmière s'y fera désormais « en rentrant dans la chambre. » En outre, le directeur du CH de Valence rappelle que : « Il existe une organisation fonctionnelle et conventionnelle entre les deux établissements [...] depuis le 29 juillet 1996 ayant pour objet d'assurer des soins psychiatriques à des patients qui se présentent aux urgences [...]. Entre 2018 et 2019, les travaux conduits dans le cadre du projet médical partagé du GHT et en lien avec le signalement d'évènements indésirables signalés par les deux établissements, le parcours patient a été réécrit, afin de positionner de manière pertinente le passage par le SAU après une régulation par le centre 15 [...]. Dans tous les cas, le passage au SAU donne lieu à un examen somatique. » Il ajoute, s'agissant de la mise en place d'un registre d'isolement et de contention, que : « [...] cette activité peut être récupérée par le DIM du CHDV dans la mesure où les prescriptions de contention se font essentiellement sur Cariatides (15 prescriptions entre le 1^{er} novembre et le 26 décembre 2019) et ainsi apparaître sur le registre du CHDV. » Dans ses observations du 22 janvier 2020, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, après avoir relevé « qu'il n'est pas acceptable que des patients orientés en psychiatrie depuis un service des urgences quittent ce dernier sans avoir bénéficié d'un examen somatique et d'un minimum d'examens complémentaires », précise que « les centres hospitaliers de Valence et de Romans-sur-Isère, non autorisés en psychiatrie et n'accueillant pas de patients en soins sans

consentement, ne sont pas assujettis à la tenue d'un registre sur l'isolement et la contention au sens où l'article L. 3222-5-1 du CSP ne s'applique pas à ces établissements. »

S'agissant de cette dernière observation, il y a lieu de rappeler que la conférence de consensus établie par la Haute autorité de santé, la Fédération hospitalière de France et l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé en 2004 a adopté une recommandation relative à « la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité », qui indique notamment que « *Toute décision de confinement doit faire l'objet d'un protocole précis, être motivée, portée au dossier de la personne, écrit sur un registre consultable par les autorités de contrôle et faire l'objet d'une information rapide à l'entourage.* » Ainsi, les restrictions de circulation, dont la contention et l'isolement aux urgences, doivent faire l'objet d'un protocole spécifique et être tracées dans un registre. Par suite, les mesures d'isolement et de contention de patients aux services d'urgence doivent être tracées dans le dossier du patient ainsi que sur un registre spécifique.

En tout état de cause, compte tenu des éléments évoqués dans le courrier du directeur du CH de Valence, le CHDV doit *a minima* intégrer de façon systématique dans son registre unique et dans son rapport annuel relative aux mesures d'isolement et de contention les données s'y rapportant récupérées par le DIM de l'établissement.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT INDIVIDUALISES ET ATTENTIONNES

Le projet médical et celui de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques organisent les prises en charge des unités d'hospitalisation dans le cadre stratégique du projet d'établissement 2016-2020 (voir *supra*, § 2.2). Liés à la reconstruction de l'hôpital, ils devront être déclinés en projets de service par unité dès lors que l'installation dans les nouveaux locaux sera effective. Celui de l'UEAO est en cours de réflexion et les bouleversements entraînés par le transfert sont anticipés dans certaines unités dont l'unité Janet de Saint-Vallier, unité « fermée » au jour du contrôle qui deviendra à Montéléger une unité ouverte.

L'accès des patients aux médecins psychiatres, dont les plannings sont connus et parfois affichés, est effectif et aisé : la présence des psychiatres est permanente dans plusieurs unités en journée (UEAO, Janet, Dabrowski par exemple). A Tapiès, unité de patients chroniques, en dépit de l'affectation d'un psychiatre à mi-temps et de celle d'un praticien somatique, les équipes soignantes déplorent l'absence de projet médical et au final, un sentiment d'« abandon » : la vétusté des locaux, la complexité des pathologies de certains patients et les difficultés de relations avec le cadre de proximité expliquent en partie ces sentiments. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement rappelle que « *l'unité Tapiès va déménager dans les nouveaux locaux en mars 2020, mettant fin à la vétusté des locaux actuels. Le temps médical psychiatre à cette unité est d'1 ETP.* »

Si dans les unités d'hospitalisation, un médecin psychiatre référent est désigné pour chaque patient et si la possibilité d'en changer est ouverte, cette opportunité est limitée par le nombre de médecins disponibles. A l'UEAO, le médecin référent peut poursuivre temporairement la prise en charge des patients sortis d'hospitalisation, lorsque les rendez-vous médicaux aux centres médico-psychologiques (CMP) sont lointains.

Les entretiens médicaux s'effectuent généralement en présence des infirmiers. Ceux-ci peuvent également mener des entretiens avec les patients, généralement informels, même s'ils peuvent être tracés par des observations portées au dossier des patients (pôle Sud). Des réunions soignants-

soignés sont organisées à l'UIRPS, sur les conditions de vie de l'unité (locaux, menus) et sont envisagés au pôle Sud.

La mise en place de projets individuels de soins et leur réévaluation, dont la référence fait appel, au pôle Nord, en partie à la thérapie institutionnelle, sont organisées dans chaque unité par des *staffs* cliniques pluridisciplinaires et hebdomadaires avec l'ensemble des équipes (médecins, cadres, infirmiers, psychologues, assistantes sociales) : ces réunions contribuent en outre à la fédération des équipes médicales et soignantes. Les réunions médecins-soignants sont journalières à l'unité Janet et à l'UEAO (médecin, infirmier de l'unité contenante et infirmier de l'unité d'hospitalisation, assistante sociale). Le cadre supérieur du pôle Nord se rend chaque semaine au *staff* du pôle Sud pour faire un point sur les patients qui y sont hébergés « hors secteur ». Au pôle Sud, le *staff* peut accueillir, en tant que de besoin, les cadres des CMP (ponctuellement de l'hôpital de jour) ou certains « partenaires » lorsque leur présence est utile aux projets de sortie (infirmier de l'équipe mobile de précarité, de gérontopsychiatrie, tuteur, famille, etc.. Il en est de même au pôle Nord dont le *staff* hebdomadaire réunit les deux unités (Dabrowski et Janet).

Selon les informations disponibles, les familles, lorsqu'elles sont présentes dans la vie des patients, seraient associées aux projets de soins, en particulier aux projets de sortie, notamment à l'UIRPS. Selon les propos recueillis par la mission auprès de certaines familles, cette association serait insuffisante dans certaines unités (pôle Sud, unité Dabrowski du pôle Nord).

Des réunions institutionnelles, hebdomadaires entre les cadres des pôles et ceux des unités, mensuelles entre les équipes soignantes et le cadre de proximité des unités (UEAO notamment), trimestrielles entre les cadres des unités et le directeur des soins, bimensuelles, dans chaque pôle entre les médecins et les cadres des unités, regroupent enfin les différentes équipes à différents niveaux, en assurant la cohérence des projets et des fonctionnements.

Les supervisions mensuelles d'équipe, dont la possibilité est ouverte, sont utilisées par certaines unités dont Tapies et celles du pôle Sud.

RECO PRISE EN COMPTE 14

Il convient d'élaborer des projets de service dans chacune des unités, y compris celle des patients au long cours, dès lors que leur installation dans les nouveaux locaux sera effective.

Au titre de ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement communique la « fiche missions unité de soins » mise en place pour chacune d'elles. Ces documents énumèrent les missions des unités et les spécificités de la prise en charge qui y est mise en œuvre.

7.3 L'ARTICULATION ENTRE LE FUTUR CENTRE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES ET CELLES MISES EN PLACE DANS LES UNITES, PEU NOMBREUSES AU JOUR DU CONTROLE, DEVRA ETRE ASSUREE

Dans le cadre du projet immobilier en cours, quatre bâtiments sont en construction au jour du contrôle, dont l'ouverture est prévue au mois de janvier 2020 au bénéfice de tous les patients.

Outre l'aumônerie et une cafétéria, il s'agira d'un gymnase, doté d'un écran géant afin d'en faire ponctuellement une salle de spectacles, et d'un espace d'activités que se partageront le centre d'activités et le centre de remédiation cognitive – voir *infra*, § 7.3.2.



Futur espace activités avec huit salles

Selon les informations communiquées, ce dernier bâtiment accueillera :

- des activités sportives adaptées ;
- une nouvelle bibliothèque gérée par des bénévoles spécialement formés, avec un espace presse, un espace livres audio, des lectures à voix haute, des contacts avec les bibliothèques locales ;
- un atelier numérique, avec réseau wifi et formations à l'informatique ;
- un espace socio-esthétique ;
- un atelier technique (menuiserie, expression manuelle, etc.).

Ces projets sont pour certains bien avancés et les financements ont été accordés.

A cela doivent s'ajouter d'autres projets : la création d'une chorale, l'utilisation d'un théâtre de verdure, la remise en état de la serre (partenariat avec des lycées horticoles).

Le tout doit être ouvert à tous sans prescription médicale (sauf pour les activités sportives).

Au jour du contrôle, cependant, la réalité est loin de ces objectifs.

7.3.1 Dans les unités

Au sein des unités, les activités dépendent de la disponibilité des soignants... qui en manquent de façon structurelle. De sorte que, dans l'ensemble, au jour du contrôle, les patients s'ennuient.

Cette situation est d'ailleurs également rendue possible par le nombre limité de salles d'activités dans les unités, lorsqu'elles n'en sont pas démunies, et par l'absence d'équipement suffisant.

A cet égard, et bien qu'il soit regretté par certains témoignages que les unités aient par le passé été « dévidées » des activités qui y étaient organisées afin de les regrouper dans un lieu extérieur, le nombre de salles d'activités prévu dans les nouveaux locaux restera limité dans toutes les unités, à l'exception de l'unité de pédopsychiatrie.

Au jour du contrôle, certaines activités sont proposées dans les unités du site de Montéléger, selon un rythme variable (éventuellement seulement mensuel) : ateliers de création d'objets, de photo langage, de cuisine, pétanque, vélo d'appartement, jardinage voire sophrologie et relaxation. Le plus fréquent reste cependant une marche dans le parc, quelques jeux de société et du coloriage – parfois, une lecture à voix haute comme à l'UAEO.

A Saint-Vallier, les unités du pôle Nord disposent d'un centre d'ergonomie sociale où sont mutualisées des activités quotidiennes. Des sorties au lac et des activités physiques en extérieur sont également proposées.

Par ailleurs, les tables de ping-pong et les baby-foot installées dans les unités sont peu utilisées et les postes de télévision souvent allumés.

L'UIRPS fait cependant figure d'exception : dédiée à la réhabilitation psychosociale, cette unité propose de nombreuses activités, prises en charge par les soignants, de façon régulière sous forme d'ateliers portant sur des sujets variés : le médicament, la mémoire, la santé, l'écriture, l'art culinaire, l'estime de soi, la marche, la technique dite du « toucher-massage », l'hygiène bucco-dentaire, la lecture, la culture.

7.3.2 Hors unités

a) Le centre d'activités Auguste Renoir (CAAR)

Avant 2017, le centre d'activités Auguste Renoir (CAAR) proposait aux patients en voie de stabilisation ou stabilisés diverses activités collectives physiques, manuelles, culturelles et artistiques. Un changement de médecin et un fort absentéisme ont cependant grandement perturbé l'activité de ce centre en 2017. Quelques manifestations événementielles ont ensuite été maintenues (tirage des rois, lotos, semaine de sensibilisation aux fruits et légumes frais, fête de la musique, Téléthon, goûter de Noël, journées européennes) mais les travaux de reconstruction en cours au jour du contrôle et la naissance du CI2R (voir *infra*) ont eu pour conséquence une mise en sommeil du CAAR, dont les locaux sont désormais occupés par les activités du CI2R, des associations et des aumôniers. L'équipe infirmière du CAAR (1,80 ETP) est désormais positionnée sur le CI2R et un poste de 0,50 ETP l'est par ailleurs sur la bibliothèque et le programme Culture et santé (voir *infra*, § 7.3.3).

b) Le centre de remédiation cognitive et de réhabilitation (CI2R)

Né en 2018, ce centre d'activités à visées socio-thérapeutiques sur prescription médicale est actuellement hébergé dans les anciens locaux du CARR. Il fonctionne avec un médecin référent, un cadre de santé dédié et des infirmiers (1,80 ETP). Un poste d'ergothérapeute et un ETP de neuropsychologue y ont été affectés dès le mois de juillet 2018.

Lié à la réhabilitation, ce centre accueille non seulement des patients de l'UIRPS mais également des patients d'autres unités en phase de réhabilitation. Ceux-ci doivent être évalués : un bilan est élaboré par un psychiatre et un ergothérapeute, puis ils accèdent à un programme très divers d'activités (remédiation cognitive, groupe cognition sociale, éducation thérapeutique⁹, groupe estime de soi, préparation à sortie, sport collectif, piscine, atelier culinaire, sophrologie individuelle ou en groupe).

La réhabilitation propose une approche globale incluant la réadaptation au travail, le logement, les loisirs sociaux, l'éducation et l'adaptation personnelle. Il s'agit de l'ensemble des mesures contribuant au rétablissement d'un fonctionnement socio-professionnel satisfaisant.

⁹ L'éducation thérapeutique est un programme destiné aux patients présentant une schizophrénie ou un trouble bipolaire. Il se décline en cinq modules : connaissance de la maladie, connaissance du traitement, diététique et activité physique, gestion du stress.

Une évaluation pluridisciplinaire permet d'orienter les soins nécessaires, de montrer au patient ses points forts et ses points faibles afin de l'aider à mettre en place son projet.

Pour inscrire un patient dans ce programme, le médecin référent d'une unité fait une demande à l'aide d'un formulaire (disponible sur le logiciel Cariatides® pour les médecins du CHDV ou sur le site internet de l'établissement pour les libéraux). Par la suite, un premier rendez-vous est proposé pour affiner la demande. Cet entretien est désormais assuré par la psychiatre en charge du CI2R, qui reçoit deux fois par semaine à cette fin, et non plus une commission consultative comme initialement imaginé. Le patient est ensuite orienté à l'intérieur du dispositif en intra hospitalier (au CI2R) ou en ambulatoire.

De plus, au sein du CI2R, des ateliers à destination des familles sont mis en place :

- programme BREF : trois séances d'une heure pour chaque famille demandeuse ayant un proche hospitalisé avec une pathologie psychiatrique grave. Un binôme, composé d'un infirmier et d'un neuropsychologue ou d'un ergothérapeute, les reçoit ;
- programme PROFAMILLES : quatorze séances d'un programme de psychoéducation sont proposées aux familles de personnes schizophrènes, suivies de quatre séances à trois mois, six mois, un an et deux ans.

c) La bibliothèque

Géré par une coordinatrice, ancienne infirmière (à hauteur de 0,30 ETP, outre 0,20 ETP pour le programme Culture et santé), ce lieu est clair et accueillant et propose plus de 1 000 ouvrages dont de nombreuses bandes-dessinées.

La bibliothèque accueille les patients les lundi, mardi, mercredi et vendredi de 13h à 15h. Ces horaires, très limités, doivent être élargis à l'aune du projet immobilier en cours au jour du contrôle puisque, d'une part, la coordinatrice doit bénéficier d'un élargissement de son temps de travail consacré à la bibliothèque et, d'autre part, sa présence doit être complétée par l'intervention de bénévoles spécialement formés. Ces efforts doivent être encouragés afin d'offrir aux patients des temps d'ouverture de la bibliothèque largement plus importants.

Ils peuvent y consulter et emprunter des ouvrages mais aussi, grâce au point internet installé dans les locaux, accéder à leurs mails et à un certain nombre de sites sur un ordinateur en libre accès.



La bibliothèque



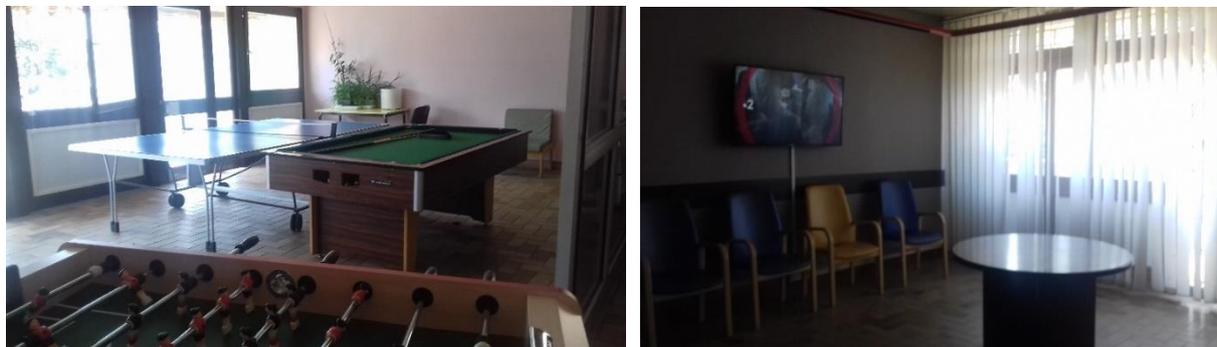
Le point internet

d) Le bar-boutique

Dépendant des services d'achat et des services techniques, ce lieu est géré par un roulement de trois agents de l'établissement. C'est un lieu central de rassemblement.

Cet espace bar-boutique est ouvert du lundi au vendredi, de 9h30 à 11h30 et de 12h30 à 16h ; il se compose de plusieurs salles :

- une salle de jeux avec tables de billard, de ping-pong et de baby-foot à l'étage ;
- au rez-de-chaussée, trois espaces distincts : une salle d'écoute musicale (avec disques à disposition), un espace télévision comportant un piano et, enfin, le bar-boutique où les patients peuvent boire un café à 0,50 centimes ou un jus de fruits.



Salle de jeu et salle de télévision du bar-boutique

La boutique permet aux patients de s'approvisionner en produits de première nécessité – notamment d'hygiène (mousse à raser, peignes, dentifrice, brosses, déodorants, limes) – et en matériel de correspondance. Les patients peuvent aussi y trouver des timbres et des préservatifs. De plus, quelques objets confectionnés par des patients lors d'ateliers au CAAR sont exposés.



Le bar-boutique

Trois distributeurs de boissons, sandwiches, friandises et barres chocolatées sont par ailleurs installés à l'extérieur, à proximité de l'entrée du bar-boutique : les prix s'échelonnent entre 2,70 euros et 0,50 centimes ; le paiement par carte bancaire est possible. Des tables et bancs sont disposés à proximité.



Les distributeurs extérieurs de boissons et nourriture

Alors qu'il est équipé de divers équipements et bénéficie d'un espace intéressant, le bar-boutique visité par les contrôleurs leur a paru triste, sans animation et sans âme.

En outre, ses horaires d'ouverture sont bien trop limités, en semaine uniquement et quelques heures par jour seulement. Une réflexion pourrait utilement être menée par l'établissement, dans le cadre de son projet de restructuration actuellement en cours, afin de dynamiser cette « cafétéria » pour en faire un lieu de vie complémentaire de l'espace d'activités en cours de construction.

RECO PRISE EN COMPTE 15

L'animation du bar-boutique servant de cafétéria aux patients gagnerait à être repensée afin que son activité soit dynamisée et ses horaires d'ouverture élargis, notamment pour inclure le week-end.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « *En 2019, une réflexion a été menée sur le fonctionnement de la cafétéria du centre hospitalier. L'établissement a fait le choix de mettre à disposition les locaux de la nouvelle cafétéria à un prestataire extérieur. Fin 2019, le cahier des charges et les procédures des marchés publics nous ont permis de choisir un prestataire capable de proposer une ouverture de la cafétéria du lundi au vendredi de 9h-17h et les samedi, dimanche et jours fériés de 12h à 16h. En fonction de la fréquentation de la cafétéria des horaires d'ouverture plus larges peuvent être envisagés. La cafétéria offrira un espace de restauration convivial, ouvert à tous et proposera une prestation de petites restauration (salades, sandwichs...), une boutique cadeaux et des produits de première nécessité. Son ouverture est prévue pour début février 2020.* »

7.3.3 Le programme Culture et santé

Ce dispositif a été mis en place en 2006 par des professionnels du CAAR (ergothérapeute et infirmier).

Il s'adresse à tous les patients, à leurs familles, aux professionnels de santé et aux acteurs culturels et artistiques ainsi qu'au grand public afin de promouvoir la place de la culture et de l'humain dans les systèmes de santé et médico-sociaux, en partenariat avec des structures culturelles et en lien avec le projet d'établissement.

L'objectif est de décloisonner l'hôpital psychiatrique et de déstigmatiser la maladie mentale. La direction régionale des affaires culturelles (DRAC), l'ARS, la Région Auvergne-Rhône-Alpes (via une association mandatée pour coordonner l'ensemble du programme) sont partenaires.

Quatre projets doivent en particulier émerger fin 2019 et début 2020 : l'un portera sur la photographie (nouvelle architecture et donc nouvelle identité intra hospitalière), un autre sur la danse urbaine (pôle Nord et pédopsychiatrie), un troisième sur les arts du cirque (pôles Sud et Centre) et le dernier sera consacré au graphisme (pôles Nord et Centre).

Des référents correspondants sont prévus par pôle et des réunions de coordination se mettent en place. Les projets doivent être finalisés fin novembre 2019.

Au jour du contrôle, alors que les patients des autres unités s'ennuient pour l'essentiel, seuls ceux suivis en réhabilitation bénéficient d'activités cohérentes, régulières et pensées. L'achèvement du projet immobilier doit s'accompagner d'un effort de redéfinition, d'élargissement et d'harmonisation des services culturels proposés pour permettre à l'ensemble des patients un accès généralisé à des activités renouvelées ainsi qu'un rapport plus grand avec l'extérieur (compagnies de théâtre, concerts, rencontres, expositions).

RECO PRISE EN COMPTE 16

Plusieurs structures se partagent les aspects culturels, artistiques et sportifs des activités proposées aux patients. L'établissement devra trouver les mutualisations nécessaires pour permettre au plus grand nombre de patients de bénéficier d'activités diversifiées, tant dans les unités de soins qu'en dehors de celles-ci.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « En 2019, un projet culturel a été élaboré au sein du centre hospitalier. Celui-ci a tenté de porter une réflexion croisée sur le centre d'activité, le dispositif Culture et santé, la bibliothèque et la cafétéria. Ce projet avait pour objectif de dynamiser les différents dispositifs et d'apporter une meilleure lisibilité des prestations proposées. Après validation dans les différentes instances, ce projet a démarré en octobre 2019 par le renforcement du centre d'activité. Deux premiers infirmiers ont été positionnés sur le centre pour proposer un planning hebdomadaire d'activités. Les patients ont répondu présents en nombre à cette nouvelle organisation. En parallèle, l'activité des IDE est complétée par des prestataires extérieurs : une socio esthéticienne intervient auprès des patients directement dans les unités de soins, une enseignante en sport adapté intervient 3h tous les lundis après-midi dans le gymnase du CH. Un prestataire musical et un médiateur numérique complèteront le dispositif après le déménagement dans le nouveau centre d'activité prévu à partir de février 2020. L'équipe infirmière sera également renforcée à cette occasion permettant aussi de proposer des activités au sein des unités fermées. Le projet pour la bibliothèque prévoit, après le déménagement dans les nouveaux locaux, l'augmentation des plages horaires d'ouverture par la mobilisation de bénévoles autour du professionnel dédié à la bibliothèque et qui est également référente culturelle. » sont joints à ces observations deux plannings d'activités, un bilan portant sur la période octobre-décembre 2019, les rapports d'activité du projet socio-esthétique pour les mois de novembre et de décembre 2019, la convention de prestation liant depuis le 1^{er} octobre 2019 l'établissement au comité départemental Sport adapté 26-07 ainsi qu'un planning et un document de présentation des ateliers collectifs de socio-esthétique.

7.4 L'ACCES AUX TRAITEMENTS EST ORGANISE DANS LE SOUCI DE LA CONFIDENTIALITE ET DE LA QUALITE

La pharmacie centrale du CHS, installée dans les nouveaux locaux de l'établissement, fait partie du pôle transversal dont le chef est le pharmacien responsable : ce praticien est, par ailleurs, à la tête d'un groupement d'achat hospitalier qui rassemble soixante établissements. Le CHDV est, d'autre part, lié à l'hôpital de Valence par une convention qui lui assure 24h sur 24 un approvisionnement en cas de besoin particulier. La pharmacie centrale de l'établissement assure en outre la rétrocession de médicaments hospitaliers pour certains malades, pris en charge en ambulatoire.

Trois pharmaciens à temps plein et cinq préparateurs sont affectés à la pharmacie.

Les commandes des unités s'effectuent sur la base des prescriptions médicales entrées dans le logiciel Cariatides®. La préparation de la pharmacie centrale, effectuée actuellement de façon manuelle, doit être automatisée en 2019 grâce à l'achat d'un automate. Les livraisons s'effectuent de façon hebdomadaire et, au pôle Nord, trois fois par semaine. Les unités de soins, par ailleurs pourvues d'une dotation d'urgence, peuvent en outre, de 8h30 à 18h, passer à la pharmacie des commandes ponctuelles : les préparations seront déposées dans des casiers situés à l'entrée de la pharmacie où les équipes soignantes viendront les chercher.

Ce sont les équipes de nuit qui préparent les piluliers quotidiens dans les locaux infirmiers de chacune des unités. A l'UEAO, un local spécifique, adossé à la salle infirmière, permet la préparation quotidienne des traitements. La dispensation dans toutes les unités s'effectue, selon le principe de la tâche unique, de façon confidentielle dans les locaux infirmiers, porte fermée : à Tapies, il arrive cependant que les traitements soient délivrés le midi en salle à manger. Il est envisagé une distribution à la chambre le matin dès lors qu'un ordinateur portable, relié au réseau *wifi*, en permettra la traçabilité dans les nouveaux locaux. Dans chaque unité, des infirmiers « pharmacie » sont les référents des traitements médicamenteux.

La supervision par les pharmaciens des prescriptions médicales, psychiatriques et somatiques, ainsi que l'analyse des stratégies thérapeutiques, sont effectives, une base de données médicamenteuses étant reliée au logiciel Cariatides®.

Le traitement de la douleur fait l'objet d'une attention particulière par une équipe composée d'un pharmacien et d'une infirmière à mi-temps qui animent le comité de lutte contre la douleur : les *check-lists* d'entrée des patients comportent une évaluation de la douleur de même que les questionnaires de satisfaction remplis par les patients (évaluation très satisfaisante ou satisfaisante de prise en charge de la douleur à 77 % en 2017 – 85 questionnaires retournés ; 79 % en 2018 – 381 questionnaires retournés).

Deux programmes d'éducation thérapeutique (troubles bipolaires et schizophrénie) sont mis en place et plus de quarante professionnels y ont été formés. Des patients de l'UIRPS et de l'unité Jamet en bénéficient, notamment au CI2R où se déroulent en outre des ateliers du médicament tous les vendredis après-midi.

7.5 LES SOINS SOMATIQUES QUI COMPORTENT DES PRESTATIONS DIVERSIFIEES SONT ASSURES AVEC COMPETENCE

L'équipe somatique du pôle transversal est constituée à Montéleger de 2,6 ETP de médecins généralistes dont l'un d'entre eux intervient également à la MAS. A Saint-Vallier ce sont trois praticiens attachés associés (1,5 ETP) qui composent une équipe somatique dont la qualité est critiquée par les unités concernées.

Chaque unité dispose d'un médecin somaticien de référence dont la présence à Montélerger est effective (il peut passer tous les jours ou à la demande) et appréciée. Les consultations peuvent s'effectuer au centre de consultation médicale, situé dans le même bâtiment que la pharmacie centrale. Cinq bureaux de consultations et deux salles d'examen, modernes, spacieuses et lumineuses, y offrent de bonnes conditions de travail. L'UEAO dispose également dans ses nouveaux locaux de salles de consultation et d'examen.

Plusieurs problèmes sont à relever :

- si les visites somatiques sont effectuées à Montélerger 24h au plus tard de l'arrivée des patients, l'absence de bilan somatique aux urgences conduit souvent à ramener les patients à l'hôpital pour les examens complémentaires. La mise en isolement des patients dans les unités et leur suivi s'effectuent, faute de moyens, sans intervention d'examen somatique par les généralistes : ce sont les psychiatres qui y procèdent (voir *infra*, § 8) ;
- il peut arriver qu'aucun médecin généraliste ne soit de permanence le week-end alors qu'interviennent des hospitalisations, ce qui retarde au lundi les examens somatiques ;
- selon les informations disponibles, l'équipe somatique de Saint Vallier ne sera pas reprise à Montélerger : le transfert de la pédopsychiatrie et de deux unités d'hospitalisation à Montélerger nécessite que soient recrutés sur le nouveau site les généralistes indispensables, faute d'une dégradation des soins somatiques qui y sont dispensés ;
- afin de pallier partiellement l'absence ponctuelle des médecins généralistes et d'améliorer la qualité des examens d'entrée, les médecins généralistes ont élaboré un protocole relatif à l'utilisation de la *check-list* des examens à conduire pour les patients hospitalisés (utilisée à l'UEAO) et mis en place pour les psychiatres des formations à la lecture des électrocardiogrammes et au problème des thromboses.

BONNE PRATIQUE 2

Le protocole mis en place à l'admission, relatif aux examens à conduire et incluant des formations à la lecture des électrocardiogrammes et au problème des thromboses, améliore la qualité des examens d'entrée et par suite la prise en charge des patients.

Les analyses biologiques sont envoyées au centre hospitalier de Valence.

Le pôle somatique a récemment mis en place des traitements d'électroconvulsivothérapie (ECT) en partenariat avec l'Hôpital de Crest (plateau technique) : trois patients hospitalisés seraient actuellement concernés. Le pôle dispose également des prestations d'une gynécologue (ce qui est exceptionnel), d'un cardiologue, d'un neurologue à raison d'une vacation par semaine : le poste d'ophtalmologue est vacant. Un dentiste intervient sur le site dans un cabinet moderne et parfaitement équipé, deux après-midis par semaine. Les autres consultations spécialisées sont demandées aux hôpitaux généraux (Valence, Romans) et obtenues sans difficulté particulière. En cas d'urgence somatique, les patients sont emmenés aux urgences à Valence : cela a été le cas d'un patient chronique la semaine de la visite. Examiné par le somaticien de garde, après un bilan dont les résultats ont été jugés mauvais, il a été transporté en ambulance aux urgences de Valence à 22h40 pour en ressortir à 4h50 avec un traitement modifié. Le lendemain matin, le somaticien est passé le voir : il allait bien.

Une équipe d'alcoologie, composée d'un médecin addictologue trois jours par semaine, d'une infirmière à mi-temps et d'un psychologue (équipe de liaison et de soins en addictologie - ELSA)

offre des consultations à l'intérieur et l'extérieur de l'établissement (CMP, maison des adolescents, CHRS¹⁰ pour femmes...) : sollicitée à la demande, elle l'est plutôt pour organiser une prise en charge à la sortie des patients, notamment à l'UEAO. L'équipe, compte tenu du départ annoncé du médecin responsable et de congés maladie de la psychologue et de l'infirmière, peine à prendre pied à l'hôpital.

Des professionnels paramédicaux apportent enfin sur le site des prestations appréciées : un podologue à raison d'une vacation par semaine et une kinésithérapeute, salariée à temps plein : disposant d'un local équipé dans le nouveau bâtiment du centre de consultation, cette dernière se déplace également à la demande dans les unités dont Tapies (deux patients pris en charge).

RECO PRISE EN COMPTE 17

Le transfert de la pédopsychiatrie et de deux unités d'hospitalisation de Saint-Vallier à Montéleger doit s'accompagner de l'attribution des moyens somatiques indispensables.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « *L'effectif ETP des somaticiens est réparti en tenant compte du transfert de l'autorisation d'activité sur les HDN, libérant ainsi du temps de somaticien, et par le recrutement au 1^{er} janvier 2020 d'un ETP somaticien.* »

¹⁰ CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 EN CONTRADICTION AVEC LA POLITIQUE AFFICHEE DE L'ETABLISSEMENT, LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SERONT PLUS NOMBREUSES DANS LES UNITES RELOGEES QUE DANS LES ANCIENNES

Au jour du contrôle, l'établissement compte sept chambres d'isolement dans ses unités de soins (deux dans chacune des unités du pôle Nord, une dans l'unité Laurencin du pôle Centre, une dans l'unité Chagall du pôle Sud et une dans l'unité de pédopsychiatrie Dolto), auxquelles ont été ajoutés cinq autres espaces de confinement dans l'unité d'admission, d'évaluation et d'orientation (UAEO) récemment installée dans des locaux neufs.

Cette situation est toutefois appelée à évoluer à l'horizon du printemps 2020 puisque, au bénéfice du projet immobilier et de l'installation – progressive jusqu'à cette date – des unités de soins dans des locaux nouvellement construits sur le site de Montéleger, chaque pôle sera doté de deux chambres d'isolement installées dans l'unité fermée de chacun d'eux.

Ce faisant, l'établissement – qui entend pourtant réduire sa capacité à isoler les patients pris en charge, selon les propos recueillis, et développe des pratiques encourageantes en ce sens (voir *infra*), a arrêté un choix immobilier d'apparence contradictoire avec cette volonté, d'une part, en estimant nécessaire la création de deux chambres d'isolement par unité fermée – lesquelles seront également dotées, chacune, d'un espace d'apaisement – et, d'autre part, en équipant son unité d'admission, qui est pourtant fermée, de chambres d'isolement en nombre très conséquent – six dans le projet initial et cinq à la date du contrôle, après transformation de l'une d'elles en salon d'apaisement. Ce dernier choix aurait résulté, selon les explications apportées aux contrôleurs, de l'ouverture à Valence, courant 2015, d'un nouveau centre pénitentiaire : anticipant l'hospitalisation d'un grand nombre de personnes détenues – qui n'est jamais intervenue – la direction de l'établissement a fait le choix d'un « secteur sécurisé » au sein de l'UAEO comptant quatre chambres d'isolement, en sus des deux situées dans l'autre secteur, tout aussi fermé, de l'unité.

Finalement, le nombre de chambre d'isolement a donc bondi avec la création de l'UAEO et sera maintenu au terme de l'opération immobilière en cours.

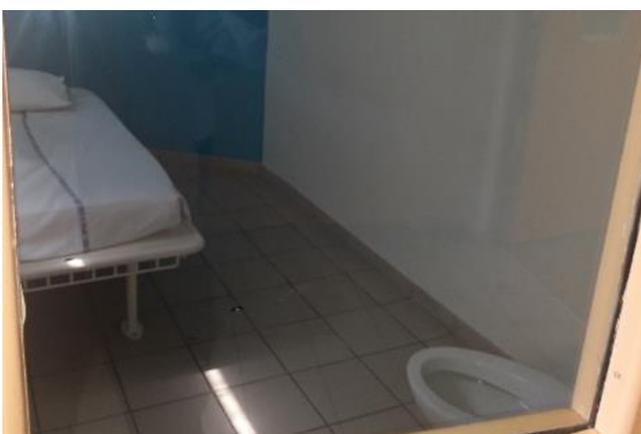
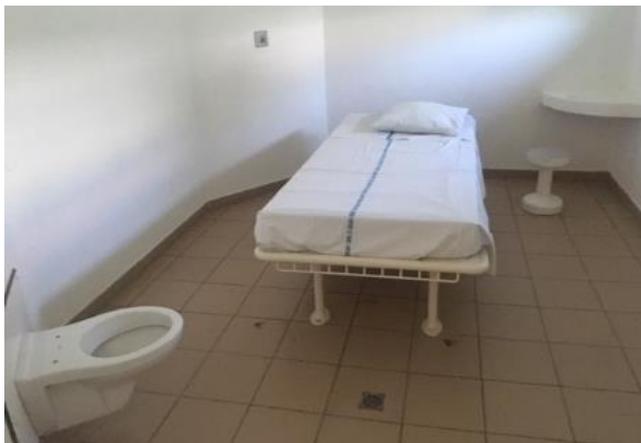
Le développement des chambres d'apaisement – très rares au jour de la visite, et limitées à une par unité fermée dans le projet immobilier en cours – voire le développement d'activités au sein même des unités (en sus de celles proposées à l'extérieur de celles-ci) pourront faire évoluer utilement cette réalité à l'avenir, par transformation de certaines de ces chambres d'isolement. Ce faisant, l'établissement adapterait son organisation matérielle à ses objectifs et limiterait les situations d'isolement aux seuls cas d'ultime recours – n'ignorant pas, selon les termes utilisés devant les contrôleurs à l'occasion de divers témoignages, qu'en la matière « *l'offre créé en quelque sorte la demande* ».

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que : « *Le programme de restructuration a été élaboré en 2015, dans un contexte particulier. Depuis l'ouverture des nouveaux bâtiments nous avons fermé une chambre d'isolement sur le pôle Sud et le pôle Nord envisage d'en supprimer une. Cette diminution de la capacité des chambres d'isolement est à mettre en lien avec l'appropriation par tous les soignants du protocole et de la démarche de désescalade initiée sur le pôle Sud. Nous constatons donc un recours à l'isolement qui décroît de 32% sur les 7 derniers mois de l'année 2019. Par ailleurs, toutes les nouvelles unités sont dotées de salons d'apaisement destinés à éviter l'isolement. Un travail en profondeur est effectué avec les soignants pour une utilisation beaucoup plus fréquente de ces salons.* » Un « protocole de désescalade » et les axes de réflexion en cours au sein de l'établissement pour l'utilisation de salons d'apaisement sont

jointes à ces observations. Outre le repérage des éléments à évaluer, ce document liste diverses actions de désescalade auquel le recours est possible et en prévoit des indicateurs de suivi.

8.1.1 Situation au jour du contrôle

Malgré des configurations générales variables, les chambres d'isolement visitées dans les locaux des unités de soins en activité au jour du contrôle ne sont pas conformes au droit des patients au respect de leur dignité et de leur intimité puisqu'elles permettent des vues depuis l'extérieur sur les toilettes qui y sont installées.



Vues sur plusieurs chambres d'isolement depuis leur porte d'entrée

En outre, bien que ce matériel ait été déposé la veille de la visite, les chambres de l'unité Dabrowski (pôle Nord) étaient encore équipées, jusqu'à cette date, de systèmes de vidéosurveillance, uniquement utilisés durant la nuit selon les informations rapportées aux contrôleurs.

Cependant, les chambres d'isolement visitées dans les unités de soins sont toutes équipées d'un WC et d'un lavabo ainsi, pour certaines, que d'un petit mobilier permettant de s'asseoir et de s'attabler. Un dispositif d'appel y est accessible, portatif en cas d'utilisation du matériel de contention. L'heure peut être lue sur une horloge, digitale ou non selon les unités et placée dans ou en dehors de la chambre. Ces horloges n'indiquent pas toutes le jour et la date. Certaines chambres bénéficient par ailleurs d'un dispositif de climatisation, toutefois pas toujours efficace comme cela a été constaté dans l'unité Laurencin du pôle Centre. Une possibilité de diffusion radiophonique est enfin possible.

L'accès aux équipements sanitaires des personnes placées en isolement exige, dans ces locaux, l'utilisation des salles de bains ou douches communes, partagées avec les autres patients.

L'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation – UAEO – fait, ainsi qu'il a été dit, fait figure d'exception puisqu'au jour du contrôle elle est installée dans des locaux tout juste sortis de terre.

Les six chambres d'isolement qui y ont été installées initialement sont toutes identiques – mais l'une d'elles a, depuis, été transformée en chambre d'apaisement. Regroupées par deux, elles sont desservies par un vaste sas dont l'accès se fait depuis les couloirs de l'unité et qui ouvre, à l'opposé, sur un espace extérieur, lui-même divisé en deux (un pour chaque patient isolé).

Le grillage installé pour clore intégralement ces espaces extérieurs, dont la superficie est limitée à quelques mètres carrés, leur confère une apparence carcérale très anxiogène ; il ne préserve en outre aucunement l'intimité de la personne et la confidentialité de la mesure puisque ces espaces ouverts sur l'extérieur sont visibles depuis les circulations internes de l'établissement. La pose d'une bâche sur certains a été présentée comme un pis-aller temporaire ; des projets d'aménagement (plantation de végétation et pose de panneaux en bois) ont été exposés aux contrôleurs pour résoudre à court terme cette difficulté.



Espaces extérieurs des chambres d'isolement de l'UAEO dans leur état au jour du contrôle

Depuis les couloirs de l'UAEO, les sas ouvrant sur les chambres y permettent un double accès : l'un, principal, se fait par une porte dotée d'un fenestron et ouvre sur la chambre elle-même ; l'autre accède, par une porte coulissante également équipée d'un fenestron, à la salle d'eau jouxtant la chambre – dont elle est séparée par une porte susceptible, en cas de besoin, d'être verrouillée.

Dans cette unité, chaque chambre est équipée d'une horloge précisant la date, d'un point d'eau et de toilettes ainsi que d'une douche. Un bouton d'appel et des bracelets portatifs pour les patients attachés sont disponibles.

Des témoignages recueillis, il ressort cependant quelques erreurs de conception que l'établissement gagnerait à régler à l'occasion des travaux en cours pour les autres unités : notamment, le hublot dont est équipée la porte de ces chambres d'isolement est positionné trop en hauteur pour

permettre une surveillance aisée de tous les soignants ; cette porte fait en outre face à celle de la chambre située de l'autre côté du sas, de telle sorte que les patients qui sont isolés dans ces espaces peuvent mutuellement se voir – ce qui a conduit à la pose à la hâte de système d'occultation des fenestrons ; le système de radiophonie mis en place dans les chambres ne permet pas un réglage individualisé.

8.1.2 Situation prévue dans les bâtiments en cours de construction

Les bâtiments, en cours de construction lors de la visite, destinés à accueillir les unités polaires sur le site de Montéleger doivent recevoir en rez-de-chaussée les unités fermées, qui seules seront dotées de chambres d'isolement.

Ces chambres y seront situées au centre de la construction ; un accès y sera directement possible de l'extérieur, du côté du bâtiment opposé à l'entrée du public. Ce faisant, les véhicules d'urgence y auront un accès facilité.

Elles ouvriront sur le patio intérieur à la construction et permettront aux patients qui y sont enfermés d'accéder à cet espace extérieur – comme c'est le cas dans les chambres d'isolement de l'UAEO, voir *supra*.

Une attention particulière devra être accordée à l'aménagement final de ces patios intérieurs. En effet, pour difficile qu'il soit d'apprécier la qualité de ces espaces, en travaux lors de la visite des contrôleurs, leur superficie limitée et leur enclavement au cœur d'immeubles à étage laisse présager une dimension toute aussi réduite qu'à l'UAEO de chacun des espaces attachés à chaque chambre d'isolement, pour la séparation desquels l'installation du même grillage que celui utilisé dans l'unité d'admission a été annoncée aux contrôleurs. Augmentée de la proximité d'un mur d'enceinte plein et haut de plusieurs mètres, l'atmosphère des lieux risque ainsi d'apparaître, de plus, fort particulièrement carcérale et anxiogène.



*Patio intérieur d'un futur bâtiment polaire, appelé à être divisé en quatre espaces extérieurs
A g., vue depuis la chambre d'isolement ; à d., depuis l'un de ces espaces*

L'intérieur des chambres d'isolement des bâtiments en construction sera conforme à celui de celles qui sont installées au sein de l'UAEO – voir *supra*. Eu égard aux limites d'ores et déjà constatées dans celles-ci, le projet immobilier devrait, autant que faire se peut, être adapté en conséquence.

Par ailleurs, les futures unités doivent être équipées de salons d'apaisement, à l'image de celui finalement installé à l'UAEO en lieu et place d'une sixième chambre d'isolement.

Au jour du contrôle, ce lieu récemment installé n'est investi ni par les soignants, ni par les patients. Dénué de tout aménagement particulier, il est équipé d'éléments de mobilier en résine, certes colorés mais rigides, froids et inconfortables – en un mot, peu propices à la détente et à l'apaisement. Des efforts devront être particulièrement faits pour améliorer le caractère accueillant et confortable de cet espace, qui devront être repris dans les bâtiments polaires.



Salon d'apaisement de l'UAEO

8.2 LE RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION AVANCEE DE L'ETABLISSEMENT ET DES EQUIPES QUI Y EXERCENT ; LES PRATIQUES CONSTATEES RESTENT CEPENDANT ENCORE HETEROGENES ET GLOBALEMENT EN DEÇA DES OBJECTIFS AFFICHES

8.2.1 Politique de l'établissement

Prenant acte de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, la direction de l'établissement a arrêté le 18 octobre 2017 une « Politique isolement et contention » dont l'objectif affiché est la réduction au seuls cas ultimes du recours à ces mesures.

Pour ce faire, ce document pose le principe d'une évaluation des pratiques en cours en la matière dans les différents services de l'établissement et une pluralité d'objectifs, regroupés en quatre axes : garantir la sécurité des patients, garantir leur dignité et leur intimité, garantir leur bien-être et assurer un suivi qualité de ces mesures.

A peine deux mois plus tard, l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes a diligenté une inspection dans l'établissement sur le sujet. Tout en relevant la dynamique mise en place depuis 2016, dont a découlé la structuration d'un cadre général de réflexion sur la pratique de l'isolement et de la contention, le rapport de cette inspection relève la disparité des pratiques constatées dans les différentes unités de soins et un écart certain entre la théorie et ces pratiques. Si certaines des recommandations initialement envisagées par l'agence ont été levées, sa décision définitive datée du 16 juillet 2018 en énumère sept, dont en particulier celle consistant à ne pas faire du nombre de chambres d'isolement dans les nouveaux bâtiments un obstacle à l'objectif de réduction du recours à la mesure.

Au jour du contrôle, plusieurs actions sont en cours au sein de l'établissement – en particulier sous l'égide des praticiens attachés au pôle Sud, dont l'unité Chagall a été désignée service porteur de la

démarche. Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont, notamment, été instaurées dans les unités de soins, auxquelles participent le service qualité du CHDV et des membres de chacune des catégories de personnel intervenant dans les unités. Dans ce cadre, outre les données brutes, tirées du registre, relatives à la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention et à leur durée, sont analysées les modalités d'entrée et de sortie de l'isolement, les techniques de désescalade, la détection en amont des risques d'escalade, la mise en œuvre de solutions alternatives à l'isolement, etc. La systématisation de ces temps d'échange ne peut qu'être recommandée.

De plus, les soignants du pôle Sud proposent une analyse hebdomadaire des données du registre afin d'en apprécier la conformité aux normes fixées par la Haute autorité de santé. Par-delà, toutes les instances de l'établissement ont été saisies du sujet – CME notamment ; des actions de formation des différentes catégories de personnel ont été mises en œuvre, notamment sur les techniques de désescalade ; et des audits croisés sont organisés avec d'autres établissements.

Des informations communiquées aux contrôleurs par les représentants de la direction, la démarche menée par les soignants de l'unité Chagall du pôle Sud a vocation, dès les autres unités installées dans leurs nouveaux locaux, à y être généralisée.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise que l'analyse hebdomadaire des données du registre est effectuée par le DIM pour l'ensemble des unités et des pôles.

8.2.2 Le rapport « isolement et contention » élaboré par l'établissement

Conformément à l'instruction ministérielle du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés pour assurer des soins sans consentement, le CHDV a élaboré un rapport sur ces pratiques en la manière au cours de l'année 2018, que son conseil de surveillance a adopté le 6 juin 2019.

Il ressort de ce document qu'au cours de l'année envisagée, 1 001 mesures d'isolement ont été répertoriées, intéressant 342 patients ; 83 % de ces mesures ont été mises en œuvre dans des espaces dédiés. Ainsi, 53 patients ont fait l'objet de 183 mesures d'isolement en chambre ordinaire. En outre, selon ce document, 31 patients en soins libres ont été isolés durant plus de douze heures sans que le statut de leur hospitalisation soit modifié.

Un peu plus de la moitié des mesures d'isolement mises en œuvre en 2018 a duré moins de 48 heures ; **43,5 % d'entre elles ont dépassé cette durée, dont 111 dans des espaces qui n'étaient pas dédiés à l'isolement.**

Le rapport envisage également la pratique de la contention : 271 mesures de ce type sont recensées, mettant en cause 149 patients distincts, dont 42 mesures mises en œuvre hors des espaces dédiés à l'isolement et des cas d'exception (contention de sécurité).

Le rapport décline ensuite les pratiques par pôles et unités, sous la signature de chacun des médecins chefs de pôle, pour finalement tirer le constat d'« *écarts importants avec les recommandations de bonnes pratiques et avec les textes législatifs* » et conclure sur l'exigence d'« *un regard beaucoup plus critique sur une tendance historique à avoir un recours trop important à ces pratiques* ».

Il prévoit ainsi plusieurs mesures visant à « *éviter la survenue de dérives quant à ces pratiques* » : contrôles qualité hebdomadaires, EPP, travail sur l'utilisation des salons d'apaisement, suivi

hebdomadaire du registre lors des réunions cliniques, retours d'expérience et analyses de pratiques, etc.

BONNE PRATIQUE 3

La politique « isolement et contention » impulsée par la direction de l'établissement et encouragée par l'agence régionale de santé est de nature à exercer une influence réelle sur les pratiques professionnelles pour limiter le recours à ces mesures, améliorer leur mise en œuvre lorsqu'elles sont nécessaires et harmoniser ces pratiques.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes souligne que le CPOM alors en cours de finalisation avec le CHDV fixe notamment comme objectif à l'établissement « *une baisse réelle et mesurable du recours à l'isolement et à la contention* ».

8.2.3 Pratiques constatées au jour du contrôle

a) Le protocole mis en place par l'établissement

La « Procédure de mise en chambre d'isolement » arrêtée par la direction de l'établissement le 14 mai 2018 n'appelle pas d'observation. Elle prévoit en particulier l'intervention systématique d'une décision médicale, au plus tard dans l'heure du placement à l'isolement, et souligne qu'en cas de renouvellement (à 12 heures puis à 24 heures) l'isolement de plus de 48 heures doit être exceptionnel. Ce protocole prévoit en outre qu'un entretien et un examen somatique sont organisés « *au moment de l'isolement* » et que le patient bénéficie au moins de deux visites médicales par 24h. Enfin, ce document prévoit qu'un entretien est réalisé lors de la levée de la mesure, afin d'échanger sur le vécu du patient ; puis qu'un « *temps de reprise en équipe pluridisciplinaire a lieu pour un retour d'expérience* ».

b) La mise en pratique du protocole

L'ensemble des pratiques constatées n'est cependant pas conforme à ces orientations ; des marges de progrès persistent manifestement, qui peuvent s'avérer importantes à certains égards ou dans certaines unités.

En premier lieu, selon les informations communiquées – ce, quelle que soit l'unité envisagée, la mesure est décidée par le (ou l'un des) médecin(s) psychiatre(s) de l'unité ou, en dehors de leurs heures de présence, par le médecin d'astreinte (qu'il soit psychiatre, praticien associé ou somaticien), après échange avec le psychiatre d'astreinte – la mesure est alors notée « sous la responsabilité » de ce dernier dans le registre informatisé (voir *infra*, § 8.3). Si elle est ensuite réévaluée et, le cas échéant, confirmée par le psychiatre de l'unité, c'est bien souvent le lendemain – voire le premier jour ouvré suivant lorsque le placement est décidé durant le week-end ou un jour férié, et non dans l'heure suivant la mise en isolement. La proportion importante de médecins associés dans l'établissement n'est évidemment sans conséquence à cet égard (voir *supra*, § 2.4.1). Dans tous les cas, la mesure n'est initialement validée que par téléphone dans le cadre de l'astreinte.

En second lieu, l'examen somatique n'est pas systématique lors du placement en isolement. Selon les renseignements fournis, cet examen est bien souvent assuré par le psychiatre de l'unité, lorsqu'il est présent, ou est reporté au plus proche passage du médecin généraliste dans l'unité, donc au plus tôt le lendemain.

RECOMMANDATION 2

Les mesures d'isolement doivent être décidées par un psychiatre, ou confirmées par lui dans le plus court délai possible après leur édicton, après examen du patient. En outre, un entretien et un examen somatique doivent être organisés dès le début de chaque mesure.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que la procédure de mise en chambre de l'isolement arrêtée le 14 mai 2018 est conforme aux recommandations HAS, lesquelles n'indiquent pas que l'entretien et l'examen médical qu'elles prévoient doivent être effectués par un médecin somaticien. Cela n'est pas contesté ; l'intervention d'un tel praticien est néanmoins recommandée.

En revanche, ce suivi somatique serait plus attentif et systématique en cas de contention. Les constantes du patient seraient vérifiées trois fois par jour. Par-delà, toute mesure de contention est réévaluée toutes les heures ; la sédation serait rarement pratiquée, selon les informations communiquées.

Les témoignages recueillis s'accordent à considérer que, si les pratiques en matière d'isolement sont variables selon les unités – essentiellement du fait du public divers qui y est accueilli, selon les personnes interrogées – l'utilisation des mesures d'isolement et de contention est globalement en baisse sur un an, à la suite notamment des inspections menées par l'agence régionale de santé en 2017 et 2018 sur le sujet. Selon ces témoignages, les unités fermées et qui ont vocation à le rester – telle l'unité Dabrowski du pôle Nord – ont une pratique plus régulière ; mais les pratiques et les approches évolueraient dans l'ensemble des services de l'établissement, sur l'incitation de la direction de l'établissement évoquée ci-dessus et de l'expérimentation menée par le personnel du pôle Sud au jour du contrôle. A cet égard, le positionnement des soignants paraît déterminant ; un travail au long cours sera ainsi nécessaire dans certaines équipes, qui devront bénéficier des moyens indispensables à la mise en œuvre d'une politique de réduction réelle du recours à ces mesures – il a en effet été rapporté aux contrôleurs que la limitation du recours à l'isolement exigée des soignants leur pose difficulté en particulier lors de situations de sous-effectif : « *quand on n'est que trois soignants, ça pose problème de ne pas pouvoir isoler* ».

Dans tous les cas, les mesures d'isolement sont mises en œuvre pour la durée la plus courte possible, selon les témoignages recueillis ; la pratique séquentielle de l'isolement est en outre généralisée. Aucune mesure d'isolement « *si besoin* » ne serait décidée ; et la chambre d'hébergement du patient isolé est systématiquement conservée pendant toute la durée de la mesure.

Le cas échéant, le statut de l'hospitalisation des patients en soins libre dont l'état de santé a exigé leur isolement est désormais modifié dans les douze heures, selon les renseignements fournis.

Hors unité d'accueil et de pédopsychiatrie, le port du pyjama n'est pas systématique – il paraît même exceptionnel ; et, en fonction de son état clinique, le patient peut disposer de revues, journaux ou livres. Les repas, éventuellement pris en chambre d'isolement, le sont sur une tablette, avec des couverts en plastique.

Selon les témoignages recueillis, l'isolement en chambre ordinaire serait devenu tout à fait exceptionnel (trois occurrences relevées au pôle Sud au cours des six premiers mois de 2019, de moins d'une heure pour deux d'entre elles, le temps qu'une chambre d'isolement soit rendue disponible) – en dehors, toutefois, de l'unité Tapiés où un patient est enfermé dans une chambre, non répertoriée comme destinée à l'isolement mais spécialement aménagée. Les données

mentionnées au registre, qui englobent cette dernière unité mais également quelques cas particuliers, font toutefois apparaître des chiffres moins encourageants – voir *infra*, § 8.3.

La contention se fait en « quatre points », l'attache ventrale restant exceptionnelle selon les renseignements fournis. Cette mesure serait rare et toujours la plus courte possible, mais atteindrait parfois plus de douze heures.

8.3 LE REGISTRE MIS EN PLACE EST UTILEMENT EXPLOITE AU SOUTIEN D'UNE POLITIQUE VOLONTARISTE DE REDUCTION DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION QUI N'A PAS ENCORE PORTE TOUS SES FRUITS

Un registre a été mis en place dans l'établissement au mois de septembre 2017 dans le cadre du logiciel Cariatides®, dont une mise à jour a été opérée au mois de mai suivant.

Ce registre est exploité, au profit de l'ensemble de l'établissement et notamment de l'unité Chagall du pôle Sud, par le médecin psychiatre en charge du département d'information médicale – qui n'exerce pas son art pour le centre hospitalier mais conserve son activité libérale – et par la gestionnaire de données exerçant au département de l'information médicale fédéré avec la direction des affaires financières dans la cellule d'analyse médico-économique, ainsi que le précise la direction de l'établissement dans ses observations du 22 janvier 2020.

Dûment renseigné, ce registre fait comme il se doit apparaître, en regard du numéro interne d'identification du patient, le service où celui-ci est hospitalisé, la date et l'heure du début de la mesure, la date et l'heure de sa levée, sa durée ainsi que le nom du psychiatre ayant décidé la mesure, ceux des professionnels chargés de la surveillance du patient, le lieu de l'isolement et le statut de l'hospitalisation du patient.

Aucune difficulté n'a été rapportée aux contrôleurs s'agissant de l'utilisation de ce registre, dont plusieurs extractions leur ont été transmises à leur demande.

Comme le souligne la direction de l'établissement dans ses observations du 22 janvier 2020 auxquels sont joints d'autres extraits de ce registre, cet outil « *distingue bien les mesures d'isolement et de contention* », contrairement à ce que relevait le rapport provisoire de visite.

Toutefois, il résulte de l'examen des extractions communiquées pendant la visite, qui regroupent les mesures d'isolement par numéro « NIP » d'identification de certains patients (et non l'ensemble des mesures prises sur un temps donné, classées par ordre chronologique), qu'une même mesure peut apparaître sur plusieurs lignes.

Ainsi, par exemple, pour un patient identifié sous le n° 8030091, un total de neuf lignes apparaît au registre pour la période allant du 10 mai au 20 mai 2019, mais huit d'entre elles constituent des doublons, dont certains résultent visiblement de la prolongation de décisions initiales de placement à l'isolement. Une amélioration du registre paraît donc nécessaire, afin que chaque mesure d'isolement ou de contention n'apparaisse que sur une seule et même ligne.

PROPOSITION 5

Le registre unique doit mentionner, pour un patient donné, chaque mesure d'isolement ou de contention sur une seule et même ligne.

En outre, ces extractions – auxquelles il a été procédé au hasard et qui concernent l'ensemble des unités de soins de l'établissement – font apparaître que l'identité des soignants en charge de la surveillance n'est pas systématiquement renseignée dans ce registre puisque cette mention y est

manquante pour dix mesures d'isolement sur les soixante et une examinées (16,4 %), et pour six mesures de contention sur vingt-trois (26 %).

RECO PRISE EN COMPTE 18

Comme les autres rubriques du registre d'isolement, la surveillance infirmière doit être dûment renseignée tout au long de la mesure.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « *Notre logiciel dossier patient permet la surveillance infirmière tout au long de la mesure d'isolement et de contention. Pour permettre l'amélioration de la traçabilité nous avons alerté via notre service informatique le GIP Symaris afin d'optimiser la traçabilité. En effet des lenteurs sont apparues lors de la validation des actes. Un correctif est en cours d'écriture [...]. Un complément de formation et une sensibilisation des équipes soignantes doivent être également entrepris afin de renforcer cette traçabilité tout au long de la mesure.* »

Des éléments par ailleurs communiqués aux contrôleurs, il ressort qu'au cours des six premiers mois de l'année 2019, la file active des patients ayant subi une mesure d'isolement atteint 177 personnes (soit 19 % de la file active totale) et celle des patients ayant fait l'objet d'une mesure de contention, 90 (soit 9 % de la file active totale). En données nettes, ce sont 167 patients distincts qui ont été placés au moins une fois en isolement en six mois ; et 64 personnes qui ont été attachées. Sur la même période, le nombre de mesures d'isolement édictées atteint 464, dont 99 (soit 21 %) ont été mise en œuvre en dehors d'un espace dédié : les proportions relevées au cours de l'année 2018, et rappelées ci-dessus, ne sont donc pas inversées malgré les bonnes intentions affichées par l'établissement.

Les données par unités sont variables pour être, en particulier, fonction du nombre de chambres d'isolement dont elles sont dotées et des patients qu'elles accueillent. Sans surprise compte tenu du nombre de chambres d'isolement qui y est installé et de la politique de l'établissement s'agissant de la prise en charge des patients détenus (voir *infra*, § 9.2), l'UAEO comptabilise au cours du premier semestre 2019 le plus important nombre de mesures, tant en matière d'isolement (119) que de contention (59). Elle est suivie de l'unité Laurencin du pôle Centre (94 mesures d'isolement, 48 mesures de contention) puis de l'unité Dabrowski du pôle Nord (79 mesures d'isolement, 23 mesures de contention). C'est l'unité Janet du pôle Nord qui affiche les chiffres les plus bas (avec 38 mesures d'isolement et 21 de contention) – les statistiques de l'unité Chagall du pôle Sud (52 mesures d'isolement, 22 mesures de contention) étant, selon les informations transmises aux contrôleurs, « faussées » par le recours fréquent des autres unités à ses chambres d'isolement. En effet, selon certains témoignages, les « reports » de patients isolés depuis les autres unités vers l'unité Chagall dont les équipes recourent moins à ce type de mesures, représenterait près de 60 % des placements à l'isolement qui y sont constatés.

Toutes unités confondues, la durée moyenne des mesures d'isolement mises en œuvre atteint 72 heures – mais il est vrai que plus de la moitié de ces 365 mesures n'a cependant pas excédé 48 heures (204, soit 56 %). Hors espace dédié, la mesure dure en revanche plus longtemps : 82 heures en moyenne. Mais là aussi, plus de la moitié des 99 mesures concernées a en réalité duré moins de 48 heures (57, représentant 57,5%). Il apparaît toutefois un total de 108 mesures d'isolement – soit 23 % de l'ensemble – dont la durée a dépassé 96 heures. A 27 reprises, ces longues périodes d'isolement ont eu lieu en dehors d'un espace dédié à cette fin. Outre la particularité de l'unité Tapiès, une situation spécifique a été signalée à cet égard, d'une patiente

orientée en unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) mais dont la prise en charge a dû être prolongée durant deux mois et demi en isolement au CHDV en raison d'un incendie survenue dans cette unité spécialisée.

Le nombre de mesures de contention atteint, quant à lui, un total de 191 durant la même période de six mois, concernant 95 patients. Environ un tiers de ces mesures (56, soit 29,3 %) aurait été mises en œuvre en dehors d'un espace dédié à l'isolement. Le médecin en charge du département d'information médicale souligne cependant, s'agissant de cette dernière donnée, que sa fiabilité est relative car la donnée est remplie par défaut sur le logiciel. Le nécessaire devrait être fait à cet égard auprès de l'éditeur du logiciel afin d'adapter le registre sur ce point.

RECO PRISE EN COMPTE 19

Le registre d'isolement doit faire l'objet des ajustements nécessaires pour en rendre les données fiables, afin notamment d'en supprimer toute saisie par défaut.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « *L'ensemble des recommandations du CGLPL impactant le logiciel Cariatides fera l'objet d'une demande d'évolution auprès du GIP Symaris. Il convient de préciser que la saisie par défaut ne concerne que les contentions hors espace dédié et hors exception, soit 3% du volume d'heures total (isolement et contention) du registre 2019. Pour limiter les effets de cette mauvaise ergonomie du logiciel, nous avons écrit à l'ensemble du corps médical concerné. Enfin, l'ATIG prévoit une évolution sémantique dès le 1^{er} janvier 2020 sur ce point : Contention mécanique ambulatoire.* » Un courriel de la direction aux médecins de l'établissement rappelant les recommandations HAS en matière d'isolement et de contention et une notice technique de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) datée du 29 novembre 2019 sont joints à ces observations.

Il résulte de tout ce qui précède que certains des choix architecturaux qui ont été arrêtés pour les nouveaux bâtiments d'hospitalisation s'avèrent aujourd'hui aussi peu fondés (le CHDV ne reçoit pas le nombre très important de patients détenus qui était envisagé ; les détenus nécessitant une hospitalisation ont vocation à être pris en charge dans l'unité hospitalière spécialement aménagée de Lyon (Rhône) – voir *infra*, § 9.2) que contradictoires avec la politique affichée de réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention.

En outre, si la bonne volonté affichée par la direction de l'établissement ne fait pas de doute, ainsi qu'il ressort de l'ensemble de la documentation envisagée ci-dessus, l'examen du registre d'isolement fait ressortir des pratiques professionnelles encore bien en-deçà des objectifs ainsi fixés – situation déjà constatée par l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes à l'issue de son inspection menée en 2018, qui a justifié les recommandations adressées au CHDV précédemment évoquées.

L'absence d'évolution positive de ces données sur un an ne peut se justifier par l'attente, par les unités de soins, de leur déménagement dans les locaux en construction. La poursuite de la réflexion et des actions positives engagées est donc à tout le moins indispensable.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement souligne que : « *Il me semble opportun de vous communiquer les effets concrets de notre politique [...] en matière de réduction du recours à l'isolement et aux soins sans consentement [laquelle] impacte réellement les pratiques de soins avec :*

- *Un recours à l'isolement qui décroît de 32% sur les 7 derniers mois de l'année (vs les 7 derniers mois de l'année 2018, les données avant le mois de juin, compte tenu de l'évolution logicielle,*

étant incomplètes). Soit 45,5 mille heures de juin à décembre 2018 contre 30,7 mille heures de juin à décembre 2019.

- *Un capacitaire en baisse en matière de chambre d'isolement, même si la reconstruction permet d'aller jusqu'à 12 chambres, la capacité cible sera de 9 (5 sur l'UAEO et 1 par pôle), soit une baisse de 18% par rapport aux capacités installées au 1^{er} janvier 2018 (11 chambres d'isolement).*

Un recours aux soins sans consentement en baisse de 10% depuis le mois de septembre 2019 (13% pour les SPI). La moyenne mensuelle des 4 derniers mois est de 2 610 journées en soins sans consentement (vs 2 892 en 2018 et 2 756 en 2019). » Dans ses observations du 22 janvier 2020, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes précise que : « S'agissant des détenus, il est tout à fait exact que le quadruplement de capacité du nouveau centre pénitentiaire de Valence (de 103 à 464 places à son ouverture en octobre 2015) a fait souffler un vent de panique sur le CHDV qui a craint en effet d'être débordé par les hospitalisations de détenus au titre de l'article D. 398 du CPP, compte tenu de la saturation permanente de l'UHSA de Bron qui constitue un réel problème au quotidien. Grâce à l'équipe des psychiatres intervenant à l'USN1, cette crainte ne s'est heureusement pas concrétisée. »

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'OFFRE DE SOINS DE PEDOPSYCHIATRIE PATIT AU JOUR DU CONTROLE D'UN NOMBRE LIMITE DE SPECIALISTES ET DE LIENS INSUFFISANTS AVEC LES SOINS PEDIATRIQUES

9.1.1 Organisation et activité du pôle

Au jour du contrôle, les soins de pédopsychiatrie proposés par le CHDV sont dispensés dans plusieurs structures ambulatoires – neuf centre médico-psychologiques, quatre hôpitaux de jour, une maison des adolescents et cinq centres d'accueil thérapeutique à temps partiel – situées à Saint-Vallier, Tain-l'Hermitage, Tournon-sur-Rhône, Romans-sur-Isère, Guilherand, Valence, Montélerger, Portes-lès-Valence, Die, Crest et Nyons ; et dans une unité d'hospitalisation à temps complet de huit lits, située à Saint-Vallier. Cette dernière, dénommée Dolto, doit être transférée sur le site de Montélerger en fin d'année 2019 ; sa capacité sera alors portée à dix lits. L'ensemble de ces services est regroupé au sein d'un pôle « enfant et adolescent » dont l'intitulé doit évoluer au mois de septembre 2019 pour devenir « pôle de psychiatrie infanto-juvénile ».

L'activité du pôle est donc essentiellement ambulatoire : selon les informations communiquées aux contrôleurs, la file active du pôle s'est élevée à 3 340 personnes en 2018 et atteignait, au jour de la visite, 2 391 personnes au titre des six premiers mois de 2019. L'unité d'hospitalisation complète Dolto a quant à elle accueilli soixante-quatorze mineurs au cours de l'année 2018, dont deux faisaient l'objet d'une ordonnance judiciaire de placement provisoire (OPP). Parmi les quarante-six personnes prises en charge dans cette unité en 2019, trois faisaient l'objet d'une OPP et sept ont été hospitalisées sur demande parentale. Le même nombre bénéficie de programmes de soins, au titre desquels elles sont hébergées au moins trois nuits dans l'unité. Les patients pris en charge en 2019 ont entre 10 et 17 ans. La durée moyenne d'hospitalisation est d'un peu plus de 30 jours (34 jours en 2017, 31 en 2018 et 29 au cours du premier semestre 2019).

Au jour du contrôle, sept enfants sont hospitalisés : quatre garçons et trois filles, dont l'une est sortie le matin même. Le patient le plus ancien de l'unité est âgé de 11 ans ; il y est hospitalisé depuis trois ans. Bien que la stabilisation de son état de santé pourrait permettre sa sortie, aucune solution d'hébergement satisfaisante n'a été trouvée (voir *infra*, § 9.1.6).

9.1.2 Modalités d'admission

Un projet de protocole portant procédure d'admission et d'hospitalisation d'un mineur en hospitalisation à temps plein a été communiqué aux contrôleurs. Il doit être finalisé concomitamment avec le déménagement de l'unité Dolto sur le site de Montélerger.

Selon ce document, cette unité doit prioritairement prendre en charge les mineurs de 16 ans – au-delà de cet âge, l'admission est prononcée dans un pôle de psychiatrie adulte ; et au vu d'un courrier médical de demande d'hospitalisation accompagné, selon les cas, de la demande valant autorisation parentale, de l'ordonnance provisoire de placement émise par l'autorité judiciaire, de la demande des services de l'aide sociale à l'enfance ou de la décision du représentant de l'Etat.

Du moins de vue médical, selon les informations communiquées, l'admission des patients ne devrait idéalement résulter que d'une orientation par un médecin psychiatre ; elle ne devrait pas faire suite à la seule orientation d'un service d'urgences hospitalières, le plus souvent démunie pour départir l'urgence pédiatrique de la nécessité psychiatrique. Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement précise, ainsi, que : « *Le protocole d'admission des mineurs a été revu et l'orientation est effectuée après un avis de psychiatre.* » Ce protocole actualisé est communiqué.

Hors situation d'urgence – orientation par un service ambulatoire, le plus souvent – le médecin psychiatre en charge de l'unité demande, de manière systématique, à être contacté par le psychiatre qui souhaite adresser le patient vers l'unité pour hospitalisation ; il ne fait pas de consultation préalable mais exige cet entretien clinique à l'issue duquel il refuse parfois l'admission. Selon les renseignements fournis, en effet, nombre de sollicitations relèvent plus de l'expertise ou de la demande d'avis que d'une nécessité réelle d'hospitalisation.

Cependant, les orientations par les services d'urgence – notamment celui du centre hospitalier de Valence (deux des six patients hospitalisés au jour du contrôle), mais également ceux des Hôpitaux Drôme Nord (HDN) de Romans-sur-Isère (un des six patients) et du CH Sainte-Marie de Privas (un des six patients) – s'imposent aux praticiens du CHDV. Parmi elles, selon les informations communiquées, la prise en charge est « *rarement justifiée du point de vue psychiatrique, mais toujours du point de vue de la garantie de la vie* ». En effet, « *un enfant aux urgences est comme un bagage dans les aéroports* » : les équipes qui le prennent en charge n'ont ni le temps ni les moyens de l'observation et de la compréhension qui, seules, peuvent permettre de comprendre si la situation relève de la psychiatrie ou plutôt de la pédiatrie ; à défaut, ils orientent en psychiatrie par mesure de prudence.

Pour tenter de pallier la difficulté, un infirmier de service psychiatrique est détaché auprès des HDN et une astreinte y est assurée par un médecin psychiatre. Comme à Valence (voir *supra*, § 7.1), ce dispositif reste toutefois insuffisant.

A cet égard, il a été signalé qu'au jour du contrôle, le CHDV est lié aux Hôpitaux Drôme-Nord et au centre hospitalier Sainte-Marie par des conventions anciennes et obsolètes ; une mise à jour de ces différents partenariats s'impose qui pourrait être l'occasion d'améliorer la liaison de ces services.

9.1.3 Personnel médical et paramédical

Au mois de juin 2019, le pôle « enfant et adolescent » regroupe huit ETP de praticiens hospitaliers, 2,9 ETP de praticiens contractuels et 0,6 ETP de somaticien, outre 2 ETP d'internes. En outre, une équipe soignante composée de 66 ETP d'infirmiers, dont 5 cadres, de 15,42 ETP de psychologues, de 8 ETP de psychomotricien et de 13 ETP de personnel socio-éducatif, outre 5,26 ETP d'assistants de service social, 5 ETP d'ASH et 8,84 ETP d'assistants médico-administratifs.

L'unité Dolto ne compte, quant à elle, qu'un poste à temps plein de médecin pédopsychiatre, au jour de la visite des contrôleurs. Son remplacement est prévu au mois de février 2020. Il est épaulé par les autres médecins du pôle, attachés aux services ambulatoires, dont deux seulement sont pédopsychiatres.

Une liaison est assurée depuis de longues années avec le service de pédiatrie des Hôpitaux Drôme Nord de Romans-sur-Isère. Ce service, comme celui des urgences de cet établissement, est démuné de psychologue et doit, de ce fait, régulièrement solliciter l'unité de pédopsychiatrie du CHDV pour avis afin de pallier cette lacune. A défaut d'avis spécialisés, cette situation est susceptible d'entraîner des mesures d'hospitalisation complète qui ne sont pas justifiées.

RECOMMANDATION 3

Afin notamment d'éviter des hospitalisations « de précaution », les conventions de partenariat liant l'établissement à d'autres services hospitaliers doivent être mises à jour. A cette occasion, la liaison avec les services d'urgences et de pédiatrie doit être précisée et renforcée.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction du CHDV précise que : « *La convention avec le centre hospitalier de Valence est en cours d'actualisation, elle comprendra une partie urgences psychiatriques et une partie pédiatrie pédopsychiatrie. Celle avec les Hôpitaux Drôme Nord est en préparation.* »

Le personnel soignant compte seize ETP d'infirmiers ; leur nombre doit être porté à dix-neuf – aucune date n'a été précisée pour ce renfort. L'unité bénéficie en outre d'un ETP d'éducateur. Le nombre d'éducateur était auparavant de trois ; selon les informations recueillies, il en faudrait quatre.

RECO PRISE EN COMPTE 20

La présence d'éducateurs spécialisés attachés au service de pédopsychiatrie doit être renforcée.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction du CHDV précise que : « *Au moment de votre inspection vous avez constaté la présence insuffisante d'un seul éducateur attaché au service de pédopsychiatrie de l'unité Dolto. Nous partageons ce constat que nous qualifions de conjoncturel puisque l'effectif éducateur validé par la direction pour cette unité est de 4 ETP. Malheureusement la loi du marché du travail ne nous permet pas toujours de répondre pleinement à nos objectifs en matière de ressources humaines. A ce jour, l'effectif éducateur sur ce dispositif est de 4 ETP, ce qui correspond totalement à notre engagement.* » Le tableau des effectifs de l'unité Dolto est joint à ces observations.

L'activité du personnel soignant s'organise officiellement en rotations : six semaines de jour suivies de deux semaines de nuit. En pratique, les rythmes de travail sont individualisés selon les préférences de chaque professionnel. Les relèves quotidiennes ont lieu à 6h30, 13h30 et 21h.

L'équipe infirmière est composée à part égale d'hommes et de femmes ; l'équipe de nuit, tournante, est également paritaire. Elle inclue au moins un infirmier.

Au jour du contrôle, un seul médecin somaticien intervient dans l'unité – mais est absent pour cause de congés annuels. Bien que les services des HDN de Romans-sur-Isère puissent être sollicités pour les urgences, il résulte de cette situation que l'unité Dolto ne bénéficie en moyenne que d'une visite hebdomadaire d'un médecin généraliste, selon les informations communiquées – voire d'aucune en cas d'absence de ce praticien, comme c'était le cas durant la semaine du contrôle. Ainsi, au jour de cette visite, une adolescente se plaint depuis trois jours de maux de ventre qui ne peuvent être expertisés. A cet égard, les témoignages recueillis font ressortir l'attente des soignants en ce qui concerne les pratiques infirmières avancées, qui permettraient à ce personnel de prescrire certains médicaments et ainsi de pallier l'insuffisance de l'offre somatique.

Le transfert de l'unité sur le site de Montéleger aura à cet égard un effet bénéfique, l'unité de pédopsychiatrie pouvant alors bénéficier de l'offre somatique du pôle transversal, qui devra être renforcée en conséquence (voir *supra*, § 7.5). Elle doit notamment être complétée d'un poste de pédiatre à hauteur de 0,1 ETP, selon les informations communiquées – volume horaire d'apparence fort limité.

Des temps de supervision sont organisés dans l'unité : des réunions cliniques pluridisciplinaires toutes les semaines et des analyses de pratiques professionnelles une fois par mois sur la base du volontariat.

9.1.4 Conditions de la prise en charge

Au jour du contrôle, l'unité Dolto compte huit lits au total, ainsi qu'une chambre d'isolement. Six chambres d'hébergement sont individuelles et la dernière est double. Cinq des chambres individuelles sont occupées, ainsi qu'un des lits de la chambre double. Toutes sont équipées de WC et d'une douche. L'unité comprend en outre une salle de bains commune équipée d'une baignoire, et sept WC. Elle compte enfin plusieurs salles d'activités, dont une salle de classe et une salle équipée d'un matériel informatique. La construction, sise à Saint-Vallier, date de 2011 ; son état général est correct. Une porte barreaudée, d'aspect carcéral, sépare la zone d'hébergement des espaces de vie collective ; ceux-ci sont pour l'essentiel peu spacieux et manquent de clarté.

Au terme du transfert de l'unité vers Montéleger, l'unité intégrera un nouveau bâtiment, tout juste édifié lors du contrôle, qui sera relié à l'hôpital de jour et dont les contrôleurs ont pu visiter le chantier. Ces nouveaux locaux offriront des conditions d'hébergement et de prise en charge aux mineurs hospitalisés largement améliorées, à l'instar des futures unités d'hospitalisation pour les adultes.

En particulier, les espaces de vie collective – notamment les lieux affectés à la prise des repas – seront plus vastes et lumineux dans la nouvelle construction, laquelle ouvrira sur trois espaces extérieurs sécurisés auxquels pourront accéder les enfants. L'un de ces espaces est équipé d'un vaste préau ; les autres doivent notamment accueillir une zone consacrée au sport et un potager.

En outre, plusieurs salles d'activité sont prévues, dont une salle informatisée et une salle de classe. L'une d'elles ouvre sur l'extérieur.

L'augmentation de la capacité d'accueil de deux lits est accueillie avec satisfaction par les équipes médicale et paramédicale, qui regrettent de fréquentes périodes de sur occupation à Saint-Vallier, durant lesquelles la chambre d'isolement doit être utilisée pour l'hébergement d'un patient (la porte étant alors laissée ouverte).

Au demeurant, une hausse de la demande de soins est attendue du déménagement de l'unité à Montéleger et de son installation dans un nouveau bâtiment, l'hospitalisation à Saint-Vallier étant jusqu'alors regardée comme source de réticence du fait tant de la vétusté des locaux que de l'éloignement du site du secteur du valentinois.

9.1.5 Conditions de vie

La liberté de circulation des patients à l'intérieur de l'unité Dolto est assurée et sera améliorée dans les futurs locaux ; leurs biens sont regroupés dans un placard situé dans leurs chambres, fermé et dont la clé leur est remise au moment de leur toilette.

Selon le projet de protocole, cité précédemment, qui a été communiqué aux contrôleurs : « *toute restriction de liberté doit demeurer exceptionnelle, faire l'objet d'une prescription et répondre à des motifs précis et individuels, portés à la connaissance des représentants légaux* ». Ceux-ci doivent notamment être informés de l'existence d'un espace d'isolement et des modalités de son utilisation ; ainsi que de toute mesure de placement en isolement éventuellement prise à l'égard de leur enfant.

Le même document prévoit l'information adaptée du mineur sur sa situation, ainsi que l'information et l'association à la prise en charge des représentants légaux si ceux-ci ne sont pas privés de leur autorité parentale.

Durant l'hospitalisation, le port du pyjama est exceptionnel, sauf en cas de placement en isolement durant lequel il est fréquent afin, notamment, de « *faciliter les gestes médicaux* » éventuellement nécessaires. Au jour du contrôle, un seul des six patients hospitalisés, soumis à un placement en isolement, fait l'objet d'une telle mesure.

Par ailleurs, les patients peuvent librement recevoir des visites comme des appels téléphoniques, sauf prescription médicale contraire.

Le recours à l'isolement est le plus rare possible, selon les informations communiquées et, le cas échéant, pour le temps le plus court possible. Afin de tenter une désescalade, il est préalablement proposé un temps en salle de repos ou dans la chambre du patient. A cette fin, un salon d'apaisement doit être installé dans les futurs locaux de l'unité situés à Montéleger.

Au jour de la visite des contrôleurs, selon les renseignements qui leur ont été fournis, le patient placé en isolement peut prendre ses repas avec les autres patients.

Selon les informations communiquées, le psychiatre, médecin-chef de l'unité, valide sur Cariatides® toute décision de placement en isolement prise par l'équipe, en laquelle il dit avoir toute confiance à cet égard. Selon ses déclarations, les soignants le contactent systématiquement dans de telles situations ; la décision est, selon les cas, discutée ou confirmée par téléphone puis le médecin s'organise pour visiter le patient dans le plus bref délai. Selon d'autres témoignages, les autres psychiatres susceptibles d'assurer l'astreinte ne se déplacent, quant à eux, pas systématiquement : tout dépend du professionnel concerné. Selon ces informations, lorsque le médecin d'astreinte n'entend pas se déplacer, l'autorisation de lever la mesure lui est demandée par les soignants. Le plus souvent, le psychiatre lèverait alors la mesure ; sinon, il accepterait de se déplacer.

Enfin, compte tenu de l'insuffisance flagrante de l'offre somatique disponible sur le site de Saint-Vallier, il n'y a pas de visite systématique d'un médecin généraliste lors du placement à l'isolement. Cette situation devrait être améliorée après le transfert sur le site de Montéleger, mais l'établissement devra être vigilant à cet égard compte tenu de la réalité constatée à ce sujet sur ce site (voir *supra*, § 8.2.3).

9.1.6 La levée d'hospitalisation

Selon les témoignages recueillis, la sortie d'hospitalisation fait partie des difficultés récurrentes rencontrées par les équipes médicales et paramédicales de l'unité Dolto, soit qu'il n'existe pas de cadre familial vers lequel l'enfant puisse être orienté, soit que la famille soit réticente au retour de l'enfant en son sein. Les patients, pris en charge, sont en effet souvent issus de contextes socio-familiaux difficiles, vers lesquels il n'est pas envisageable de les réorienter une fois leur état de santé stabilisé.

Or, le nombre d'orientations en familles d'accueil ou dans des institutions spécialisées étant globalement insuffisant, certains patients voient leur hospitalisation prolongée sans nécessité médicale. Au jour du contrôle, c'est le cas du jeune « doyen » de l'unité, hospitalisé depuis trois ans et dont l'état de santé permettrait la sortie depuis de longs mois qu'il a toutefois passés à l'hôpital faute de solution d'hébergement satisfaisante. Selon certains témoignages rapportés aux contrôleurs, si cette situation est exceptionnelle, il est en revanche fréquent que des patients « sortants » restent hospitalisés plusieurs jours de plus que nécessaire car « *personne ne vient les chercher* ».

RECO PRISE EN COMPTE 21

Tant l'établissement, par ses partenariats, que les autorités nationales et départementales concernées doivent engager les actions nécessaires au développement des possibilités d'accueil extra familiales offertes aux patients mineurs sortant d'hospitalisation.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement souligne à cet égard que : « *L'établissement a mis en œuvre des partenariats avec les structures territoriales œuvrant dans le champ de la protection et l'accompagnement des mineurs dans l'objectif d'offrir des solutions d'accueil extra familiales le cas échéant. Des représentants du centre hospitalier (administratifs, sociaux et soignants) sont présents dans les instances de réflexion territoriales sur les modalités de prise en charge des mineurs. Afin d'éviter les situations d'hospitalisation au long cours, l'établissement s'inscrit dans la démarche de la Réponse accompagnée pour tous initiée par la maison départementale de l'autonomie (ex MDPH) de la Drôme. Ainsi, les mineurs hospitalisés en raison de l'absence d'une structure adaptée sont systématiquement signalés à la MDA qui réunit dans ce cadre l'ensemble des partenaires de la protection de l'enfance, les structures et les services médico-sociaux. De même, l'établissement participe à la Commission public jeune frontière animée par la MDA afin d'évoquer les situations des mineurs sans solution, en présence de l'ensemble des partenaires.* » Dix conventions de partenariat passées par l'établissement, des collectivités locales, divers établissements et instances et des associations sont jointes à ces observations. La plus ancienne date de l'année 2004 ; la plus récente, du 2 janvier 2019.

Par son courrier du même jour, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes précise que : « *Le sujet des prises en charge en pédopsychiatrie ne cesse de mobiliser mes équipes et suscite beaucoup d'attente des différents partenaires sociaux et médicosociaux, tant les difficultés ressenties dans certaines situations sont grandes. L'établissement collabore activement au dispositif d'orientation permanent mis en place dans le cadre de la réponse accompagnée pour tous auprès des enfants et adolescents en situation complexe, mais le dialogue demeure difficile, chacun des deux partenaires sanitaire ou médicosocial pensent le plus souvent que l'autre détient la solution. Nous nous attachons à favoriser ces échanges [...].* »

Enfin, et par ailleurs, le psychiatre en charge de l'unité s'est plaint de ce que le logiciel Cariatides®, tel que configuré au jour du contrôle, comprend un formulaire intitulé « notification de sortie » destiné à formaliser la décision médicale de levée d'hospitalisation dont la formalisation requiert la signature des titulaires de l'autorité parentale, laissant penser à ceux-ci qu'ils peuvent refuser la reprise en charge de leur enfant. S'il n'est requis aucune autorisation parentale à la levée de l'hospitalisation d'un mineur, cette formalisation le laisse entendre et pose parfois difficulté. Une modification du logiciel serait justifiée à cet égard.

9.2 LES RARES HOSPITALISATIONS DE PERSONNES DETENUES, DE COURTE DUREE, SE DEROULENT A L'UEAO

L'accueil des personnes détenues au centre hospitalier ne fait l'objet d'aucun protocole avec l'administration pénitentiaire.

Les personnes détenues du centre pénitentiaire de Valence sont prioritairement orientées vers l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon (Rhône), ouverte depuis 2010 ; lorsque leur accueil dans cette unité est impossible – en raison notamment du manque de places – elles

sont hébergées dans l'aile dite contenant de l'UEAO, quelle que soit leur domiciliation antérieure à l'incarcération.

Ces admissions sont donc peu fréquentes : huit en 2017, six en 2018 et deux au premier semestre 2019, Au cours de la visite, deux personnes détenues ont été hospitalisées au CHDV. La durée du séjour est généralement brève (durée moyenne de 5 jours en 2017 et de 4 jours en 2018), le temps qu'une place se libère à l'UHSA ou, qu'avant cela, l'amélioration de l'état du patient permette un retour à l'établissement pénitentiaire.

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'établissement, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants se déplace au centre pénitentiaire dans une ambulance obligatoirement équipée pour un transport couché. Le patient est systématiquement contentionné pendant le transport ; une sédation est éventuellement décidée par le médecin de l'unité sanitaire en fonction du comportement de la personne détenue.

Les personnes détenues sont placées en chambre d'isolement à leur arrivée, dans l'aile dite contenant de l'UEAO.

Aucune information n'est systématiquement transmise au CHDV par l'administration pénitentiaire quant à la situation pénale, au statut et aux droits des patients détenus ; les équipes ne disposent que des informations médicales transmises par l'unité sanitaire.

Un protocole du centre hospitalier, daté du 26 juin 2019, relatif à « l'admission des détenus » précise que « *les droits de visite et de communication restent soumis aux limitations pénales et aux contre-indications médicales* ». Cependant, dans les faits, durant l'hospitalisation, les patients n'ont accès ni au téléphone, ni aux visites en raison de la brièveté du séjour mais aussi car les soignants ne disposent d'aucune information relative à ces droits.

La sortie s'effectue selon des critères exclusivement médicaux et s'organise en lien avec l'unité sanitaire du centre pénitentiaire. Il est dit qu'en pratique, le préfet ne s'oppose pas aux demandes de mainlevée présentées par les psychiatres. Le retour du patient vers la prison incombe aux services pénitentiaires qui doivent, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement.

Les contrôleurs ont assisté à la prise en charge d'un patient sortant. L'équipage pénitentiaire était composé d'un gradé et de deux surveillant plus un chauffeur. Le patient a subi une fouille intégrale dans la chambre d'isolement, a été menotté mains devant attachées à une ceinture ventrale et entravé et a traversé ainsi les couloirs de l'unité jusqu'à la porte d'entrée. A l'issue de cet épisode, il a été précisé aux contrôleurs qu'une nouvelle procédure allait être mise en place et que dorénavant le patient serait accompagné par les soignants jusqu'au sas d'entrée de l'unité à proximité duquel se trouve la salle d'accueil des nouveaux arrivants : ce n'est qu'à cet endroit que l'administration pénitentiaire pourra procéder à ses mesures de sécurité, sans pénétrer dans l'unité d'hospitalisation.



Sortie de l'UEAO d'un patient escorté par l'administration pénitentiaire

RECOMMANDATION 4

Un protocole d'admission des patients détenus doit être signé entre le centre hospitalier et le centre pénitentiaire de Valence qui doit transmettre les informations nécessaires au respect des droits des patients.

Dans ses observations du 22 janvier 2020, la direction de l'établissement fait valoir que : « Une réunion est programmée le 4 février 2020 pour travailler sur l'élaboration d'une convention et protocole de partenariat entre le CH Drôme Vivarais et le centre pénitentiaire de Valence pour l'hospitalisation des détenus. » Un échange de courriel relativement à l'organisation de cette réunion est joint. Dans un courrier daté du même jour, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes souligne que ses services appuieront la mise en œuvre de la recommandation énoncée.

10. CONCLUSION

Le centre hospitalier Drôme-Vivarais est, à la date de la visite des contrôleurs, un hôpital en chantiers. Chantier architectural, d'abord, qui doit permettre d'améliorer de façon substantielle le bien-être des patients, notamment ceux hospitalisés au long cours, et l'environnement de travail des soignants. La modernisation des locaux offre déjà, à l'UEAO et à l'unité de soins somatiques, un environnement de qualité, largement investi par des équipes motivées et dynamiques. Chantier organisationnel, ensuite, puisque, au bénéfice du déménagement de chacune des unités de soins dans des bâtiments neufs, débuté peu avant la visite et projeté de façon progressive jusqu'au printemps 2020, diverses améliorations sont censées être apportées à la prise en charge des patients. Selon les propos recueillis, il est prévu à l'occasion de ces changements matériels de « *tamiser les pratiques actuelles pour garder les bonnes et faire cesser les autres* ».

L'ambition est des plus louables puisque le respect accordé aux droits fondamentaux des patients, en particulier lorsqu'ils sont admis en soins sans consentement, doit en sortir renforcé ; et les perspectives sont à cet égard encourageantes, à l'instar de la politique d'établissement nouvellement mise en place en matière d'isolement et de contention – laquelle doit sans attendre être élargie de l'unité Chagall à l'ensemble des autres services.

Tant la direction de l'établissement que ses équipes médicales et paramédicales doivent toutefois être attentives afin que les conditions quotidiennes de leur exercice, contraintes par des choix architecturaux dont il ressort un nombre plus important de chambres d'isolement dans les nouveaux bâtiments que dans les anciens, pour un nombre d'unités fermées sensiblement similaire, n'aient pas pour conséquence une réalité quotidienne de la prise en charge et des conditions de vie imposées aux patients qui s'avèrent en fait contraires aux bonnes intentions affichées. A cet égard, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes relève, dans ses observations du 22 janvier 2020 : « *J'entends votre mise en garde sur l'écart à redouter entre les bonnes intentions affichées et les pratiques ; il est vrai que le départ annoncé du directeur actuel en début d'année 2020 constitue un risque, mais il m'apparaît que la dynamique engagée dans l'établissement quant à l'amélioration de la qualité des soins et au respect des droits des patients s'appuie sur des bases solides et durables.* »