

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

30 mai au 3 juin 2022 – 2<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier

Henri Laborit de Poitiers

*(Vienne)*



## SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier Henri Laborit (CHL) de Poitiers (Vienne) du 30 mai au 3 juin 2022. Le rapport provisoire, rédigé à l'issue de la visite, a été transmis le 7 septembre 2022 au directeur du CHL, au préfet de la Vienne, aux chefs de juridiction de Poitiers et à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Seul le directeur du CHL a fait valoir ses observations en retour, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Le CHL est le seul établissement psychiatrique, public comme privé, sur le département de la Vienne qui recense plus de 437 000 habitants et quatre secteurs de psychiatrie adultes.

L'établissement est organisé en trois pôles : un pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adultes, un pôle de psychiatrie générale adultes et un pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Chaque secteur pour adultes s'organise autour de trois unités d'hospitalisation complète (HC) (regroupées en « pavillons »), dont une fermée et deux ouvertes. Au moment de la visite, l'une des unités ouvertes du secteur 4 était « provisoirement » (depuis juin 2020) inactivée, par manque d'effectifs en infirmiers diplômés d'État.

S'y ajoutent des unités intersectorielles, notamment, s'agissant de services pouvant recevoir des patients en soins sans consentement (SSC), une unité d'hospitalisation complète (HC) pour patients institutionnellement dépendants et une unité de psychiatrie des personnes âgées.

L'offre totale en HC pour adultes susceptible de recevoir des patients en SSC était, au moment de la visite, de 202 lits, auxquels s'ajoutent onze lits en chambre d'isolement (CI).

En pédopsychiatrie, l'établissement offre en théorie seize lits d'HC (cinq en unité fermée et onze en unité ouverte). Toutefois, au moment du contrôle, cinq lits étaient « gelés » dans l'unité ouverte.

Les patients en SSC sont, en première intention, admis dans une unité fermée mais ils peuvent, selon leur clinique ou l'évolution de celle-ci, être affectés en unité ouverte. Aucun patient en soins libres (SL) n'est admis dans une unité fermée (sauf dans les unités pour patients institutionnellement dépendants et de psychiatrie des personnes âgées, qui sont à « accès contrôlé »).

En dépit d'une nouvelle organisation, le CHL a peu évolué depuis la dernière visite du CGLPL. Il peut cependant capitaliser sur une situation financière saine et des ressources humaines lui permettant de répondre aux besoins en dépit de difficultés croissantes d'attractivité et de fidélisation, notamment en personnel infirmier.

L'hôpital offre une prise en charge de qualité tant du point de vue psychiatrique que somatique. Si des disparités sont perceptibles entre les pôles (en termes de nombres de lits par habitant – presque du simple au double –, de postes pourvus et de postes d'internes), la présence médicale est quotidienne dans les unités, du moins en semaine. Un grand nombre d'activités thérapeutiques sont proposées, effectivement accessibles aux patients y compris ceux des unités fermées.

Toutefois, l'activité soutenue et la réduction de l'offre de lits entraînent une suroccupation croissante, avec des conséquences fortement préjudiciables pour les patients : hébergements de plus en plus fréquents en dehors de l'unité de secteur, augmentation du nombre d'enfants hospitalisés chez les adultes, lit surnuméraire dans la chambre, impossibilité de conserver la chambre miroir en cas d'isolement, utilisation des chambres d'isolement comme des chambres ordinaires, occupation de la chambre d'un patient en permission de sortie, sorties précoces,

recherches de solutions d'accueil dans d'autres établissements plus éloignés ou encore files d'attente à l'admission.

Les travaux opérés ces dernières années permettent d'offrir des conditions matérielles de prise en charge de très bonne qualité mais encore inégales selon les pavillons. Une hétérogénéité est également observée dans les pratiques des unités quant aux restrictions, relativement peu nombreuses, dans la vie quotidienne.

En revanche, des insuffisances criantes ont été déplorées en matière d'information des patients en général et plus spécifiquement s'agissant de la notification des droits propres aux patients en soins sans consentement : les décisions du directeur ne sont pas prises en temps réel le week-end, leurs motivations sont insuffisantes, elles ne sont pas remises aux patients et les droits prévus à l'article L. 3211-3 du CSP ne sont pas notifiés. En revanche, le nom du tiers demandeur figure sur les décisions d'admission.

Enfin, le recours à l'isolement et à la contention doit être encore davantage réfléchi pour réellement constituer une pratique de dernier recours, en conformité avec le discours porté par l'établissement. Les conditions matérielles de l'isolement ne sont pas satisfaisantes, certaines chambres d'isolement n'étant pas conformes aux normes et trop d'isollements s'effectuant en espace non dédié. L'existence d'une chambre d'isolement dans l'unité de pédopsychiatrie n'est pas admissible. Des décisions « si besoin » sont parfois prises et le renouvellement des mesures peut être effectué par un interne, parfois même à distance sans voir le patient, et sans validation par un senior. L'organisation des lignes de garde et d'astreinte concourt immanquablement à ce que des mesures d'isolement ou de contention perdurent la nuit ou le week-end au-delà de toute justification médicale.

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires relatives à l'information du JLD et des proches en matière d'isolement ou de contention prolongés devaient être mises en œuvre la semaine suivant le contrôle. La réponse du directeur du CHL au rapport provisoire n'a pas permis de justifier de cette mise en œuvre ni, plus globalement, de considérer que certaines recommandations ont été prises en compte ou sont en voie de l'être.

## 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 ..... 29**

En cas de besoin de soins sans consentement et afin de limiter le recours à la procédure dérogatoire des soins en péril imminent, l'établissement s'est organisé pour mettre en place un professionnel chargé de rechercher un tiers susceptible de demander dans l'intérêt du patient son hospitalisation.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 41**

La possibilité pour les patients d'accéder gratuitement à un réseau Wi-Fi est de nature à faciliter l'accès à l'information et le maintien des liens sociaux ; elle mériterait d'être généralisée.

### 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 ..... 23**

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'Observatoire national des violences en milieu de santé.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 26**

Afin d'assurer sa traçabilité, chaque mesure d'isolement ou de contention prise aux urgences doit être inscrite dans un registre qui mentionne le nom du médecin ayant décidé de la mesure, les dates et heures de placement et de levée, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant effectué la surveillance.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 27**

Les patients faisant l'objet d'une contention aux urgences doivent bénéficier d'une sédation. Le matériel de contention à picots est à proscrire, seules les contentions aimantées ayant leur place en psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 28**

Les hospitalisations de mineurs, parfois jeunes, en secteurs adultes doivent cesser. Compte tenu du nombre de séjours concernés en forte hausse, la réouverture de lits de crise pour adolescents est prioritaire.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 30**

Chaque patient, dès son admission, doit recevoir avec les explications nécessaires un livret d'accueil, puis être correctement informé de l'ensemble des règles qui régissent son quotidien et des droits applicables. Un affichage clair et actualisé doit venir en complément des informations communiquées oralement.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 31**

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et

portés à la connaissance du patient qui, en outre, doit recevoir une notice explicative des droits énoncés à l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Par ailleurs, ces décisions doivent être formellement prises en temps réel et leur notification doit intervenir dans les meilleurs délais dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

**RECOMMANDATION 7 ..... 32**

Toutes les chambres et locaux sanitaires doivent être équipés de verrou de confort permettant d'assurer la sécurité et l'intimité des patients.

**RECOMMANDATION 8 ..... 33**

Tous les patients doivent pouvoir accéder à des espaces extérieurs végétalisés pourvus de tables, chaises, bancs et protection contre le soleil et les intempéries.

**RECOMMANDATION 9 ..... 34**

Tous les patients doivent, à tout moment, avoir accès à des toilettes dans des conditions préservant leur dignité et leur intimité. À cette fin, l'unité Ravel doit être rénovée afin que les patients puissent bénéficier d'équipements sanitaires modernes. Des produits d'hygiène élémentaire doivent être proposés aux patients démunis.

**RECOMMANDATION 10 ..... 35**

Les patients doivent pouvoir disposer d'un placard avec fermeture afin d'éviter les vols. Lorsque leur état clinique le permet, ils doivent pouvoir gérer eux-mêmes la fermeture de ce placard.

**RECOMMANDATION 11 ..... 37**

La présence d'une majorité de patients en soins libres dans les pavillons Cousin et Amadeus nécessite de réadapter le mode de contrôle des sorties de ces locaux. Si certains patients en raison de leurs troubles, notamment cognitifs et temporo-spatiaux, justifient de voir leurs allers et venues contrôlées, ceci ne peut conduire tous les autres, en soins libres, à être privés d'un accès direct au parc. Une réponse organisationnelle plus individualisée doit répondre à ces difficultés de cohabitation.

**RECOMMANDATION 12 ..... 38**

Sauf contre-indication médicale, les patients doivent pouvoir recevoir qui ils souhaitent dans leur chambre.

**RECOMMANDATION 13 ..... 38**

L'accès au tabac pour les patients fumeurs ne peut être limité en raison de l'effectif soignant disponible. Les restrictions apportées ne peuvent être liées qu'à des motifs médicaux, personnalisés et régulièrement réévalués.

**RECOMMANDATION 14 ..... 39**

Toute règle générale et systématique de privation du téléphone est à proscrire. À l'admission, la restriction, même temporaire, doit être individualisée. Par la suite, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone doit être possible dans des conditions respectant l'intimité des conversations et sans limitation du nombre d'appels.

**RECOMMANDATION 15 ..... 40**

Un lieu d'accueil spécifique pour les visiteurs, agréablement aménagé et permettant de garantir confidentialité et intimité, doit être prévu dans chaque pavillon.

**RECOMMANDATION 16 ..... 40**

L'établissement doit permettre aux unités de soins de s'abonner à quelques journaux ou magazines parmi les plus lus par les patients.

- RECOMMANDATION 17** ..... **41**  
 Les équipes doivent savoir qu'il existe une possibilité d'être hospitalisé sous alias (procédure de pseudo-anonymisation) et la proposer au patient.
- RECOMMANDATION 18** ..... **41**  
 Les patients doivent être informés de leur droit à ce qu'aucune indication ne soit communiquée quant à leur hospitalisation et le standard du CHU doit respecter le choix des patients en la matière.
- RECOMMANDATION 19** ..... **42**  
 L'ensemble des droits qui s'attachent au traitement automatisé des données de santé doivent figurer dans le livret d'accueil qui doit être remis au patient
- RECOMMANDATION 20** ..... **42**  
 La direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative à l'exercice du droit de vote et à ses modalités. Il est nécessaire d'anticiper l'inscription sur les listes électorales des personnes hospitalisées et l'établissement des procurations.
- RECOMMANDATION 21** ..... **42**  
 Les patients doivent être informés de leur droit à l'accès au culte et pouvoir disposer des coordonnées de chacun des représentants habilités par l'établissement. Le livret d'accueil doit être actualisé pour être en adéquation avec la réalité des interventions possibles.
- RECOMMANDATION 22** ..... **43**  
 Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour que les patients conservent leur droit à l'intimité et la liberté sexuelle. Ils doivent bénéficier de mesures d'information et de prévention sur le consentement et les maladies sexuellement transmissibles.
- RECOMMANDATION 23** ..... **45**  
 Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge, accessibles pendant les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière, avoir accès librement à l'eau et aux toilettes dans des conditions garantissant son intimité, aérer la pièce, disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas. Les hublots des portes donnant sur les couloirs doivent être occultés.
- RECOMMANDATION 24** ..... **46**  
 Les espaces d'apaisement doivent être privilégiés. La transformation de chambre d'isolement en espace d'apaisement est nécessaire afin de ne recourir à l'isolement qu'en dernier recours.
- RECOMMANDATION 25** ..... **47**  
 Toute décision ou renouvellement d'isolement ou de contention prise, après examen du patient par un médecin non-psychiatre, doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre senior.
- RECOMMANDATION 26** ..... **48**  
 Les mesures d'isolement et de contention ne doivent être effectuées que dans des espaces dédiés de nature à garantir la sécurité du patient et des soignants. Les pratiques d'isolement séquentiel ne peuvent s'entendre que sur de courtes durées et non de façon récurrente ou pérenne.
- RECOMMANDATION 27** ..... **48**  
 L'établissement doit être en mesure de communiquer à tout moment aux services de secours le nombre et la localisation des patients isolés ou contentonnés afin de faciliter leur évacuation éventuelle.
- RECOMMANDATION 28** ..... **50**  
 Les durées des mesures d'isolement et de contention doivent être renseignées avec précision afin de fiabiliser les données figurant dans le registre et de permettre une réelle analyse des pratiques.

<b>RECOMMANDATION 29</b> .....	<b>50</b>
Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent, contraire à la loi, doit être prohibé.	
<b>RECOMMANDATION 30</b> .....	<b>52</b>
Le préfet de la Vienne doit procéder au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres soient aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de fonctionner pour reprendre de façon pérenne ses visites biennuelles au CHL et ses missions de contrôle.	
<b>RECOMMANDATION 31</b> .....	<b>53</b>
Le registre de la loi doit être renseigné complètement dans les 24 heures de la prise des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement.	
<b>RECOMMANDATION 32</b> .....	<b>53</b>
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet de la Vienne et le maire de Poitiers ou leurs délégataires, doivent visiter au moins une fois par an le CHL.	
<b>RECOMMANDATION 33</b> .....	<b>57</b>
La remise des médicaments par les soignants doit faire l'objet d'un enregistrement informatique en temps réel, spécialité par spécialité.	
<b>RECOMMANDATION 34</b> .....	<b>58</b>
Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités.	
<b>RECOMMANDATION 35</b> .....	<b>59</b>
Des séances de supervision ou analyse de pratique doivent être proposées aux soignants qui en éprouvent le besoin.	
<b>RECOMMANDATION 36</b> .....	<b>66</b>
Un programme d'éducation à la santé doit être mis en œuvre pour les patients en hospitalisation complète.	
<b>RECOMMANDATION 37</b> .....	<b>67</b>
Le collège des professionnels de santé doit se réunir de façon effective dans tous les cas prévus par la loi, examiner les patients concernés et recueillir leur avis.	
<b>RECOMMANDATION 38</b> .....	<b>68</b>
La capacité d'hospitalisation des personnes âgées doit être augmentée et mieux correspondre aux besoins de la population afin d'éviter des hébergements dans des unités non spécialisées ou des refus de prise en charge.	
<b>RECOMMANDATION 39</b> .....	<b>74</b>
Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés à la pédopsychiatrie.	
<b>RECOMMANDATION 40</b> .....	<b>74</b>
L'isolement d'un adolescent doit être évité par tout moyen. Un espace d'apaisement doit être créé à la place de la chambre d'isolement.	
<b>RECOMMANDATION 41</b> .....	<b>76</b>
Le protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues doit être révisé afin de préciser les modalités d'accueil et de prise en charge de ces patients. La mise à l'isolement ne peut être justifiée que par la clinique du patient-détenu et non par son statut pénal. Sauf justification médicale, les	

droits du patient détenu doivent être maintenus durant son hospitalisation, notamment s'agissant des liens avec l'extérieur (visites, appels téléphoniques).

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>11</b>
<b>1 CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>11</b>
<b>2 OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE .....</b>	<b>13</b>
<b>3 LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>17</b>
3.1 Seul établissement autorisé en psychiatrie sur le département, le CHL est structuré pour permettre un bon accès aux soins en intra comme en extrahospitalier.....	17
3.2 Les marges budgétaires dégagées par la fermeture imposée de lits faute de personnel atteignent leurs limites.....	19
3.3 Les difficultés nouvelles rencontrées pour le recrutement et la fidélisation des infirmiers pèsent sur la qualité de la prise en charge et sur les conditions de travail .....	20
3.4 Le signalement des événements indésirables est organisé mais n'est pas toujours compris comme un outil d'amélioration des pratiques .....	22
3.5 Le comité d'éthique est actif et en prise avec les réalités quotidiennes mais ses réflexions sont inégalement diffusées auprès des professionnels .....	23
<b>4 LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT .....</b>	<b>25</b>
4.1 La prise en charge psychiatrique aux urgences du CHU est assurée par une équipe dédiée du CHL présente en permanence .....	25
4.2 La réduction du nombre de lits désorganise l'hôpital et induit une suroccupation attentatoire aux droits des patients .....	27
4.3 Outre une information générale insuffisante sur les règles de vie, les conditions de notification des droits spécifiques des patients en soins sans consentement sont contraires à la loi .....	29
<b>5 LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>32</b>
5.1 Les conditions d'hébergement, globalement de qualité, varient d'une unité à l'autre.....	32
5.2 Sauf à l'unité Ravel, les conditions d'accès à l'hygiène sont satisfaisantes .....	34
5.3 Les biens des patients sont incomplètement protégés.....	34
5.4 Les repas sont adaptés aux besoins des patients.....	35
<b>6 LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>36</b>
6.1 Largement ouvert et dépourvu de dispositif de sécurisation, le CHL préserve globalement la liberté d'aller et venir des patients .....	36
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne portent essentiellement sur l'accès au tabac dans les unités fermées .....	37
6.3 Les communications avec l'extérieur sont institutionnellement contrariées et la confidentialité sur l'hospitalisation insuffisante .....	38
6.4 Le droit de vote n'est pas encouragé par l'établissement .....	42

6.5	L'accès au culte n'est pas assuré .....	42
6.6	La vie sexuelle des patients majeurs ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle.....	43
<b>7</b>	<b>L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT .....</b>	<b>44</b>
7.1	La configuration des chambres d'isolement n'est pas respectueuse de l'intimité et de la dignité des patients, au contraire des espaces d'apaisement qui constituent une réelle alternative à l'isolement .....	44
7.2	Les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas toujours en adéquation avec la volonté affichée par l'établissement .....	46
7.3	Près d'un tiers des patients admis en soins sans consentement fait l'objet d'un isolement et 13 % d'une contention, pour des durées non quantifiées.....	49
7.4	Si la désignation d'une personne de confiance est généralisée, la recherche du consentement dans les soins est encore inégalement développée .....	51
<b>8</b>	<b>LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>52</b>
8.1	La commission départementale des soins psychiatriques n'exerce plus sa mission de contrôle depuis 2019 et les représentants des usagers, bien qu'intégrés à l'établissement, ne visitent pas les unités.....	52
8.2	Bien que tenu avec soin, le registre de la loi est renseigné incomplètement et trop tardivement tandis que les contrôles extérieurs sont réduits au minimum .....	53
8.3	Le contrôle du juge des libertés et de la détention, effectif sur les hospitalisations, est embryonnaire sur les mesures d'isolement et de contention .....	54
<b>9</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>56</b>
9.1	Dans les unités destinées aux adultes, les patients bénéficient d'une permanence médicale et soignante et d'une vaste palette d'activités thérapeutiques.....	56
9.2	L'accès aux soins somatiques fait l'objet d'une grande attention de la part des médecins généralistes .....	63
9.3	La préparation à la sortie fait l'objet d'une concertation pluridisciplinaire entre l'intra et l'extra hospitalier .....	66
<b>10</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>68</b>
10.1	La prise en charge des personnes âgées est adaptée à leurs besoins mais souffre d'une insuffisance de lits d'hospitalisation .....	68
10.2	L'unité Tony Lainé propose un parcours de soins de qualité à des mineurs très fragilisés .....	70
10.3	Les patients détenus sont toujours placés en isolement à leur arrivée au CHL et restreints dans l'exercice de leurs droits au cours de l'hospitalisation .....	75
10.4	Les liens avec le service de soins palliatifs du CHU permettent d'accompagner au mieux les patients en fin de vie .....	76
<b>11</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>78</b>
<b>12</b>	<b>GLOSSAIRE .....</b>	<b>79</b>

---

# Rapport

## 1 CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Matthieu Clouzeau, chef de mission ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Pierre Levené ;
- Bertrand Lory ;
- Elodie Marchand ;
- Marie Pinot ;
- Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Henri Laborit (CHL)<sup>1</sup> de Poitiers (Vienne) du 30 mai au 3 juin 2022.

Il s'agissait d'une deuxième visite, un précédent contrôle ayant été réalisé du 19 au 22 octobre 2010<sup>2</sup>.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 30 mai à 14h30. Ils l'ont quitté le 3 juin à 16h30. La visite avait été annoncée le mercredi précédent à la direction et, la veille, au préfet de la Vienne, à la directrice de l'antenne départementale de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Poitiers ainsi qu'au procureur de la République près ce tribunal.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général de l'établissement et son adjointe. Une réunion, regroupant trente-quatre professionnels des différents services concernés par le contrôle, a permis de présenter la mission. Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant la plupart des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affiches signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont également pu se rendre aux urgences du centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers situé à proximité immédiate du CHL. Le chef de mission a eu un entretien téléphonique avec la présidente du conseil de surveillance de l'établissement (Anne-Florence Bourat, vice-présidente déléguée en charge de la santé du conseil départemental de la Vienne).

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

---

<sup>1</sup> Un glossaire en fin de rapport reprend tous les acronymes utilisés.

<sup>2</sup> [CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers, oct. 2010.](#)

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs ; le chef de mission s'est entretenu, à leur demande et séparément, avec des représentants de Force ouvrière (FO) et de la Confédération générale du travail (CGT).

Une réunion de restitution a eu lieu, le 3 juin 2022 à 15h, en présence du même auditoire que pour la réunion de présentation.

Le rapport provisoire, rédigé à l'issue de la visite, a été transmis le 7 septembre 2022 au directeur du centre hospitalier, au préfet de la Vienne, aux chefs de juridiction de Poitiers et à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine. Seul le directeur du centre hospitalier a fait valoir ses observations en retour, par courrier en date du 26 septembre 2022. Ces éléments ont été intégrés dans le présent rapport définitif (encadrés grisés sous les recommandations ou paragraphes correspondants). Ils n'ont pas permis de considérer que certaines des recommandations émises ont été prises en compte.

## 2 OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

À l'issue de la précédente visite réalisée en octobre 2010, les contrôleurs avaient formulé les observations suivantes :

N°	OBSERVATIONS EXTRAITES DU RAPPORT DE 2010	ÉTAT EN 2022
1	<i>Le site est ouvert, sans barrière, de jour, comme de nuit ; les véhicules des visiteurs et des professionnels peuvent circuler dans les larges allées du domaine. Il est desservi par le réseau de transports en commun de l'agglomération comportant trois arrêts au sein de l'hôpital.</i>	La situation est inchangée (cf. § 6.1).
2	<i>La direction de l'établissement a fait un gros effort d'investissement pour la rénovation et l'équipement des différentes unités d'hébergement.</i>	Ces efforts ont été poursuivis, les unités d'hébergement offrant globalement de bonnes conditions d'accueil (cf. § 5.1).
3	<i>Il convient de noter le faible taux des hospitalisations sous contrainte par rapport au nombre des admissions.</i>	La situation est inchangée (cf. § 4.2.3).
4	<i>Le service des admissions devrait vérifier la qualité des tiers pour les hospitalisations à la demande d'un tiers, comme c'est le cas pour le contrôle des identités des personnes entrantes et des mairies pour les hospitalisations d'office.</i>	Cette vérification est désormais effectuée (cf. § 8.2)
5	<i>Le registre de la loi devrait être tenu sous forme de registre et non de feuilles volantes non numérotées dans des classeurs, source d'erreurs et de perte. Ils doivent comporter une date d'ouverture.</i>	Les registres, toujours atypiques, comportent les mentions légales mais sont complétés tardivement et partiellement (cf. § 8.2).
6	<i>Comme l'a noté la chambre régionale des comptes, la délivrance des fonds aux patients nécessiterait la mise en place d'une double signature d'un médecin et d'un infirmier.</i>	Si aucune difficulté de cette nature n'a été portée à la connaissance des contrôleurs, la gestion des biens des patients est perfectible (cf. § 5.3).
7	<i>La mise en place d'un « livret accompagnant visiteurs » comprenant beaucoup d'informations pratiques apparaît une initiative à encourager.</i>	Ce livret n'existe plus mais le site Internet de l'hôpital comprend toutes les informations pratiques utiles (cf. § 4.3.1).
8	<i>Chaque unité de soins – notamment les unités fermées – devrait comporter une cabine téléphonique garantissant la confidentialité des communications. Une procédure définissant l'accès au téléphone et l'utilisation des téléphones</i>	La situation ne s'est pas améliorée (cf. § 6.3.1)

	<i>portables, doit faire l'objet d'une réflexion commune et d'une mention dans le règlement intérieur.</i>	
<b>9</b>	<i>L'organisation du site permettrait d'y installer une boîte à lettres de « La Poste ». Il conviendrait également de mettre en place un registre permettant de tracer l'envoi et la réception des courriers aux autorités</i>	La situation est inchangée (cf. § 6.3.1).
<b>10</b>	<i>Afin de mieux garantir l'accès à l'exercice du culte, la chapelle devrait faire l'objet d'une signalisation ; des indications précises sur le culte devraient figurer dans le livret d'accueil des patients.</i>	L'accès aux cultes n'est plus assuré (cf. § 6.5).
<b>11</b>	<i>La création « La maison des usagers » a permis d'offrir un espace d'accueil et d'information, mis à la disposition des associations par l'hôpital, pour les patients et pour leurs proches. Son installation dans un lieu plus facile d'accès améliorerait sa fréquentation.</i>	La maison des usagers est désormais bien implantée, au cœur de l'établissement (cf. § 8.1.2).
<b>12</b>	<i>Le centre social et la bibliothèque constituent des lieux importants de convivialité pour les patients. Il est regrettable que les patients hospitalisés sous contrainte ne puissent s'y rendre, faute de personnels pour les accompagner. Une information sur les activités proposées devrait être systématiquement diffusée dans les unités de soins.</i>	La bibliothèque est dorénavant fermée et l'accès au centre social demeure limité. Mais chaque pavillon dispose d'un centre d'activités proposant des activités thérapeutiques nombreuses et accessibles aux patients, quel que soit leur statut juridique (cf. § 9.1.2).
<b>13</b>	<i>Pour donner des repères aux patients, les conditions générales et règles de vie et les informations sur l'équipe médicale et paramédicale sont affichées derrière chaque porte de chambre Il s'agit d'une pratique qui mérite d'être développée dans tous les établissements.</i>	Cette bonne pratique n'est plus d'actualité, un manque d'information étant à présent déploré (cf. 4.3 et 6.2).
<b>14</b>	<i>Le directeur des soins veille à rencontrer systématiquement les agents victimes de violence, dans leur service. Cette démarche s'accompagne d'une rencontre avec le cadre de santé et d'une analyse du contexte global, ce qui permet d'adapter, le cas échéant, les moyens humains.</i>	La démarche d'analyse des événements indésirables doit être réactivée (cf. § 3.4).
<b>15</b>	<i>Il est regrettable que la cafétéria soit fermée le dimanche, jour de visite des familles.</i>	La cafétéria est désormais également fermée les samedis et jours fériés (cf. § 6.1.2).

16	<i>Les fenêtres qui donnent directement sur le parc devraient comporter des dispositifs de pare-vue permettant de préserver l'intimité du patient.</i>	Les fenêtres de chambres d'isolement sont opacifiées ; pour les autres, le sujet n'a pas été perçu comme problématique par les contrôleurs (cf. § 7.1 et 5.1).
17	<i>Les chambres d'isolement ne devraient pas être utilisées pour des patients dont l'état ne justifie pas leur placement.</i>	La situation perdure (cf. § 4.2.2 et 7.2).
18	<i>Les terrasses devraient comporter des aménagements tels que cendriers, auvents pour protéger du soleil et des intempéries.</i>	La situation demeure perfectible dans certaines unités (cf. § 5.1).
19	<i>La notification des droits des personnes admises sans leur consentement devrait se faire avec un document écrit et dans les délais les plus brefs après l'arrivée du patient.</i>	La situation demeure inchangée (cf. § 4.3.2).
20	<i>Il serait souhaitable que le statut de la chambre d'isolement située au sein des urgences du CHU soit précisé ainsi que les conditions de l'intervention du psychiatre du CHL auprès des malades qui y sont placés.</i>	La situation est inchangée (cf. § 4.1).
21	<i>La procédure concernant l'hospitalisation des patients-détenus prévoit leur admission à leur arrivé en chambre d'isolement, puis, selon son état clinique, la sortie dans l'unité, ce qui est suffisamment rare pour être souligné.</i>	Cette pratique perdure (cf. § 10.3).
22	<i>Même si la mise en chambre d'isolement et en contention sont des thèmes retenus pour des évaluations des pratiques professionnelles, il n'existe pas (...) de registre permettant de retracer ces mesures.</i>	Le registre a été mis en place (cf. § 7.3).
23	<i>La gestion de la suroccupation des lits par des sorties prématurées, l'occupation inadéquate des chambres d'isolement, le transfert de certains patients constitue une atteinte à la dignité des patients et génère une insatisfaction profonde chez les personnels soignants.</i>	La situation demeure inchangée et préoccupante (cf. § 4.2.2).
24	<i>Une procédure d'accueil pour intégrer les nouveaux personnels est mise en œuvre dans l'établissement.</i>	La procédure d'accueil est sommaire et il n'existe pas de tutorat (cf. § 3.3).

<b>25</b>	<i>L'établissement devrait s'interroger sur sa capacité à recruter des personnels chez qui on observe ensuite un important absentéisme.</i>	L'absentéisme demeure une préoccupation importante (cf. § 3.3).
-----------	---	---

### 3 LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

#### 3.1 SEUL ETABLISSEMENT AUTORISE EN PSYCHIATRIE SUR LE DEPARTEMENT, LE CHL EST STRUCTURE POUR PERMETTRE UN BON ACCES AUX SOINS EN INTRA COMME EN EXTRAHOSPITALIER

##### 3.1.1 L'offre de soins

Le CHL est le seul établissement psychiatrique, public comme privé, sur le département de la Vienne qui recense plus de 437 000 habitants et quatre secteurs de psychiatrie adultes.

L'établissement est organisé en trois pôles :

- un pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie adultes qui couvre les secteurs 2 et 3, ainsi que le secteur de psychiatrie légale comprenant le service médico-psychologique régional (SMPR) et la structure d'accompagnement vers la sortie (SAS) du centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne ;
- un pôle de psychiatrie générale adultes qui couvre les secteurs 1 et 4 ;
- un pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Chaque secteur pour adultes s'organise autour de trois unités d'hospitalisation complète (HC) (regroupées en « pavillons »), dont une fermée et deux ouvertes. Il est toutefois à noter que, au moment de la visite, l'une des unités ouvertes du secteur 4 était « provisoirement » (depuis juin 2020) inactivée, par manque d'effectifs en infirmiers diplômés d'État (IDE) (postes non pourvus du fait des difficultés de recrutement, cf. § 3.3). S'y ajoutent des unités intersectorielles, notamment, s'agissant de services pouvant recevoir des patients en soins sans consentement (SSC), une unité d'hospitalisation complète (HC) pour patients institutionnellement dépendants et une unité de psychiatrie des personnes âgées.

L'offre totale en HC pour adultes susceptible de recevoir des patients en SSC<sup>3</sup>, est ainsi, au moment de la visite, de 202 lits, auxquels s'ajoutent onze lits en chambre d'isolement (CI) répartis comme suit :

- secteur 1 : pavillon « **Minkowski** » comprenant les unités « **Scévolles** » (fermée, comptant dix lits et deux chambres d'isolement (CI), « **Mirandes** » (ouverte, vingt-six lits) et une unité intersectorielle de long séjour « **Massigny** » (ouverte, dix lits) ;
- secteur 2 : pavillon « **Toulouse** » comprenant les unités « **Euterpe** » (fermée, comptant six lits et deux CI), « **Erato** » (ouverte, huit lits) et « **Uranie** » (ouverte, dix-huit lits) ;
- secteur 3 : pavillon « **Pinel** » comprenant les unités « **Gala** » (fermée, comptant six lits et deux CI), « **Gauguin** » (ouverte, vingt-cinq lits) et « **Salvador** » (ouverte, douze lits) ;
- secteur 4 : pavillon « **Van Gogh** » comprenant l'unité « **Les Tournesols A** » (unité ouverte de douze lits) et « **Les Tournesols B** » (unité fermée comprenant 4 lits et deux CI), ainsi qu'une unité intersectorielle de longs séjours « **Les Oliviers** » (ouverte, seize lits plus une CI et une chambre d'apaisement) et, en temps normal, « **Les Iris** » (unité ouverte de dix-huit lits mais provisoirement inactivée comme indiqué précédemment) ;

---

<sup>3</sup> Ne sont ici comptabilisées que les unités susceptibles d'accueillir des patients en SSC. L'hôpital dispose d'une offre de lits plus importante (cf. § 4.2.1), notamment en addictologie, qui n'entrait pas dans le périmètre du contrôle.

- pavillon « **Amadeus** » : « à accès contrôlé » (pour la sécurité des patients, gravement déficitaires et institutionnellement dépendants), comprenant les unités « **Ravel** » (dix lits), « **Verdi** » (dix-neuf lits et une CI) et « **Lully** » (deux lits) ;
- pavillon « **Cousin** », « à accès contrôlé » (pour la protection des patients accueillis, âgés de plus de 70 ans souffrant de troubles psychiatriques), comptant dix-huit lits et une CI.

Compte tenu de la suroccupation, la capacité d'accueil de ces unités est régulièrement – voire constamment pour certaines – augmentée par l'ajout d'un lit supplémentaire dans des chambres et par l'utilisation des CI comme chambres d'hospitalisation (cf. § 4.2.2).

En pédopsychiatrie, l'établissement offre seize lits d'HC au sein du pavillon « **Tony Lainé** » : cinq au sein de « l'unité de soins intensifs pédopsychiatrique » (**USIP** unité fermée) et onze au sein de « l'unité de soins et d'orientation » (**USO**, unité ouverte). Toutefois, au moment du contrôle, cinq lits étaient « gelés » au sein de l'USO (cf. § 10.2).

Les patients en SSC sont, en première intention, admis dans une unité fermée mais ils peuvent, selon leur clinique ou l'évolution de celle-ci, être affectés en unité ouverte. Aucun patient en soins libres (SL) n'est admis dans une unité fermée (les pavillons Amadeus et Cousin n'étant pas officiellement considérés comme « fermés » mais à « accès contrôlé »).

L'établissement indique que 80 % de sa file active est exclusivement suivie en ambulatoire pour les adultes (plus de 90 % pour la pédopsychiatrie). Ceci est possible grâce à une offre extrahospitalière très complète, qui maille l'ensemble du département avec, au total, trente-neuf structures de soins : unités de psychiatrie de liaison, équipes mobiles, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques (CMP) et leurs antennes, centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), établissements et services d'aide par le travail (ESAT), maisons d'accueil spécialisées (MAS), foyers d'accueil médicalisé (FAM), centres d'écoute, de consultations et d'activités thérapeutiques, centres de réhabilitation et d'activités thérapeutiques, etc. Il est à noter l'existence d'une consultation en CMP adaptée aux adultes sourds grâce à l'usage de la langue des signes.

Enfin, l'existence d'une unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) au sein du service des urgences du CHU permet d'assurer une bonne prise en charge dès le stade des urgences<sup>4</sup> (cf. § 4.1). Une unité de consultations médico-psychologiques (UCMP) assure la liaison dans les services de soins du CHU.

### 3.1.2 Le projet médico-soignant

Le projet médico-soignant (PMS), adopté par la commission médicale d'établissement (CME) en juin 2021, couvre la période 2021-2025. Il priorise six axes :

- « **le respect du droit des usagers** » avec pour objectif de « réfléchir sur les pratiques de restrictions de liberté » ; le travail porte sur l'implication des patients, de leurs proches et/ou des aidants, dans le parcours de soins, la redéfinition du règlement intérieur sous un abord plus libéral restreignant les limitations de droits et développant les moyens visant à favoriser le consentement ;
- « **les patients hospitalisés au long cours** » avec pour objectif la réduction des hospitalisations au long cours par la transformation de lits sanitaires en lits médico-sociaux et le

---

<sup>4</sup> Une unité médico-psychologique de consultation existe également au sein des urgences du site hospitalier de Châtelleraut (Vienne), non visitée.

développement des coopérations avec les partenaires visant à privilégier la prévention de l'hospitalisation ;

- « **les urgences et les crises psychiatriques** » avec pour objectif l'amélioration de l'accès aux soins en cas de crise par la création de lits de courte durée aux urgences du CHU et le renforcement des capacités de réponse aux soins non programmés dans et à partir des CMP ;
- « **le parcours des usagers** » avec pour objectif d'« améliorer les parcours de la personne concernée sur des thématiques particulières et améliorer la lisibilité de l'offre auprès du grand public » ;
- « **les soins somatiques** » avec pour objectif d'« améliorer l'organisation de la prise en charge des soins somatiques en interne et le parcours du patient en fin d'hospitalisation et en ambulatoire » ;
- enfin, un dernier axe porte sur « **les offres spécialisées et positionnement universitaire du CHL** » ; il vise à soutenir des projets portés par pôles (comme, par exemple, « créer un hôpital de jour pour les personnes sous main de justice »).

### 3.2 LES MARGES BUDGETAIRES DEGAGEES PAR LA FERMETURE IMPOSEE DE LITS FAUTE DE PERSONNEL ATTEIGNENT LEURS LIMITES

Le CHL dispose d'un budget principal consacré à la psychiatrie et d'une dizaine de budgets annexes médico-sociaux. L'activité de psychiatrie, avec un budget de plus de 92 millions d'euros, bénéficie d'une dynamique de recettes positive en raison d'une chaîne de valeurs qui la distingue d'autres établissements de santé mentale : valence universitaire, bon positionnement sur l'ambulatoire, activités de recours régional qui devraient être mieux reconnues dans la réforme de financement de la psychiatrie, actions de santé publique et prévention. À noter que l'établissement peut aussi compter sur un volet recettes en tarification à l'activité (T2A) non négligeable de 2,5 millions d'euros ayant cependant atteint ses limites au plan fonctionnel (activité d'addictologie réalisée au travers des unités suroccupées) et sur le produit important de la tarification des chambres particulières à hauteur de 700 000 euros.

Malgré une forte évolution des dépenses de personnel (notamment à la suite des accords « Ségur »), le CHL dégage depuis quelques années des excédents significatifs (5 millions d'euros en 2021 en conséquence de fermetures de lits faute de personnel, de crédits non reconductibles et de la vente d'actifs). Tout cela doit être relativisé car les économies contraintes du fait des difficultés à recruter du personnel soignant et du décalage dans la mise en place effective des nouveaux projets, affectent, d'une façon ou d'une autre, l'accès aux soins dans des unités débordées.

Les indicateurs financiers sont bons (faible endettement, taux de marge brute jusqu'en 2026 supérieur à 5 %) et garantissent à l'établissement des capacités à investir pour moderniser ses structures et ses équipements et réaliser dans de bonnes conditions son schéma directeur immobilier, sauf évolution incertaine de la conjoncture économique nationale.

L'entrée dans la réforme de financement de la psychiatrie ne devrait pas être pénalisante pour un établissement ayant bénéficié d'une péréquation régionale favorable et bien positionné sur l'ambulatoire.

Faute de contractualisation interne, il n'existe pas d'enveloppes dédiées au budget dont le choix de la dépense relèverait des pôles ou des unités. Une association (La Cordée), fait office de financeur pour les sorties thérapeutiques ou pour le petit matériel comme l'achat de jeux et de

matériel créatif (cf. § 9.1.2). Pour certains investissements, il peut être fait appel à des mécènes (Fondation l'Oréal).

### 3.3 LES DIFFICULTÉS NOUVELLES RENCONTRÉES POUR LE RECRUTEMENT ET LA FIDÉLISATION DES INFIRMIERS PESENT SUR LA QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE ET SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL

#### 3.3.1 Les effectifs

De par sa vocation universitaire et son rôle dans la formation des internes, le CHL ne rencontre pas de difficultés majeures pour recruter des psychiatres, seule une vacance de 5 à 7 équivalents temps plein (ETP) étant constatée en moyenne sur les 75 que compte l'établissement (dont 3 professeurs des universités, 7 chefs de clinique assistants, 52 praticiens titulaires à temps plein, 11 praticiens contractuels, 9 praticiens attachés, 1 praticien attaché associé et 1 praticien associé). Il n'est pas fait appel à des intérimaires. Si certains de ces praticiens partagent leur temps entre l'intra et l'extrahospitalier, la présence médicale est forte dans les unités (cf. § 9.1). Le pôle universitaire bénéficie en outre d'un apport en internes accru par rapport aux autres pôles.

#### *Effectifs médicaux en ETP dans les pavillons accueillant des patients en SSC*

	Toulouse	Pinel	Van Gogh	Amadeus	Minkowski	Cousin
<b>Psychiatres en ETP</b>	1,3	2	1,4	0,2	3,8	Non communiqué
<b>Internes</b>	3	0	0	0	1	0

Si la situation est relativement favorable pour le personnel médical, le recrutement et la fidélisation des personnels non médicaux s'avèrent, en revanche, plus difficiles « depuis deux ou trois ans », notamment pour les IDE, au-delà du simple renouvellement des départs (retraites, démissions, disponibilité, etc.), compliquant tout projet nouveau. Un travail a été engagé par la CME pour « améliorer l'attractivité ».

L'absentéisme important (environ 12 % chez le personnel non-médical) et le *turn-over* en augmentation (passant de 6,5 % à 9,2 % entre 2020 et 2021 pour les IDE) – symptomatiques de la dégradation des conditions de travail – accentuent encore les difficultés de gestion. La fermeture « temporaire » déjà évoquée (cf. § 3.1.1) de l'unité « Les iris » est la conséquence de ces vacances de postes.

Les agents sont affectés par pavillon et tournent entre les unités ouvertes et fermées. L'organisation de la présence quotidienne des personnels non médicaux et le niveau des effectifs de sécurité varie selon les unités et leurs spécificités. En général sont présents *a minima*, dans chaque unité, un ou deux IDE et un aide-soignant (AS) de 6h40 à 14h20 et de 13h40 à 21h20, auxquels s'ajoutent un ou des IDE en horaire de journée (8h/16h10 ou 8h30/16h40). La nuit, de 21h à 7h, est assurée en général par un IDE et un AS appartenant à des équipes spécifiques à chaque pavillon, complétées par un *pool* d'agents de nuit mutualisé sur tout le CHL. Les temps de chevauchement entre chaque brigade permettent d'assurer les transmissions.

*Effectifs en ETP de personnel paramédical et social (\*)*

	Toulouse	Pinel	Van Gogh	Amadeus	Minkowski	Cousin
<b>Cadre de santé</b>	1,6	1,9	1,8	1	1,5	1
<b>Cadre soignant</b>	0,4	0,31	0,35	0,10	0,37	0
<b>IDE</b>	23	24,2	24,67	15	36,71	8,93
<b>AS</b>	18,4	22,2	18,63	16,67	22,03	10,67
<b>AMP<sup>5</sup></b>	0	0	2	0	0	0
<b>Psychologue</b>	1	0,4	0	0,45	0,2	0
<b>Assistant social</b>	1	1,56	1	0,24	1	0,9

(\*) *Personnel des ateliers thérapeutiques non comptabilisé.*

Des « agents de bionettoyage » (communément appelés ailleurs agents de services hospitaliers ou ASH) sont affectés dans chaque pavillon, permettant d'assurer une présence quotidienne dans les unités sur l'ensemble de la journée y compris les week-ends et jours fériés.

En cas d'absentéisme, les remplacements s'organisent dans un premier temps au sein du pavillon, puis, à défaut, entre pavillons. Il peut aussi être fait appel, en journée, à un « pool de remplacement » (composé de 12 IDE, 8 AS et 4 ASH). Il est peu recouru à des intérimaires. En revanche, a été mis en œuvre, depuis le mois d'avril 2022, un dispositif appelé « *intérim interne* » permettant à des agents volontaires (IDE, AS, ASH et éducateurs, uniquement affectés en intra hospitalier) de se positionner sur des missions de remplacement rémunérées en heures supplémentaires. Au moment du contrôle, 231 agents s'étaient inscrits sur ce dispositif et 112 demandes de remplacement avaient pu être honorées (sur 129 missions proposées). Il a, par ailleurs, été évoqué auprès des contrôleurs la subsistance de « *gardes institutionnelles* » imposant aux soignants de l'extrahospitalier d'effectuer, le week-end, des remplacements au sein des unités d'hospitalisation complète. Cette contrainte est perçue comme source de désorganisation des structures extrahospitalières et, en définitive, s'avère peu efficace, les agents connaissant mal les spécificités du travail dans l'unité d'accueil.

### 3.3.2 Le tutorat, la formation et la supervision

« *Faute de ressources en agents expérimentés en intra hospitalier* », il n'est pas mis en place de tutorat lors de la prise de poste, « *tout au plus une doublure sur le poste durant un jour ou deux* », à l'exception notable des unités implantées au sein des urgences du CHU (cf. § 4.1), où cette doublure peut durer jusqu'à deux ou trois semaines.

<sup>5</sup> AMP : aide médico-psychologique.

Un parcours d'intégration est mis en place pour les IDE arrivants, consistant en un programme de formations obligatoires s'étalant sur les deux premières années de la prise de poste, portant notamment sur la sensibilisation à la maladie mentale, la consolidation des savoirs en psychiatrie, la bientraitance, l'amélioration de la pertinence des soins et la contenance, le cadre juridique des SSC, l'entretien infirmier et le circuit du médicament.

En revanche, l'établissement accuse un retard important dans la formation continue des agents aux gestes et soins d'urgence ainsi qu'à la sécurité incendie.

Il a été indiqué que les encadrants peuvent, en règle générale, dégager le temps nécessaire sur les plannings pour permettre aux agents de participer aux formations pour lesquelles ils ont postulé et ont été retenus. La principale difficulté réside dans le préavis parfois très court imposé par les organismes de formation quant aux dates des sessions, ne permettant pas toujours de réorganiser les plannings, d'autant que, pour l'heure, le dispositif d'« intérim interne » ne peut être actionné pour remplacer des départs en formation.

La démarche d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est peu développée puisque, selon les éléments communiqués aux contrôleurs, les rares EPP programmées depuis 2006 ont porté sur les thématiques suivantes : « *parcours du patient* » (2006 et 2010) ; « *mise en chambre d'isolement et contention* » (2010) ; « *droits des patients* » (2015) et « *prise en charge médicamenteuse* » (non encore initiée).

Enfin, il n'existe pas de proposition institutionnelle de supervision. Toutefois, si celle-ci est demandée par une équipe, elle est mise en place comme ce fut le cas, par exemple, pour un hôpital de jour de pédopsychiatrie (psychologue externe) ou pour l'unité Euterpe (psychologue interne).

### 3.4 LE SIGNALEMENT DES ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES EST ORGANISÉ MAIS N'EST PAS TOUJOURS COMPRIS COMME UN OUTIL D'AMÉLIORATION DES PRATIQUES

La procédure de signalement des événements indésirables (EI) a longtemps utilisé le logiciel Blue Medi®. Le choix a été fait de recourir, depuis mars 2022, à une application développée en interne dénommée « DEI » (déclarations d'événements indésirables). L'ergonomie complexe de Blue Medi®, ses limites en matière d'états statistiques et de protection des données ont motivé ce choix.

Tous les agents, quels que soient leurs statuts, sont habilités à effectuer un signalement sur DEI et leur identité (connue de la seule cellule qualité) est protégée. Après qualification de la fiche par la cellule qualité, sa diffusion est faite de façon plus ciblée que sous Blue Medi®, ce qui est déploré par certains acteurs qui n'en sont plus destinataires en temps réel, notamment la parité syndicale.

Une réunion hebdomadaire avec le médecin coordonnateur permet d'examiner les signalements et de décider des éventuelles suites à donner : retours d'expérience (RETEX), comités de retour d'expérience (CREX), etc. Le déclarant peut suivre sur le logiciel les suites de son signalement.

Les représentants des usagers ne sont informés que des événements indésirables graves (EIG). Un bilan global – et peu détaillé – des signalements est effectué en commission des usagers une fois par an, ainsi qu'au comité social et économique (ex-comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail).

Les EIG sont déclarés à l'ARS ; en revanche, il n'est pas fait de déclaration des violences sur le portail de l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS).

**RECOMMANDATION 1**

Les faits de violence doivent faire l'objet d'une déclaration sur le portail de l'Observatoire national des violences en milieu de santé.

En 2021, 623 EI ont été recensés (soit une moyenne de 12 par semaine ; + 34 % par rapport à 2020, année atypique du fait de la crise Covid, et + 6 % par rapport à 2019), et 6 EIG (stable par rapport aux deux années précédentes) :

- 33 % des signalements portaient sur des faits de violences (dont les trois-quarts au sein des unités d'hospitalisation complète) ;
- 17 % sur les risques professionnels (accidents du travail autres que les violences) ;
- 12 % sur des questions de sous-effectifs ;
- 10 % sur l'hygiène des locaux ;
- 10 % sur les dysfonctionnements des locaux (température, équipements, bruit) ;
- 8 % sur l'informatique ;
- 4 % sur des dysfonctionnements majeurs de prise en charge ;
- 3 % sur la prise en charge médicamenteuse ;
- et 3 % sur des effractions.

Si le volume des signalements est en hausse ces deux dernières années, une certaine « autocensure » est encore évoquée, notamment s'agissant des événements liés à la prise en charge à proprement parler. L'intérêt de signaler dans une démarche d'amélioration continue des processus n'est pas totalement intégré. La charte de confiance va être réactualisée. La mise en place d'un module statistique accessible aux encadrants des pôles devrait également être de nature à redynamiser et donner du sens à la démarche de signalement des EI. L'examen des signalements effectués ces derniers mois laisse à penser qu'une évolution positive se profile.

### **3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF ET EN PRISE AVEC LES REALITES QUOTIDIENNES MAIS SES REFLEXIONS SONT INEGALEMENT DIFFUSEES AUPRES DES PROFESSIONNELS**

Il existe un comité d'éthique depuis 2008. Actuellement présidé par un docteur en philosophie de la médecine éthique soignante (enseignant à la faculté de médecine de Poitiers), ce comité mobilise une vingtaine de professionnels issus des différents métiers, ainsi qu'un représentant des usagers, membre de l'association ARGOS2001, fédérant des personnes souffrant de troubles bipolaires.

Le comité se réunit tous les mois pairs (en moyenne cinq fois par an avec les congés) en format « ordinaire »<sup>6</sup> et dispose d'un espace dédié sur l'intranet du CHL pour diffuser ses comptes rendus. L'ordre du jour de ses réunions est établi sur la base des propositions des membres du comité et des demandes émanant de l'encadrement de l'hôpital. Parfois, le comité se déplace dans l'unité qui a soulevé une situation pour échanger avec les professionnels présents de cette unité.

<sup>6</sup> Il se réunit également tous les mois impairs en comité « extraordinaire » pour l'examen des protocoles de recherche des internes.

Les thèmes de la sexualité, de l'isolement et de la contention, ou encore de la liberté d'aller et venir, ont déjà donné lieu à des débats. La lecture des comptes rendus des réunions des dernières années fait ressortir que des situations très concrètes peuvent y être abordées. Il a été regretté que le comité d'éthique n'ait pas été sollicité lors de la mise en œuvre des mesures sanitaires durant la crise Covid (notamment s'agissant des restrictions des droits de visite).

Si l'existence de ce comité d'éthique et la possibilité de le saisir sont globalement connues par les professionnels au sein des unités, ses travaux sont inégalement diffusés.

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

### 4.1 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES DU CHU EST ASSUREE PAR UNE EQUIPE DEDIEE DU CHL PRESENTE EN PERMANENCE

L'admission se fait selon deux modalités : un passage par le service des urgences du CHU de Poitiers ou une admission directe dans les unités pour des patients connus, suivis en CMP ou venant d'une autre unité.

En 2021, 27,75 % des entrées adultes au CHL sont passées par les urgences du CHU.

#### 4.1.1 L'unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) au CHU

##### 4.1.1.1 Organisation et moyens

Cette unité dispose des moyens suivants :

- médecins : 2,4 ETP répartis entre psychiatres (1,5 ETP), chef de clinique (0,8 ETP) et psychiatre légiste (0,1 ETP), auquel s'ajoute un interne. Les médecins sont présents de 9h à 18h30 du lundi au vendredi. La nuit, ils assurent une astreinte téléphonique à domicile et peuvent se déplacer si besoin. Le samedi, le psychiatre de garde est dans le service de 9h à 13h puis poursuit l'astreinte téléphonique tout le reste du week-end. Cette organisation concerne trois médecins psychiatres. Aucun interne en psychiatrie n'assure de garde aux urgences la nuit ;
- cadre de santé : 0,6 ETP ;
- IDE : 12 ETP permettant d'assurer une présence 24h sur 24h, 7 jours sur 7.

##### 4.1.1.2 Parcours du patient

La file active de l'UAMP comptait 2 110 patients en 2020 et 2 345 en 2021. Ils peuvent venir d'eux-mêmes car le CMP qui les suit est fermé, être adressés par un proche ou leur médecin traitant ou encore sur avis de la régulation du centre 15. L'IDE de l'UAMP recherche si le patient est connu ou non et appelle le psychiatre d'astreinte pour la conduite à tenir.

Si une admission aux urgences est décidée, le patient est accueilli par un infirmier et un médecin d'accueil et d'orientation. Il peut être installé dans un box unitaire d'attente non spécifique ou un bureau d'entretien selon son état clinique. Puis, un bilan somatique plus ou moins complet est effectué. Il arrive que des patients présentant un tableau psychiatrique ne soient pas examinés par un médecin urgentiste. Dans ce cas, les IDE de l'UAMP procèdent à une évaluation de l'état somatique et prennent les constantes. Toutefois, les patients à risque somatique avéré (tentative de suicide par ingestion de toxiques par exemple) font l'objet d'une surveillance par les urgentistes. Certains peuvent rester en observation à l'UHCD (unité d'hospitalisation de courte durée) pour une durée maximale de 24h.

Si l'indication d'hospitalisation en psychiatrie est posée par le psychiatre, les médecins urgentistes valident la sortie du domaine somatique et la prise en charge en psychiatrie est enregistrée sur le logiciel Cortexte®. Le patient est alors placé dans un box d'attente avant son transfert dans une unité de son secteur. Le cas échéant, les IDE de l'UAMP procèdent à la recherche d'un tiers afin de limiter les admissions selon la procédure du péril imminent (cf. § 4.2).

L'information des patients sur leur statut se fait de manière orale par les médecins et infirmiers de l'UAMP ; aucun document ne leur est remis (cf. § 4.3.2).

Les prescriptions médicamenteuses sont administrées uniquement par les IDE des urgences et non par ceux de l'UAMP qui n'ont pas l'autorisation de le faire, sans justification fournie aux contrôleurs. Cet état de fait relègue les IDE de l'UAMP en seconde ligne pour intervenir auprès des patients, expose les IDE des urgences générales, de surcroît moins formés à la prise en charge des états de crise psychiatrique, à une surcharge de travail, et retarde l'instauration d'un traitement médicamenteux auprès de ces patients pas toujours prioritaires, avec le risque de majoration des troubles.

Une fois l'hospitalisation décidée, l'UAMP se heurte à la difficulté à trouver un véhicule pour transporter le patient au CHL. Malgré le recours, imposé par l'ARS, à la plateforme « *speed call* », il semble compliqué de trouver un véhicule sanitaire léger privé conventionné, surtout la nuit. Les soignants des unités sont alors sollicités pour venir chercher le patient aux urgences, découvrant ainsi leur unité. Pour les patients en SSC, un IDE de l'unité d'accueil ou parfois des urgences les accompagne pendant le transport ; le cadre de garde du CHL Laborit peut également se déplacer si les soignants en sont empêchés. Les contentions pendant le transport seraient rarement utilisées.

Il a également été rapporté aux contrôleurs que des patients pouvant retourner à leur domicile après un passage aux urgences psychiatriques ont été hospitalisés faute de moyens de transport pour les reconduire chez eux. Il convient de s'interroger sur de telles pratiques qui pourraient être évitées en recourant à un taxi payé par l'hôpital. Ces incidents font l'objet d'une déclaration d'événements indésirables (cf. § 3.4).

Le service des urgences dispose d'une CI dépourvue de WC, lavabo et horloge. Le bouton d'appel fixé au mur ne peut être atteint si le patient est attaché à son lit. Les mesures d'isolement prises dans cette chambre, décidées par les médecins des urgences, ne donnent lieu à aucun enregistrement. La surveillance paramédicale est assurée par les infirmiers des urgences et non par ceux de l'UAMP.

## RECOMMANDATION 2

Afin d'assurer sa traçabilité, chaque mesure d'isolement ou de contention prise aux urgences doit être inscrite dans un registre qui mentionne le nom du médecin ayant décidé de la mesure, les dates et heures de placement et de levée, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant effectué la surveillance.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *Il me semble que cette recommandation ne peut s'appliquer au CH Laborit dans la mesure où le CH Laborit n'a aucune activité d'hospitalisation au niveau des urgences, le personnel ne réalisant que des consultations. Les lits portes dans lesquels des patients peuvent être hospitalisés sont sous la responsabilité du CHU et ne font pas partie des lits autorisés au niveau du CH Laborit. Dans ce cas, la recommandation ne saurait s'appliquer au niveau de notre établissement. Les mises en isolement et/ou contention sont généralement réalisées par le personnel du CHU.* »

Cette situation n'avait pas échappé aux contrôleurs qui invitent le directeur du CHL à se rapprocher de son collègue du CHU.

Le lit scellé au sol de cette CI est muni de contentions à picots pré-installées, d'un drap et d'un couvre lit. Les patients contentonnés ne sont pas toujours sédatisés selon les témoignages des

soignants rencontrés, contrairement aux recommandations de la société de médecine d'urgence parues en décembre 2021 et reprises par le CGLPL.

### RECOMMANDATION 3

Les patients faisant l'objet d'une contention aux urgences doivent bénéficier d'une sédation. Le matériel de contention à picots est à proscrire, seules les contentions aimantées ayant leur place en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *Il en est de même pour la recommandation 3 concernant le matériel mis à disposition par le CHU pour réaliser des contentions. Le matériel est acheté par cet établissement mais, par contre, il est possible de demander à la direction du CHU de se conformer à la nouvelle réglementation et d'acheter des contentions aimantées.* »

Là encore, les contrôleurs invitent le directeur du CHL à se rapprocher de son collègue du CHU.

#### 4.1.2 La prise en charge dans les unités

Dans tous les pavillons, les patients sont accueillis par les IDE. L'entretien d'accueil se déroule dans le bureau des infirmiers ou dans la chambre du patient en présence parfois d'un aide-soignant. Lorsque l'état du patient le permet, les IDE ou AS lui font visiter l'unité et lui expliquent son fonctionnement. La plupart du temps, les chambres sont attribuées par le cadre de santé en fonction des disponibilités.

Les patients sont vus par un psychiatre dans les heures qui suivent. Si l'examen somatique s'est avéré insuffisant ou non fait aux urgences, les médecins généralistes le réalisent dans les 24 heures.

La détection des personnes devant bénéficier d'une protection juridique est assurée conjointement par les IDE, les assistantes sociales et les cadres de santé des unités qui examinent la situation des patients à leur arrivée et participent aux réunions de synthèse régulières.

## 4.2 LA REDUCTION DU NOMBRE DE LITS DESORGANISE L'HOPITAL ET INDUIT UNE SUROCCUPATION ATTENTATOIRE AUX DROITS DES PATIENTS

### 4.2.1 L'évolution des capacités d'hospitalisation

L'organisation en trois pôles, mise en place en 2017 et qui présente de nombreux avantages (renforcement des coopérations internes, meilleure visibilité par les partenaires de qui fait quoi, en particulier vue de la médecine de ville, expertise et recours), est fortement impactée par la réduction du capacitaire. Il est peu aisé d'identifier précisément ces variations faute d'un suivi rigoureux, compliqué par des décisions de fermeture de lits prises au fil de l'eau et mal répercutées dans le système d'information décisionnel. Le dernier état capacitaire en lits d'hospitalisation à temps complet (HTC), fourni par l'établissement, daté du 1<sup>er</sup> mai 2021, est inexact. On comptait, après correction, 296 lits de psychiatrie générale (et non 306), 28 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 10 lits de médecine. La réduction de l'offre hospitalière n'est pas récente. Avant 2018, 37 lits de psychiatrie ont été fermés et pour partie transformés en lits de médecine (addictologie). Les variations qui ont suivi (2019-2021) pour des motifs de réhabilitation ont peu ou prou maintenu le capacitaire jusqu'à la fermeture des Iris en juin 2020.

On est donc proche d'une cinquantaine de lits de psychiatre adultes fermés et/ou reconvertis, auxquels s'ajoutent les cinq lits « gelés » en pédopsychiatrie (cf. § 10.2).

Au moment du contrôle, on dénombrait 278 lits d'HTC en psychiatrie générale et 11 lits en psychiatrie infanto-juvénile.

#### 4.2.2 La gestion de la suroccupation

Cette réduction des capacités d'hospitalisation se heurte à l'augmentation de l'activité constatée de la crise sanitaire Covid, particulièrement chez les mineurs (+ 72% d'entrées directes).

D'un point de vue global, il n'y a pas suroccupation au niveau de l'établissement car ce phénomène se concentre dans quelques unités, notamment les unités fermées, où le taux d'occupation a atteint 120 % à Scévollès en 2021, 110 % à Euterpe, 107 % à Dali et 101 % aux Tournesols.

Pour y faire face, on note une augmentation du nombre de patients adultes hébergés en dehors de leur unité de secteur, le parti ayant été pris que le patient reste alors dans cette unité d'accueil tout au long de son hospitalisation pour éviter des transferts trop nombreux.

On constate également que le nombre d'enfants hospitalisés chez les adultes progresse fortement (40 séjours en 2019, 36 en 2020, 52 en 2021 et déjà 50 sur les 5 premiers mois de 2022), même si tout est mis en œuvre pour qu'ils y séjournent le moins possible (1 à 2 jours) et si l'équipe médicale de Tony Lainé se déplace pour poser le cadre thérapeutique dans l'unité d'accueil.

#### RECOMMANDATION 4

Les hospitalisations de mineurs, parfois jeunes, en secteurs adultes doivent cesser. Compte tenu du nombre de séjours concernés en forte hausse, la réouverture de lits de crise pour adolescents est prioritaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *La direction et le chef responsable du pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ont conscience de la gravité de la situation. Le gel de 5 lits d'hospitalisation est provisoire et d'ores et déjà, le service a déposé un projet de création d'une unité de gestion d'urgence et de crise.* »

Chez les adultes, les droits des patients sont, du fait de la tension, régulièrement malmenés par l'installation d'un lit supplémentaire dans une chambre ou par l'utilisation des CI comme chambre d'hospitalisation. En outre, il n'est pas exceptionnel qu'un patient placé en CI ne puisse pas conserver sa chambre en regard le temps de son isolement, voire que soit utilisée la chambre d'un patient en permission le week-end. Il a également été évoqué des recherches de solutions d'accueil dans d'autres établissements plus éloignés, des levées d'hospitalisation anticipées « *pour faire de la place* » ou des hospitalisations différées faute de chambres disponibles.

#### 4.2.3 La proportion des soins sans consentement

Depuis 2019, la proportion des hospitalisations en soins sans consentement est stable et faible : 15 % en 2019, 16,6 % en 2020, 17,1 % en 2021 (soit 569 des 3 326 hospitalisations en 2021). Elle est même exceptionnellement basse s'agissant des soins à la demande du représentant de l'État (SDRE) : 34 en 2021, soit à peine 1 % des hospitalisations. Parmi les 535 hospitalisations à la demande d'un tiers (SDT) en 2021, les procédures dérogatoires que constituent les décisions

prises « en urgence » (SDTU) représentent 36 % et, en cas de « péril imminent » (SPI), 42 %. Afin de limiter le recours au SPI, l'établissement soutient une initiative intéressante de positionner un agent plus spécifiquement chargé de rechercher un tiers.

### BONNE PRATIQUE 1

En cas de besoin de soins sans consentement et afin de limiter le recours à la procédure dérogatoire des soins en péril imminent, l'établissement s'est organisé pour mettre en place un professionnel chargé de rechercher un tiers susceptible de demander dans l'intérêt du patient son hospitalisation.

On doit ces bons résultats à une implication forte de la psychiatrie au fonctionnement de la filière des urgences aux CHU de Poitiers et de Châtelleraut, prenant des formes diverses : avis psychiatrique dès la régulation SAMU, développement des partenariats institutionnels pour expliquer les dispositifs de soins psychiatriques ambulatoires, formations des effecteurs potentiels (médecins de ville, policiers, bailleurs sociaux, etc.).

## 4.3 OUTRE UNE INFORMATION GENERALE INSUFFISANTE SUR LES REGLES DE VIE, LES CONDITIONS DE NOTIFICATION DES DROITS SPECIFIQUES DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT CONTRAIRES A LA LOI

### 4.3.1 L'information générale

L'établissement n'a pu mettre à disposition des contrôleurs le règlement intérieur de l'établissement qui, dans l'hypothèse où il existe, est ignoré par l'ensemble du personnel tout autant que par les patients. Le terme « règlement intérieur » est d'ailleurs, dans certaines unités, employé à tort à la place de « règles de vie ».

Au-delà du site Internet de l'hôpital, riche en informations, il existe un livret d'accueil, clair et relativement complet, qui donne les informations nécessaires sur les modes d'admission, les droits fondamentaux reconnus à tous les patients, les services à disposition et les modalités pratiques durant l'hospitalisation (repas, horaires de visite, interdictions diverses, composition des équipes soignantes, sorties, etc.). Toutefois ce livret est loin d'être systématiquement remis selon les unités et il a été indiqué que les ruptures de stocks n'étaient pas rares. Peu de patients rencontrés avaient connaissance de l'existence de ce livret ou de son contenu.

Les règles de vie spécifiques à chaque unité n'existent pas toujours et ne sont donc pas affichées et, quand elles existent, elles sont particulièrement élémentaires, souvent limitées aux horaires de visite et de distribution des cigarettes, voire parfois obsolètes. N'y sont, par exemple, jamais mentionnées les informations concernant les représentants des usagers, le culte ou des explications sur l'importance de la personne de confiance. Les plannings des activités ne sont pas non plus affichés partout. Selon les informations recueillies, les règles de vie seraient développées oralement par les soignants à l'admission puis régulièrement reprises et discutées avec les patients. Pourtant certains d'entre eux se sont dits en manque de connaissances quant aux règles de leur vie quotidienne autant qu'aux droits auxquels ils peuvent prétendre.

Seul le pavillon Minkowski met à la disposition des patients et des visiteurs des brochures explicatives éditées par Psycom® relatives à la commission des usagers (CDU) aux SSC, au mode d'accès du patient à son dossier médical, au rôle du tiers et de la personne de confiance.

## RECOMMANDATION 5

Chaque patient, dès son admission, doit recevoir avec les explications nécessaires un livret d'accueil, puis être correctement informé de l'ensemble des règles qui régissent son quotidien et des droits applicables. Un affichage clair et actualisé doit venir en complément des informations communiquées oralement.

### 4.3.2 L'information spécifique des patients en soins sans consentement

L'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) prévoit que chaque personne faisant l'objet de SSC doit être informée, dès que son état le permet, du projet la concernant puis de la décision d'admission et de chacune des décisions maintenant l'hospitalisation ainsi que des raisons qui les motivent.

Or, il est apparu aux contrôleurs que les décisions d'admission prises par le directeur et les éventuelles décisions ultérieures de prolongation ne sont, en elles-mêmes, pas motivées en fait, c'est-à-dire au regard des nécessités médicales qui les justifient, en ne reprenant pas les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent, certificats qui ne sont pas remis au patient en même temps que ces décisions, mais immédiatement classés à son dossier.

En outre, les contrôleurs ont constaté que les admissions en SSC sur décisions du directeur réalisées à partir du vendredi 17 h et jusqu'au lundi 9 h n'étaient formalisées que dans la journée du lundi, le cadre de direction d'astreinte ne se déplaçant pas la nuit et le week-end pour établir et signer la décision d'admission. Cette illégalité a été portée à la connaissance de la direction de l'établissement qui a indiqué vouloir modifier l'organisation de cette astreinte afin d'assurer l'édition, la signature et la notification des décisions d'admission en SSC le week-end en temps réel.

Enfin, aucun document d'information déclinant l'ensemble des droits énoncés par l'article susvisé n'est remis au patient lors de la notification de la décision d'admission en SSC (qu'elle émane du représentant de l'État ou du directeur de l'établissement) alors même qu'une telle notification des droits doit être inscrite dans le registre de la loi.

Il est en revanche souligné positivement que, s'agissant des hospitalisations à la demande d'un tiers, l'identité de celui-ci figure sur la décision notifiée au patient.

Le personnel soignant, bien que regrettant n'avoir qu'une connaissance imparfaite du droit des patients, a précisé aux contrôleurs s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » au patient la particularité de son statut juridique. Les médecins rencontrés ont également déclaré donner des explications les plus claires possibles au patient lors de la rédaction des certificats médicaux, tout en admettant ne tracer que de manière très lacunaire le recueil des observations éventuelles de celui-ci, de telle sorte qu'à l'examen des dossiers et des registres, les contrôleurs n'ont pas trouvé trace d'observations qui auraient permis de s'assurer de la complète information du patient sur son statut, ses droits et ses dires relatifs à la mesure de SSC.

## RECOMMANDATION 6

Les décisions du directeur portant admission en soins sans consentement et prolongation de tels soins doivent être motivées afin de permettre au patient de connaître, à leur seule lecture, les raisons à l'origine de la mesure. Les certificats médicaux qui fondent ces décisions doivent y être joints et portés à la connaissance du patient qui, en outre, doit recevoir une notice explicative des droits énoncés à l'article L 3211-3 du code de la santé publique. Par ailleurs, ces décisions doivent être formellement prises en temps réel et leur notification doit intervenir dans les meilleurs délais dès que l'état clinique du patient le permet. De plus, le recueil des éventuelles observations préalables du patient doit être tracé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *La recommandation (...) concernant la motivation de la décision du directeur semble difficile d'application. Le directeur se réfère au certificat circonstancié et motivé du médecin demandant des soins sous contrainte. Il m'est difficile d'aller au-delà, le directeur n'étant pas médecin et prononçant une admission au vu des certificats médicaux.* »

La motivation attendue consiste en la reprise, dans le corps de la décision, des termes du certificat médical, ce qui n'était pas le cas au moment du contrôle.

Les contrôleurs relèvent par ailleurs qu'il n'est pas apporté de réponse quant à l'organisation mise en place pour que ces décisions soient formalisées, signées et notifiées en temps réel.

## 5 LES CONDITIONS DE VIE

### 5.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT, GLOBALEMENT DE QUALITE, VARIENT D'UNE UNITE A L'AUTRE

Les conditions matérielles d'hébergement, globalement satisfaisantes, sont variables selon les pavillons et unités. Les locaux sont parfaitement entretenus et les chambres sont presque toutes individuelles, un deuxième lit étant parfois installé dans certaines chambres pour faire face à la suroccupation (cf. § 4.2.2).

Les chambres sont équipées d'un mobilier adapté mais ne disposent pas, à de rares exceptions, de verrou de confort sur la porte d'entrée comme sur celle de la salle d'eau. Cette absence nuit à l'intimité et génère un sentiment d'insécurité chez les patients.



*Chambre de l'unité Cousin*



*Chambre de l'unité Dali*



*Chambre doublée de l'unité Uranie*

### RECOMMANDATION 7

Toutes les chambres et locaux sanitaires doivent être équipés de verrou de confort permettant d'assurer la sécurité et l'intimité des patients.

Les espaces communs (patios, salles communes) sont inégaux en surface comme en composition : plusieurs unités ne disposent pas de salon pour accueillir les visiteurs (cf. §6.3.2) ; les salles à manger de certaines unités sont exiguës ; les salons de télévision sont plus ou moins investis et servent parfois également de salle d'activités faute d'autre espace disponible. À cet égard, le pavillon Toulouse est celui qui est le plus mal loti (notamment les unités Euterpe et Erato). Le pavillon Minkowski, à l'inverse, offre des conditions d'hébergement remarquables.

De nombreux pavillons disposent de patios végétalisés, ombragés et équipés de mobiliers de jardin. Dans certaines unités, notamment les unités fermées, l'accès quotidien à l'air libre n'est possible que sur des terrasses bétonnées et ceintes de protections vitrées, l'accès au jardin à proprement parler, pourtant sécurisé par de hauts grillages, ne pouvant se faire que très ponctuellement et accompagné par des soignants.

### RECOMMANDATION 8

Tous les patients doivent pouvoir accéder à des espaces extérieurs végétalisés pourvus de tables, chaises, bancs et protection contre le soleil et les intempéries.



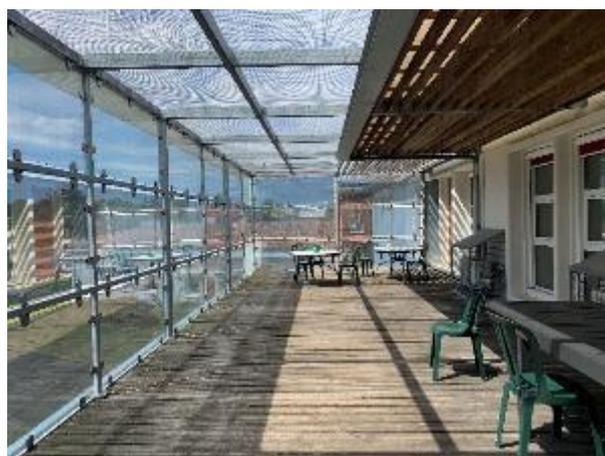
*Salon de jardin de l'unité Cousin*



*Terrasse et jardin de l'unité Euterpe*



*Espace vert de l'unité Verdi*



*Terrasse de l'unité Gauguin*

## 5.2 SAUF A L'UNITE RAVEL, LES CONDITIONS D'ACCES A L'HYGIENE SONT SATISFAISANTES

De manière générale, les locaux de l'établissement sont en parfait état de propreté. Les serviettes et le linge de lit sont changés tous les jours si besoin. Plusieurs unités sont dotées d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Cependant, toutes les unités ne disposent pas d'un vestiaire et ne distribuent pas un nécessaire d'hygiène (peigne, gel douche, shampoing, dentifrice, brosse à dents) aux patients démunis.

Toutes les chambres sont équipées d'une salle de bains avec douche à l'italienne (le plus souvent équipée d'un flexible) et WC, à l'exception de l'unité Ravel où seules des chaises percées sans couvercle sont installées dans les chambres, la salle de télévision et le salon de détente.



*Chambre et salle de télévision de l'unité Ravel*

### RECOMMANDATION 9

Tous les patients doivent, à tout moment, avoir accès à des toilettes dans des conditions préservant leur dignité et leur intimité. À cette fin, l'unité Ravel doit être rénovée afin que les patients puissent bénéficier d'équipements sanitaires modernes. Des produits d'hygiène élémentaire doivent être proposés aux patients démunis.

## 5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT INCOMPLETEMENT PROTEGES

Au moment de l'admission, un inventaire des affaires du patient est réalisé en sa présence par deux soignants sur un formulaire type très détaillé. Les documents d'identité sont conservés au secrétariat dans le dossier administratif ; l'argent est gardé dans un coffre dans le bureau de la cadre ou de l'aide-soignante en charge de la logistique. Les valeurs importantes et les bijoux sont déposés à la trésorerie de l'hôpital. Dans sa chambre, le patient dispose d'un placard ne fermant pas à clé (ou dont la clé est gérée par les soignants) pour ses vêtements et autres affaires, placard parfois partagé si la chambre est doublée. Les tables de chevet ne peuvent pas fermer à clé. Des vols sont signalés dans le cadre de déclarations d'événements indésirables.

**RECOMMANDATION 10**

Les patients doivent pouvoir disposer d'un placard avec fermeture afin d'éviter les vols. Lorsque leur état clinique le permet, ils doivent pouvoir gérer eux-mêmes la fermeture de ce placard.

Les assistantes sociales présentes dans les unités repèrent, en lien avec l'équipe soignante, les patients nécessitant et préparent les dossiers de demande de protection judiciaire. Une mesure de sauvegarde de justice peut être prononcée dans un délai de quelques semaines en cas d'urgence (risque d'expulsion ou abus de faiblesse par exemple). Les autres mesures de protection sont prises dans un délai de 3 à 9 mois après l'envoi du signalement au tribunal. Les mandataires du service de gestion des majeurs protégés du CHL peuvent remettre de l'argent au patient (à titre exceptionnel), une carte bancaire et ouvrir un compte à la cafétéria lui permettant d'acheter des produits d'hygiène, des boissons et des confiseries. Par ailleurs, le bureau de tabac voisin et certains commerces (notamment de vêtements) acceptent le règlement par bons d'achat, ce qui permet aux soignants de faire des courses sans difficulté. Les mandataires sont impliqués dans la prise en charge des patients et continuent à les accompagner après leur sortie de l'hôpital. Il a cependant été précisé que l'investissement des tuteurs associatifs était inégal.

**5.4 LES REPAS SONT ADAPTES AUX BESOINS DES PATIENTS**

Les repas sont confectionnés par le CHU dont la cuisine a été récemment rénovée. Chaque unité dispose d'un four à air pulsé pour réchauffer les plats. Trois diététiciennes veillent à la qualité des repas au CHL. Des suppléments programmés permettent de changer la garniture à la demande du patient ou de compléter son plat. Les menus sont affichés. Il est possible de bénéficier d'une alimentation particulière en lien avec la pratique religieuse ou l'état de santé.

Des échanges réguliers entre représentants des patients, des soignants et la cuisine centrale permettent de faire remonter les observations des usagers.

Les horaires des repas sont les suivants : petit déjeuner entre 8 h et 9 h, déjeuner entre 12 h et 12 h 30, goûter à 16 h et dîner entre 18 h 30 et 19 h. Certaines unités proposent une tisane le soir. Les repas ont lieu dans la salle à manger où les patients peuvent se placer librement. Ils sont servis à l'assiette (à l'exception des régimes spéciaux servis en barquettes mais parfois transvasées dans une assiette), avec une vaisselle et des couverts ordinaires. Les patients placés à l'isolement mangent dans leur CI, avec des couverts en plastique réutilisables. Il n'existe pas de repas thérapeutique sauf à l'occasion de l'activité culinothérapie (cf. § .9.1.2).

Les jus de fruits, confitures et gâteaux, particulièrement appréciés des patients et apportés par les familles, sont autorisés, sauf dans certaines unités où « aucune denrée alimentaire périssable n'est autorisée ». Les contrôleurs n'ont pas été destinataires de doléances particulières relatives aux repas.

## 6 LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 6.1 LARGEMENT OUVERT ET DEPOURVU DE DISPOSITIF DE SECURISATION, LE CHL PRESERVE GLOBALEMENT LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS

#### 6.1.1 La sécurité du site

Le CHL est implanté sur un domaine arboré de 44 hectares. Le site est ouvert, de jour comme de nuit, sans clôture ni caméra de surveillance. Il est desservi par le réseau de transports en commun de l'agglomération (trois arrêts de bus au sein du CHL). Les visiteurs peuvent utiliser les parkings situés à proximité de chaque unité d'hospitalisation. Les pavillons disséminés dans un parc fleuri sont bien signalés et reliés par une voirie, selon un plan de circulation permettant de se rendre aisément dans les espaces communs.

Le CHL ne dispose d'aucune équipe de sécurité, ayant privilégié la mise en place d'un dispositif d'intervention dénommé de « *sécurité environnementale* » pris en charge en journée par les personnels soignants de chaque secteur à tour de rôle toutes les semaines. Les agents interviennent en cas de disputes dans le parc ou de conduites menaçantes impliquant des patients, situations rares. En cas de situations plus graves, il est fait appel au directeur de garde en vue de solliciter le concours de la police.

Malgré l'ouverture totale du parc, il y aurait peu de trafics ; lorsqu'il y en a, le cadre supérieur de santé demande à la police de venir faire quelques rondes mais ce serait peu fréquent.

Il n'existe pas non plus d'équipe dédiée à la sécurité incendie. Les alarmes de détection, en l'absence de centrale d'alarme à l'échelle de l'établissement, sonnent dans les bureaux des infirmiers qui peuvent faire appel durant la journée aux services techniques et, la nuit, au « *rondier* » (titulaire du SSIAP 1<sup>7</sup>) qui assiste le cadre de santé de nuit. Ces « *rondiers* », ayant pu être soignants de formation, sont également habilités à intervenir dans les unités « *pour faire nombre* » en cas d'agitation.

#### 6.1.2 La circulation des patients

Les règles régissant les déplacements internes des patients varient selon les unités. Les rares règles de vie disponibles sont muettes sur ces questions comme du reste le livret d'accueil du patient qui souligne pourtant qu'en soins libres, le patient peut librement aller et venir. Pour autant, comme indiqué précédemment (cf. § 3.1.1), pour des motifs de sécurisation des patients, les pavillons de gérontopsychiatrie (Cousin) et intersectoriel pour patients au long cours (Amadeus) sont fermés (« *contrôlés* ») alors qu'ils comptent un nombre très significatif de patients en SL.

---

<sup>7</sup> SSIAP 1 : qualification de service de sécurité incendie et d'assistance à personne, 1<sup>er</sup> niveau.

## RECOMMANDATION 11

La présence d'une majorité de patients en soins libres dans les pavillons Cousin et Amadeus nécessite de réadapter le mode de contrôle des sorties de ces locaux. Si certains patients en raison de leurs troubles, notamment cognitifs et temporo-spatiaux, justifient de voir leurs allers et venues contrôlés, ceci ne peut conduire tous les autres, en soins libres, à être privés d'un accès direct au parc. Une réponse organisationnelle plus individualisée doit répondre à ces difficultés de cohabitation.

Les autres unités sont ouvertes lorsqu'elles accueillent à la fois des patients en SL et en SSC ; les unités d'admission, qui n'hébergent que des patients en SSC, sont fermées.

Pour des raisons de sécurité, tous les pavillons sont fermés en général de 20h30 à 8h30, l'accès à des patios restant possible jusqu'à 22h30 ou 23h selon les unités.

Les règles pour sortir des pavillons dépendent du statut du patient. Les patients en SSC en unités fermées ne peuvent sortir dans le parc sans autorisation médicale et ils sont, le plus souvent, accompagnés par un soignant, limitant les possibilités à la disponibilité de celui-ci. Le fait que le soignant accompagnateur soit alors muni de sa blouse, est vécu par certains patients comme une forme de stigmatisation<sup>8</sup>.

Quelques patients en SSC en longs séjours peuvent sortir seuls dans le parc, pour un temps limité défini par le médecin et accéder au centre social et à la cafétéria (fermée le week-end) si leur état de santé le permet. Les sorties extérieures au site (cf. § 9.3.1) tombent sous le coup du régime des permissions de 12h à 48h, avec accord exprès du directeur ou du préfet (qui ne s'y oppose que très exceptionnellement, le plus souvent l'absence de réponse valant acceptation).

Les patients en SL peuvent sortir librement des unités, le cas échéant contre avis médical. Toutefois, pour certains (dépressifs en début d'hospitalisation), le médecin cherchera leur accord pour accepter de rester dans l'unité. Il n'y existe plus depuis des années de remise d'un bulletin de sortie ; la sortie est simplement mentionnée dans le dossier patient.

## 6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE PORTENT ESSENTIELLEMENT SUR L'ACCES AU TABAC DANS LES UNITES FERMEES

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

Comme indiqué précédemment (cf. § 4.3) les règles de vie dans les unités sont rarement écrites. Les patients sont réveillés entre 7h30 et 8h. Les temps de vie quotidienne s'articulent autour des rassemblements en salle à manger (9h, 12h, 16h et 19h) et des activités.

Le soir, les patients sont invités à rejoindre leur chambre au plus tard après le premier programme télévisé du soir vers 23h sauf dans certaines unités fermées où le coucher est imposé dès 21h pour anticiper sur la réduction de l'effectif de nuit. Dans ces situations, les moyens sont clairement à l'origine de cette restriction. Toutefois, il a été indiqué que les équipes font preuve

---

<sup>8</sup> Une recommandation pour mettre fin à cette pratique était proposée dans le rapport provisoire ; elle a été supprimée compte tenu de la réponse du directeur CHL indiquant que ceci serait incompatible avec la demande des certificateurs de la HAS de voir tous les membres du personnel porter des vêtements professionnels avec l'identification de leur nom et de leur catégorie professionnelle.

de souplesse si un patient rencontre des difficultés pour s'endormir en lui laissant regarder la télévision après le coucher.

En journée, les patients ont accès à tout moment à leur chambre librement mais pas à celles des autres.

### RECOMMANDATION 12

Sauf contre-indication médicale, les patients doivent pouvoir recevoir qui ils souhaitent dans leur chambre.

#### 6.2.2 L'accès au tabac

Dans les unités fermées, l'accès au tabac est régulé par les soignants qui détiennent le tabac et distribuent les cigarettes à des horaires fixes, l'absence d'allume-cigarette contraignant à dépendre de la disponibilité des soignants pour l'allumage. Des pratiques différentes ont été observées selon les unités, sans justification : ainsi un quota de huit cigarettes par jour maximum est fixé à l'unité Tournesols B mais dix à l'unité Euterpe.

En unités ouvertes, le tabac est, sauf contre-indication médicale, géré par le patient lui-même y compris le briquet, sauf la nuit où tout est retiré.

Pour les gros fumeurs et grâce à la sensibilisation de l'établissement sur la prise en charge des addictions, des substituts nicotiques (patch, gomme) et de désensibilisation (huiles essentielles, vapotage) sont proposés ; de l'éducation au sevrage tabagique est également mise en œuvre (organisation d'une journée en juin 2022 par exemple).

### RECOMMANDATION 13

L'accès au tabac pour les patients fumeurs ne peut être limité en raison de l'effectif soignant disponible. Les restrictions apportées ne peuvent être liées qu'à des motifs médicaux, personnalisés et régulièrement réévalués.

#### 6.2.3 Le port du pyjama

On ne croise pas de patients en pyjama en dehors de ceux concernés par une mesure d'isolement ou, plus rarement, quelques patients très agités en unités fermées. Il arrive que le port du pyjama soit transitoire pour les personnes n'ayant que très peu d'effets personnels le temps que le service lui fournisse des vêtements.

## 6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT INSTITUTIONNELLEMENT CONTRARIEES ET LA CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION INSUFFISANTE

### 6.3.1 L'accès au téléphone et au courrier

Les chambres ne sont pas équipées de téléphone fixe, il n'y a donc aucune solution pour être joint à moins de passer par un numéro de service et le téléphone mural de l'unité ou de détenir un téléphone portable. L'appel via le téléphone mural, souvent situé dans un couloir de passage, ne permet aucune confidentialité (numéro composé par le soignant et audibilité par les autres patients).



*Téléphones muraux dans les couloirs des unités Euterpe, Uranie et Tournesols A*

La possibilité de détenir un téléphone portable varie dans le temps et selon l'unité. Il est le plus souvent systématiquement retiré à l'admission du patient, sans distinction des situations (il s'agirait de placer le patient à distance de *stimuli*). Puis, dans les unités ouvertes, il est remis après 24h à 48h, les chargeurs et cordons étant conservés par les soignants. Le soir, les soignants récupèrent les téléphones vers 20h et les mettent en charge durant la nuit. Dans les unités fermées, le téléphone portable n'est, en règle générale, pas accessible aux patients qui ne peuvent qu'utiliser les téléphones muraux et ce de façon limitée à deux appels par jour. Dans certains cas, les appels ne peuvent être passés que dans le bureau des infirmiers qui restent présents.

Pour ceux qui n'ont pas de téléphone, les appels de l'extérieur sont transférés sur le téléphone mural du couloir ou dans le bureau des soignants ; pour les appels sortants, le patient doit demander à ce qu'on compose le numéro d'appel ce qui l'oblige à dévoiler le plus souvent l'identité de la personne appelée. Selon les unités, les appels sont possibles jusqu'à 20h ou 21h.

Pour les patients pour lesquels l'usage est médicalement restreint (en particulier dans les unités fermées), la prescription fixe les durées d'utilisation et si les appels sont ou non médiatisés (il y en aurait peu).

#### RECOMMANDATION 14

Toute règle générale et systématique de privation du téléphone est à proscrire. À l'admission, la restriction, même temporaire, doit être individualisée. Par la suite, les patients doivent pouvoir conserver leur téléphone portable. Toute restriction à cette règle doit être justifiée par l'état clinique du patient et limitée dans sa durée. En pareil cas, un accès à un téléphone doit être possible dans des conditions respectant l'intimité des conversations et sans limitation du nombre d'appels.

Du matériel de correspondance peut être fourni aux patients sans ressources, les frais d'affranchissement étant exceptionnellement pris en charge par l'hôpital. Aucun contrôle de contenu ni d'adressage n'est exercé. Sauf à Cousin, une boîte aux lettres est installée dans le couloir d'entrée des pavillons et relevée tous les jours ouvrés de la semaine par le vagemestre. Les patients des unités fermées qui ne peuvent accéder à l'entrée du pavillon doivent remettre leurs courriers aux soignants.

#### 6.3.2 Les visites

Très rares sont les patients ayant des restrictions de visite. Les conditions d'accueil des familles sont de qualités variables. Il existe encore beaucoup de pavillons (parmi les plus anciens) n'ayant

pas de local dédié et, dans ce cas, on utilise la salle à manger, la salle de télévision ou l'extérieur (parc, hall d'entrée), n'offrant pas une confidentialité suffisante. Pour les autres, les locaux sont correctement équipés et agréables. Les visites en chambre sont interdites.



*Salon de visite – Pavillon Van Gogh*

Les visites (deux personnes maximum) sont possibles 7 jours sur 7, préférentiellement l'après-midi (entre 14h30 et 18h30 ou 19h sauf pour les personnes en fin de vie à l'unité Cousin) pour des durées limitées (1h30 ou 2h au maximum). Les familles peuvent se restaurer avec le patient en l'annonçant à l'avance. Il n'est pas possible d'accéder à la maison des familles du CHU.

Dans les unités fermées, la durée de visite est réduite (entre 15 minutes et 1h selon les unités) et leur nombre contingenté à une par jour.

Les enfants de moins de 12 ans ne rentrent pas dans les unités et ne peuvent rencontrer leur proche que dans le parc, ce qui limite ces contacts familiaux à des patients autorisés à sortir de l'unité.

#### **RECOMMANDATION 15**

Un lieu d'accueil spécifique pour les visiteurs, agréablement aménagé et permettant de garantir confidentialité et intimité, doit être prévu dans chaque pavillon.

#### **6.3.3 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux**

Les chambres ne sont pas équipées de télévision et il n'est pas possible pour les patients de s'en doter à titre personnel, cette interdiction étant justifiée par la volonté de ne pas inciter le patient à rester dans sa chambre. Il y a en général, une salle de télévision dans les unités fermées, deux dans les autres.

Les patients peuvent conserver un poste de radio à piles (pas de cordon de branchement au réseau électrique).

Depuis des années, il n'y a plus, pour des raisons de coût, aucun abonnement à des journaux ou revues.

#### **RECOMMANDATION 16**

L'établissement doit permettre aux unités de soins de s'abonner à quelques journaux ou magazines parmi les plus lus par les patients.

L'accès à Internet est possible via la Wi-Fi patient de l'établissement. La mise à disposition du code, dépendante de la clinique du patient, est très variable d'une unité à l'autre (de 100 % à moins de la moitié des patients). Cet accès n'est pas autorisé dans les unités fermées.

La Wi-Fi va conduire rapidement l'établissement à se poser la question de l'absence de télévision dans la chambre. En effet, les téléphones portables et, pour quelques détenteurs autorisés, les tablettes ou les ordinateurs, permettent d'ores et déjà un accès direct aux chaînes de télévision.

## BONNE PRATIQUE 2

La possibilité pour les patients d'accéder gratuitement à un réseau Wi-Fi est de nature à faciliter l'accès à l'information et le maintien des liens sociaux ; elle mériterait d'être généralisée.

### 6.3.4 La confidentialité de l'hospitalisation

Une procédure de mise sous *alias* est en place et semble de plus en plus utilisée mais elle est connue surtout de l'encadrement et peu des agents. L'usage est davantage de l'appliquer de façon systématique dans le cas où un professionnel de l'établissement est hospitalisé que de le proposer comme option au *quidam*.

## RECOMMANDATION 17

Les équipes doivent savoir qu'il existe une possibilité d'être hospitalisé sous alias (procédure de pseudo-anonymisation) et la proposer au patient.

La règle de confidentialité sur la présence est connue mais souffre de quelques failles. Ainsi, depuis la suppression du standard au CHL et la création d'un standard commun géré par le CHU, le choix des malades de ne pas être joints ou identifiés comme hospitalisés au CHL n'est pas connu des standardistes du CHU qui, malgré leur volonté de bien faire en essayant de repérer la cohérence de la demande de l'appelant, ont tendance à basculer l'appel sur l'unité lorsque l'appelant la cite ou sur le cadre de garde.

Il est à noter que les unités répondent à la police sur la présence d'un patient, sans y être aucunement obligées. La direction n'y fait pas obstacle car elle souhaite maintenir de bonnes relations de coopération avec cette institution.

## RECOMMANDATION 18

Les patients doivent être informés de leur droit à ce qu'aucune indication ne soit communiquée quant à leur hospitalisation et le standard du CHU doit respecter le choix des patients en la matière.

Enfin, les informations relatives à la protection des données personnelles figurant dans le livret d'accueil ne sont pas suffisantes au regard du règlement général sur la protection des données (droit d'opposition à la collecte et au traitement des données, portabilité de celles-ci).

### RECOMMANDATION 19

L'ensemble des droits qui s'attachent au traitement automatisé des données de santé doivent figurer dans le livret d'accueil qui doit être remis au patient

#### 6.4 LE DROIT DE VOTE N'EST PAS ENCOURAGE PAR L'ETABLISSEMENT

A l'approche du premier tour des élections législatives, aucune information n'a été constatée dans les unités de l'établissement : absence de mention dans le livret d'accueil, d'affichage et de note organisationnelle. Lorsqu'elle existe, l'information se fait oralement par le personnel soignant.

Néanmoins, si cela est possible au regard de son état clinique et que la personne hospitalisée en fait la demande, une permission de sortie lui est accordée et elle est accompagnée aux urnes. Un officier de police judiciaire se déplace s'il y a besoin d'enregistrer une procuration. Les contrôleurs ont pu observer que le service des majeurs protégés informe et accompagne les mandataires judiciaires dans ces démarches.

Il n'a pas été possible de connaître le nombre de votants lors du dernier scrutin, cette information n'est pas tracée par l'établissement.

### RECOMMANDATION 20

La direction de l'établissement et les soignants doivent procéder à l'information des patients relative à l'exercice du droit de vote et à ses modalités. Il est nécessaire d'anticiper l'inscription sur les listes électorales des personnes hospitalisées et l'établissement des procurations.

#### 6.5 L'ACCES AU CULTE N'EST PAS ASSURE

Le livret d'accueil de l'établissement précise que des représentants du culte de toutes les confessions peuvent venir rendre visite aux patients sur demande. Il y est également indiqué que « *des offices religieux sont célébrés tous les dimanches, à 11h, dans la chapelle qui est située en face du pavillon Pinel. Une permanence y est tenue tous les jours de 14h à 14h45.* »

Pourtant, l'aumônière catholique était partie à la retraite depuis le mois de décembre 2021 et n'était toujours pas remplacée au moment du contrôle. En outre, aucun autre culte n'est représenté. La direction et certains soignants ont affirmé disposer d'une « *fiche contact* » des aumôniers qui interviennent au CHU mais ce document, qui n'a pas été communiqué aux contrôleurs, ne semblait pas être connu de tous les cadres de santé. Aucun affichage d'information relatif au droit d'accès au culte n'est présent au sein des unités.

### RECOMMANDATION 21

Les patients doivent être informés de leur droit à l'accès au culte et pouvoir disposer des coordonnées de chacun des représentants habilités par l'établissement. Le livret d'accueil doit être actualisé pour être en adéquation avec la réalité des interventions possibles.



*La chapelle*

## 6.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS MAJEURS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La vie sexuelle des patients majeurs est perçue comme un risque et non comme une liberté ; elle est exclue des règlements intérieurs, n'est pas abordée lors des entretiens d'accueil et ne fait l'objet d'aucune action d'éducation ou de prévention. Dans certaines unités, le personnel est dans une logique prohibitionniste et considère qu'un patient qui n'a pas le consentement nécessaire aux soins ne saurait l'avoir pour une relation sexuelle. Les patients ne peuvent pas recevoir de visite dans leur chambre ni se rendre dans la chambre d'un autre patient. Les préservatifs ne sont pas en libre-service – la majorité des unités n'en possèdent pas – mais la contraception est prescrite aux patientes, sur demande, par le somaticien.

Lorsqu'une personne hospitalisée est repérée comme « *très active* » sexuellement, elle est changée d'unité afin de protéger les potentiels patients vulnérables. Si un rapprochement est constaté, un dialogue est amorcé avec les intéressés afin de détecter une potentielle situation à risque.

En revanche, en pédopsychiatrie, le médecin est très sensible à la question de la sexualité entre adolescents. Si les rapports amoureux ne sont pas tolérés durant l'hospitalisation, un dialogue est instauré quant à la question du consentement notamment vis-à-vis des jeunes femmes pouvant voir leur discernement altéré par la maladie. Cette question est abordée en équipe afin de prévenir les situations à risques.

### RECOMMANDATION 22

Une réflexion institutionnelle doit être engagée pour que les patients conservent leur droit à l'intimité et la liberté sexuelle. Ils doivent bénéficier de mesures d'information et de prévention sur le consentement et les maladies sexuellement transmissibles.

## 7 L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

### 7.1 LA CONFIGURATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT N'EST PAS RESPECTUEUSE DE L'INTIMITE ET DE LA DIGNITE DES PATIENTS, AU CONTRAIRE DES ESPACES D'APAISEMENT QUI CONSTITUENT UNE REELLE ALTERNATIVE A L'ISOLEMENT

#### 7.1.1 Les chambres d'isolement (CI)

Le CHL dispose de onze CI réparties dans les différentes unités (plus une dans le pavillon de pédopsychiatrie, cf. § 10.2).

Elles sont de qualités inégales. Ainsi, la CI de l'unité Cousin, associée à une salle d'eau comportant douche et WC, est très lumineuse et bien ventilée, le lit est équipé d'une housse et un « adaptable » en mousse est utilisé pour les repas. Le patient isolé conserve toujours sa chambre d'origine. Dans l'unité Scévolles, les deux CI sont également bien équipées. Proches du bureau infirmier, elles disposent d'un lit fixé au sol, d'un tabouret et d'une petite table tous deux en mousse. Le patient peut choisir d'écouter la radio. Une salle de bains commune aux deux chambres dispose d'un matériel sanitaire encastré de bonne qualité et d'un verrou de confort.

En revanche, les deux CI de l'unité Tournesol sont éclairées par des châssis fixes largement occultés par un film opacifiant, limitant fortement la vue sur l'extérieur et empêchant l'aération des pièces ni ventilées ni climatisées. Les lits, fixés au sol, sont prééquipés de sangles de contention qui ne sont pas toujours retirées. L'oreiller est parfois remplacé par un relèver tête inconfortable. Les CI sont séparées par une douche. Une ouverture circulaire sur un panneau de la cabine de douche permet d'apercevoir le buste de la personne qui se lave depuis le couloir où peuvent déambuler d'autres patients. Les toilettes se résument à une cuvette en inox.

Dans l'unité Gala, les deux CI aux peintures fortement dégradées, sont séparées par des douches communes dans lesquelles du linge sale est stocké. Les matelas en plastique ne sont pas recouverts d'un drap. Les châssis des fenêtres sont fixes. Les chambres ne disposent pas de calendrier, ni d'horloge.

La CI d'Amadeus ne dispose pas non plus d'horloge, ni d'accès libre à l'eau. Le bouton d'appel n'est pas accessible au patient contenu sur le lit.

Dans l'unité Euterte, où deux CI existent, les WC sont situés dans le sas d'accès : soit le patient ne peut y accéder librement si la porte de la chambre reste fermée, soit, si la porte est ouverte, il n'y a plus de sas. Il n'y a ni horloge ni bouton d'appel ; le matelas en plastique du lit est parfois sans housse ni draps. Un hublot de porte partiellement occulté ne préserve pas l'intimité depuis le couloir et aucun accès à l'air libre n'est possible.

Ainsi, les CI nécessiteraient une mise à niveau afin de mettre en place, dans chacune d'elles :

- un mobilier permettant aux patients de prendre leur repas dans de bonnes conditions ;
- des salles de bains et des toilettes toujours accessibles et préservant l'intimité ;
- un drap pour recouvrir le matelas et un oreiller et une couverture si besoin ;
- un calendrier et des horloges visibles y compris quand la contention est requise ;
- une ventilation efficace pour renouveler l'air ambiant ;
- une remise en peinture pour certaines d'entre-elles ;
- un accès à l'air libre ;
- et une occultation des vues depuis les couloirs où circulent des patients.

### RECOMMANDATION 23

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel et d'une horloge, accessibles pendant les phases de contention. Le patient doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière, avoir accès librement à l'eau et aux toilettes dans des conditions garantissant son intimité, aérer la pièce, disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas. Les hublots des portes donnant sur les couloirs doivent être occultés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *Les propositions de la recommandation 24 ont été en partie réalisées, notamment en ce qui concerne le dispositif permettant d'occulter la vue sur l'intérieur des chambres d'isolement.* »

En l'état, la recommandation est maintenue.



*Une chambre d'isolement de l'unité Euterpe*



*Chambre d'isolement et dispositif de contention pré-installé (unité Les Tournesols)*

Le port du pyjama indéchirable est le plus souvent la règle ; l'accès aux visites n'est pas autorisé et l'accès au tabac est variable d'une unité à l'autre.

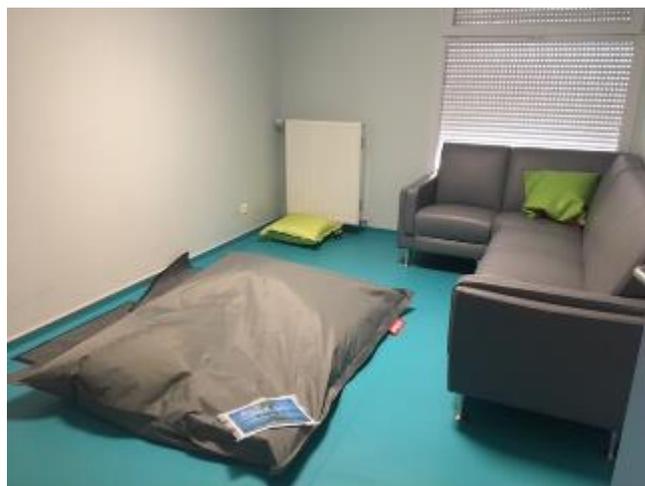
#### 7.1.2 Les espaces d'apaisement

Des unités de plusieurs pavillons (Minkowski, Pinel, Amadeus et Cousin) disposent d'espaces d'apaisement de bonne qualité, équipés d'un mobilier souple, de tapis de sol confortables, d'oreillers, d'un *punching ball*, et agrémentés d'une musique d'ambiance et de bruits d'eau. A Amadeus il existe trois espaces d'apaisement : une salle « Snoezelen », une salle d'apaisement et une salle « molle ». A Scévollès, la salle d'apaisement permet également de bénéficier

d'aromathérapie. Ces lieux sont présentés comme une véritable alternative à l'utilisation des chambres d'isolement.

#### RECOMMANDATION 24

Les espaces d'apaisement doivent être privilégiés. La transformation de chambre d'isolement en espace d'apaisement est nécessaire afin de ne recourir à l'isolement qu'en dernier recours.



*Espaces d'apaisement des unités Scévollés (à gauche) et Amadeus (ci-dessus)*

## 7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SONT PAS TOUJOURS EN ADEQUATION AVEC LA VOLONTE AFFICHEE PAR L'ETABLISSEMENT

« *L'isolement n'est pas un acte banal, pas plus que la contention* » : cette affirmation entendue lors du contrôle, de la part de soignants, confirme la volonté de réfléchir à ces pratiques. Dès 2010, un groupe d'EPP relatif à l'isolement et à la contention s'est réuni aux fins d'intégrer les préconisations de la Haute autorité de santé (HAS). Le protocole interne intitulé « *Mise en chambre d'isolement et contention* », datant du 14 mars 2019 (amendé le 19 mai 2021), rappelle que « *l'isolement et la contention sont des pratiques thérapeutiques devant être utilisées en derniers recours pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient et pour autrui* ». Il détaille la procédure de mise à l'isolement : décision et prescription médicale, tenue du registre institutionnel, accompagnement et surveillance du patient, délivrance des soins, hygiène et confort, entretien de fin d'isolement, traçabilité de la décision, information des proches. Il est également rappelé que tout isolement doit se faire dans un espace dédié, que le patient conserve sa chambre et que son retour en chambre normale est assuré. Ce document comprend deux annexes : l'une pour mener l'entretien avec le patient dès la fin de la mesure, l'autre permettant une analyse de la situation en équipe pluriprofessionnelle.

Un rapport d'activités des pratiques de recours à l'isolement et à la contention est présenté chaque année à la CME. Le rapport de l'année 2021 indique, en préambule, que le CHL « *s'engage pour mener à bien cette politique d'ultime recours* ».

Cette volonté, reprise dans le PMS (cf. § 3.1.2) s'illustre également au travers d'une conférence, organisée au sein du CHL en mai 2021, sur les pratiques d'isolement et de contention, et par les diverses mesures engagées pour accompagner les soignants, notamment :

- la création d'espaces d'apaisement dans chaque pavillon, hormis les pavillons Toulouse et Tony Lainé ;
- la mise en place d'ateliers de simulation visant à développer une pratique commune dans la mise en place des contentions afin de sécuriser le soin, pour le patient et les soignants. Six séances d'une heure trente ont été réalisées ;
- la formation des soignants : les formateurs de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Poitiers sont intervenus dans les unités fermées ; trente-six professionnels ont suivi la formation Oméga (gestion de la violence et désescalade) ;
- la création d'un tutoriel « *isolement contention, gestion des infos du JLD* » sur l'intranet de l'établissement. Les médecins et les cadres ont bénéficié d'une formation afin de se familiariser avec la loi n°20226 du 22 Janvier 2022 et particulièrement son article 17 relatif aux isolements et à la contention.

Pour autant, les contrôleurs ont constaté des pratiques divergentes par rapport aux objectifs affichés s'agissant, notamment, de la réalisation fréquente d'isolements en espace non dédié et de la non-conservation de la chambre d'origine du patient isolé du fait de la suroccupation chronique de certaines unités.

Il a également été rapporté des décisions d'isolement ou de contention « *si besoin* », voire des mesures systématiques (« *une semaine par mois* » par exemple) prises jusqu'à très récemment par un médecin psychiatre (qui avait quitté l'établissement au moment du contrôle).

Il ressort de la lecture du procès-verbal de la CME du 16 décembre 2021 que, sur la base d'une étude réalisée de juillet à novembre 2021, « *25 % des occupations des chambres d'isolement sont effectuées sans prescription* » (20,22 % en réalité selon le tableau annexé). Par ailleurs 6,32 % des « prescriptions » ne donneraient pas lieu à occupation d'une CI (et seraient donc réalisées hors espace dédié). Enfin, dans 23 % des cas, la présence infirmière dans l'unité était inférieure à trois agents, ne permettant pas d'assurer une surveillance satisfaisante des personnes isolées.

En outre, des mesures d'isolement et de contention sont parfois prises ou renouvelées sans validation médicale par un praticien habilité à le faire, voire, le week-end ou la nuit, par un interne à distance par téléphone sans rencontrer le patient. L'organisation des lignes de garde et d'astreinte médicales concourent inmanquablement à ce que des mesures d'isolement ou de contention perdurent la nuit ou le week-end au-delà de toute justification médicale.

### RECOMMANDATION 25

Toute décision ou renouvellement d'isolement ou de contention prise, après examen du patient par un médecin non-psychiatre, doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre senior.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *La recommandation 26 concernant la validation par un médecin psychiatre des décisions ou de renouvellement de mesures d'isolement est effective à l'heure actuelle. La mise en œuvre des dispositions de la loi du 22 janvier 2022 a été l'une des priorités de la direction et du corps médical. A l'heure actuelle les informations et saisines du Juge des Libertés et de la Détention sont en grande partie en conformité avec la législation. Dans ce contexte, les recommandations 26, 27, 28 et 29 semblent prises en compte par les professionnels du CH Laborit.* »

Les constats opérés lors de la visite ne confirment pas cette affirmation de la direction : des décisions ou renouvellements de mesure d'isolement ou de contention étaient réalisés par des internes, parfois même à distance sans voir le patient. Dès lors, la recommandation est maintenue. Il en est de même pour les recommandations 27, 28 et 29 auxquelles aucun élément de réponse n'a été apporté.

Par ailleurs, des pratiques non harmonisées entre les unités ont été observées dans la mise en œuvre de l'isolement, s'agissant, par exemple, de l'accès aux toilettes – libre ou accompagné par un soignant –, du recours au pyjama – systématique ou pas –, de l'accès au tabac et à l'air libre, de la prise des repas avec ou sans mobilier adapté, du recours à des isolements séquentiels, de la visite systématique ou pas d'un médecin généraliste.

Enfin, des mesures d'isolement peuvent être prises, faute de place, dans des chambres non prévues à cet effet ; elles sont parfois assorties de contentions « *afin d'éviter que le patient ne casse la chambre* », alors même que l'état clinique du patient ne justifierait pas qu'il soit contenu si une CI était disponible

#### RECOMMANDATION 26

Les mesures d'isolement et de contention ne doivent être effectuées que dans des espaces dédiés de nature à garantir la sécurité du patient et des soignants. Les pratiques d'isolement séquentiel ne peuvent s'entendre que sur de courtes durées et non de façon récurrente ou pérenne.

Il n'est pas opéré de recensement en temps réel du nombre et de la localisation des personnes isolées ou contentionnées, ce qui peut constituer un risque pour ces patients en cas d'incendie.

#### RECOMMANDATION 27

L'établissement doit être en mesure de communiquer à tout moment aux services de secours le nombre et la localisation des patients isolés ou contentionnés afin de faciliter leur évacuation éventuelle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *La recommandation 28 appelle aussi une observation pour les transmissions d'informations sur les patients en isolement et/ou en contention aux services de secours. Le CH Laborit n'est pas doté d'un dispositif de bed manager, toutefois chaque semaine un cadre de santé par pôle est identifié comme responsable de la gestion des lits. Toutes les occupations des chambres d'isolement sont clairement repérées. Ces chambres sont au nombre de 12 dans l'établissement. Une difficulté pourrait survenir avec l'occupation de lieux adaptés aux isolements en dehors d'une chambre identifiée comme telle, mais le suivi des mises en isolement et/ou en contention demande un contrôle rigoureux qui a nécessité la mise en place d'outils informatiques qui permettent d'identifier le nombre de patients en isolement et/ou en contention.* »

La réponse du directeur ne permet pas de s'assurer que les services de secours peuvent se voir communiquer sans délai, à toute heure du jour et de la nuit, le nombre et la localisation des patients isolés ou attachés. Par ailleurs, le nombre de CI évoquée ne correspond pas à celui qui a été communiqué aux contrôleurs lors de la visite, interrogeant sur le recensement opéré. En l'état, la recommandation est maintenue.

En principe, toutes les unités tracent les décisions de mise à l'isolement et de contention sur le logiciel Cortexte® (cf. § 7.3). Le patient bénéficie de deux visites médicales, réalisées soit par le psychiatre soit par le médecin-somatique, afin d'évaluer son état et notamment les risques thrombo-emboliques en cas de contention. La surveillance médicale par les équipes soignantes est réelle et constante. La contention, prise pour une durée maximum de 6 heures, doit être renouvelée au-delà de ce laps de temps.

Le matériel de contention utilisé est de marque *Renol*®. Le kit complet, à fermeture magnétique, comporte une ceinture ventrale abdominale, une ceinture pelvis, une ceinture épaule, des fixations poignets et chevilles, des sangles de renforcement et des gants rigides. Le tout est stocké dans une mallette fermée et munie d'un scellé. L'utilisation du matériel est tracée dans le dossier du patient. Il est à noter que l'unité Amadeus est encore équipée de contentions à picot non magnétique, mais qui ne seraient jamais utilisées.



### 7.3 PRES D'UN TIERS DES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT FAIT L'OBJET D'UN ISOLEMENT ET 13 % D'UNE CONTENTION, POUR DES DUREES NON QUANTIFIEES

À la suite de la loi du 22 janvier 2022 qui instaure un contrôle du JLD sur les décisions médicales de prolongement de mise en isolement et de contention, une note, non datée, a été diffusée par le département d'information médicale (DIM) du CHL. Elle rappelle les conditions à respecter et les durées fixées par le législateur, en insistant sur la vigilance à apporter dans le respect des échéances notamment le week-end. Cette note indique également comment tracer ces décisions dans le logiciel Cortexte®.

Afin de satisfaire à l'interdiction légale d'isoler ou contenir un patient en soins libres, la note indique qu'un changement de statut du patient devra être opéré, étant précisé que les soins sous contraintes seront immédiatement levés dès la sortie de la CI.

Le registre de l'isolement et de contention est alimenté à partir des informations saisies dans Cortexte®. Il contient les mentions obligatoires (identifiant permanent du patient (IPP), type de mesure, début et fin de la mesure, durée de la mesure, statut du patient au début de la mesure, statut du patient après 24 heures, nom du médecin prescripteur).

Il ressort de l'analyse des données produites aux contrôleurs (extraction du registre et rapport annuel sur l'isolement et la contention transmis à la CME) que 426 mesures d'isolement ont été décidées en 2021 (contre 323 en 2020, année particulière du fait de la crise sanitaire, et 422 en 2019). Cette stabilité tranche avec la baisse importante du nombre de patients concernés : 187 en 2021 contre 235 en 2020 et 311 en 2019. Autrement dit, si les mesures d'isolement ne diminuent pas, elles se concentrent sur un nombre plus restreint de patients. Rapporté au nombre de patients admis sous contrainte (569 en 2021), ce sont près de 33 % des patients admis sans consentement qui ont fait l'objet d'une ou plusieurs mises à l'isolement en 2021.

S'agissant des durées des mesures d'isolement, les données fournies pour 2021 sont, de l'aveu même de l'hôpital, incomplètes et non fiables. Elles font état d'une durée cumulée de 745 heures (soit moins de 2 heures par mesure), qui contrastent avec les quelques 3 894 heures comptabilisées en 2020 pour 235 mesures, soit une moyenne de plus de 16 h 30 par mesure, ce qui semble plus réaliste). Il a été indiqué aux contrôleurs que près de la moitié des mesures d'isolement auraient une durée supérieure à 72 heures.

#### RECOMMANDATION 28

Les durées des mesures d'isolement et de contention doivent être renseignées avec précision afin de fiabiliser les données figurant dans le registre et de permettre une réelle analyse des pratiques.

L'analyse par unité fait ressortir de très grands écarts dans le nombre de mesures d'isolement recensées, que les différences de profils des patients accueillis ne peuvent suffire à expliquer totalement. Ainsi, seules 10 mesures d'isolement ont été prises sur l'ensemble de l'année à Amadeus contre 31 à Cousin, 74 à Degas, 78 à Tournesols et 108 à Scévollès comme à Euterp.

Il est à noter que 27 mesures d'isolement ont été prises en 2021 au sein du pavillon Tony Lainé à l'encontre de mineurs, auxquelles il faut ajouter les placements – fréquents et en progression (15 en 2020, 22 en 2021 et déjà 38 sur les cinq premiers mois de 2022) – de mineurs dans des CI d'unités pour adultes. Et ce alors même qu'aucun de ces enfants n'étaient en SSC, ni même sous le coup d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) d'un juge.

#### RECOMMANDATION 29

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent, contraire à la loi, doit être prohibé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *La recommandation 30 qui rappelle l'interdiction de mettre en isolement et ou en contention des mineurs pose de grandes difficultés aux professionnels des services du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, dans la mesure où beaucoup d'adolescents sont admis au CH Laborit en phase aiguë de crise suicidaire et nécessitent une surveillance étroite. Le CH Laborit a déposé un projet de création d'une unité de gestion de crise qui devrait éviter le recours aux chambres d'isolement mais en attendant, les praticiens hospitaliers n'ont d'autres choix que de placer le mineur en isolement. Il serait souhaitable que la loi puisse être amendée pour prendre en compte la situation des mineurs et soumettre les mises en isolement et/ou en contention au contrôle du juge des libertés et de la détention.* »

S'agissant des contentions en CI, 129 mesures ont été décidées en 2021 (contre 88 en 2020 et 117 en 2019), à l'encontre de 58 patients différents (55 en 2020, 65 en 2019). Mais il convient d'y ajouter 32 contentions réalisées hors espace dédié (à Euterpe, Degas, Tournesol, Amadeus et Cousin) concernant 15 patients, soit un total de 161 mesures de contentions pour 73 patients.

Ainsi, près de 13 % des 569 patients admis en SSC en 2021 ont fait l'objet d'au moins une mesure de contention. Et près de 40 % des 187 patients isolés ont été attachés.

Enfin, il est préoccupant de constater que, sur les cinq premiers mois de l'année 2022, 228 mesures d'isolement avaient déjà été recensées.

#### **7.4 SI LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST GENERALISEE, LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT DANS LES SOINS EST ENCORE INEGALEMENT DEVELOPPEE**

##### **7.4.1 La personne de confiance**

La notion de personne de confiance est connue des soignants. Pour la plupart des patients rencontrés, une personne de confiance a été désignée. Le personnel soignant est attentif à ce sujet et c'est dès l'admission, quand le patient est capable de saisir la question, que la personne de confiance est recherchée. Chez les mineurs c'est, le plus souvent, le représentant légal qui est désigné.

##### **7.4.2 Le consentement dans l'administration des traitements**

Le personnel soignant cherche à obtenir le consentement des patients par rapport aux soins envisagés. Cette recherche est plus ou moins aisée en fonction des profils des patients.

Le PMS indique clairement cet objectif pour les années 2021/2025 (cf. § 3.1.2), en soulignant l'actuelle disparité entre les unités : si Tony Lainé est en pointe sur le sujet, celles qui prennent en charge des situations lourdes et chroniques sont plus en retrait. La mise en place de directives anticipées en cas de crise fera également l'objet de groupe de travail.

Par ailleurs, les contrôleurs ont constaté que, lors des tenues par le JLD auxquelles ils ont assisté (cf. § 8.3.1), les patients entendus ont tous été questionnés sur leur adhésion aux soins reçus.

## 8 LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 8.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES N'EXERCE PLUS SA MISSION DE CONTROLE DEPUIS 2019 ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS, BIEN QU'INTEGRES A L'ETABLISSEMENT, NE VISITENT PAS LES UNITES

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

La délégation départementale de la Vienne de l'ARS de la Nouvelle-Aquitaine assure la logistique et le secrétariat de la CDSP. Toutefois, aucun rapport d'activité de la CDSP n'a été rédigé depuis 2018. Le dernier arrêté de renouvellement date du 20 septembre 2016 suivi, au mois de mai 2018, d'un arrêté portant modification de la composition. La dernière réunion s'est tenue le 25 mai 2019 au CHL. Depuis cette date, cette instance est inactive. Soignants – voire même certains médecins – et patients sont dans l'ignorance de l'existence réglementaire de cet organe, pourtant mentionné dans le livret d'accueil comme voie de recours aux décisions de SSC.

Selon les renseignements obtenus auprès de l'ARS, ce dysfonctionnement résulte de l'indisponibilité constante d'un des médecins et du peu d'investissement des autres membres qui ne se sont pas approprié leur mission de contrôle. Il a été précisé que l'autorité préfectorale, qui se doit de renouveler au plus vite l'arrêté à ce jour caduque de la composition de la CDSP, tente de rechercher des personnes en capacité d'accepter d'exercer leurs fonctions telles que dévolues par la loi.

#### RECOMMANDATION 30

Le préfet de la Vienne doit procéder au renouvellement de l'arrêté de composition de la CDSP après s'être assuré que ses membres soient aptes à exercer leur mission et en acceptent toutes les obligations. La CDSP doit sans délai être mise en mesure de fonctionner pour reprendre de façon pérenne ses visites biennuelles au CHL et ses missions de contrôle.

#### 8.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil présente succinctement le rôle de CDU. En revanche, son rôle et ses coordonnées ne sont que très rarement affichés dans les unités (cf. § 4.3.1).

Les contrôleurs ont constaté la participation active des représentants des usagers aux quatre réunions annuelles de la CDU et à toutes celles du comité d'éthique. Des représentants ont indiqué n'être destinataires que de peu de réclamations concernant les conditions d'hospitalisation au CHL, tout en ajoutant qu'ils ne se rendent jamais dans les unités à la rencontre des patients. On peut aussi regretter que ne soient pas organisés de temps d'échanges institutionnels dans les unités entre représentants des usagers et patients.

La maison des usagers est installée dans le bâtiment du centre social localisé au cœur du CHL. Cet espace est mis à la disposition des associations d'usagers pour que les patients et leurs familles soient informés et aidés au mieux, tout au long de leur parcours de soins. Il s'y tient mensuellement un point d'accès au droit, animé par des avocats volontaires du barreau de Poitiers.

## 8.2 BIEN QUE TENU AVEC SOIN, LE REGISTRE DE LA LOI EST RENSEIGNE INCOMPLETEMENT ET TROP TARDIVEMENT TANDIS QUE LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des soins sans consentement où trois agents adjointes administratives, sous la responsabilité d'une directrice adjointe sont chargées de gérer l'ensemble des procédures des patients admis en SSC.

Ces registres ne sont pas renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif comme le préconise l'article L 3212-11 du CSP, à savoir dans les 24h des différentes décisions prises au cours du parcours de SSC. Au jour du contrôle (2 juin 2022) les dernières mentions dataient du 10 mai 2022.

### RECOMMANDATION 31

Le registre de la loi doit être renseigné complètement dans les 24 heures de la prise des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement.

Ces registres, distincts selon le statut d'hospitalisation, comportent 100 folios de format A3 qui sont remplis par ordre chronologique d'admission. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le CSP. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L.3211-3 du CSP (cf. § 4.3) et, parfois, les décisions de protection juridique des majeurs. En outre, le nom du tiers n'est pas mentionné.

Les certificats médicaux et l'avis motivé adressé au JLD sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de copier-coller. Les certificats concernant les programmes de soins (PDS) sont dûment joints aux registres. Les autorisations de sorties de courte durée sont également mentionnées alors que la loi ne l'exige pas.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, font état des voies de recours judiciaire et administrative (devant la CDSP).

Si la date du contrôle par le JLD est notée, le dispositif de la décision n'est pas reporté à la rubrique prévue à cet effet.

Selon les renseignements recueillis sans qu'il ait cependant été possible d'obtenir une date précise, le procureur de la République visite sinon annuellement du moins à fréquence régulière l'établissement alors que le président du TJ se déplace en début de chaque année au CHL et vérifie les informations transcrites au registre de la loi ; sa dernière venue datait du 11 février 2022. Les membres de la CDSP (cf. § 8.1.1) ont signé le registre lors de leur dernière du 25 mai 2019. En revanche, il n'a pas été constaté de contrôle du maire ou de parlementaires.

### RECOMMANDATION 32

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet de la Vienne et le maire de Poitiers ou leurs délégués, doivent visiter au moins une fois par an le CHL.

### 8.3 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, EFFECTIF SUR LES HOSPITALISATIONS, EST EMBRYONNAIRE SUR LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Conformément aux dispositions des articles L 3211-1 et s. et R 3211-1 et s. du CSP, une convention a été signée le 19 avril 2014 entre les chefs de juridiction du TJ de Poitiers et l'ARS pour organiser la logistique du contrôle judiciaire bénéficiant aux patients hospitalisés sans consentement. Des locaux spécialement aménagés ont été affectés à la tenue des audiences du JLD sur le site hospitalier. Un fléchage permet de localiser la salle d'audience. Une pièce spacieuse, située dans un bâtiment administratif indépendant des unités d'hospitalisation, est utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoutent un hall d'attente, une petite pièce réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. L'audience du JLD se passe dans des conditions de confort propice au climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi et le vendredi. Elles débutent vers 9h par l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi ; le nombre de dossiers enrôlés est en moyenne d'une douzaine par semaine, répartis sur les deux audiences.

#### 8.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre le bureau des SSC et le greffe du TJ sont, selon les dires, d'excellentes qualités. Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et, pour les renouvellements, quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du tuteur en vue de sa convocation. À cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux de 24 h et 72 h ;
- l'avis motivé ; un deuxième avis motivé est souvent transmis la veille ou l'avant-veille de l'audience ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- pour le contrôle à six mois, la précédente décision du JLD, avec les certificats médicaux.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime). Il est à noter qu'il n'existe pas d'affichage du tableau de l'ordre des avocats de Poitiers dans les unités.

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des SSC avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans les unités ont fait ressortir que l'agent notificateur prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

#### 8.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité des audiences du mardi 31 mai et du vendredi 3 juin 2022, présidées par la vice-présidente référente pour le CHL ; elle était assistée d'un greffier et ni l'un ni l'autre n'avait revêtu d'habit professionnel. L'établissement, comme à l'accoutumé n'était pas représenté et le ministère public était absent. La porte de la salle est restée ouverte

tout le temps des débats. Trois dossiers étaient enrôlés à l'audience du mardi et dix à celle du vendredi.

Les patients, tous en tenue de ville, sont arrivés accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Leur attente a donc été de très courte durée. Ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur avocat.

Pour chaque affaire, la magistrate s'est présentée comme « *juge des libertés* », expliquant son rôle, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos. Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. La plupart se sont exprimés sur leurs conditions d'hospitalisation, certains déplorant d'être privés de leur téléphone, plusieurs insistant sur le souhait de quitter l'hôpital, d'autres précisant ressentir un mieux-être depuis leur hospitalisation. Personne, autre que les soignants, ne s'est présenté pour assister à l'audience.

Les décisions ont été rendues immédiatement. Des propos d'encouragement ont été prononcés à l'égard de tous et les modalités de voies de recours ont été sommairement expliquées. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure.

Dans l'hypothèse, peu fréquente, d'une décision mise en délibéré, l'ordonnance est transmise par le greffe judiciaire au bureau des SSC ; la notification est alors faite dans l'unité par le cadre ou le médecin.

### 8.3.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré dans l'établissement par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable. Il est de l'ordre de 550 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- en 2021, après convocation de 575 patients dont, pour 52 d'entre eux la mesure fut levée avant le jour de l'audience, 518 décisions de maintien ont été prononcées (5 levées) ;
- en 2022 jusqu'au 31 mai ,226 patients ont été convoqués, parmi lesquels 14 ont bénéficié d'une levée d'hospitalisation avant l'audience. Trois mesures d'hospitalisation complète ont été levées par le JLD, après un délai de 24 h permettant la mise en place d'un PDS.

Les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître sont relativement nombreux puisque de l'ordre de 20 % ; selon les dires, ils sont fondés par des motivations explicites.

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

Les modalités de mise en œuvre du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention, telles que défini par la loi 2022-46 du 22 janvier 2022 et complétées par l'instruction ministérielle du 29 mars 2022, ont fait l'objet de réflexions entre les magistrats et la direction de l'hôpital pour aboutir à la mise en œuvre, à compter du 1<sup>er</sup> juin 2022 seulement, d'un protocole destiné à informer le juge dans les formes et les délais exigés par la loi. Les contrôleurs n'ont donc pas pu observer la réalité de cette mise en œuvre.

Il a été expliqué aux contrôleurs que, peu après l'entrée en vigueur de cette loi, un dysfonctionnement du logiciel informatique avait obéré la date de saisine du juge avec pour conséquence la levée de trois mesures d'isolement les 29 mars, 4 et 13 avril 2022. D'un commun accord, la saisine du JLD (mais pas son information) fut alors suspendue jusqu'au 1<sup>er</sup> juin 2022.

Les professionnels du tribunal ont fait part de leur crainte de ne pas être en capacité, à moyens constants, de faire face avec efficacité à ce nouveau contentieux.

## 9 LES SOINS

### 9.1 DANS LES UNITES DESTINEES AUX ADULTES, LES PATIENTS BENEFICIENT D'UNE PERMANENCE MEDICALE ET SOIGNANTE ET D'UNE VASTE PALETTE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES

#### 9.1.1 L'organisation des soins

##### 9.1.1.1 L'organisation et les moyens

Les psychiatres sont présents dans toutes les unités (cf. § 3.3.1) en journée du lundi au vendredi. Il faut souligner l'investissement du praticien affecté à Amadeus depuis deux ans et demi qui, malgré un temps de présence théorique dans le pavillon équivalent à 0,2 ETP, vient tous les matins pendant une heure trente pour assurer les consultations médicales et échanger avec les soignants avant de gagner le CMP où il consacre le reste de son temps.

En dehors des temps de présence des psychiatres dans les services, la permanence médicale est assurée par un système d'astreinte : de 18h30 à 9h00, y compris les week-ends et jours fériés, un psychiatre assure une astreinte téléphonique à domicile pour l'ensemble du CHL, un interne étant présent sur le site. Les psychiatres d'astreinte sont susceptibles de se déplacer aux urgences du site hospitalier de Châtelleraut où il n'y a pas d'IDE relevant du CHL.

##### 9.1.1.2 L'accès aux consultations médicales et entretiens infirmiers

Dans l'ensemble des pavillons, les patients sont vus par un psychiatre à leur arrivée puis au moins une fois par semaine voire davantage si nécessaire, à l'exception d'Amadeus qui héberge des patients au long cours relativement stabilisés et qui dispose d'un temps de psychiatre très limité. Toutefois, dans ce pavillon, la psychiatre programme des rendez-vous périodiques et reçoit en consultation tous les patients ayant demandé à la voir ou adressés par les IDE. La demande de changement de médecin est possible dans les pavillons où exercent plusieurs praticiens mais dans les limites du secteur ; elle doit se faire par écrit.

En ce qui concerne les soignants, des référents sont instaurés uniquement à Amadeus (pour chaque patient un IDE et un AS pour les soins et un soignant pour les activités) et à Cousin (un binôme IDE-AS pour chaque patient).

##### 9.1.1.3 Le projet de soins

Le PMS (cf. § 3.1.2) est connu des cadres mais pas des soignants. À Minkowski, le projet de service met en exergue une prise en charge globale du patient orientée, dès son arrivée, vers la réhabilitation reposant sur un travail avec les familles et l'extra hospitalier. À Van Gogh, l'unité des Oliviers s'est dotée d'un projet de service visant quatre objectifs : homogénéiser les pratiques de réhabilitation, développer les liens avec les structures médico-sociales, mieux associer les aidants et renforcer les activités de réhabilitation. À Amadeus, lieu de vie depuis de nombreuses années pour un grand nombre de patients déficitaires, un projet de transformation d'une partie du pavillon en une structure pré-maison d'accueil spécialisée (MAS) d'une quinzaine de lits figure dans le projet médico-soignants évoqué.

Il ne semble pas exister de projet de soins individualisé formalisé et discuté régulièrement avec les patients.

### 9.1.1.4 Le champ d'intervention, l'organisation et les moyens de la pharmacie centrale

La pharmacie du CHL est totalement indépendante du CHU et compte dans son équipe 2 ETP de pharmaciens, un cadre de santé (0,2 ETP), quatre préparateurs à temps plein et un technicien (1 ETP) en logistique et suivi biomédical. Les pharmaciens assurent une astreinte téléphonique 24h sur 24.

La veille médicamenteuse est assurée pour l'ensemble des prescriptions. En cas de problème repéré, le prescripteur est contacté par mail ou téléphone et, sans réponse de sa part, la délivrance médicamenteuse est suspendue. Les prescripteurs reçoivent des alertes si les prescriptions ne sont pas revues tous les ans.

Le projet de conciliation médicamenteuse porté par les pharmaciens n'a pas reçu l'assentiment des praticiens hospitaliers, ces derniers prétendant qu'ils le faisaient déjà. Il a pourtant été signalé aux contrôleurs que les doses médicamenteuses administrées dépassaient fréquemment celles prévues dans les autorisations de mise sur le marché et qu'aucune tendance à la réduction ne s'observait lors de séjours des patients notamment les plus âgés.

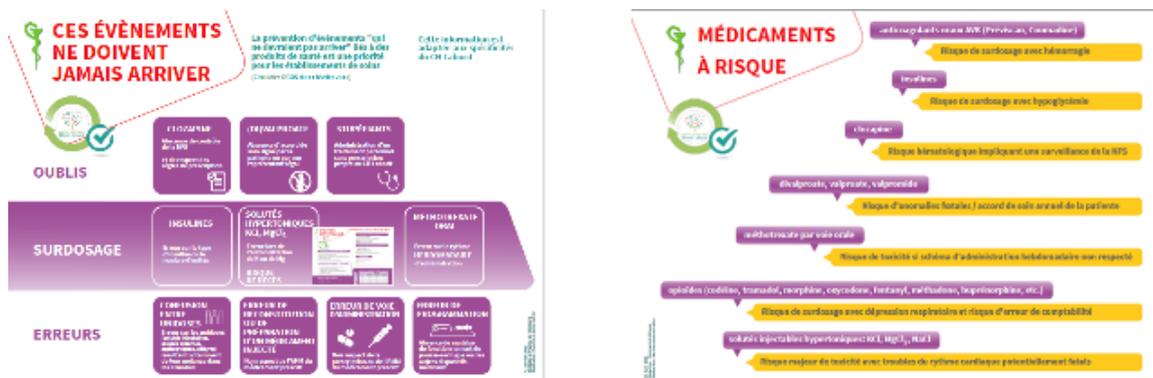
Les médicaments sont livrés deux fois par semaine dans les unités. Les piluliers individuels sont préparés par les IDE de nuit. Les stupéfiants sont délivrés de manière individualisée.

Il existe deux IDE référents pour la pharmacie dans chaque unité (un de jour et un de nuit). Des problèmes récurrents sont rencontrés par les pharmaciens lors de la distribution des médicaments dans les services du fait de l'absence réitérée de validation informatique de la remise des médicaments aux patients, spécialité par spécialité. Les soignants procèdent le plus souvent à une validation globale de l'ensemble des médicaments prescrits, qu'ils soient effectivement donnés ou non au patient. Malgré la déclaration de ces événements indésirables par les pharmaciens, les pratiques ne semblent guère évoluer.

### RECOMMANDATION 33

La remise des médicaments par les soignants doit faire l'objet d'un enregistrement informatique en temps réel, spécialité par spécialité.

Les pharmaciens s'impliquent beaucoup dans la sensibilisation des soignants aux effets indésirables des médicaments, par le biais de quizz, vidéos, affiches, etc.



Exemples d'affiches destinées aux infirmiers

Un programme de formation en quatre modules, destiné aux IDE et AS a également été élaboré. Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), consacrés

pour une part aux médicaments psychotropes, se réunissent trois fois par an et donnent lieu à des comptes rendus écrits.

Des ateliers d'éducation thérapeutique sur les troubles bipolaires concernent exclusivement les patients suivis en CMP. Cependant, des fiches d'information sur les médicaments destinées aux patients ont été remises aux cadres de santé des unités d'hospitalisation. Des consultations pharmaceutiques ont permis à quatre patients, en 2021, d'échanger avec les pharmaciens sur leur traitement ; elles n'ont pas obtenu le soutien de la communauté médicale.

#### 9.1.1.5 Les médiateurs pairs

Le recours à ce soutien thérapeutique n'a pas été mentionné aux contrôleurs.

#### 9.1.1.6 Les réunions patients-soignants.

Peu de services organisent des réunions soignants-soignés : aucune à Toulouse, Van Gogh, et Amadeus. À Pinel, elles se déroulent une fois par trimestre pour les patients de Salvador et Gala. À Minkowski, la psychologue anime toutes les semaines une réunion à l'unité Massigny dont il n'est pas fait de compte rendu sauf en cas de demande particulière.

### RECOMMANDATION 34

Des réunions soignants-soignés doivent être organisées à une fréquence régulière dans toutes les unités.

#### 9.1.1.7 Le travail d'équipe centré sur le patient

##### 9.1.1.7.1 Transmissions

À Minkowski, Pinel, Amadeus, les transmissions se font à chaque changement d'équipe et sont animées le plus souvent par le cadre de santé. Pendant vingt à trente minutes, l'état de chaque patient, les soins prodigués, les difficultés rencontrées par les équipes ou les patients sont évoqués. À Cousin, elles se déroulent pendant 45 minutes deux fois par jour.

##### 9.1.1.7.2 Réunions cliniques

Ces réunions pluridisciplinaires qui rassemblent psychiatres, cadres, soignants, psychologues, assistant social, équipes des centres d'activités où la situation d'un ou plusieurs patients est réexaminée se tiennent dans toutes les unités à des fréquences variables. À Toulouse, elles se déroulent un mercredi sur deux au niveau d'Euterpe-Erato auxquelles s'ajoutent tous les lundis, les réunions médecins-cadres du pôle universitaire. À Cousin, Minkowski et aux Tournesols, l'état de chaque patient est revu toutes les semaines. À Pinel, les unités Salvador et Dali en organisent deux par an et à Amadeus, elles sont planifiées à l'année (trente par an), eu égard au temps de psychiatre disponible, et permettent de faire le point sur la situation d'un patient, son évolution clinique et son avenir. Les médecins généralistes sont parfois invités à y participer (Amadeus).

##### 9.1.1.7.3 Réunions de synthèse avant la sortie

Ces réunions, visant à préparer la sortie du patient, associent en général les équipes médico-soignantes de l'intra et de l'extra hospitalier. À Cousin, les projets de sortie sont évoqués avec les professionnels de l'extra hospitalier, le patient sorti peut être suivi par l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée. À Toulouse, ces réunions hebdomadaires débutent par un temps

commun aux trois unités (Uranie, Euterpe et Erato) puis propre à Euterpe et Erato ensuite. À Amadeus, chaque patient fait l'objet d'une réunion de synthèse annuelle.

#### 9.1.1.7.4 Supervision ou analyse de pratique

Comme indiqué précédemment (cf. § 3.3.2) seule l'unité Euterpe propose une supervision avec deux psychologues depuis septembre 2021 en raison de la difficulté de la prise en charge d'une patiente hospitalisée depuis 25 ans. À Amadeus, ce soutien aux équipes est suspendu depuis 2019 car la participation des soignants fléchissait. Rien n'est proposé aux équipes dans les autres services.

### RECOMMANDATION 35

Des séances de supervision ou analyse de pratique doivent être proposées aux soignants qui en éprouvent le besoin.

#### 9.1.1.8 Gestion des patients au long cours

Les pavillons Toulouse et Minkowski hébergent des patients au long cours (deux à Euterpe, trois à Erato, cinq à Massigny) par manque de place dans les structures d'aval, malgré un important travail de partenariat effectué avec les établissements médico-sociaux. À Massigny, la durée moyenne de séjour reste élevée : 28 mois. À Amadeus, le profil des patients rend très difficile leur insertion dans des structures médico-sociales et la totalité d'entre eux séjournent depuis plus de 280 jours dans l'unité.

#### 9.1.1.9 L'accès au dossier médical

Les conditions d'accès au dossier médical sont mentionnées dans le livret d'accueil et dans une plaquette éditée par Psycom®. Aux Tournesols, la procédure est affichée dans le salon des visiteurs. Il a été rapporté aux contrôleurs que les patients demandaient rarement l'accès à leur dossier médical.

### 9.1.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

#### 9.1.2.1 L'organisation et les moyens

##### 9.1.2.1.1 Moyens financiers

Le CHL héberge l'association « *la Cordée* » chargée d'organiser et de financer des activités ludiques et thérapeutiques destinées aux patients. Elle dispose d'un budget de 140 000 euros par an sur lequel sont prélevés les salaires de la trésorière, le reste étant affecté à la gestion de la cafétéria et au financement d'activités dans les différents pavillons. Ainsi, à Toulouse, 1 250 euros par an sont alloués pour financer des goûters, des sorties socialisantes, les chocolats de Noël, ainsi que les fournitures du centre d'activités. Ce budget a été indiqué comme suffisant, les freins à l'organisation d'activités tenant davantage aux restrictions imposées par la pandémie et au manque de personnel qu'à l'insuffisance de moyens financiers. Pinel utilise son enveloppe pour acheter des jeux ou du matériel créatif, des produits d'hygiène ou des fruits et légumes pour confectionner salades ou potages. À Amadeus, 500 euros par an sont consacrés à l'achat de fournitures et de nourriture auxquels s'ajoutent 2 400 euros pour organiser des séjours à l'extérieur de l'hôpital.

### 9.1.2.1.2 Organisation et moyens humains

Chaque pavillon est doté d'une équipe de soignants (IDE et AS) affectée aux ateliers thérapeutiques auxquels, selon les pavillons, s'agrègent éducateur spécialisé, sportif ou psychologue. Ces activités se déroulent du lundi au vendredi dans des locaux spécifiques aménagés en différents ateliers.

#### *Personnel en ETP affecté dans les ateliers thérapeutiques des différents pavillons*

	Toulouse	Minkowski L'Esquisse	Cousin	Van Gogh Les Blés	Amadeus	Pinel Renoir
<b>Personnel en ETP</b>	3,25	4,12	Non communiqué	4,45	4,80	4,85

### 9.1.2.2 Modalités d'accès

Dans l'ensemble des unités, seule la clinique guide les possibilités d'accès aux activités thérapeutiques, il n'y a pas de restriction particulière pour les patients en SSC.

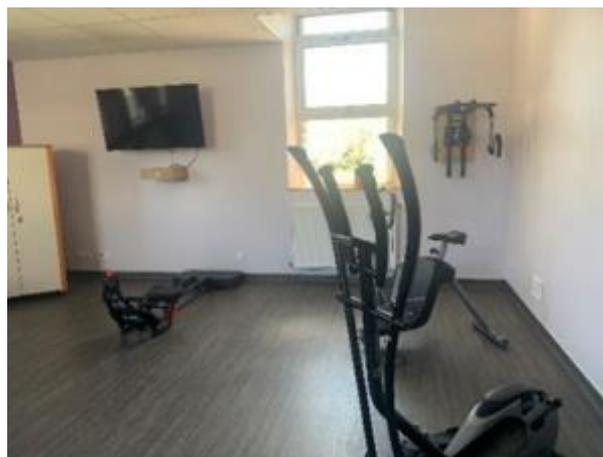
À Pinel, les patients remplissent une fiche de demande qui sera visée par le médecin et accompagnée le cas échéant d'une prescription médicale. Les patients reçoivent un emploi du temps individuel pour la semaine chaque vendredi soir. À Amadeus, un emploi du temps hebdomadaire pour les activités thérapeutiques, certaines requérant une validation médicale, est également dressé pour chaque patient en tenant compte de ses rendez-vous médicaux ou autres. À Toulouse, les activités proposées sont intégrées au projet de soins ; elles sont proposées aux patients par le médecin avant qu'un planning ne soit élaboré par un IDE du centre d'activités au cours d'un échange avec le patient.

### 9.1.2.3 Activités proposées dans les pavillons

Les activités sont nombreuses et variées. À titre d'exemple, à Pinel, le centre d'activités Renoir anime des ateliers couture, bois, cuisine, pâtisserie, jardinage, mosaïque, sophrologie, esthétique, modelage dos, réflexologie, shiatsu, pilates, sport, et organise des repas thérapeutiques. Pour les patients en perte de repères, un atelier informatique propose des exercices de mémorisation. Un jeune labrador a été adopté par une IDE grâce à des subventions de l'hôpital pour assurer des séances de médiation animale.



*Le chien Olga utilisé pour les séances de médiation animale*



*Pinel : espace d'activités thérapeutiques Renoir*

À Amadeus, se déroulent des ateliers menuiserie, cuisine, arts plastiques, marche dans le parc, jardinage, petits déjeuners thérapeutiques, soins socio-esthétiques, etc. Des moments de détente sont possibles dans l'espace *Snoezelen*®. Un éducateur sportif prend en charge huit patients tous les lundis pour des séances de sport adapté.



*Espace Snoezelen® d'Amadeus*



*Atelier menuiserie d'Amadeus*

L'unité Cousin offre également de nombreuses activités dont le programme est affiché quotidiennement. Un lieu de stimulations sensorielles, de repos et d'échanges sociaux dénommé « *le jardin de soins* » s'avère particulièrement adapté à des personnes vivant pour la plupart à la campagne. L'activité de jardinage est proposée une à deux fois par semaine. D'autres activités installées dans les locaux de l'hôpital de jour se déroulent régulièrement : notamment la culinothérapie à laquelle participent la quasi-totalité des patients, les soins esthétiques (rasage, épilation, manucure), la gymnastique et l'atelier mémoire.

À Minkowski, l'atelier l'Esquisse offre de nombreuses activités telles l'art-thérapie, la culinothérapie, l'accès à une salle informatique, une bibliothèque, une salle de sport et un espace *Snoezelen*<sup>®</sup>.

À Van Gogh, le centre d'activités « *Les blés* » offre une large palette d'activités thérapeutiques parmi lesquelles des séances de relaxation, de sport, de soins esthétiques, de création artistique, un atelier mémoire, un groupe de parole.



*Salles de sport et d'activités de Van Gogh*

#### *9.1.2.4 Activités proposées hors les murs*

Lorsque des sorties à l'extérieur sont organisées, une participation financière est demandée aux patients (hébergement, repas, achat des billets). Pour les patients indigents, l'association *La Cordée* prendrait en charge les dépenses mais il a été rapporté que les soignants s'organisaient plutôt pour leur proposer des activités n'engendrant aucun frais. Les déplacements se font en minibus mis à disposition par l'hôpital.

Des activités régulières ou occasionnelles se déroulent hors les murs y compris pour les patients en SSC. Par exemple :

- équithérapie pour les patients de Van Gogh, Pinel et Amadeus (deux séances par semaine pour deux groupes fixes de quatre patients et séances d’attelage pour quatre autres patients tous les 15 jours) ;
- piscine municipale (toutes les semaines pour six patients d’Amadeus et de Massigny à tour de rôle) ;
- randonnée pour les patients de Van Gogh et de Massigny ;
- cinéma surtout à l’automne ou en hiver pour les patients d’Amadeus (quatre à chaque fois) ou de Massigny ;
- déjeuners au restaurant pour les patients d’Amadeus et Massigny.

De plus, le pavillon Amadeus organise tous les ans des séjours thérapeutiques à la mer ou à la montagne. Au premier semestre de 2022 cinq séjours en gîtes, de trois à quatre jours, se sont déroulés (quatre pour Verdi et un pour Ravel). En général, il est proposé un séjour par an et par patient.

## 9.2 L’ACCES AUX SOINS SOMATIQUES FAIT L’OBJET D’UNE GRANDE ATTENTION DE LA PART DES MEDECINS GENERALISTES

### 9.2.1 Organisation et moyens

Les soins somatiques sont organisés à la fois par secteur et autour d’un lieu commun : la maison des soins somatiques (MSS) sise dans l’enceinte du CHL qui héberge la fédération des soins médicotechniques (FSMT) dont les professionnels dispensent des soins médicaux, d’odontologie et paramédicaux.

Sept praticiens interviennent (sept ETP budgétés, pourvus à hauteur de 5,7 lors de la visite), chacun affecté à un secteur ou à un service intersectoriel. Actuellement, le fonctionnement des omnipraticiens en secteur reste très cloisonné : en cas d’absence, les remplacements ne sont pas assurés par les médecins des autres secteurs.

*Répartition des postes de médecins généralistes en ETP selon les secteurs*

Secteur 1	Secteur 2 Addictologie	Secteur 3	Secteur 4	Géronto- psychiatrie	Maison des soins	Réhabilitation psychosociale	Amadeus
0,8	1	0,8	1	0,5	0,5	0,8	0,3

Un poste de gériatre est budgété mais non pourvu au moment du contrôle. La pédopsychiatrie ne compte aucun poste de médecin généraliste ou de pédiatre même si des vacances de pédiatre existent sur l’ensemble du pôle universitaire. L’équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) bénéficie du concours d’un médecin généraliste à raison de 0,2 ETP.

Certains omnipraticiens souhaiteraient faire évoluer les missions de la MSS pour y développer des consultations paramédicales, dispenser des formations auprès du personnel soignant et permettre aux médecins, sans modifier leur ancrage dans leur secteur, de se retrouver une fois par mois pour harmoniser leurs pratiques, se remplacer mutuellement en cas d’absence, instaurer un parcours patient, assurer des consultations pour les patients sans médecin traitant atteints de pathologies chroniques et organiser leur suivi après leur sortie par un infirmier en pratique avancée dans les CMP. Toutefois, au moment du contrôle, ces perspectives figurant

dans le PMS et déjà dotées de fonds par l'ARS n'étaient pas validées par la direction en raison de réticences exprimées par le pôle universitaire. Autant que faire se peut, les médecins généralistes du CHL instaurent ou maintiennent des liens avec les médecins traitants des patients et les communautés professionnelles territoriales de santé afin d'assurer la continuité des soins après la sortie de l'hospitalisation (cf. § 9.3).

### 9.2.2 L'accès au médecin généraliste

Dès son arrivée dans une unité, le patient est vu en consultation par le médecin généraliste, le jour même ou le lendemain. De même, les patients placés en isolement ou contentionnés sont examinés dans les 24 heures par le médecin somaticien sauf dans certaines unités où le médecin psychiatre se considère à même de procéder à cet examen. Pendant le séjour, les médecins consultent le cahier de transmissions, regardent les examens complémentaires, échangent avec les soignants et revoient les patients qui le nécessitent. Tous les patients qui le demandent sont reçus. Outre les tests PCR effectués dans les unités, des séances de vaccination anti-Covid sont organisées à la MSS.

Les médecins généralistes n'assurent pas de garde et, en leur absence, les demandes de nature somatique, en particulier les urgences nocturnes et les entrées en hospitalisation complète la nuit et le week-end, sont adressées aux internes en psychiatrie de garde qui, selon les témoignages recueillis, refusent de plus en plus d'intervenir et ne semblent pas toujours mesurer les effets indésirables de leurs prescriptions sur certains paramètres physiologiques tels que l'équilibre hydroélectrolytique ou la fonction cardiaque. Pour les urgences vitales, il est fait appel au 15 et le CHU dépêche une équipe du SMUR le cas échéant. Dans le cadre d'une réflexion en cours sur la MSS, il a été suggéré d'instaurer une permanence téléphonique de médecin généraliste, de 9h à 17h30 en semaine, pour répondre aux questions des internes et soignants.

### 9.2.3 L'accès aux examens complémentaires

À l'entrée, un bilan biologique est systématiquement réalisé par les soignants des unités de même qu'un ECG. Les prélèvements sont adressés pour analyse au laboratoire du CHU. L'imagerie médicale s'effectue au CHU où le CHL bénéficie de quatre créneaux hebdomadaires pour des examens de radiologie standard. Les délais pour l'obtention de scanners sont de quatre à six semaines ; pour l'IRM, ils s'avèrent très aléatoires allant d'une semaine à trois ou quatre mois. L'accès à l'échographie et au doppler est difficile et les médecins doivent souvent insister pour limiter les pertes de chances. Les médecins généralistes veillent aussi à faire bénéficier les patients de tous les dépistages systématiques proposés : cancer colorectal, du sein, du col utérin.

### 9.2.4 L'accès aux consultations spécialisées

La FSMT, qui devrait intégrer de nouveaux locaux plus adaptés en septembre 2022, organise des consultations spécialisées sur le site du CHL :

- ophtalmologie, une fois par mois, avec un interne du CHU ;
- neurologie, une demi-journée par semaine avec un neurologue du CHU et un médecin somaticien ;
- gynécologie, deux consultations mensuelles par des médecins généralistes spécialement formés ;
- odontologie, deux matinées par semaine assurées par des chirurgiens-dentistes libéraux ;



*Cabinet dentaire du CHL*

Les autres consultations se déroulent dans les services du CHU avec lesquels les relations sont bonnes sauf avec celui de neurologie qui redouterait d'accueillir des malades présentant des troubles du comportement ou évoquant une démence. Les services du CHU exigent que des soignants du CHL accompagnent en consultation tous les patients en SSC, quelle que soit leur autonomie ; toutefois, en cas de manque de personnel pour répondre à cette injonction, la contrainte peut parfois être levée ou le rendez-vous différé.

À Amadeus, un AS consacre son temps plein à l'accompagnement des patients aux soins somatiques : il prend leurs rendez-vous, les accompagne physiquement et veille au respect du calendrier des consultations programmées. Les patients particulièrement vulnérables de ce pavillon sont adressés préférentiellement à l'hôpital pour handicapés de Châtelleraut où ils bénéficieront d'une prémédication pour tous les examens ou traitements invasifs en gynécologie, odontologie, imagerie médicale. Ces dispositions sont grandement appréciées des patients qui ne redoutent plus de se faire suivre.

Les consultations de cardiologie prévues toutes les semaines se déroulent en réalité tous les deux mois et il est recouru à la télémédecine pour l'analyse des ECG. Pour la pneumologie, il existe une première consultation d'avis puis un suivi est organisé si nécessaire. Pour la dermatologie, des photographies des lésions sont envoyées au spécialiste à des fins diagnostiques et pour la conduite à tenir.

Lorsqu'un patient en SSC doit être hospitalisé au CHU, le CHL doit constituer une équipe de soignants pour assurer une présence permanente au lit du patient. Au bout de 24 à 36 heures, si l'état clinique évolue favorablement, le médecin psychiatre de l'équipe de liaison lève généralement la mesure d'accompagnement.

### 9.2.5 L'addictologie

Une équipe de liaison en addictologie intervient auprès des patients des unités de psychiatrie mais le service d'addictologie n'accepte en hospitalisation que des patients sans comorbidité psychiatrique sévère et sur un mode programmé.

### 9.2.6 Les soins paramédicaux

Dans la maison des soins somatiques (MMS) interviennent également :

- un podologue, à raison de deux demi-journées par semaine ;

- un kinésithérapeute et son auxiliaire, à temps plein, dispensant des soins individuels et animant un atelier de prévention des chutes et des troubles de l'équilibre ;
- deux anciens manipulateurs radio formés au dépistage des troubles cognitifs ;
- une diététicienne ;
- un tabacologue.



*Salle de kinésithérapie du CHL*

### 9.2.7 L'éducation à la santé

Cette dimension de la médecine semble occultée. Très peu d'actions sont menées auprès des patients hospitalisés, sinon la semaine sans tabac et des campagnes de sensibilisation à l'hygiène bucco-dentaire menées par les pharmaciens.

#### **RECOMMANDATION 36**

Un programme d'éducation à la santé doit être mis en œuvre pour les patients en hospitalisation complète.

### 9.3 LA PREPARATION A LA SORTIE FAIT L'OBJET D'UNE CONCERTATION PLURIDISCIPLINAIRE ENTRE L'INTRA ET L'EXTRA HOSPITALIER

#### 9.3.1 Les sorties et programmes de soins

Selon les données recueillies, les autorisations de sorties inférieures à 12h ou supérieures à 48h sont fréquentes. Les interdictions de sortie concernaient, au moment de la visite, sept patients à Cousin, un à Gauguin, quatre à Erato, un à Euterpe et six à Tournesol. À Amadeus, si deux patients en SL peuvent sortir seuls, les vingt-trois autres doivent être accompagnés et celui en SSC ne peut sortir seul de l'unité et refuse toutes les sorties accompagnées proposées. En ce qui concerne les PDS, un seul patient passait plus de trois nuits par semaine à l'hôpital (à Erato).

Pour les patients en SDRE, le préfet ne s'oppose jamais aux sorties tout comme aux demandes de levée des mesures même s'il sollicite alors souvent un deuxième avis.

#### 9.3.2 La préparation de la sortie

Les projets de sortie se confrontent au manque de places dans les structures médico-sociales et parfois à leur inadaptation. Toutes les unités préparent la sortie des patients au cours de réunions

de synthèse qui, outre l'équipe pluridisciplinaire du service, comptent également des personnels de l'extra hospitalier (CMP, structures médico-sociales) et, le cas échéant, familles ou mandataires judiciaires.

À Pinel, une IDE (en arrêt au moment du contrôle et non remplacée) est spécialement affectée au suivi post-hospitalisation : elle visite des patients placés en EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), gère les injections mensuelles de neuroleptiques, prépare les synthèses, fait le lien avec les médecins traitants et les CMP.

À Cousin, les sorties sont préparées par l'équipe médico-soignante, l'assistante sociale, l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée en lien avec les familles et les établissements sociaux et médico-sociaux.

À Van Gogh, les sorties définitives sont précédées de courtes permissions et de visites à domicile avec le patient afin qu'il y retrouve ses marques. Toutefois, les retours à domicile peuvent être entravés par l'inadaptation ou l'insalubrité des logements.

À Amadeus, la cadre de santé et l'assistante sociale se déplacent régulièrement dans toutes les structures médico-sociales du département (EHPAD et MAS notamment) et examinent les conditions de prise en charge des personnes pour voir si elles sont adaptées à leurs patients. Lorsqu'une place est trouvée, les soignants accompagnent le patient dans son nouveau lieu de vie et se tiennent à la disposition du personnel de l'EHPAD ou de la MAS pour répondre à toutes leurs interrogations. Le lit du patient est conservé à Amadeus pendant trois mois afin de pouvoir le réadmettre si l'adaptation se passe mal. De plus, ce pavillon accueille régulièrement des personnes des établissements médico-sociaux pour des séjours de rupture programmés ; il dispose à cette fin de deux chambres hôtelières. Le profil des patients accueillis à Amadeus est rarement compatible avec une prise en charge en EHPAD ou MAS ; aussi, le projet médical de ce pavillon est de se scinder en deux services : l'un médico-social et l'autre sanitaire.

En ce qui concerne les CMP, les délais d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre atteignent trois semaines à un mois en moyenne.

### 9.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé statue souvent sur dossier, sans rencontrer le patient et recueillir ses observations.

#### RECOMMANDATION 37

Le collège des professionnels de santé doit se réunir de façon effective dans tous les cas prévus par la loi, examiner les patients concernés et recueillir leur avis.

## 10 LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 10.1 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES EST ADAPTEE A LEURS BESOINS MAIS SOUFFRE D'UNE INSUFFISANCE DE LITS D'HOSPITALISATION

#### 10.1.1 L'organisation du service

Les patients âgés de plus de 70 ans sont hébergés dans le pavillon Cousin réhabilité et adapté à leur âge. Les chambres, situées en rez-de-chaussée, bénéficient d'une salle d'eau avec douche et WC ; tous les lits sont médicalisés. La salle à manger, exposée plein sud avec de larges baies vitrées, ouvre sur un « jardin des soins » facilement accessible aux personnes à mobilité réduite grâce à une rampe d'accès.



*Jardin des soins situé devant la salle à manger du pavillon Cousin*

Les patients accueillis souffrent principalement de troubles psychiatriques liés au vieillissement. La très grande majorité des soins sont exercés sous contrainte : deux patients seulement sur quatorze étaient en SL pendant la période de contrôle. Depuis l'épidémie de Covid et le confinement, l'unité connaît une forte demande d'admission : des patients âgés sont régulièrement hébergés dans d'autres unités ou restent en attente à domicile, faute de lits en nombre suffisant.

#### RECOMMANDATION 38

La capacité d'hospitalisation des personnes âgées doit être augmentée et mieux correspondre aux besoins de la population afin d'éviter des hébergements dans des unités non spécialisées ou des refus de prise en charge.

#### 10.1.2 Les modalités de la prise en charge

L'unité ne dispose pas de projet de service.

La présence médicale est adaptée tant en soins psychiatriques que somatiques : chaque patient est vu *a minima* une fois par semaine, dans sa chambre ; des réunions cliniques et des réunions de synthèse sont régulièrement organisées en présence de l'assistante sociale et du mandataire judiciaire en tant que de besoin. L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée est sollicitée pour préparer la sortie du patient. Les soignants travaillent en binôme référent (une IDE et une

AS). Les familles, les personnes de confiance et les mandataires du service de gestion des majeurs protégés du CHL sont associés à la prise en charge.

Les nombreuses activités organisées (cf. § 9.1.2) ont lieu dans le jardin de soins et dans les locaux de l'hôpital de jour situé au-dessus de l'étage d'hébergement.

Les traitements sont distribués à table, dans la salle à manger compte tenu des difficultés de déplacement de nombreux patients. La validation informatique a lieu après la distribution.

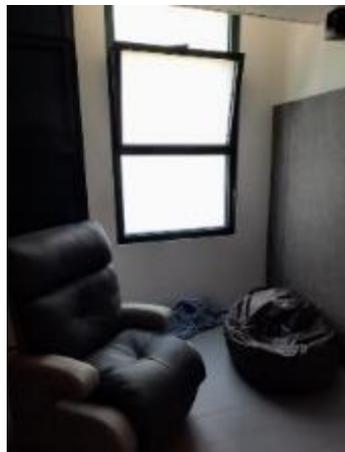
### 10.1.3 Les restrictions de liberté

Les patients ont accès en permanence à leur chambre et circulent librement dans l'unité ; la porte du local infirmier leur est ouverte. Cependant, l'unité étant fermée pour garantir la sécurité de tous, les patients en SL doivent solliciter les soignants pour sortir dans le parc. Tous les patients sont autorisés à recevoir des visites, du courrier et à transmettre des appels téléphoniques.

Les mandataires du service de gestion des majeurs protégés du CHL peuvent remettre aux patients de l'argent ou une carte bancaire et leur ouvrir un compte à la cafétéria leur permettant d'acheter des produits d'hygiène, des boissons et des confiseries.

### 10.1.4 Les pratiques d'isolement et de contention

Afin de limiter le recours à l'isolement, un espace d'apaisement a été récemment créé, avec lumière tamisée, mobilier enrobant et diffusion de musique douce. En outre, une chambre d'isolement, très lumineuse mais qui ne comporte pas de bouton d'appel, est située à côté du local infirmier afin de faciliter la surveillance qui est assurée par une lucarne toutes les 30 minutes et par un contact physique chaque heure.



*Espace et chambre d'apaisement du pavillon Cousin*

La ventilation est assurée sous forme de climatisation. La chambre est associée à une salle d'eau équipée d'une douche et de WC. Le lit comporte un oreiller et un couvre-lit. Un « adaptable » en mousse est utilisé pour les repas. Pendant la période du contrôle, la chambre était occupée quotidiennement en fin d'après-midi et la nuit par un patient qui développait un comportement agressif envers les autres malades et les agents. Cet isolement séquentiel donnait lieu à une décision médicale quotidienne. La chambre d'origine du patient isolé est toujours conservée.

## 10.2 L'UNITE TONY LAINE PROPOSE UN PARCOURS DE SOINS DE QUALITE A DES MINEURS TRES FRAGILISES



*Le préau du pavillon Tony Lainé*

Les mineurs de 11 à 18 ans sont accueillis au sein du pavillon Tony Lainé qui comprend en temps normal seize lits d'hospitalisation complète sur deux unités : l'USIP (unité fermée de cinq lits plus une chambre d'isolement) et l'USO (unité ouverte de onze lits). Toutefois, la capacité de l'USO est réduite à six lits depuis février 2022 à la suite de deux décès consécutifs ayant entraîné une importante crise dans cette structure.

En complément, une activité d'hospitalisation programmée (unité d'hospitalisation programmée, UHP) se déroule, par séjours d'une semaine par mois, au sein de l'USO.

Les patients reçus souffrent de décompensation psychotique, de risque suicidaire, de troubles des conduites alimentaires (TCA) et de troubles de la personnalité dits « *état limite* » (ou « *borderline* »).

Selon les informations communiquées, la file active de l'USO était, en 2020, de 107 ; celle de l'USIP de 77. La durée des hospitalisations est variable. La durée moyenne d'une hospitalisation est de deux à trois semaines. Les séjours les plus courts sont de 72 heures ; les plus longs durent entre trois et six mois et concernent les jeunes qui souffrent de TCA. Les mineurs sont hospitalisés à la demande de leur famille ou de leur tuteur. Ils ne rentrent pas dans le cadre des admissions en SSC. Le pavillon n'accueille pas de mineur qui serait par ailleurs détenu dans un établissement pénitentiaire.

Le jour du contrôle, un adolescent faisait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP), le juge des enfants ayant pris la décision de l'hospitalisation à la place de la famille défaillante. Cinq mineurs, âgés de 13 à 16 ans étaient hospitalisés à l'USIP (dont l'OPP). Six mineurs, âgés de 14 à 17 ans, étaient hospitalisés à l'USO. Aucun mineur n'était pris en charge dans le cadre de l'hospitalisation programmée.

### 10.2.1 La prise en charge quotidienne

Les locaux, modernisés en 2016, sont en parfait état. Ils sont spacieux, bien éclairés et très propres. De nombreux espaces communs et salles d'activités sont à la disposition des patients. Les chambres, toutes individuelles, disposent d'une salle de bains mais sont dépourvues de verrou de confort et de placard sécurisé.

Un patio commun, ouvert sur les deux unités, offre table, bancs, auvent, panier de basket, table de ping-pong, pelouse synthétique. La décoration murale a été effectuée par un artiste avec la participation des patients.



*Le patio*



*La salle de musique*



*Salle d'hydrothérapie*



*Une chambre*

Si l'USIP est une unité fermée, l'USO est ouverte ; les patients peuvent accéder librement au parc et à la cafétéria, sous le regard du secrétariat situé près de l'entrée.

Les repas sont pris chaque jour avec l'équipe soignante. Ce sont des moments importants, notamment dans la prise en charge des patients souffrant de TCA. Le service dispose de la présence d'une diététicienne cinq heures par semaine. La salle à manger est spacieuse, elle est équipée d'un mobilier de qualité. Un atelier cuisine permet de préparer des plats avec les patients. C'est l'une des activités thérapeutiques.

Le port du pyjama, sur décision médicale, est exceptionnel. Les contrôleurs ont pu constater que le jeune mineur sous OPP était en pyjama « *pour limiter ses tentatives de fuite* ».

Tout appareil permettant de réaliser des vidéos est interdit. Dans le but de protéger les adolescents des réseaux sociaux « *qui peuvent être source de violence, de chantage ou d'atteinte à l'image de la personne* », le courrier électronique ne peut être consulté ou envoyé qu'en présence d'un soignant. Le téléphone portable est accessible, sur autorisation médicale, durant 30 mn le soir. Il est remis aux patients lors des sorties à l'extérieur et des permissions.

### 10.2.2 Les soins psychiatriques

Le pavillon Tony Lainé est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, chef de service (à mi-temps) et d'un chef de clinique (à temps plein) assistés de trois internes. L'équipe para-médicale comprend un cadre de santé, dix-sept ETP d'IDE de jour et quatre ETP d'IDE de nuit, deux éducateurs, cinq ETP d'ASH, une assistante de service social (0,4 ETP), un psychologue (0,5 ETP), une psychomotricienne (0,4 ETP), une diététicienne (5 heures par semaine) et 1,4 ETP de secrétariat médico-administratif.

Le jour du contrôle 4 ETP manquaient depuis plusieurs mois, principalement dans les postes d'IDE, mais du fait de la fermeture de cinq lits à l'USO, ces absences ne mettaient pas en péril la prise en charge des patients.

Les réunions de transmission ont lieu chaque jour dans les deux unités, le matin, entre 30 et 90 mn suivant les jours. Une réunion de synthèse, comprenant au moins un représentant de chaque fonction, se tient le lundi et le vendredi. Les réunions cliniques se tiennent mensuellement ainsi que les réunions d'équipe. Une réunion soignants-soignés se déroule chaque semaine pendant 45 minutes dans chaque unité.

#### 10.2.2.1 L'USIP

L'USIP accueille des patients en situation d'urgence, pour la plupart après évaluation du pédopsychiatre d'astreinte aux urgences ou à la suite d'un état de crise survenu à l'USO. Le projet thérapeutique de l'USIP repose sur trois objectifs : « *contenir, apaiser, évaluer* ».

Lors de l'admission les soignants recueillent le maximum d'information auprès du patient et de sa famille. La famille est reçue en entretien médical, sans le jeune. Le patient est évalué par son médecin senior référent et en présence de son interne référent. L'évaluation se veut globale : elle concerne l'état du patient, ses possibilités d'autonomie, son fonctionnement social en groupe. Les sorties à l'extérieur, encadrées par des soignants, contribuent à cette évaluation.

Durant son hospitalisation, le patient est reçu chaque semaine par son médecin référent et deux fois par semaines par son interne référent. Le patient est coupé de son environnement durant la première semaine. Puis les visites sont médiatisées et des permissions de sortie programmées.

#### 10.2.2.2 L'USO

L'USO reçoit des patients qui ne sont plus en état de crise, venant de l'USIP mais également des patients suivis par d'autres dispositifs de soins. Le projet d'hospitalisation est travaillé lors de consultations préalables à l'admission. Un consensus entre le patient, sa famille et les soignants est recherché. Un projet de soins, écrit, est discuté ; il précise les soins proposés, la durée d'hospitalisation, les modalités des relations avec la famille, les conditions de la reprise des activités scolaires. L'objectif de l'USO est, au-delà de l'apaisement du symptôme, de permettre à l'adolescent de prendre soin de lui et de travailler à sa réinscription dans la société.

Les patients qui souffrent de TCA bénéficient d'un contrat spécifique qui précise notamment les modalités de soins pour la reprise d'une alimentation et la surveillance médicale quant à la reprise de poids.

#### 10.2.2.3 L'UHP

L'UHP propose des hospitalisations séquentielles. Il s'agit de prendre en charge, durant une semaine, du mercredi au mercredi, des patients souffrant de pathologies lourdes. Le projet de

soins s'inscrit, en général, sur plusieurs années. Ils bénéficient d'activités thérapeutiques individuelles. Ils sont suivis par un médecin senior et par deux internes.

### 10.2.3 La recherche du consentement dans les soins

Le praticien hospitalier élabore le diagnostic et le projet de soins pour chaque patient. Dans les sept jours suivant l'entrée du patient, le praticien reçoit la famille avec l'interne et un soignant référent. Suivant l'évolution de la situation, il fixe des rendez-vous familiaux toutes les semaines. Le projet de soins implique la famille et le patient. Les traitements sont expliqués et l'alliance thérapeutique est recherchée. Un contrat de soins est élaboré avec le patient. La personne de confiance, le plus souvent l'un des deux parents, est associée au parcours hospitalier.

Les prescriptions « si besoin » existent. C'est souvent dans le cas où le patient refuse son traitement *per os*. Mais la présence médicale constante permet de dialoguer avec le patient pour le convaincre d'accepter son traitement sans recourir aux injections.

### 10.2.4 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques, inscrites dans le parcours de soins, sont nombreuses, individuelles ou collectives : massages, photo langage, « *packing* » (enveloppement humide), sport, jeux d'opposition, soins socio-esthétiques, culinothérapie, travail sur le goût et les sens, ateliers d'écriture, médiation animale, sorties socio-thérapeutiques, sorties artistiques, séjours de plusieurs jours sur un site éloigné de l'hôpital, etc.

### 10.2.5 Les soins somatiques

Il n'y a pas de médecin somaticien depuis plus d'un an au Pavillon Tony Lainé. Un recrutement prévu en septembre 2022 devrait permettre de combler ce manque. Pour l'heure, c'est le pédopsychiatre qui assure les visites médicales somatiques, en faisant appel si nécessaire à un somaticien qui exerce à la MSS. Tous les patients sont vus à l'arrivée et à chaque fois qu'il est nécessaire. Pour les examens complémentaires (radios, IRM, etc.), les patients sont accompagnés au CHU. En cas d'hospitalisation au CHU, ils sont visités, chaque jour, par un personnel soignant de leur unité.

Les médicaments sont distribués individuellement, dans le local infirmier. La distribution est tracée immédiatement sur le logiciel relié à la pharmacie centrale de l'hôpital. Des traitements de substitution sont proposés pour les jeunes fumeurs, le tabac étant interdit aux mineurs.

### 10.2.6 La gestion de la suroccupation

Au premier regard le pavillon ne souffre pas de suroccupation. Cependant, la fermeture provisoire de cinq lits depuis février 2022 a pour conséquence l'orientation des mineurs les plus âgées (16 ans et plus) dans les pavillons pour adultes. Ainsi, de janvier à mai 2022, soit cinq mois, cinquante patients mineurs ont séjourné dans des unités pour adultes.

L'USO et l'USIP ont un taux d'occupation proche de 100 %. Les équipes soignantes sont contraintes de reporter des hospitalisations programmées dans le cadre de l'UHP. Il faut alors expliquer au patient qui avait adhéré à ce contrat de soins, l'impossibilité de le prendre en charge.

**RECOMMANDATION 39**

Les mineurs ne doivent pas être hospitalisés avec les adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formés à la pédopsychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « Lors de leur visite, les contrôleurs ont pu constater l'hospitalisation de quelques mineurs dans des unités d'adultes. Il s'agit d'adolescents de 16 à 18 ans qui ont dû, de façon tout à fait exceptionnelle, être hospitalisés dans ces services. Ces hospitalisations restent en lien avec la fermeture provisoire de 5 lits d'adolescents. La création d'une unité de crise devrait faire cesser ce type d'hospitalisation. »

**10.2.7 L'isolement et la contention**

Si le personnel est formé aux pratiques de désescalade, le pavillon Tony Lainé ne dispose pas d'espace d'apaisement mais d'une « chambre de soins intensifs » à l'USIP, où sont pratiquées les mesures d'isolement.

Cette chambre, en parfait état, est équipée d'une horloge et la salle de bains, attenante à la chambre, dispose d'une grande baignoire, d'un lavabo et d'un miroir.

Les mesures d'isolement sont tracées : 31 mesures ont été prises en 2019, 20 en 2020, et 27 en 2021 (concernant respectivement 21, 16 et 12 patients). Toutefois, comme indiqué précédemment (cf. § 7.3), il convient d'y ajouter les placements – fréquents et en progression (15 en 2020, 22 en 2021 et déjà 38 sur les cinq premiers mois de 2022) – de mineurs dans des CI d'unités pour adultes. Le jour du contrôle, un mineur de plus de 16 ans était à l'isolement à Gala.

Il n'y a pas de prescription « si besoin » pour l'isolement. Au contraire, le médecin indique souvent la possibilité de stopper l'isolement avant la fin de la mesure si le patient est apaisé.

La surveillance des isolés est constante, une fenêtre donnant sur l'infirmerie permet à l'équipe soignante une réelle attention.

Aucune mesure de contention n'est recensée en 2020 et 2021.



Vues de la chambre de soins intensifs et de sa salle de bain

**RECOMMANDATION 40**

L'isolement d'un adolescent doit être évité par tout moyen. Un espace d'apaisement doit être créé à la place de la chambre d'isolement.

### 10.2.8 Les événements indésirables

Ils sont peu nombreux car l'équipe soignante tente de régler les problèmes de comportement, d'insulte ou d'incivilité en travaillant, sur le champ, avec le jeune, pour calmer et apaiser sans recourir à un signalement de l'incident.

Cependant deux décès<sup>9</sup> ont eu lieu en février 2022. Le choc a été intense pour les patients, les familles et les soignants, d'autant que le pavillon n'avait jamais connu de suicide durant une hospitalisation. Ces événements dramatiques ont cassé la dynamique du service. Trois soignants ont souhaité s'orienter vers d'autres activités. Une vigilance renforcée a été mise en place pour éviter que d'autres patients basculent vers le risque suicidaire. Cinq lits ont été fermés « temporairement », l'équipe estimant ne plus avoir assez de personnel pour assurer la sécurité des patients. Le procès-verbal de la CME du 17 mars 2022 précise, au sujet des patients reçus à Tony Lainé : « 50 à 80 % des patients souffrent de troubles borderline de la personnalité, avec des passages à l'acte auto-agressifs (gestes de mutilations ou suicidaires). Face à ce constat, une alternative doit être proposée, dans la mesure où ce phénomène va durer. » C'est l'objectif du nouveau projet de service en cours d'élaboration avec la volonté de réouvrir les lits et de prévoir une extension du bâtiment pour y développer de nouvelles activités. Son financement n'était toutefois pas acquis au moment de la visite.

### 10.2.9 La sortie

Les sorties sont préparées avec la famille, en lien avec l'hôpital de jour situé à proximité ou avec les CMP. Le jeune peut bénéficier de séjours séquentiels programmés (une semaine d'hospitalisation par mois pendant quatre mois). L'assistante sociale participe activement aux préparatifs de la sortie, notamment, en contactant le service social de secteur, les services de l'éducation nationale et, si nécessaire, avec les services de l'aide sociale à l'enfance (ASE).

## 10.3 LES PATIENTS DETENUS SONT TOUJOURS PLACES EN ISOLEMENT A LEUR ARRIVEE AU CHL ET RESTREINTS DANS L'EXERCICE DE LEURS DROITS AU COURS DE L'HOSPITALISATION

L'établissement est amené à accueillir des personnes détenues en provenance du centre pénitentiaire de Poitiers-Vivonne : dix en 2019, trois en 2020 et treize en 2021. Le plus souvent, les patients sont hospitalisés au CHL en cas de décompensation aiguë le temps de la mise en place d'un traitement avant de réintégrer l'établissement pénitentiaire ou d'être hospitalisés à l'UHSA<sup>10</sup>.

L'établissement n'a pas communiqué aux contrôleurs de convention entre l'administration pénitentiaire et la préfecture relative à la prise en charge des personnes détenues. Seul un protocole interne au CHL, daté du 20 juillet 2015, a été transmis. Il précise les modalités de transfert d'un détenu au CHL en indiquant que c'est le personnel soignant qui va chercher le patient (deux soignants, deux ambulanciers), en respectant le niveau de contention prescrit par le service médico-psychologique régional (SMPR).

<sup>9</sup> Un suicide et un décès par surdose médicamenteuse dont il n'a pu être déterminé si elle était volontaire.

<sup>10</sup> L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de rattachement est celle de Cadillac (Gironde). Elle a accueilli vingt-neuf patients détenus du CP Poitiers-Vivonne en 2019, vingt-trois en 2020 et vingt-neuf en 2021.

Le SMPR communique le plus d'éléments possibles au CHL. Une fiche de liaison entre les deux services est tenue. Si les liens entre les équipes existent, des « *difficultés de dialogue* » ont été évoquées aux contrôleurs.

L'admission s'effectue toujours en unité fermée (Gala ou Euterpe) et les patients détenus sont mis de façon systématique à l'isolement à leur arrivée, voire contenus en cas de danger. Par la suite, et en fonction de leur état clinique, ils ont la possibilité de bénéficier d'un « *isolement ouvert* » (en CI mais porte ouverte) ou d'être placés en chambre normale. Toutefois, pour limiter les risques d'évasion, ils restent pendant toute leur hospitalisation en unité fermée.

Durant leur hospitalisation, les patients détenus ont le même régime qu'un patient en SSC (restrictions en matière de liberté de circulation, d'accès au tabac et à leurs biens, etc.). S'agissant des liens avec l'extérieur, le protocole de 2015 pose, de façon très lapidaire, comme « *principe de base* » que « *sans consigne de la préfecture et/ou de l'administration pénitentiaire, le détenu ou prévenu ne pourra recevoir aucune communication téléphonique ni aucune visite* », au mépris des droits du détenu en détention. Ces consignes n'étant jamais sollicitées, les droits du détenu sont donc suspendus lors de son hospitalisation.

#### RECOMMANDATION 41

Le protocole relatif à la prise en charge des personnes détenues doit être révisé afin de préciser les modalités d'accueil et de prise en charge de ces patients. La mise à l'isolement ne peut être justifiée que par la clinique du patient-détenu et non par son statut pénal. Sauf justification médicale, les droits du patient détenu doivent être maintenus durant son hospitalisation, notamment s'agissant des liens avec l'extérieur (visites, appels téléphoniques).

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHL indique : « *Les principes de la recommandation 42 sont respectés. Le CH Laborit doit accueillir des détenus en attente d'admission dans l'UHSA de Bordeaux. La mise en isolement de ces patients est liée à leur pathologie. Dans la plupart des cas, ce sont des patients en crise et qui ne peuvent rester au Centre Pénitentiaire de Vivonne. Ce sont les raisons pour lesquelles, ils sont souvent placés à leur arrivée en isolement. Ce mode de prise en charge est lié à la pathologie présentée par le détenu et non pas à son statut de détenu.* »

Il ressort des constats opérés par les contrôleurs que les patients détenus restent en CI durant tout le temps de leur hospitalisation, parfois portes ouvertes au bout de quelques jours. Par ailleurs, leur droit au maintien des liens familiaux (visites et appels téléphoniques) est suspendu. Il ne peut dès lors être considéré que « *les principes de la recommandation sont respectés* ».

#### 10.4 LES LIENS AVEC LE SERVICE DE SOINS PALLIATIFS DU CHU PERMETTENT D'ACCOMPAGNER AU MIEUX LES PATIENTS EN FIN DE VIE

Dès que le diagnostic de fin de vie est posé, contact est pris avec le service de soins palliatifs du CHU. Le nombre de places de ce service limite fortement les possibilités d'admission. Dans la majorité des cas, le patient reste dans son unité (principalement au pavillon Cousin pour les personnes âgées, cf. § 10.1) : le service des soins palliatifs du CHU se déplace pour apporter conseils et formation aux agents. L'équipement de la chambre du patient est complété avec du matériel spécifique, notamment un matelas pour prévenir les escarres. Le patient bénéficie de massages réguliers sur les points d'appui et d'une nourriture adaptée à son état. Il a été précisé

que la désignation d'un référent logistique dans chaque unité facilitait les relations avec les agents du service technique et l'obtention rapide de matériel adapté.

La famille ou, à défaut, la personne de confiance est largement associée à la prise en charge, les visites sont autorisées 24 heures sur 24. Les soins mortuaires sont réalisés dans l'unité avec les habits préparés par la famille. Depuis 2019, le pavillon Cousin a connu deux décès de patients.

## 11 CONCLUSION

En dépit d'une nouvelle organisation, le CHL a peu évolué depuis la dernière visite du CGLPL. Il peut cependant capitaliser sur une situation financière saine et des ressources humaines lui permettant de répondre aux besoins en dépit de difficultés croissantes d'attractivité et de fidélisation notamment en personnel infirmier.

Il en résulte que l'hôpital offre une prise en charge de qualité tant du point de vue psychiatrique que somatique. Si des disparités sont perceptibles entre les pôles (en termes de nombres de lits par habitant qui est presque du simple au double, de postes pourvus et de postes d'internes), la présence médicale est quotidienne dans les unités, du moins en semaine, et accessible aux patients. Un grand nombre d'activités thérapeutiques sont proposées, effectivement accessibles aux patients y compris ceux des unités fermées.

Toutefois, l'activité soutenue et la réduction de l'offre de lits entraînent une suroccupation croissante, avec des conséquences fortement préjudiciables pour les patients : hébergements de plus en plus fréquents en dehors de l'unité de secteur, augmentation du nombre d'enfants hospitalisés chez les adultes, lit surnuméraire dans la chambre, impossibilité de conserver la chambre miroir en cas d'isolement, utilisation des CI comme des chambres ordinaires, occupation de la chambre d'un patient en permission de sortie, sorties précoces, recherches de solutions d'accueil dans d'autres établissements plus éloignés ou encore files d'attente à l'admission.

Les travaux opérés ces dernières années permettent d'offrir des conditions matérielles de prise en charge de très bonne qualité mais encore inégales selon les pavillons. Une hétérogénéité est également observée dans les pratiques des unités quant aux restrictions, relativement peu nombreuses, dans la vie quotidienne.

En revanche, des insuffisances criantes ont été déplorées en matière d'information des patients en général et plus spécifiquement s'agissant de la notification des droits propres aux patients en soins sans consentement : les décisions du directeur ne sont pas prises en temps réel le week-end, leurs motivations sont insuffisantes, elles ne sont pas remises aux patients et les droits prévus à l'article L. 3211-3 du CSP ne sont pas notifiés. En revanche, le nom du tiers demandeur y figure.

Enfin, le recours à l'isolement et à la contention doit être encore davantage réfléchi pour réellement constituer une pratique de dernier recours, en conformité avec le discours porté par l'établissement. Les conditions matérielles de l'isolement ne sont pas satisfaisantes, certaines CI n'étant pas conformes aux normes et trop d'isollements s'effectuant en espace non dédié. L'existence d'une CI dans l'unité de pédopsychiatrie n'est pas admissible. Des décisions « si besoin » sont parfois prises et le renouvellement des mesures peut être effectué par un interne, parfois même à distance sans voir le patient, et sans validation par un senior. L'organisation des lignes de garde et d'astreinte concourt inmanquablement à ce que des mesures d'isolement ou de contention perdurent la nuit ou le week-end au-delà de toute justification médicale.

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires relatives à l'information du JLD et des proches en matière d'isolement ou de contention prolongés devaient être mises en œuvre la semaine suivant le contrôle.

## 12 GLOSSAIRE

AMP :	aide médico-psychologique
ARS :	agence régionale de santé
AS :	aide-soignant
ASE :	aide sociale à l'enfance
ASH :	agent de services hospitaliers
CDSP :	commission départementale des soins psychiatriques
CDU :	commission des usagers
CGLPL :	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CGT :	Confédération générale du travail
CHL :	centre hospitalier Henri Laborit
CHU :	centre hospitalier universitaire
CI :	chambre d'isolement
CME :	commission médicale d'établissement
CMP :	centre médico-psychologique
COMEDIMS :	commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CSAPA :	centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP :	code de la santé publique
DEI :	déclarations d'événements indésirables
DIM :	département d'information médicale
EHPAD :	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI :	événement indésirable
EIG :	événement indésirable grave
EPP :	évaluation des pratiques professionnelles
ESAT :	établissement et service d'aide par le travail
ETP :	équivalent temps plein
FAM :	foyer d'accueil médicalisé
FO :	Force ouvrière
FSMT :	fédération des soins médicotéchniques
HAS :	Haute autorité de santé
HC :	hospitalisation complète
IDE :	infirmier diplômé d'État
IFSI :	institut de formation en soins infirmiers
IPP :	identifiant permanent du patient
JLD :	juge des libertés et de la détention
MAS :	maison d'accueil spécialisée
MSS :	maison des soins somatiques
ONVS :	observatoire national des violences en milieu de santé

OPP :	ordonnance de placement provisoire
PDS :	programme de soins
PMS :	projet médico-soignant
SAS :	structure d'accompagnement vers la sortie
SDRE :	soins à la demande du représentant de l'État
SDT/U:	soins à la demande d'un tiers/en urgence
SL :	soins libres
SMPR :	service médico-psychologique régional
SPI :	soins en cas de péril imminent
SSC :	soins sans consentement
T2A :	tarification à l'activité
TCA :	trouble des conduites alimentaires
TJ :	tribunal judiciaire
UAMP :	unité d'accueil médico-psychologique
UCMP :	unité de consultations médico-psychologiques
UHCD :	unité d'hospitalisation de courte durée
UHSA :	unité hospitalière spécialement aménagée
UHP :	unité d'hospitalisation programmée
USIP :	unité de soins intensifs pédopsychiatrique
USO :	unité de soins et d'orientation

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