

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

03 au 12 octobre 2022 – 2ème visite

Centre Hospitalier Esquirol de
Limoges

(Haute-Vienne)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué, du 3 au 12 octobre 2022, la visite du centre hospitalier (CH) Esquirol à Limoges (Haute-Vienne), précédemment contrôlé en 2008.

Leur mission avait été annoncée la semaine précédente au directeur, aux autorités préfectorale et judiciaires et à l'agence régionale de santé.

L'établissement est membre du GHT du Limousin et assure, avec deux autres établissements, la prise en charge psychiatrique des patients de la Haute-Vienne et de la Creuse.

Implanté sur un domaine d'une trentaine d'hectare, en face du centre hospitalier universitaire de Limoges, il assure l'ensemble de la filière de soins intra et extrahospitalière adulte et enfant et dispose de structures médicosociales.

Le CH Esquirol dispose de 433 lits d'hospitalisation complète et a accueilli en 2021 un total de 2335 patients, dont près de 16 % en soins sans consentement (SSC).

Le contrôle a porté sur les unités de psychiatrie adulte habilitées à recevoir des patients en soins sans consentement ou équipées de chambres d'isolement, sur l'unité pour adolescents et sur le service des urgences du CHU, par lequel transitent de nombreux patients avant leur orientation en service de psychiatrie.

Les contrôleurs ont observé des évolutions qualitatives dans la prise en charge des patients depuis la précédente visite réalisée en 2008¹ concernant, notamment, l'information sur les droits du patient, la place des usagers dans les différentes instances et également un recours moins fréquent aux mesures d'isolement et de contention, réalisé par ailleurs dans de meilleures conditions.

Les constats opérés en 2022 révèlent qu'en dépit de conditions d'attentes indignes aux urgences du CHU – mais heureusement courtes pour les patients relevant de la psychiatrie – l'accueil au sein des unités du CH Esquirol est très bien assuré, dans des locaux adaptés et des conditions hôtelières (alimentation, hygiène) satisfaisantes.

Si l'information des patients en SSC est effective, elle mériterait d'être plus rigoureuse et uniformisée.

Les patients rencontrent peu de restrictions dans la vie quotidienne à l'exception de l'usage du tabac.

En revanche la liberté d'aller et venir est restreinte et se heurte à des règles trop rigides et insuffisamment individualisées. L'établissement effectue une assimilation abusive entre statut juridique et enfermement en plaçant tous les patients en SSC dans des unités fermées. En outre, des patients en soins libres sont privés de la liberté d'aller et venir lorsqu'ils sont hébergés dans une unité fermée.

Les droits des patients sont assurés et effectifs au niveau juridictionnel et accompagnés au niveau institutionnel par une vraie place donnée aux usagers.

¹ <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2009/07/rapport-de-visite-centre-hospitalier-de-limoges.pdf>.

Les soins psychiatriques sont organisés mais les activités thérapeutiques sont trop peu intégrées dans les projets de soins. La sortie est rendue difficile par le manque de places d'accueil dans les différentes structures médico-sociales ainsi que par des oppositions de principe de l'autorité préfectorale.

S'agissant de la politique d'isolement et de contention, l'établissement a mis en place dès 2016 une commission de surveillance des mesures d'isolement et de contention, il est toutefois regrettable que les outils de recueil statistiques mis en place ne permettent pas une analyse fine des pratiques par unité, même si la mise en œuvre de ces décisions se fait dans des conditions matérielles conformes.

La mission s'est déroulée dans d'excellentes conditions et a donné lieu à un compte rendu de fin de visite en présence de plusieurs membres de la direction et de l'encadrement, du corps médical et soignant mais aussi du juge des libertés et de la détention et de représentants des usagers.

A l'issue de la réception du rapport provisoire, adressé le 25 février 2023 à la direction de l'établissement, au préfet, au président et au procureur du tribunal judiciaire de Limoges et à l'agence régionale de santé nouvelle aquitaine, seuls le directeur du CH Esquirol, le procureur de la république et l'ARS ont envoyé des observations en retour, respectivement les 25 février, 22 février et 22 mars, intégrés dans le présent rapport définitif.

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 26

Une télévision est mise à disposition gratuitement dans toutes les chambres.

BONNE PRATIQUE 2 39

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.

BONNE PRATIQUE 3 44

La configuration générale, l'ameublement et la présence d'un téléviseur dans les chambres d'isolement donnent à celles-ci un aspect relativement comparable à une chambre d'hospitalisation classique, de nature à réduire le traumatisme pour la personne isolée.

BONNE PRATIQUE 4 54

La création d'un pôle des usagers, au même niveau que les autres pôles, confère une place institutionnelle aux patients et leurs familles.

BONNE PRATIQUE 5 63

La pharmacie clinique est particulièrement développée et fait partie intégrante de la prise en charge des patients.

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 16

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

RECOMMANDATION 2 19

L'établissement doit réactiver son comité d'éthique dans les meilleurs délais.

RECOMMANDATION 3 21

L'accueil des patients aux urgences du CHU doit respecter leur dignité, jusqu'à leur transfert vers un service d'hospitalisation.

RECOMMANDATION 4 26

Un verrou de confort doit être installé aux portes de toutes les chambres. Les patients doivent pouvoir ouvrir leur fenêtre (en position bloquée, 10 cm), sans faire appel à un soignant.

RECOMMANDATION 5	27
L'unité Henri Ey bas doit être restructurée afin de permettre aux patients d'accéder à un espace extérieur suffisamment vaste.	
RECOMMANDATION 6	29
Les patients doivent être prémunis contre les risques d'atteinte à leurs biens et doivent ainsi pouvoir, lorsque leur état clinique le permet, gérer eux-mêmes la fermeture de leur placard.	
RECOMMANDATION 7	30
Les menus hebdomadaires doivent être affichés dans les unités.	
RECOMMANDATION 8	31
Sauf prescription médicale contraire, le libre choix du patient de prendre ses repas en collectivité ou seul en chambre doit être préservé.	
RECOMMANDATION 9	31
L'interdiction de disposer de denrées non-périssables en chambre doit être individualisée.	
RECOMMANDATION 10	34
Le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté d'aller et venir hors des unités. Seul l'état clinique du patient peut motiver une restriction temporaire.	
RECOMMANDATION 11	34
Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'unité et circuler librement. Une réflexion sur la surveillance des patients, protocolisée autrement que par la fermeture des portes et associant sécurité et liberté d'aller et venir, doit être engagée par l'établissement.	
RECOMMANDATION 12	36
Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac et gérer de façon autonome leur consommation. Toute restriction à cette règle doit être individuelle, justifiée par l'état clinique du patient et réévaluée régulièrement.	
RECOMMANDATION 13	41
Une réflexion institutionnelle sur la sexualité doit être conduite afin d'harmoniser les approches des différentes unités et susciter la discussion avec les patients. Le comité d'éthique – dès qu'il sera relancé – pourra se saisir de cette question.	
RECOMMANDATION 14	42
L'isolement d'un mineur doit être évité par tout moyen, des alternatives doivent être mises en œuvre. La chambre d'isolement de l'unité d'Odysée doit être transformée en espace d'apaisement et utilisée comme tel.	
RECOMMANDATION 15	44
Le dispositif d'appel et l'horloge équipant les chambres d'isolement doivent être accessibles pendant les phases de contention.	
RECOMMANDATION 16	44
Les hublots des portes des chambres sécurisées de l'unité de haute surveillance doivent être occultés.	
RECOMMANDATION 17	45
La surveillance continue par vidéo dans les chambres d'isolement, intrusive et attentatoire à la dignité des patients, est à prohiber, d'autant plus lorsqu'elle couvre les espaces sanitaires.	

- RECOMMANDATION 18** 47
La surveillance infirmière des patients placés à l'isolement et, a fortiori, contenus, doit donner lieu à des prises de contact suffisamment fréquentes pour permettre de répondre aux attentes des patients et éviter les situations dégradantes.
- RECOMMANDATION 19** 48
Le service de sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise à l'isolement.
- RECOMMANDATION 20** 50
Afin de concourir à la réduction du recours à l'isolement et à la contention, l'établissement doit procéder à une analyse régulière des statistiques unité par unité, en distinguant ce qui relève de l'anomalie statistique, du particularisme des profils des patients accueillis et des pratiques professionnelles différentes.
- RECOMMANDATION 21** 51
Les médecins doivent recueillir les observations des patients et les mentionner sur les certificats médicaux motivant une mesure de soins contraints.
- RECOMMANDATION 22** 52
La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou « plan de prévention des crises ».
- RECOMMANDATION 23** 53
La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.
- RECOMMANDATION 24** 55
Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des mentions prescrites par la loi.
- RECOMMANDATION 25** 56
Les décisions d'admission prises au nom du directeur de l'établissement doivent être signées dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés.
- RECOMMANDATION 26** 56
Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.
- RECOMMANDATION 27** 58
Les frais d'avocat doivent être systématiquement pris en charge au titre de l'aide juridictionnelle, quelles que soient les ressources du patient.
- RECOMMANDATION 28** 61
Les activités thérapeutiques doivent être mieux intégrées aux projets de soins et effectivement proposées aux patients.
- RECOMMANDATION 29** 62
L'établissement doit organiser une ouverture quotidienne de la cafétéria y compris en cas d'absence de l'un des agents.
- RECOMMANDATION 30** 64
Les patients subissant une prise en charge en inadéquation avec leurs besoins doivent bénéficier de l'apport d'un éducateur en journée pour limiter au maximum les moments d'enfermement, le temps de trouver une structure adaptée.

RECOMMANDATION 31 65

L'accès aux soins somatiques doit être organisé et permis pour tous les patients, depuis l'examen systématique d'entrée jusqu'au développement d'actions d'éducation à la santé.

RECOMMANDATION 32 66

Les demandes de sorties de courte durée et de levées de mesures ne doivent pas faire l'objet de demandes systématiques de plusieurs avis médicaux par le préfet mais doivent être individualisées afin de ne pas freiner plus que nécessaire le travail de réhabilitation des patients.

RECOMMANDATION 33 66

Conformément à l'article L 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit procéder, pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état de sorte à donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

RECOMMANDATION 34 69

Les patients de l'unité C (patients âgés de plus de 65 ans) doivent pouvoir bénéficier d'un accès permanent à l'air libre en journée, seuls ou accompagnés en fonction de leur clinique.

RECOMMANDATION 35 72

L'accès au téléphone pour les mineurs ne doit pas être interdit par principe et les mesures restrictives de liberté doivent être individualisées.

RECOMMANDATION 36 75

Le placement des patients-détenus en chambre sécurisée durant toute leur hospitalisation n'est pas acceptable dès lors que leur situation médicale ne justifie pas une mise à l'isolement. L'accès à l'air libre et à des activités ne peut être conditionné à la disponibilité des soignants

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE (9 – 11 DECEMBRE 2008)	11
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
3.1 L'établissement occupe une place prépondérante dans la prise en charge psychiatrique de la Haute-Vienne et de la Creuse	13
3.2 Le budget du centre hospitalier est légèrement bénéficiaire	14
3.3 Les effectifs réels sont globalement conformes à l'organigramme théorique ...	15
3.4 L'établissement porte une attention particulière au traitement des événements indésirables mais les déclarants ne sont pas informés directement des suites données	17
3.5 Le comité d'éthique n'est plus réuni depuis 2015	19
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	20
4.1 Les patients sont souvent hospitalisés après admission aux urgences du CHU dans lesquelles l'accueil est indigne	20
4.2 Les mesures de soins sans consentement sont en baisse en 2021 et en 2022 et la suroccupation est très rare.....	23
4.3 L'information sur les règles de vie manque d'uniformité mais les droits spécifiques des patients en soins sans consentement sont généralement bien notifiés	24
5. LES CONDITIONS DE VIE	26
5.1 Les conditions d'hébergement sont adaptées, à l'exception de l'absence de verrou de confort dans les chambres et de cour extérieure à l'unité Ey bas	26
5.2 L'hygiène est correctement assurée.....	28
5.3 Les patients peuvent conserver la majorité de leurs biens mais ne disposent pas dans leur chambre d'un système permettant de les protéger	28
5.4 La qualité des repas est globalement appréciée par les patients et un effort d'individualisation des menus est réalisé.....	30
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	33
6.1 La sécurité de l'établissement est assurée mais la liberté d'aller et venir des patients est restreinte	33
6.2 Les patients rencontrent peu de restrictions dans leur vie quotidienne à l'exception de l'usage du tabac qui est strictement encadré	35
6.3 Les communications avec l'extérieur sont facilitées et la confidentialité de l'hospitalisation est respectée	37
6.4 L'accès au vote est assuré mais l'information insuffisante	40

6.5	L'accès au culte catholique est facile, moins pour les autres religions.....	40
6.6	La vie affective et sexuelle des patients n'est pas prise en compte institutionnellement	41
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	42
7.1	Les chambres d'isolement s'apparentent à des chambres ordinaires mais sont placées sous vidéosurveillance constante.....	42
7.2	Une réflexion est menée pour limiter le recours à l'isolement.....	46
7.3	L'analyse globale faite par l'établissement des données relatives à l'isolement et à la contention ne permet pas de faire ressortir les différences de pratiques entre unités	48
7.4	Le consentement du patient aux soins prodigués n'est pas toujours recherché	51
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	54
8.1	L'établissement est soucieux d'associer les usagers et leurs représentants à la vie de l'établissement et à la prise en charge des patients	54
8.2	La tenue du registre de la loi permet le contrôle de la régularité des procédures d'admission.....	55
8.3	Le contrôle judiciaire sur les décisions d'hospitalisation, d'isolement et de contention est efficient	57
9.	LES SOINS.....	60
9.1	Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités sont insuffisamment intégrées aux projets de soins	60
9.2	Les soins somatiques ne sont pas tous assurés.....	64
9.3	La préparation de la sortie se heurte à des refus systématiques du préfet et au manque de structures médico-sociales.....	65
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	68
10.1	Les personnes âgées sont prises en charge dans une unité totalement fermée	68
10.2	La prise en charge des mineurs est satisfaisante	70
10.3	Les patients détenus sont placés à l'isolement durant toute leur hospitalisation mais conservent leur droit au maintien des liens familiaux.....	73

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

François Goetz, chef de mission ;

Luc Chouchkaieff ;

Matthieu Clouzeau ;

François Koch ;

Agnès Lafay ;

Damien Scalia ;

Claire Simon.

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 seconde visite du centre hospitalier Esquirol à Limoges (Haute-Vienne) du 3 au 12 octobre 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 octobre à 14 h. Ils l'ont quitté le 12 à 12 h. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, à la directrice de cabinet du préfet de Haute-Vienne, à l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine. La présidente du tribunal judiciaire de Limoges ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur et ses proches collaborateurs. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une trentaine de professionnels.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré le juge des libertés et de la détention (JLD) et ont pu assister à une de ses audiences.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et une d'entre elle a souhaité avoir un entretien qui s'est tenu le 11 octobre.

Une réunion de restitution a eu lieu le 12 octobre, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation : personnels de direction, présidente du comité médical d'établissement (CME), médecins, cadres de santé, organisations syndicales, juge des libertés et de la détention, représentants des usagers.

A l'issue de la réception du rapport provisoire, adressé le 25 février 2023 à la direction de l'établissement, au préfet, au président et au procureur du tribunal judiciaire de Limoges et à l'agence régionale de santé nouvelle aquitaine, seuls le directeur du CH Esquirol, le procureur de la république et l'ARS ont envoyé des observations en retour, respectivement les 25 février, 22 février et 22 mars, intégrés dans le présent rapport définitif en caractères italiques sur fond gris.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE (9 – 11 DECEMBRE 2008)

La première visite a donné lieu à un rapport consultable sur le site internet du CGLPL².

La situation actuelle est mentionnée en police italique.

1. Les modalités d'information des malades admis en hospitalisation sous contrainte sont de qualité, homogènes et rapides au niveau de l'établissement. Il en est de même pour l'organisation mise en place pour permettre aux patients d'accéder à leur dossier médical.

L'information sur les règles de vie en unité manque de rigueur et d'uniformité mais est généralement bien assurée pour les droits spécifiques liés aux soins sans consentement.

2. Faire expliquer ses droits de recours à un patient uniquement par un soignant peut interroger, d'autant plus que les formulaires utilisés pour la traçabilité de cette notification sont rédigés, de façon logique, en termes juridiques précis, mais ne font l'objet d'aucune notice d'accompagnement directement compréhensible par un public non averti. Le livret d'accueil de l'établissement reste quant à lui très général et ne mentionne aucune adresse des autorités citées pour les recours éventuels, se contentant de renvoyer les malades à l'assistante sociale de leur unité d'hospitalisation.

Les contrôleurs ont constaté que la situation avait évolué favorablement.

3. La pratique du contrôle du courrier adressé à l'extérieur par les malades, même si elle est sans ouverture des plis, est à proscrire. L'intérêt de la personne, qui guide explicitement cette démarche, est néanmoins de nature à faire naître un doute sur la réelle liberté de correspondance, qui doit être la règle pour les malades hospitalisés, même ceux sous contrainte.

Ce contrôle est désormais supprimé.

4. La mise à disposition du téléphone aux malades au sein de toutes les unités, y compris gratuitement lorsque l'intérêt thérapeutique le requiert, est à saluer comme mesure de facilitation des liens extérieurs ; il serait souhaitable toutefois que les règles d'utilisation soient homogènes entre les unités.

La liberté de disposer d'un téléphone portable et, à défaut, d'utiliser un téléphone fixe est désormais garantie, sauf exception médicale individuelle.

5. Les registres de la loi ne sont pas visés par toutes les autorités habilitées.

C'est encore ce qui a été constaté à l'occasion du présent contrôle.

6. Les activités extérieures aux services d'hospitalisation et requérant un accompagnement paraissent difficilement accessibles aux malades hospitalisés en HO et HDT ; de moins en moins de malades sont ainsi à même d'y participer au fil des années. Cette évolution est anormale dans la mesure où les malades hospitalisés sous contrainte le sont pour des durées parfois longues et doivent être en mesure de prendre part aussi régulièrement à des activités en dehors de leur bâtiment d'hébergement, à chaque fois que leur état de santé le permet.

Ce constat est encore d'actualité.

7. L'utilisation de la procédure de sortie d'essai est pour certains malades d'une durée sans rapport avec une réelle période de transition à la sortie d'une hospitalisation d'office (HO) ou d'une hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT). Même si l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoire, absence qui pourrait donner lieu à une réflexion au niveau

² <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2009/07/rapport-de-visite-centre-hospitalier-de-limoges.pdf>.

national, conduit à utiliser cette procédure à cette fin pour certains malades, il conviendrait que l'établissement mette en place une revue systématique périodique des patients concernés.

La loi a fait évoluer ces procédures et cette thématique fait désormais l'objet d'une réelle attention de la part de l'établissement.

8. Les mesures d'isolement et de contention des malades dans les services paraissent prises conformément aux recommandations de bonnes pratiques en vigueur. Cependant, aucun suivi, quantitatif ou qualitatif, n'est réalisé à l'échelle de l'établissement, ni par service, hormis une évaluation individuelle au sein du pôle de pédopsychiatrie. Un tel suivi serait d'autant plus nécessaire que le choix organisationnel fait d'unités fermées sans chambre d'isolement conduit à un recours quantitativement assez fréquent à la contention. Certaines unités ont mis en place des « cahiers de contention », incomplètement renseignés ; il serait utile de réactiver et de généraliser cette pratique et de s'en servir comme support d'une évaluation des pratiques professionnelles à l'échelle de l'établissement.

S'agissant de la politique d'isolement et de contention de l'établissement, il y a une véritable prise en compte des évolutions législatives et réglementaires dans le recours à ces pratiques. Cependant, les outils de recueil statistiques mis en place ne permettent pas une analyse suffisamment fine des pratiques même si la mise en œuvre de ces décisions se fait dans des conditions matérielles conformes.

9. S'agissant de l'hospitalisation des détenus, le contrôle général a noté que l'hôpital, par ses choix organisationnels - un service fermé avec l'utilisation de chambres d'isolement pour les détenus - accueille les détenus hospitalisés en les maintenant enfermés en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur hospitalisation. Cette pratique de nature sécuritaire, non toujours justifiée sur le plan médical, répond à une demande des autorités préfectorales de placer les détenus hospitalisés « en chambre sécurisée ». Elle remet en cause l'égalité de tous les malades face à la nécessité de soins, les malades en HO par ailleurs détenus ne pouvant de fait participer à aucune activité thérapeutique collective pendant toute la durée de leur hospitalisation, ni à l'intérieur de leur service d'hospitalisation, ni a fortiori à l'extérieur, y compris avec un accompagnement de soignant. Le fait de n'ouvrir la chambre qu'en présence de membres de l'équipe de sécurité interne est de nature à entraver une dispensation efficace et adaptée des soins requis. De surcroît, l'accès aux droits auxquels les détenus peuvent par ailleurs prétendre en détention, tels que les promenades et la possibilité de téléphoner pour les condamnés, leur est également refusé du fait de ces modalités d'hospitalisation.

Ces constats sont toujours d'actualité concernant le placement systématique à l'isolement des personnes détenues. Il est noté cependant que désormais les personnes détenues conservent leur droit au maintien des liens familiaux.

10. Le travail fait par l'établissement sur les relations entre les personnels et les patients permet une gestion maîtrisée des situations de violence impliquant les malades. Aucune plainte n'a été déposée en 2008 en ce domaine.

Une évolution remarquable a été constatée s'agissant de cette thématique avec notamment la création d'un pôle des usagers afin d'institutionnaliser la prise en compte des patients et de leur famille dans le dialogue avec l'établissement et ses professionnels.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ETABLISSEMENT OCCUPE UNE PLACE PREPONDERANTE DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DE LA HAUTE-VIENNE ET DE LA CREUSE

L'offre de soins de psychiatrie comprend, pour les départements de la Haute-Vienne et de la Creuse, deux établissements publics, le centre hospitalier Esquirol (CHE) à Limoges et le centre hospitalier La Valette (CHLV) à Saint-Vaury (Creuse).

Ces deux établissements sont réunis au sein d'une direction commune sous l'égide du groupement hospitalier territorial (GHT) du Limousin. Par ailleurs, plus de 170 psychiatres exercent à titre libéral sur le même territoire. Seuls les deux centres hospitaliers de Limoges et de Guéret sont agréés pour les soins sans consentement.

Le CHE, situé dans la partie sud-ouest de Limoges, à proximité du CHU Dupuytren, est implanté sur un domaine arboré de 31 hectares. Le pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est adjacent au site principal. L'établissement est desservi par le réseau de transport en commun de l'agglomération (quatre lignes de bus 2,10, 12 et 14) et plusieurs arrêts sont à proximité des entrées. Les visiteurs peuvent utiliser les stationnements contigus au centre hospitalier.

Son organisation est structurée autour de sept pôles dans une logique de parcours de l'utilisateur sur l'ensemble du département de la Haute-Vienne et offre toutes les spécialités adulte et enfant en santé mentale avec également des pôles interdépartementaux avec la Creuse :

- pôle inter-établissement de psychiatrie adulte (PIPA) ;
- pôle des blessés de l'encéphale (PBE) ;
- pôle des usagers ;
- fédération universitaire de recherche et d'enseignement (FURIE) ;
- pôle universitaire de psychiatrie adulte, personnes âgées, addictologie (PUP3A) ;
- pôle d'activités transversales (PAT) ;
- et un pôle universitaire de psychiatrie « enfant – adolescent – périnatalité » (PUPEAP).

Les secteurs de psychiatrie disposent de l'ensemble de l'offre de soins ambulatoires (centre médico psychologique - CMP, centre d'aide thérapeutique à temps partiel - CATTP, hôpital de jour - HDJ), de 433 lits d'hospitalisation complète (dont 30 en pédopsychiatrie) pour une population de 373 200 d'habitants auxquels s'ajoutent des patients des territoires voisins dont la proportion représente 13 % de l'ensemble des patients. 2 335 patients ont été hospitalisés à temps plein en 2021 sur une file active totale de 18 088 patients suivis.

Outre l'ensemble de la filière intra et extrahospitalière de psychiatrie, l'établissement dispose de structures médicosociales, comme une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Le contrôle a porté sur **les unités de psychiatrie adulte habilitées à recevoir des patients en soins sans consentement ou équipées de chambres d'isolement** : unité C (gérontopsychiatrie), unités Delay 1 et 2, unité Deniker, unité Odyssée, unité H. Matisse, unité Ey bas, unité Zarifian, **l'unité pour adolescents et le service des urgences psychiatriques**.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM), signé en août 2020 par les départements de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze, ambitionne la coordination des acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et associatifs. Les objectifs sont de rendre lisible l'offre de santé

mentale, faciliter l'orientation des usagers et des professionnels en référençant l'offre de service et en créant une « plateforme » de santé mentale en y associant un numéro unique. La poursuite du déploiement des équipes mobiles d'urgence et de crise sur l'ensemble du territoire reste également un axe fort. Enfin, il est acté d'élaborer un protocole départemental visant à organiser un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques, intégrant le SAMU et les urgences.

Le projet d'établissement 2019-2023, comporte cinq priorités :

- faciliter l'accès aux soins ;
- renforcer la prévention et le repérage précoce ;
- coopérer au service d'un meilleur maillage territorial ;
- coordonner davantage les parcours ;
- respecter toujours davantage les droits des usagers et lutter contre la stigmatisation.

Enfin, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019 - 2023 a été signé entre l'établissement et l'ARS le 07 décembre 2018. Ce contrat fixe cinq objectifs stratégiques :

- renforcer l'action sur les déterminants de santé ;
- organiser un système de santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé ;
- garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge ;
- s'inscrire dans une stratégie collective de santé au sein d'un territoire et au service du patient ;
- apporter une réponse aux attentes spécifiques du territoire et/ou des établissements.

3.2 LE BUDGET DU CENTRE HOSPITALIER EST LEGEREMENT BENEFICIAIRE

Les dépenses globales (sanitaires et médico-sociales) du CHE étaient en 2021 de 103 520 935 euros. 80 % de ce budget sont consacrés à la masse salariale (82 829 409 euros) et 10 % à l'hôtellerie.

Les recettes globales étaient, en 2021, de 104.372 244 euros. Elles sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

L'établissement est ainsi à l'équilibre depuis plusieurs années avec un résultat comptable consolidé légèrement excédentaire de 851 308€ et un taux de marge brute de 8,3 %.

La dette s'élevait en 2021 à seulement 1 370 785€ avec des remboursements de 368 079€ par an. Par ailleurs il n'y a aucun emprunt toxique. Le schéma directeur immobilier est approuvé et contractualisé avec l'ARS et l'établissement est en capacité d'auto financer l'ensemble de ses investissements grâce à la maîtrise de son exploitation.

L'établissement a budgété une enveloppe de 90 000 euros pour l'ensemble des pôles afin de financer les activités, les sorties, l'achat de matériel. Une comptabilité analytique par pôle permet à chaque chef de pôle d'organiser avec ses équipes l'éventuel re-fléchage de crédits entre unités. Des soignants ont indiqué avoir pu ainsi obtenir des formations supplémentaires. Depuis plusieurs années, cette enveloppe n'est jamais intégralement consommée, notamment durant les deux années de mesures sanitaires COVID.

3.3 LES EFFECTIFS REELS SONT GLOBALEMENT CONFORMES A L'ORGANIGRAMME THEORIQUE

3.3.1 Les effectifs

En 2021, 1 510 professionnels travaillent au sein du CHE dont 74 % de femmes et 26 % d'hommes.

a) Effectifs non médicaux

Les effectifs non médicaux s'établissent en 2021 à 1 352 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dont 488 d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE, 501 en 2019), 168 d'aides-soignants (AS, 167 en 2019) et 68 de personnel éducatif et social (70 en 2019), soit une légère diminution en deux ans liée à des départs en retraites et des recrutements moins fluides qu'avant.

Le service dans les unités s'organise avec des soignants travaillant le matin, l'après-midi, parfois en journée ; l'équipe de nuit n'est pas spécifique. L'effectif de fonctionnement « cible » dans chaque unité (composée de 12 à 19 lits) est de trois soignants (IDE et AS) par demi-journée de semaine et le week-end et deux la nuit. Ces effectifs sont toutefois augmentés lorsque la disponibilité des agents le permet, notamment pour faciliter les accompagnements hors unité : sorties en villes, activités thérapeutiques, rendez-vous médicaux somatiques.

L'absentéisme est globalement inférieur à 8 % concernant tous les personnels non médicaux. Les absences de courte durée imprévues sont compensées par des mouvements de personnel effectués au dernier moment, en prenant un agent dans un service disposant d'un effectif au-dessus de celui requis (trois soignants par amplitude) ; ces soignants sont alors placés dans des services dont ils ne maîtrisent pas l'organisation avec des patients qu'ils ne connaissent pas.

L'examen des plannings des trois derniers mois des IDE et AS des unités d'hospitalisation fait apparaître, dans la plupart des unités, des effectifs présents auprès des patients en moyenne de 3,8 par demi-journée.

La pédopsychiatrie dispose de 6 soignants présents auprès des mineurs chaque demi-journée.

Les plannings de nuit montrent toujours deux soignants par nuit.

Les maquettes dites « cibles », censées assurer un fonctionnement normal des services, sont respectées. Cependant, cela ne doit pas oblitérer les difficultés de fonctionnement. En effet, l'impossibilité rapportée par les soignants de remplir l'ensemble de leurs missions comme développé dans le présent rapport (animation d'activités, accompagnements à la sortie et surveillance entre autres) conduit à penser que les services intra hospitaliers de psychiatrie adulte fonctionnent majoritairement en mode minimal voire parfois dégradé. L'organisation des soins au quotidien dans les services est ainsi faite non pas selon les besoins de soins des patients mais selon les ressources existantes. Le projet médico-soignant de chaque pôle devra définir les modalités de prise en charge des patients quels qu'ils soient, en soins libres comme en soins sans consentement, à tout moment de la filière de soins, extra comme intra hospitalière, et en déduire les besoins de soins pertinents.

RECOMMANDATION 1

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

Le directeur indique en réponse au rapport provisoire : « L'organisation des soins est définie dans chaque projet d'unité médicale et projet de pôle d'activité, et ce à partir des besoins des patients et des orientations stratégiques déclinées dans le projet d'établissement 2019/2023 et le projet territorial en santé mentale.

Pour chaque unité médicale en intra et en extra hospitalier, sont définis des effectifs de fonctionnement (nécessaire et adapté à la prise en charge des patients pour assurer l'accès la permanence la qualité et la sécurité des soins) et des effectifs minimums en cas de grève inférieure ou égale à 48 h. Ces effectifs sont définis et aussi pondérés au regard de l'activité. Les effectifs sont présentés et validés au comité technique d'établissement depuis 2016. Ils sont régulièrement actualisés au moins une fois par an et autant que nécessaire. Un avis est systématiquement requis en CTE à chaque modification des effectifs. L'effectif des unités accueillant des patients en soins sans consentement est de 4 soignants le matin, 4 soignants le soir et 2 soignants la nuit soit 1 soignant pour 5 patients la journée. L'effectif de fonctionnement pour la prise en charge des patients mineurs est plus élevé, soit 3 soignants matin, 3 soirs et 2 la nuit pour 10 patients soit un soignant pour 3/4 patients la journée.

Deux dispositifs de gestion de l'absentéisme sont protocolisés :

- *Procédure gestion de l'absentéisme dans les unités médicales : cette procédure définit d'une manière graduée les règles de gestion des remplacements en cas d'absentéisme des personnels placés sous la responsabilité des cadres de santé de l'ensemble des unités médicales et devant assurer la continuité des soins.*
- *Protocole modalités de participation des personnels soignants en ambulatoire à la continuité du service public hospitalier : ce protocole permet de prépositionner les week-ends et jours fériés des soignants à raison d'un le matin et un le soir en prévention d'un absentéisme.*

Au-delà de la gestion de l'absentéisme, ce dispositif permet aussi de pallier l'absence de soignants lors de la constitution d'un équipage pour aller chercher des patients au domicile ou aux urgences psychiatriques du CHU en soins sans consentement, pour accompagner des patients en soins sans consentement nécessitant des soins au CHU de Limoges, d'assurer la présence d'un soignant auprès des patients en soins sans consentement hospitalisés au CHU de Limoges. En complément de ces 2 procédures, l'établissement a pour objectif de constituer un pôle de remplacement courant 2023.

L'impossibilité ressentie par les soignants de remplir leur mission est en lien avec une augmentation de l'absentéisme en 2022 à 9,20%, une tension des recrutements infirmiers, l'application des nouvelles dispositions instituant une saisine obligatoire du juge avant 72 h d'isolement ou 48 h de contention, l'obligation d'informer au moins un membre de la famille ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, les informations données lors de la remise de la décision des soins sans consentement, la charge de faire signer par le patient la décision du JLD le concernant.

La création d'un poste d'infirmier dans chaque unité accueillant des patients en soins sans consentement est en cours (3 recrutements déjà effectués sur 4). L'unité d'accueil des enfants et des adolescents va également bénéficier d'un infirmier supplémentaire courant 2023. »

b) Effectifs médicaux

L'effectif médical comprend 82 ETPR (en légère évolution positive avec +3 en trois ans) mais 10,15 ETP sont vacants (soit moins de 8 %) ; les postes vacants concernent les services intra hospitaliers.

L'établissement ne fait pas appel à des médecins intérimaires. Ces vacances de postes n'amènent pas d'absence de médecin dans les services, d'autant qu'elles correspondent, pour certaines, au délai de recrutement.

3.3.2 Le tutorat et la formation

L'établissement a mis en place un dispositif de tutorat pour les nouveaux infirmiers ainsi qu'une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste des infirmiers venant d'autres spécialités ou sortant d'école. Par ailleurs, les jeunes diplômés sont invités à effectuer des formations en approfondissement des connaissances choisies parmi le catalogue des formations proposées en formation continue.

Concernant la formation continue, les soignants rencontrés n'ont pas fait état de refus de formation pour des problèmes d'effectifs, de coût ou d'organisation des services. Plusieurs formations sont suivies par de nombreux agents, concernant la gestion des violences, l'entretien infirmier, l'accueil de patients psychotiques aux urgences psychiatriques, les droits des patients, l'isolement et la contention, les directives anticipées psychiatriques.

3.3.3 La supervision et l'évaluation des pratiques

Plusieurs services ont mis en place des séances de supervision collective animées par un intervenant extérieur. Il n'y a pas de supervision individuelle.

Enfin, plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP) ont été réalisées par les médecins du pôle ou un psychologue extérieur à l'établissement, notamment sur l'isolement et la contention et les droits des patients.

3.4 L'ETABLISSEMENT PORTE UNE ATTENTION PARTICULIERE AU TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES MAIS LES DECLARANTS NE SONT PAS INFORMES DIRECTEMENT DES SUITES DONNEES

3.4.1 Le recensement des événements indésirables et leur traitement

Les soignants utilisent le logiciel ENNOV pour remplir une fiche d'événement indésirable (EI), sans qu'un seuil de gravité ne soit posé. Cependant, le protocole sur le signalement des EI exclut notamment de ce circuit les problèmes d'effectifs.

Il n'est pas possible de faire une déclaration anonyme, l'agent devant nécessairement se connecter avec un code d'accès personnel mais la charte du signalement des EI précise que « *la direction n'engagera pas de poursuite disciplinaire à l'encontre d'un agent qui aura spontanément révélé un manquement aux règles de sécurité dans une situation à laquelle il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance sans son intervention* ».

La fiche complétée sur INNOV est transmise au cadre de santé qui dispose d'un délai de quatre jours pour traiter l'événement ainsi qu'au cadre supérieur de santé. Elle est reçue par le service qualité gestion des risques qui examine la mise en place des actions nécessaires et est ensuite envoyée en copie pour information à toutes les directions, à la présidente de la CME et au département accueil, gestion administrative. Selon les renseignements recueillis, le directeur prend connaissance de l'ensemble des EI.

Les EI sont examinés quotidiennement par le service qualité puis font l'objet d'un traitement semestriel avec une restitution des résultats au comité d'hygiène et de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-technique (CSIRMT), au comité de retour d'expérience (CREX), aux responsables de service, aux directeurs et à la commission des usagers (CDU).

C'est à partir de ces données que le CREX, qui se réunit tous les deux mois, détermine ses axes de travail.

Pour les événements qualifiés de tragiques (décès ou invalidité), une revue de morbi-mortalité (RMM) est organisée avec l'unité concernée (une en septembre 2021).

Cependant, le déclarant ne reçoit pas d'accusé de réception et n'est pas informé par le service qualité des suites données à son signalement. Il lui appartient de se rendre sur le portail INNOV pour ce faire.

Selon les soignants rencontrés, le signalement des EI est vraiment ancré dans la culture de l'hôpital.

Les incidents de faible intensité, les violences verbales et les indisciplines sont pris en charge par les soignants de l'unité. Si la situation s'aggrave, il est fait appel aux soignants des autres unités, éventuellement aux services de sécurité et exceptionnellement aux services de police qui ont été appelés récemment dans une unité (Delay 1) pour un patient qui avait versé de l'essence devant l'unité et qui possédait un briquet - qui n'avait pas fonctionné -, les services de police ne sont pas entrés dans l'unité.

Les faits de violence sont décrits comme rares et ne donnent pas lieu à une déclaration à l'observatoire national de la violence en milieu de santé.

En 2021, 954 EI ont été signalés par les services d'hospitalisation dont 375 concernant des faits de violence, 201 des chutes et 58 le circuit du médicament. 651 ont entraîné des conséquences mineures, 259 des conséquences modérées, 37 des conséquences majeures et 7 des conséquences tragiques.

3.4.2 Les requêtes et plaintes

Les patients sont informés dans le livret d'accueil, par voie d'affichage dans les unités et par les soignants de la possibilité d'adresser toute demande ou réclamation au président de la CDU par mail ou par voie postale ou de s'adresser par mail aux représentants des usagers.

L'établissement a mis au point un protocole détaillé pour la gestion du traitement des réclamations ou plaintes adressées à la CDU. Tous les réclamants reçoivent un accusé de réception de leurs demandes dans les huit jours de sa réception et il leur est indiqué la possibilité de saisir le médecin médiateur de l'hôpital ainsi que les représentants des usagers.

Selon le rapport annuel de la CDU, dix-huit réclamations ont été adressées et traitées en 2021 portant essentiellement sur l'organisation des soins, des problèmes relationnels et de communication, les conditions de séjour et la prise en charge médicale.

Les patients qui souhaitent déposer une plainte peuvent, si besoin, être accompagnés au commissariat par un agent de l'unité.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'EST PLUS REUNI DEPUIS 2015

Ce comité n'est plus réuni depuis 2015 alors qu'une telle instance interdisciplinaire et consultative a vocation à accompagner la réflexion sur les situations complexes ou inédites qui confrontent les professionnels au doute quant à la conduite à adopter, au service de l'efficacité thérapeutique et du bien-être des patients.

Même si les thématiques qui habituellement se débattent au sein de cette instance ont pu emprunter d'autres chemins, comme l'évaluation des pratiques professionnelles, le CGLPL ne peut qu'inciter sa réactivation au plus vite.

RECOMMANDATION 2

L'établissement doit réactiver son comité d'éthique dans les meilleurs délais.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « La réunion d'installation du comité d'éthique est fixée au 3 mai 2023. La charte de fonctionnement du comité d'éthique a été présentée et validée en commission médicale d'établissement le 15 décembre 2022. »

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LES PATIENTS SONT SOUVENT HOSPITALISES APRES ADMISSION AUX URGENCES DU CHU DANS LESQUELLES L'ACCUEIL EST INDIGNE

4.1.1 La filière d'admission

À l'échelle du département, les patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC) ou en situation de crise sont pris en charge majoritairement par l'unité des urgences psychiatriques du CHE installé au centre hospitalier universitaire (CHU) de Limoges, accessoirement par les urgences du CH de Saint-Junien (24 000 passages toutes pathologies confondues) et celles du CH de Saint-Yrieix (10 000 passages par an). Il n'y a, par ailleurs, pas d'équipe mobile de crise. Le projet territorial de santé mentale indique l'objectif de « *garantir une réponse aux médecins généralistes en cas de crise ou d'urgence* » ce qui n'est pas encore en place. Il mentionne également l'objectif de « *structurer et sécuriser la prise en charge des situations de crise et/ou d'urgence.* »

Les patients faisant l'objet d'une mesure de SSC sont amenés, après un premier certificat établi par un médecin généraliste ou un médecin de SOS médecin, directement dans une unité fermée du CH Esquirol ou bien aux urgences du CH de Limoges pour être examinés par un urgentiste. Ils sont systématiquement orientés aux urgences si aucun certificat n'a pu être établi en amont. Ce sont alors l'urgentiste et le psychiatre qui établissent les certificats. La recherche de tiers est assurée par l'équipe de psychiatrie.

Les mineurs de moins de 18 ans sont pris en charge aux urgences pédiatriques à l'exception des 16-18 ans nécessitant des soins somatiques plus lourds ; dans ce cas ils sont orientés vers les urgences adultes.

4.1.2 La prise en charge aux urgences adulte du CHU

Le CH Esquirol dispose des trois chaires universitaires de psychiatrie et le CHU ne dispose pas de service de psychiatrie. Une convention actualisée en 2014, passée entre le CH Esquirol et le CHU, prévoit la mise à disposition des moyens de psychiatrie aux urgences et les modalités de cette collaboration. Cette convention devra être actualisée et intégrer les nouvelles recommandations relatives aux pratiques d'isolement et contention aux urgences telles que décrites dans les recommandations de la société française de médecine d'urgence (SFMU) de mars 2021.

Une autre convention cadre de partenariat a été signée le 6 octobre 2022 entre le CH Esquirol et l'association SOS médecins pour une disponibilité 24h/24 et la réalisation des certificats médico légaux aux urgences.

Un projet du service des urgences psychiatriques, bien détaillé, précise les missions des uns et des autres. Ce service est rattaché au pôle inter-établissement de psychiatrie adulte (PIPA). Il se compose d'au moins un médecin psychiatre présent et d'un à deux IDE en journée (6 ETP) de 7h30 à 21h du lundi au vendredi et du 8h30 à 16h30 le samedi et dimanche. Tous les patients sont examinés par le psychiatre, parfois en présence de l'infirmier en fonction de sa disponibilité. Le médecin est présent sur site de 8h30 à 18h30 du lundi au vendredi et le samedi matin jusque 12h30 ; il est relayé le soir et le week-end par un médecin de garde, qui « seniorise » l'interne de garde positionné sur le CH d'Esquirol.

Une autre équipe, rattachée à un autre pôle, assure la psychiatrie de liaison au profit des services médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) du CHU.

Un seul bureau est à la disposition du psychiatre, des deux IDE et du cadre (à mi-temps). Les observations des soignants sont inscrites à la fois sur le logiciel URQUAL des urgences et sur le logiciel Cariatides du CH Esquirol.

Au sein du service des urgences, l'évaluation initiale est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA). Les patients agités sont amenés via un sas fermé dans le service des urgences sans être visibles de la salle d'attente. En revanche, ils entrent directement dans une salle commune où attendent de nombreux malades sur des brancards (cf. photos).

Ils sont alors placés dans un box fermable à toute proximité de l'entrée (deux box utilisés à cet effet) pour être examinés par l'urgentiste et le psychiatre.

Le service des urgences comprend des locaux ne lui permettant pas d'exercer ses missions d'accueil dans le respect de la dignité des patients. Au moment du contrôle, il y avait 80 patients installés sur des brancards ou des fauteuils, pour 16 box individuels. Plus de soixante personnes étaient ainsi installées côte à côte et parfois de tous côtés, sans aucune intimité, sur une surface estimée à 170 m² (zone jaunie sur le plan photo infra). Aux urgences, 17 postes de médecins sont vacants sur 36. 25 lits de soins de suite et réadaptation (SSR) ont été fermés peu avant le contrôle par défaut de personnel. Une personne âgée de 74 ans est ainsi présente sur un brancard depuis 5 jours et 2 heures au moment du contrôle.



Service des urgences CHU Limoges



Couloir des urgences CHU de Limoges

L'accès aux toilettes pour les valides est possible dans un WC donnant sur la grande pièce centrale ; en revanche pour les moins valides, les soignants doivent dégager et amener le brancard dans une pièce contiguë (appelée « utilités ») dont la porte peut être tirée, puis proposer un bassin ou un urinal.

RECOMMANDATION 3

L'accueil des patients aux urgences du CHU doit respecter leur dignité, jusqu'à leur transfert vers un service d'hospitalisation.

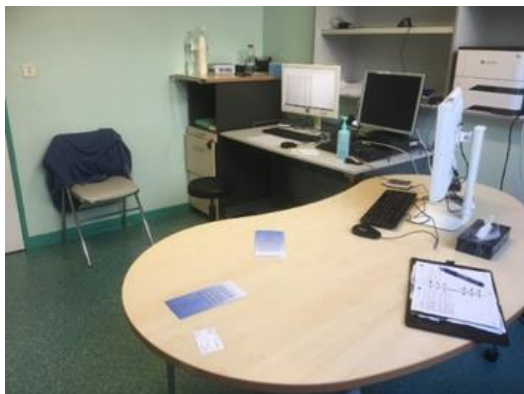
Le directeur, en réponse au rapport provisoire, précise qu'une rencontre entre les PCME et directeurs du CHU et du CHE est programmée le 22 mars 2023, et le sujet des locaux du CHU de Limoges sera abordé dans ce cadre, ainsi que la recommandation du CGLPL.

La délégation départementale ARS de la Haute-Vienne indique « que des travaux portant sur un grand plan de modernisation et de restructuration de Dupuytren 1 sont prévus. Par ailleurs le CHU s'est saisi des observations rendues l'an dernier par les certificateurs et est en cours d'actualisation de son plan d'amélioration de la qualité et de la continuité des soins. »

En 2021, 2 260 patients (pour 2 972 passages) ont été examinés par l'équipe de psychiatrie aux urgences (2 140 en 2020). 938 personnes ont été hospitalisées à la suite de leur passage dont 82 % en soins libres.

L'équipe assure également des consultations de post urgences (rappels téléphoniques de personnes à idées suicidaires) : 123 patients en 2021 et 108 en 2020.

Aucun patient n'est contenu au moment du contrôle mais il est indiqué que des personnes âgées ont parfois un système d'attache à un poignet. Des bracelets anti-fugues existent mais ne sont pas utilisés. Il n'y a pas d'espace d'apaisement.



Bureau pour la psychiatrie aux urgences



Box pour entretien



Plan des urgences

Concernant la filière de psychiatrie, les patients ne restent qu'une à deux heures dans le service avant d'être transférés au CH Esquirol.

4.1.3 Les urgences pédiatriques

Les patients mineurs relevant de psychiatrie sont tous admis aux urgences pédiatriques, à l'exception des rares patients en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE) qui sont directement hospitalisés en service de psychiatrie infantile.

Après examen par l'IOA et le pédiatre, celui-ci peut solliciter pour avis l'infirmier de psychiatrie et le pédopsychiatre. Deux infirmiers du CHE assurent une présence continue entre 8h et 20h aux urgences pédiatriques ; un interne de pédopsychiatrie est également présent de 9h à 18h30. Le senior pédopsychiatre est présent le matin puis assure une astreinte jusque 18h30. La permanence des soins de psychiatrie est ensuite assurée par le psychiatre de garde aux urgences.

4.1.4 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients dans les services de psychiatrie peut être programmée directement via les médecins traitants ou les psychiatres des CMP et hôpitaux de jour ou encore provenir des urgences. Le rapport d'activité 2021 indique que 39 % des patient admis en SSC proviennent du CHU, 25 % du domicile et 25 % du CH esquirol lui-même.

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

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

En revanche, les patients ne bénéficient pas systématiquement d'examen par un somaticien pour toutes les admissions (cf. § 9.2).

4.2 LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT SONT EN BAISSSE EN 2021 ET EN 2022 ET LA SUROCCUPATION EST TRES RARE

4.2.1 L'activité générale

Au sein du CHE, les patients en soins sans consentements sont accueillis dans les sept unités fermées réparties en trois pôles :

- le pôle inter-établissement de psychiatrie adulte : l'unité Delay 1 (qui comprend une unité de haute surveillance notamment pour les patients ayant le statut de détenu, cf. § 10.3), l'unité Delay 2 et l'unité Deniker ;
- le pôle universitaire de psychiatrie de l'adulte, de la personne âgée et d'addictologie : l'unité Ey bas et l'unité C ;
- le pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant, l'adolescent, périnatalité : l'unité l'odyssée.

Au 7 octobre 2022, ces sept unités comptent 96 lits occupés par 78 patients (81 % de taux d'occupation).

Unités le 7 octobre 2022	Nombre de lits installés	Lits occupés par des patients
DELAY 1	16	12
DELAY 2	18	15
Unité Haute Surveillance (patients détenus)	4	2
DENIKER	19	17
EY BAS	12	11
Unité C (patients âgés)	17	17
L'ODYSSEE (patients mineurs)	10	6

4.2.2 Les données chiffrées sur les soins sans consentement

Les données chiffrées sur les procédures de soins sans consentement montrent une baisse en 2021 de près de 12 %, baisse qui semble se poursuivre en 2022 (moins 4 % pour les sept premiers mois de l'année).

Type de procédure	2019	2020	2021	2021 (7 mois)	2022 (7 mois)
SDT normale	241	224	186	114	101
SDT en urgence	83	92	88	42	52
SDT péril imminent	102	115	97	64	74
SDRE normale	36	42	41	26	20
SDRE en urgence	61	50	50	34	21
TOTAUX	523	523	462	280	268

Les procédures en urgence ou pour péril imminent deviennent majoritaires puisque leur poids relatif était de 47 % en 2019, 49,1 % en 2020, 50,9 % en 2021 et 54,9 % en 2022 (sept premiers mois).

Données en nombre de patients :

	SDT	SPDTU	PI	Total SDDE ³	SPDRE maire	SPDRE détenus	SPDRE judiciaire	SDRE ex- SDT	Total SDRE ⁴	TOTAL
2020	210	91	90	391	45	17	4	1	80	471
2021	175	84	83	342	48	16	1	0	83	425

Les statistiques en nombre de patients montrent une baisse de près de 10 % en 2021, avec une stabilité de la durée moyenne de séjour : 97 jours pour 98. La proportion de patients en soins sans consentement en hospitalisation complète au sein du CH Esquirol baisse également : 15,85 % en 2021 au lieu de 16,63 % en 2020.

De très rares patients hébergés dans les cinq unités fermées sont en soins libres, en attente de rejoindre une unité ouverte. Au moment du contrôle, on en comptait un à Deniker, un à Ey bas et un à Delay 1. Le cas de l'unité C (géronto-psy) est singulier, puisque les contrôleurs y ont constaté que 71 % des patients se trouvaient en soins libres, et ce pour des durées de séjour très longues.

4.2.3 La gestion de la suroccupation

Au 7 octobre 2022, le taux d'occupation des sept unités fermées était de 81 %. La suroccupation est très rare. A Ey bas, il y a eu 13 patients pour 12 places pendant une semaine en 2022. Dans les deux unités Delay, la suroccupation est également très exceptionnelle, en moyenne une fois par an. Lorsque cela arrive, une chambre peut être doublée, ou une chambre d'isolement peut être utilisée à titre de dépannage.

4.3 L'INFORMATION SUR LES REGLES DE VIE MANQUE D'UNIFORMITE MAIS LES DROITS SPECIFIQUES DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT GENERALEMENT BIEN NOTIFIES

4.3.1 Information générale

a) Le livret d'accueil

Le livret d'accueil du CH Esquirol est en principe distribué aux nouveaux patients. C'est plus rarement le cas pour ceux qui sont à nouveau hospitalisés dans l'établissement.

b) Règles de vie et règlement intérieur

Les règles de vie ou le règlement intérieur de l'unité sont distribués ou affichés dans chacune des unités, dans des couloirs ou dans les chambres. Les contrôleurs ont pu constater que la très petite typographie utilisée pour le règlement intérieur de l'unité le rend difficilement lisible. De plus, l'affichage apparaît très variable selon les unités. Plutôt bien réalisé au sein des unités Delay 1 & 2, il est imparfait à Deniker, Ey bas ou l'unité C.

Une affiche très complète sur les représentants des usagers est bien mise en valeur à l'unité Delay 1.

³ Soins sur décision du directeur d'établissement.

⁴ Soins sur décision du représentant de l'Etat.

4.3.2 Information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

a) Notification de la décision, des certificats médicaux et des droits spécifiques

La décision d'hospitalisation en soins sans consentement est rédigée, signée et notifiée au patient le jour de son entrée dans l'unité, sauf dimanche et jours fériés. Dans ce cas, la notification n'est faite que le lendemain.

Hormis à l'unité C, une copie de la décision est remise au patient avec le certificat médical et un document décrivant les droits des patients (l'un est intitulé « *Décision du représentant de l'Etat* », l'autre « *Demande d'un tiers* »). Il est proposé au patient de signer un formulaire attestant que ces trois documents lui ont été remis.

b) Les décisions du JLD

Une copie des ordonnances du JLD est transmise au patient. Il lui est proposé de signer un « *récépissé de réception* ». Cette communication est faite par un IDE. Certains soignants jugent qu'ils sont les mieux placés pour tenter d'expliquer la décision aux patients (et gérer leurs réactions parfois vives), d'autres estiment qu'ils manquent de connaissances juridiques pour le faire ou que cela peut altérer leur relation avec eux (le risque d'être perçu comme porte-parole de l'institution judiciaire).

Comme pour les décisions d'hospitalisation, les contrôleurs ont constaté qu'à l'unité C aucune copie n'était donnée au patient. Par ailleurs, la liste des avocats du barreau de Limoges n'est pas affichée à Ey bas et n'est pas visible à l'unité C.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire indique : « ainsi que le rapport le précise en page 59, les patients de l'unité C sont atteints de sévères troubles cognitifs et de lourdes pathologies mentales. Pour cette raison, selon les capacités cognitives et de discernement des patients, les soignants peuvent indiquer sur les documents remis que le patient est dans l'impossibilité de comprendre l'information en raison de son état de santé. Les personnels de l'unité C s'efforceront dans toute la mesure du possible d'identifier avec plus de précision les capacités de discernement et de compréhension de l'information de chaque patient, en tenant compte de la sévérité de ces troubles cognitifs ».

c) L'accès au dossier médical

Un « *formulaire de demande d'accès au dossier médical* » peut être rempli par le patient ou un tiers mandaté, un ayant-droit ou un tuteur. Quatre demandes sont possibles : consultation sur place avec ou sans présence du médecin, copie du dossier ou envoi postal (ces deux dernières options sont payantes).

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SONT ADAPTEES, A L'EXCEPTION DE L'ABSENCE DE VERROU DE CONFORT DANS LES CHAMBRES ET DE COUR EXTERIEURE A L'UNITE EY BAS

5.1.1 Les chambres

Les chambres sont individuelles, à l'exception d'une chambre double à l'unité Ey bas. Elles sont spacieuses : souvent entre 14 et 16 m², rarement moins, et parfois jusqu'à 21 m².

Dotées d'une grande fenêtre, les chambres sont lumineuses, propres et bien équipées : lit, table, chaise, placard, bouton d'appel (un dans la chambre et un dans l'espace sanitaire). Un téléphone fixe peut être installé dans les chambres. De surcroît, une télévision est mise à disposition gracieusement dans chaque chambre, ce qui est exceptionnel dans l'univers psychiatrique.

BONNE PRATIQUE 1

Une télévision est mise à disposition gratuitement dans toutes les chambres.

À la différence de l'espace sanitaire (douche, lavabo, WC), la porte principale de la chambre ne dispose pas de verrou de confort. Des patients se plaignent pourtant d'intrusions malveillantes d'autres patients. La pose de verrou de confort constituera une obligation réglementaire dès juin 2023 (décret 2022-1264 du 28 septembre 2022 modifiant l'article D.6124-257 du code de la santé publique).

Les patients n'ont pas la liberté d'ouvrir leur fenêtre, même en position bloquée sur une largeur d'environ 10 cm. Il leur faut solliciter des soignants afin de la faire ouvrir ou fermer, ce qui est contraignant pour les patients souhaitant aérer leur chambre au moment désiré, comme pour le personnel.



chambres en unités

RECOMMANDATION 4

Un verrou de confort doit être installé aux portes de toutes les chambres. Les patients doivent pouvoir ouvrir leur fenêtre (en position bloquée, 10 cm), sans faire appel à un soignant.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « La mise en conformité des verrous de confort (décret 28/09/22 applicable en juin 2023) a été examinée en commission des opérations immobilières en novembre 2022. Les actions de mise en conformité ont été validées et seront mises en œuvre selon un plan d'équipement progressif à partir de 2024. Il est prévu

d'expérimenter au niveau des unités médicales Delay1/Delay 2 au 2eme semestre 2023 la fermeture des chambres par un verrou de confort.

5.1.2 Les espaces collectifs

Toutes les unités disposent d'une grande salle utilisée pour les repas (lorsqu'ils ne sont pas pris en chambre, ce qui est rare cf. § 5.4), des activités, des jeux, de la lecture ou pour regarder la télévision, de salles de sports avec appareils de musculation, d'une table de ping-pong ou d'un baby-foot. Dans certaines unités, une salle spécifique est dédiée à la télévision.



Salle commune à Ey bas. Salles d'activités à Deniker et à Delay 1

Toutes les unités, sauf une, disposent d'une terrasse extérieure relativement spacieuse. L'une d'elle est équipée d'une table de ping-pong (Delay 1 & 2). L'unité Ey bas n'est en revanche équipée que d'un très petit patio (30 m²) de fait attribué aux fumeurs, l'absence d'un espace extérieur digne de ce nom manque cruellement aux patients.



Cours extérieures de Delay 1 & 2 (à g.) et de Deniker. Le mini-patio de Ey bas (à droite)

RECOMMANDATION 5

L'unité Henri Ey bas doit être restructurée afin de permettre aux patients d'accéder à un espace extérieur suffisamment vaste.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique que des réflexions sont en cours pour l'unité Henri Ey bas : soit relocalisation de l'unité, soit engagement de travaux pour la mise en conformité, y compris d'un espace extérieur suffisamment vaste. Des travaux seront engagés en 2024.

5.2 L'HYGIENE EST CORRECTEMENT ASSUREE

Toutes les chambres des unités disposent d'un espace sanitaire avec verrou de confort comprenant un WC, un lavabo et une douche. Dans certaines unités, les patients peuvent bénéficier d'une salle-de-bain commune avec baignoire et verrou de confort.

Si des patients manquent d'un ou plusieurs produits, les unités peuvent les dépanner en savon, serviette, brosse à dent, dentifrice, charentaises, claquettes. La cafétéria de l'établissement permet également d'acheter quelques produits.



Espaces sanitaires à Delay 1 et Ey bas (à droite)

Les chambres et les espaces communs des unités sont nettoyés régulièrement et les draps et serviettes changés chaque semaine.

Le lavage du linge est à la charge des familles. Sinon, les patients peuvent faire appel à l'établissement ou service d'aide par le travail (ESAT) l'Envol (prise en charge hebdomadaire du linge pour 30 euros par mois). En dernier recours, les unités disposent d'une machine à laver (et parfois d'un sèche-linge).

Le centre hospitalier offre l'accès à un vestiaire social pour dépanner en cas d'urgence ou pour les patients sans ressources.

Il est possible de faire intervenir un coiffeur dans chacune des unités.

5.3 LES PATIENTS PEUVENT CONSERVER LA MAJORITE DE LEURS BIENS MAIS NE DISPOSENT PAS DANS LEUR CHAMBRE D'UN SYSTEME PERMETTANT DE LES PROTEGER

À chaque admission, un inventaire contradictoire des biens du patient est établi et co-signé par ce dernier et par un ou deux soignants. Si à l'arrivée le patient est agité ou refuse d'émarger, l'inventaire est systématiquement signé par deux soignants. Un exemplaire est déposé dans son dossier au sein du bureau infirmier mais aucune copie ne lui est délivrée. Ce document est actualisé tout au long de sa prise en charge dans l'unité et lui est remis à sa sortie après vérification des biens. Un inventaire des espèces et des valeurs (bijoux, cartes bancaires, chèquiers etc.) est également dressé, ces biens sont si possible remis à la famille et, à défaut et au-delà d'un mois, transmis à la régie du trésor public du CHU.

Les patients sont autorisés à conserver la plupart de leurs biens (téléphone, ordinateur, câble, tablette etc.) au sein de leur chambre. Les restrictions sont individualisées sur décision médicale en fonction de l'état clinique du patient et d'un risque suicidaire.

Seuls certains effets personnels considérés comme dangereux (briquets, ceintures, objets tranchants et contondants tels que les ciseaux, les rasoirs etc.) ou contenant de l'alcool (bouteille de parfum), sont retirés et entreposés dans des casiers nominatifs individuels dans un local technique fermé à clé, uniquement accessible accompagné d'un soignant. Bien souvent, les patients déposent également dans ces casiers les certificats médicaux et décisions judiciaires les

concernant. Ce type d'effets personnels peut en outre être conservé sur une étagère dans une salle dite de « rangement » comme à l'unité Henri Ey Bas.

Les objets illicites sont stockés dans un coffre spécifique du bureau des admissions avant d'être transférés au CHU pour destruction.

Les chambres – qui, comme indiqué précédemment, ne sont pas équipées de verrous de confort – disposent toutes de placards. Pour autant, les patients ne sont pas en possession de la clé et ne peuvent ainsi protéger de manière effective leurs biens. Le placard n'est fermé à clé que sur prescription médicale et les soignants sont alors les seuls détenteurs de la clé.

RECOMMANDATION 6

Les patients doivent être prémunis contre les risques d'atteinte à leurs biens et doivent ainsi pouvoir, lorsque leur état clinique le permet, gérer eux-mêmes la fermeture de leur placard.

Le directeur, en réponse au rapport contradictoire, indique que des consignes sont d'ores et déjà transmises aux soignants pour qu'une attention particulière soit portée aux patients qui sont en capacité de gérer la clé de leur placard afin que celle-ci leur soit remise.

Les patients peuvent conserver de petites sommes (quelques dizaines d'euros) pour acheter des cigarettes notamment. Les sommes plus importantes (100 euros) peuvent être conservées au niveau d'un local technique dans les casiers métalliques fermés à clé. Dans certaines unités, (telle Delay 1), les papiers et valeurs peuvent aussi être rangés dans le coffrage du téléviseur, dont l'ouverture est gérée par les soignants, ce qui, selon les témoignages recueillis, rassure les patients qui ont une visibilité sur leurs objets.

Les patients ne peuvent généralement pas se rendre au coffre du trésor public du CHU. Les valeurs et espèces sont ramenées par le vagemestre au bureau des admissions où le déposant vient les chercher. Une caisse d'avance de 1000 euros permet de remettre des petites sommes aux patients pour leurs besoins quotidiens et les sorties.

Il existe un service de protection des majeurs au sein de l'établissement. Les patients peuvent également être suivis par des institutionnels tels que l'UDAF⁵, l'AEPAPE⁶, l'ADSEA⁷ et des mandataires privés dont l'implication est décrite comme variable selon les tuteurs.

Les patients nécessitant la mise en place d'une mesure de protection sont repérés à leur admission par les assistantes sociales, très présentes sur les unités, ou par les soignants à l'écoute de leurs besoins.

Les mandataires communiquent très facilement avec les soignants et les assistantes sociales, par mail le plus souvent. Ils interviennent pour la remise d'argent au patient, la délivrance de carte de retrait, le financement des sorties ou des cigarettes et l'achat des vêtements. Les patients sous mesure de protection se voient en outre ouvrir un compte nominatif à la cafétéria de l'établissement, sur lequel l'argent déposé peut être dépensé dans les limites fixées par le mandataire. Des prestataires (KOSMOD, STOPMAG) se déplacent au sein des unités pour permettre l'achat de vêtements et de cigarettes. Néanmoins, les prix des services qu'ils proposent sont bien souvent prohibitifs.

⁵ Union départementale des associations familiales.

⁶ Association d'entraide des personnes accueillies en protection de l'enfance.

⁷ Association départementale pour la sauvegarde de l'enfant à l'adulte.

Les mandataires sont conviés aux réunions de synthèse « famille » et associés aux projets de sorties. Ils sont également informés des mesures d'isolement et de contention des patients dont ils assurent le suivi. En revanche, s'ils sont convoqués aux audiences du juge des libertés et de la détention, ils y participent rarement, du fait le plus souvent du délai succinct entre la notification de la convocation et la tenue de l'audience.

5.4 LA QUALITE DES REPAS EST GLOBALEMENT APPRECIEE PAR LES PATIENTS ET UN EFFORT D'INDIVIDUALISATION DES MENUS EST REALISE

Les repas sont confectionnés par la cuisine centrale de l'hôpital – qui dispose de locaux récents, construits en 2016 – puis acheminés en liaison froide dans les unités. Cette cuisine prépare en moyenne 1 100 repas par jour. La production est réalisée sur cinq jours du lundi au vendredi, les repas sont ainsi servis à J+3 ou J+5 dans les unités.

Le dernier contrôle de la direction départementale de l'emploi, du travail, des solidarités et de la protection des populations (DDETSPP) s'est déroulé du 26 novembre au 18 décembre 2020. La maîtrise des risques sanitaires a été évaluée comme satisfaisante.

Les menus sont individualisés et élaborés en commun par l'une des deux diététiciennes de l'unité transversale de nutrition, le chef cuisinier et le magasinier. Le cycle des menus proposés s'échelonne sur six semaines, les plats proposés sont ainsi diversifiés. Il est tenu compte des interdits alimentaires, allergies ou aversions des patients. Les soignants des différentes unités renseignent dans le logiciel DATAMEAL les différentes spécificités alimentaires des patients, que ce soit par rapport aux interdits alimentaires ou la consistance des repas (texture lisse, tendre ou normale). 35 % des repas produits répondent à des besoins spécifiques (menus diabétiques, menus hypo ou hypercaloriques etc.). Des menus végétariens sont également proposés.

Deux diététiciennes exercent à temps plein sur l'établissement. Elles se déplacent dans les unités pour des consultations l'après-midi, sur prescription médicale ou sur demande du patient.

Les menus ne sont pas systématiquement affichés dans les unités. À titre d'exemple, au sein de l'unité DELAY 2, une patiente a pris l'initiative d'indiquer le menu sur un tableau blanc magnétique installé dans le couloir de l'unité pour informer les autres patients.

RECOMMANDATION 7

Les menus hebdomadaires doivent être affichés dans les unités.

Le directeur, en réponse au rapport contradictoire, indique qu'un rappel aux soignants sera effectué de manière à ce que les menus soient affichés systématiquement dans les unités. Dans les salles à manger, un tableau blanc magnétique permet d'afficher le menu ou d'écrire le menu. L'écriture du menu peut être réalisée par des patients ou par des aides-soignants.

Depuis le début de la crise sanitaire en mars 2020, les repas sont servis en chambre dans la majorité des unités. Seuls certaines d'entre elles permettent que les repas soient pris dans le réfectoire dans un but thérapeutique, pour certains patients qui nécessitent de l'aide ou pour éviter les « fausses route » ou en petits groupes sur demande préalable, telles que les unités Deniker et Henri Ey Bas. Si certains soignants souhaitent conserver cette pratique, car ils estiment que les repas collectifs étaient des moments de grande tension, certains professionnels et des patients ont émis des regrets que ces moments de vie commune aient cessé.

RECOMMANDATION 8

Sauf prescription médicale contraire, le libre choix du patient de prendre ses repas en collectivité ou seul en chambre doit être préservé.

Le directeur, en réponse au rapport contradictoire, indique : « la possibilité est déjà offerte au patient de prendre le repas soit en espace collectif soit en chambre sauf prescription médicale contraire. La gestion de la crise COVID-19 a entraîné des réorganisations pour respecter les mesures sanitaires et une philosophie différente du soin notamment avec des prises en charge en demi-journée au sein des hôpitaux de jour. Dans un contexte épidémique COVID-19 favorable, l'établissement va assouplir les mesures lors des repas ou de l'activité culinothérapie. Sauf prescription médicale contraire, le libre choix du patient est préservé ».

Les repas, réchauffés dans des chariots chauffants, sont servis dans des barquettes individuelles en plastique thermoscellées sur lesquelles il est indiqué le temps de cuisson. Les patients peuvent en transvaser le contenu dans une assiette, s'ils le souhaitent. Certaines alternatives ont été tentées pour éviter les barquettes plastiques – qui donnent un aspect peu appétissant aux plats – mais il a été indiqué aux contrôleurs qu'aucune solution pérenne n'avait été trouvée.



Repas servi dans l'unité Henri Ey Bas

Les repas sont servis à des horaires fixes : 7h45 – 12h00 – 19h15. À 16h00, une collation composée d'un biscuit, d'un fruit et d'une boisson chaude est fournie par l'établissement. Les patients ne sont plus autorisés à détenir des denrées alimentaires dans leurs chambres tant pour éviter la prise de poids causée par leur traitement que pour prévenir les disparités entre ceux qui ont des gâteaux fournis par les familles et les autres. Dans certaines unités seulement (notamment les unités Delay 1 et Henri Ey Bas), une tisane est servie vers 21 heures 30.

RECOMMANDATION 9

L'interdiction de disposer de denrées non-périssables en chambre doit être individualisée.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « conformément au règlement intérieur de l'établissement, les denrées périssables sont interdites en chambre. Concernant les denrées non périssables en chambre, et selon l'état clinique du patient, soit les denrées sont laissées aux patients, soit une prescription médicale contraire est faite individuellement. En effet, les patients hospitalisés en psychiatrie peuvent présenter de nombreux troubles nutritionnels. Par ailleurs, les médicaments psychotropes peuvent faire prendre du poids et induire un syndrome métabolique réduisant ainsi la qualité de vie et l'espérance de vie des patients, raison pour laquelle une

prescription peut être établie selon l'état clinique du patient pour qu'il ne garde pas de denrées en chambre ».

Une activité de culinothérapie est organisée une matinée par semaine et accueille trois patients au maximum, en vue de les sensibiliser à l'équilibre alimentaire. Le menu est établi une semaine à l'avance par les soignants et les patients. À l'issue de l'activité, le repas préparé est dégusté collectivement par les participants et les soignants.



Salle d'activité de culinothérapie (commune aux unités Delay 1 et 2)

Les patients sont plutôt satisfaits de la qualité gustative des repas, certains ont néanmoins indiqué que les quantités servies étaient insuffisantes.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA SECURITE DE L'ETABLISSEMENT EST ASSUREE MAIS LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS EST RESTREINTE

6.1.1 La sécurité du site

L'établissement dispose d'une entrée principale, accessible aux piétons et aux véhicules, rue du Docteur Marcland où un poste de contrôle surveille l'accès des véhicules uniquement. Quatre autres entrées secondaires (rue Pierre et Marie Curie, rue Marcland, Rue Jean-Baptiste Ruchaud) permettent d'accéder au site.

Tous les portails de l'hôpital ferment entre 22h30 et 5h30.

Le centre hospitalier bénéficie d'un service de sécurité composé d'un responsable et de neuf agents – huit sapeurs-pompiers volontaires, un gendarme réserviste et un ancien pompier de Paris – tous titulaires du diplôme de « service de sécurité incendie et assistance à personnes » (SSIAP). Ce service assure une présence continue sur le site principal. Les agents – un présent a minima la journée et deux la nuit – travaillent en service de douze heures. Si leur mission prioritaire demeure la sécurité incendie, ils assurent également la sécurité de l'établissement, le secours à la personne, la lutte contre la malveillance et les actions de sûreté. Une astreinte est mobilisable pour toute réparation urgente (tel le remplacement de serrure).

Depuis la mise en place d'un protocole invitant les professionnels de santé à faire appel en premier lieu aux soignants des différentes unités pour les renforts, le nombre d'interventions des agents de sécurité a considérablement diminué (de 600 interventions par an à 138 de janvier à mi-septembre 2022). En cas d'incident grave, il peut être fait appel aux services de police, mais cela arrive rarement.

Le service de sécurité est impliqué dans la vie de l'établissement et convié au CREX, au comité technique et groupes de travail.

Le site d'Esquirol est équipé d'un système de vidéosurveillance composé de dix-huit caméras, disposées au niveau des différentes entrées ainsi qu'à des endroits stratégiques (pharmacie, cafétéria, zone de pédopsychiatrie), sans compter celles présentes dans les chambres d'isolement ou sécurisées. Un projet est en cours pour rajouter huit caméras supplémentaires à d'autres emplacements stratégiques. Ces caméras peuvent être visionnées en direct depuis un moniteur dans le bureau du responsable de sécurité.

Si les intrusions sur le site ont été évoquées comme peu fréquentes, certains témoignages (non vérifiés) font état de ventes de stupéfiants par des personnes extérieures et/ou des patients au niveau de la cafétéria.

6.1.2 Les restrictions à la liberté de circulation des patients

Les unités d'hospitalisation qui accueillent les patients en soins sans consentement sont fermées. La liberté d'aller et venir de ces patients est ainsi conditionnée par leur statut d'hospitalisation et non par leur état clinique. Or, l'article L.3211-2-1 le code de la santé publique dispose qu'une personne faisant l'objet de soins sans consentement peut être prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement habilité mais n'impose pas que ce soit spécifiquement dans une unité fermée.

RECOMMANDATION 10

Le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté d'aller et venir hors des unités. Seul l'état clinique du patient peut motiver une restriction temporaire.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « l'état clinique du patient est d'ores et déjà le seul critère en fonction duquel la liberté d'aller et venir du patient est modulée. En effet lorsque l'état clinique du patient est médicalement jugé compatible avec le maintien de sa liberté d'aller et venir, il fait l'objet d'une levée de la mesure de soins sans consentement à tout moment ou à l'occasion du certificat de 24h ou du certificat de 72 h afin de bénéficier d'une hospitalisation libre. Par ailleurs si, à l'issue de la période d'observation et de soins initiale, il est médicalement jugé que le patient doit continuer à bénéficier de soins sans consentement mais que cela est compatible avec le maintien d'une liberté d'aller et venir largement préservée, les soins sans consentement ne prennent alors pas la forme d'une hospitalisation complète, mais celle de soins ambulatoires, de soins à domicile ou de séjour à temps partiel. Et même lorsque l'état clinique du patient justifie des soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, des mesures permettent de maintenir sa liberté d'aller et venir en fonction de son état clinique : sortie dans le parc, sortie de courte durée accompagnée ou non accompagnée. Ce n'est donc que lorsque l'état clinique du patient est incompatible avec le maintien de la liberté d'aller et venir qui fait l'objet de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète sans l'une des mesures d'aménagement exposées ci-dessus. En l'état de la situation actuelle, ce n'est donc pas le statut des patients en soins sans consentement qui justifie l'atteinte à la liberté d'aller et venir, mais bel et bien leur état clinique ».

Ces unités peuvent également accueillir ponctuellement des patients admis en soins libres. Ces derniers, s'ils peuvent sortir quand ils le souhaitent, doivent néanmoins solliciter systématiquement le personnel soignant pour ouvrir les deux portes d'accès au pavillon. Ces patients voient ainsi leur liberté d'aller et venir fortement contrainte.

RECOMMANDATION 11

Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'unité et circuler librement. Une réflexion sur la surveillance des patients, protocolisée autrement que par la fermeture des portes et associant sécurité et liberté d'aller et venir, doit être engagée par l'établissement.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « si des patients en soins libres peuvent très ponctuellement être admis dans des services fermés, il ne s'agit que de mesures temporaires induites par le fait que les capacités maximales d'hospitalisation en services ouverts sont parfois atteintes. Dans ces situations, dans l'intérêt des patients concernés et afin de pouvoir leur proposer une hospitalisation qui leur est nécessaire, il leur est proposé une hospitalisation en service fermé uniquement durant le laps de temps nécessaire à la libération d'un lit en service ouvert. Cela se fait donc toujours avec le consentement du patient et de manière très temporaire. En toute hypothèse ces patients peuvent à tout moment sortir librement du service en sollicitant un soignant, de telle sorte que leur liberté d'aller et venir est maintenue.

À l'intérieur de l'unité, les patients peuvent circuler librement et se rendre dans la cour extérieure, lorsqu'il y en a une.

S'agissant des sorties à l'extérieur de l'unité mais dans l'enceinte du centre hospitalier, les patients bénéficient d'autorisations de sortie d'une heure ou deux, sur décision médicale et de façon progressive. Dans un premier temps, il leur est permis de se rendre dans le parc ou la cafétéria accompagnés par un ou deux soignants, puis par la famille et enfin seuls. Au jour du contrôle, 6 patients sur 14 bénéficiaient d'une autorisation pour sortir seuls à l'unité Delay 1, 3 sur 12 à l'unité Henri Ey Bas et 1 sur 16 à l'unité Delay 2. Pour le reste, il était généralement permis aux patients de sortir accompagnés d'un ou deux soignants ou d'un membre de leur famille.

En fonction de leur état clinique, les patients peuvent habituellement sortir seuls pour se rendre aux activités à l'extérieur de l'unité mais il arrive fréquemment que les différents intervenants viennent les chercher directement dans les unités, c'est le cas par exemple pour le sport et la médiation animale. En revanche, ils ne peuvent se rendre à la trésorerie. Leurs biens et valeurs leur sont apportés par le vaguemestre.

Des sorties en dehors de l'établissement, avec ou sans accompagnement sur avis médical, sont organisées, mais elles sont apparues comme relativement peu fréquentes du fait, selon les professionnels de santé, d'un manque de personnel pour les organiser.

6.2 LES PATIENTS RENCONTRENT PEU DE RESTRICTIONS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE A L'EXCEPTION DE L'USAGE DU TABAC QUI EST STRICTEMENT ENCADRE

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

Aucun horaire de lever n'est imposé mais les soignants effectuent un premier tour dans les chambres vers 8h pour mesurer les constantes et délivrer les traitements. Le petit-déjeuner est servi en chambre entre 8h et 8h30.

Les patients peuvent librement accéder à leur chambre tout au long de la journée, sauf généralement le temps du ménage entre 9h30 et 11h. Néanmoins, une fois le ménage effectué, le patient est libre de la regagner. Les espaces de vie commune et les patios extérieurs, quand il y en a, sont également libres d'accès (de 8h40 à 22h30). Seul le gymnase, commun aux unités Delay 1 et 2, n'est accessible qu'accompagné d'un soignant.

Le soir, les patients sont invités à rejoindre leur chambre vers 22h30, sauf s'ils regardent un programme en cours dans le salon de télévision. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en raison des traitements qu'ils prennent, les patients regagnent en réalité leur chambre bien plus tôt, vers 21 h. Les patients peuvent regarder la télévision sans restriction dans leur chambre. Toutefois, si un patient la regarde de manière excessive durant la nuit, les soignants indiquent en référer au médecin psychiatre, qui, le cas échéant, en limite l'utilisation.

6.2.2 L'accès au tabac

Dans l'ensemble des unités fermées qui accueillent les patients en soins sans consentement, l'accès au tabac est encadré par les soignants qui détiennent les cigarettes dans une boîte conservée dans leur bureau et les distribuent en nombre limité à des horaires fixes. Les raisons invoquées à cette restriction sont multiples. Il a été argué tout d'abord une raison sanitaire, les établissements de santé étant soumis à une interdiction de fumer. Par ailleurs, laisser la gestion du tabac aux patients serait source de conflits entre eux et ferait courir le risque de voir certains d'entre eux se faire soutirer leurs cigarettes par d'autres. Enfin, cet encadrement de l'accès au tabac aurait été mis en place au motif d'une mauvaise gestion de certains patients qui disposent de ressources limitées.

Outre cette restriction, le tabac à rouler a été interdit depuis 2020 pour éviter que les patients ne dissimulent à l'intérieur des produits stupéfiants amenés par eux ou leur famille. Cette restriction n'est cependant pas appliquée aux patients détenus au sein de l'unité hospitalière sécurisée (UHS).

Des pratiques différentes, sur le nombre de cigarettes accordées, ont été observées selon les unités, et cela sans justification. Les unités Delay 1 et Delay 2 permettent aux patients de fumer huit cigarettes par jour au maximum. Elles sont distribuées, une par une, et allumées par un soignant dans la cour commune entre les deux unités et à des heures fixes : 8h40, 10h, 12h40, 14h30, 16h30, 18h, 19h40, et 21h30. Les patients placés à l'isolement, peuvent, en fonction de leur état, bénéficier de sorties cigarettes à des rythmes et horaires variables. Les patients interrogés ont indiqué régulièrement demander des cigarettes supplémentaires le soir.

A l'unité Henri Ey Bas, les patients se voient octroyer quatre fois par jour (matin, midi, goûter et soir) cinq cigarettes, soit au total vingt cigarettes. Un briquet est à leur disposition dans le patio. Au jour du contrôle, quatre patients pris en charge par cette unité, qui ne parvenaient pas à réguler leur consommation ou se faisaient soutirer des cigarettes, se voyaient distribuer au poste infirmier une cigarette par heure – de 7h à 23h – soit dix-sept cigarettes par jour.

Cet encadrement de l'accès au tabac retire toute autonomie aux patients dans la gestion de leur consommation.

Dans l'ensemble des unités et grâce à la sensibilisation de l'établissement sur la prise en charge des addictions, des substituts nicotiques (gomme à mâcher ou patch) sont systématiquement proposés aux patients.

RECOMMANDATION 12

Les patients doivent pouvoir conserver leur tabac et gérer de façon autonome leur consommation. Toute restriction à cette règle doit être individuelle, justifiée par l'état clinique du patient et réévaluée régulièrement.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique : « au regard de l'état clinique et du règlement intérieur de l'établissement, l'accès au tabac peut être encadré pour des raisons de sécurité pour les patients et de risques d'incendie en chambre. Des dispositions particulières permettent de limiter précisément des espaces fumeurs dans un souci de santé publique, de préservation des non-fumeurs, et afin d'éviter des transgressions du règlement intérieur. La lutte contre le tabagisme étant une priorité de santé publique à laquelle l'établissement prend part, un sevrage peut être proposé aux patients, notamment avec des substituts nicotiques en patch afin de les aider à gérer une réduction du tabac. En outre, le tabac entraîne une diminution de l'efficacité de la plupart des médicaments psychotropes. Au regard du degré d'autonomie, des habitudes de consommation de tabac, le patient est informé des modalités de prise en charge :

- *Autogestion du tabac*
- *régulation par les soignants de la gestion du tabac par défaut pour des patients n'étant pas en capacité de le faire.*

Toute restriction de la règle de gérer le tabac en toute autonomie relève d'une prescription médicale individuelle.

6.2.3 Le port du pyjama

Pour les patients placés à l'isolement, il peut être prescrit mais jamais de manière systématique (hormis pour les patients détenus, cf. § 10.3), notamment en cas d'isolement séquentiel, et leur situation est réévaluée régulièrement par un médecin. Il peut également arriver que le port du pyjama soit préconisé pour des patients très agités ou en cas de risque de suicide, d'auto-agressions ou d'automutilation. Il peut enfin être transitoire pour des personnes n'ayant que très peu d'effets personnels, le temps qu'elles obtiennent du linge propre.

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES ET LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST RESPECTEE

6.3.1 Le téléphone

Les patients sont autorisés à conserver leur téléphone portable et leur chargeur sauf prescription médicale contraire, à l'exception de l'unité Delay 1 où il est généralement retiré à l'admission puis restitué rapidement sur décision médicale. Ceux qui ne détiennent pas de téléphone portable peuvent utiliser le téléphone de service du bureau infirmier, ce qui nuit néanmoins à la confidentialité des échanges. Les patients peuvent en outre disposer d'une ligne fixe dans leur chambre et bénéficier de trois euros de communication gratuite par jour, sauf là encore, décision médicale contraire.

Lors de la visite des contrôleurs, 13 patients sur 14 étaient en possession de leur téléphone portable dans l'unité Delay 1 – le 14^{ème} y avait accès deux fois une heure par semaine en présence des soignants, limitation imposée car il avait diffusé des images d'autres patients – 13 patients sur 16 dans l'unité Delay 2 et seul un patient de l'unité Henri Ey Bas avait l'interdiction de le détenir mais était autorisé à appeler dans le bureau infirmier.

6.3.2 Le courrier

L'accès au courrier et le respect de sa confidentialité ne présentent pas de difficulté. Les colis sont en revanche ouverts en présence d'un soignant.

L'établissement fournit le matériel de correspondance (papier, stylo et enveloppe). Le bureau des admissions se charge de l'affranchissement. Le patient n'avance ainsi aucun frais pour l'envoi de son courrier.

6.3.3 Les visites des familles

Les restrictions de visite imposées aux patients sont rares et justifiées par leur état clinique. Toutefois, les visites en chambre d'isolement ne sont pas autorisées, sauf cas exceptionnel, alors même que certains patients y sont placés pendant de nombreuses semaines. Le nombre de visiteurs et la durée des visites ne sont pas limités. Dans l'hypothèse où un patient reçoit trop de visiteurs simultanément, il a été indiqué que les rencontres étaient étalées sur l'après-midi.

Les visites sont permises du lundi au vendredi de 14h30 à 18h30 et les week-ends et jours fériés de 10h à 18h30 mais les soignants se montrent compréhensifs et font preuve de souplesse sur les horaires.

Les conditions d'accueil des familles sont variables en fonction des unités.

Au sein des unités Delay 1, Delay 2 et Deniker, les visites se font en chambre, en l'absence de salon spécifique. Exceptionnellement, elles peuvent avoir lieu dans la salle d'attente de l'unité, dans la salle de relaxation ou de gym douce lorsqu'il y en a une, ou dans la salle d'activité en présence d'enfants en bas âge. Dans cette hypothèse, il a été indiqué aux contrôleurs, concernant

les visites à l'unité Delay 2, qu'il était conseillé de prévenir en amont les soignants pour éviter que plusieurs visiteurs accompagnés de jeunes enfants soient présents concomitamment dans l'unité.



Salle d'activité (unité Delay 2)

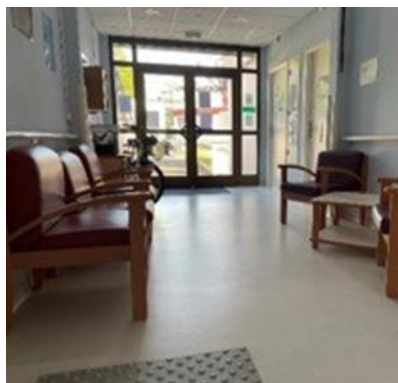


Salle de relaxation (Unité Delay 2)

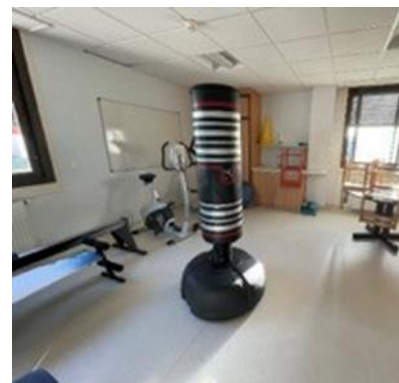
Les visites peuvent en outre se dérouler dans le parc et la cafétéria sur autorisation médicale. Au sein de l'unité Henri Ey Bas, les visites en chambre ne sont acceptées qu'à titre exceptionnel, aux motifs qu'elles présentent un risque en cas de montée de violence d'un patient ou de transmission de substances toxiques. Selon les témoignages recueillis, les patients ne réclameraient pas les visites en chambre. Dès lors qu'il y a plus de deux visiteurs, les rencontres ont lieu dans la salle à manger, dans l'inter-palier ou dans la salle de sport (en présence d'un mineur).



Salle à manger utilisée comme « salon famille » à unité Henri Ey Bas



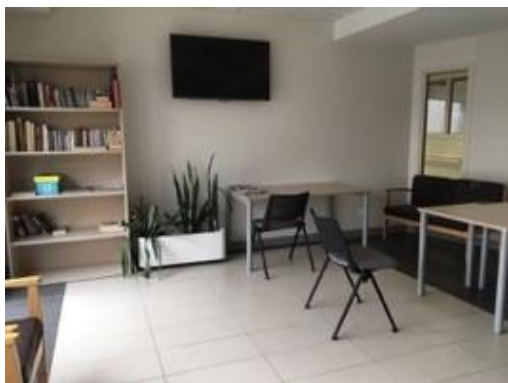
Inter-palier entre les deux portes d'accès à l'unité Henri Ey Bas



Salle de sport utilisée en cas de visite d'un mineur à l'unité Henri Ey Bas

6.3.4 L'accès à internet, à la télévision et à la presse

S'agissant de la télévision, les salons sont en libre accès jusqu'à 22h30 environ mais les soignants font preuve de souplesse si un programme en cours est regardé par des patients.



Vues du salon de télévision (unité Delay 2)

L'accès à internet est possible via le Wi-Fi patient de l'établissement qui fonctionne bien. La mise à disposition d'un identifiant et du code Wi-Fi est faite par le bureau des admissions. Les tablettes et ordinateurs personnels sont en principe autorisés dans les chambres, sauf prescription médicale contraire, mais les patients usent essentiellement de leur téléphone portable pour accéder à internet. Dans l'hypothèse où un patient ne dispose pas d'un ordinateur, il peut utiliser ponctuellement celui du bureau infirmier ou du cadre de santé, selon les unités. Au moment du contrôle, 12 patients sur 14 y avaient droit au sein de l'unité Delay 1.

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.

Le centre hospitalier est abonné au journal local « *Le populaire* » reçu quotidiennement du lundi au vendredi. En dehors de cet abonnement, seuls les journaux, revues et livres apportés régulièrement par les soignants de chaque unité alimentent le stock de l'établissement.

6.3.5 La confidentialité et la protection des données personnelles

Les patients peuvent solliciter d'être hospitalisés de façon anonyme. L'article 29 du règlement intérieur prévoit qu'« aucune indication ne peut être donnée, par téléphone ou d'une autre manière, sur la présence dans l'établissement du patient, sauf accord exprès de celui-ci ».

Les soignants ont connaissance de la possibilité offerte au patient de vouloir conserver la confidentialité de son hospitalisation. Cette faculté est néanmoins peu utilisée en pratique. En pareille hypothèse, le bureau des admissions, les soignants et le secrétariat de l'unité de prise en charge sont prévenus et cette information est retranscrite dans le dossier du patient et tracée tant sur Cariatides® (dossier patient informatisé) que dans le logiciel de gestion des lits. La loge, située au niveau de l'accueil Marcland, est également avertie si la procédure d'admission se fait en dehors des horaires d'ouverture du bureau des entrées (après 17h30). Aucune communication téléphonique n'est transmise au patient concerné.

Concernant la protection des données personnelles, l'établissement a nommé un délégué à la protection des données. Toutefois aucun d'affichage sur la protection des données personnelles ne figure à l'intérieur des unités. Le traitement des données est simplement mentionné dans le livret d'accueil.

6.4 L'ACCES AU VOTE EST ASSURE MAIS L'INFORMATION INSUFFISANTE

Le livret d'accueil rappelle que les patients disposent du droit de vote. Avant chaque élection, la direction envoie un courriel à chaque responsable d'unité rappelant ce droit et leur demandant de recenser les patients susceptibles de vouloir voter par procuration en précisant que les patients sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice conservent leurs droits dans ce domaine. En outre, des sorties sont possibles pour les patients désireux d'aller voter.

Un officier de police judiciaire du commissariat de Limoges se déplace pour valider les procurations. Lors des élections précédant la visite du CGLPL, seules quelques dizaines de patients ont effectivement eu recours à cette procédure. Ainsi pour les élections législatives environ une quinzaine de patients, sur l'ensemble de l'hôpital, s'étaient inscrits pour voter ; lors des dernières présidentielles, une quarantaine.

Cela étant, aucune affiche, présentant le droit de vote et les modalités de son exercice, n'est présente en permanence dans les unités.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, indique que « l'établissement respecte parfaitement la réglementation permettant à toute personne hospitalisée d'exercer son droit de vote si elle le souhaite. La réglementation ne prévoit pas que les établissements de santé ont pour mission d'encourager ou de promouvoir l'exercice du droit de vote. Le libre exercice de ce droit résulte d'une décision purement personnelle et de la conception que chacun se fait de ses devoirs civiques, sans que l'établissement de santé, dont la mission est uniquement de procéder à la prise en charge médicale, n'ait à s'immiscer dans cet aspect individuel de la citoyenneté. Au surplus, les patients souffrant de troubles mentaux peuvent présenter un état de fragilité imposant à l'institution la plus grande vigilance et la plus stricte neutralité dès lors qu'il ne s'agit pas du domaine du soin. »

6.5 L'ACCES AU CULTE CATHOLIQUE EST FACILE, MOINS POUR LES AUTRES RELIGIONS

En raison de l'engagement et de la motivation des différentes aumônières ainsi que du soutien de la direction, les conditions d'accès au culte catholique s'avèrent particulièrement faciles. Deux activités principales sont organisées toutes les semaines : une messe le jeudi et un « café-rencontre » le lundi. Dans la plupart des unités, des affiches indiquent les coordonnées de l'aumônerie. Néanmoins, toutes les unités ne sont pas équipées de cette affiche (unité Henri Ey bas par exemple) ou, dans certaines unités, les patients n'y ont pas accès car les affiches sont apposées avant la porte fermée de l'unité (unité C).

Si seul le culte catholique est représenté, les aumônières mettent en relation les patients qui demandent à rencontrer des représentants des autres cultes (pasteurs, imam, rabbin). Les aumônières sont connues des soignants et leurs passages dans les unités sont réguliers. Elles sont donc en mesure de répondre à une demande qui n'est pas négligeable. Pour exemple, les aumônières ont effectué, en 2021, 606 visites individuelles, soit en unités de soins soit à l'aumônerie directement, et 118 accompagnements spirituels par téléphone. Cela étant, il est rapporté que des patients aient demandé à voir un aumônier alors qu'ils étaient en isolement et que cela leur ait été refusé.

Le directeur, en réponse au rapport provisoire, précise que « cet incident très ponctuel, non constaté mais rapporté au conditionnel, serait à le supposer établi uniquement dû aux contraintes de disponibilité des aumônières, et en aucun cas un refus en raison du placement à l'isolement du patient. »

La chapelle de l'établissement n'est provisoirement plus utilisable pour des raisons de sécurité.

6.6 LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS PRISE EN COMPTE INSTITUTIONNELLEMENT

La question de la sexualité des patients ne fait l'objet d'aucune réflexion collective ou institutionnelle. Elle est traitée au cas par cas et de manière hétérogène selon les unités et les sensibilités des soignants. Aucune interdiction de principe n'est posée, mais aucune formation n'est proposée. En raison de la crainte d'un consentement altéré, les relations sexuelles sont déconseillées. En outre, aucune prévention des risques n'est réalisée auprès des patients. Lorsque la question leur est posée, s'agissant de l'éventualité de relations entre couples lors des visites, le personnel informe que dans leur chambre les patients font ce qu'ils veulent mais il n'y a pas de verrou de confort.

Néanmoins, il a été indiqué que le personnel soignant est particulièrement attentif quand des patients viennent à se rapprocher, sans qu'il y ait obstruction pour autant. Des entretiens de prévention sont réalisés avec eux et elles. Des préservatifs ne sont pas en accès libre mais peuvent être donnés sur demande ; les pharmacies des unités en ont. Une information – très légère – a été proposée dans certaines unités, mais ce n'est pas une politique institutionnelle. Une vigilance accrue existe vis-à-vis des patients qui auraient des tendances exhibitionnistes.

RECOMMANDATION 13

Une réflexion institutionnelle sur la sexualité doit être conduite afin d'harmoniser les approches des différentes unités et susciter la discussion avec les patients. Le comité d'éthique – dès qu'il sera relancé – pourra se saisir de cette question.

Le directeur, dans sa réponse au rapport provisoire, indique : « la question de la vie affective et sexuelle des patients et des résidents a été abordée dans le cadre d'une réflexion collective en comité d'éthique en décembre 2015. Cette réflexion sera remise à l'ordre du jour lors de la réactivation du comité d'éthique. L'unité Matisse, la MAS Saint Exupéry, accueillant des personnes en situation de handicap, ont travaillé sur ce sujet et ce dernier pourrait être présenté en comité d'éthique. Des professionnels formés et repérés au sein de l'établissement pourraient sensibiliser et former leurs collègues. »

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

7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT S'APPARENTENT A DES CHAMBRES ORDINAIRES MAIS SONT PLACES SOUS VIDEOSURVEILLANCE CONSTANTE

7.1.1 Nombre et localisation des chambres d'isolement

Le CHE recense officiellement neuf chambres d'isolement (CI) : deux à l'unité Henri Ey bas, trois à Deniker, deux à Delay 2, une à l'unité C et une à Odyssee.

Il convient pourtant d'y ajouter les quatre « *chambres sécurisées* » de « l'unité de haute surveillance » (UHS) située au sein de Delay 1, qui sont utilisées pour accueillir indifféremment des patients détenus (cf. § 10.3) et des patients placés à l'isolement, issus de Delay 1 ou d'autres unités dont les CI ne seraient pas disponibles.

Le nombre réel de CI que l'établissement doit comptabiliser est donc treize.

On peut également s'interroger sur le statut des quatre chambres fermées de « *l'espace raisonné* » de l'unité Matisse, utilisées pour héberger des patients au profil très déficitaire, dans des conditions qui s'apparentent à de l'isolement. S'y ajoutent, toujours à Matisse, deux espaces dits « *d'hypostimulation* », lesquels, en l'état de leur aménagement et de leur utilisation actuelle (porte fermée, certes sur de courtes durées), sont davantage des lieux d'isolement que de véritables espaces d'apaisement.

S'agissant de la CI existant en pédopsychiatrie (Odyssee), le CGLPL rappelle sa position de principe selon laquelle les mineurs ne peuvent légalement pas faire l'objet de mesure d'isolement. Dès lors, cette CI doit être transformée en espace d'apaisement pour développer les alternatives à l'isolement.

RECOMMANDATION 14

L'isolement d'un mineur doit être évité par tout moyen, des alternatives doivent être mises en œuvre. La chambre d'isolement de l'unité d'Odyssee doit être transformée en espace d'apaisement et utilisée comme tel.

Le directeur, dans sa réponse au rapport contradictoire, indique : « dans le cadre du déploiement des chambres d'isolement, l'établissement a bien prévu d'équiper l'unité Odyssee d'un espace d'apaisement. Dès lors qu'un patient mineur présente une symptomatologie hétéro-agressive, il est nécessaire de protéger les autres patients mineurs de l'unité, qui sont confiés par les parents à un établissement. Lorsqu'un patient mineur violent refuse de rester dans sa chambre, l'établissement n'est en capacité d'assurer la sécurité des autres patients qu'en isolant momentanément ce patient violent en attendant que sa crise s'apaise. Un travail avec le représentant des usagers et des parents volontaires pourrait être initié pour discuter sur une méthodologie d'information et de recueil du consentement des parents au recours ponctuel et expliqué à une mesure d'isolement.

Les professionnels de l'unité Odyssee ont été associés à la politique de diminution du recours aux mesures d'isolement et de contention et à la recherche d'alternative, y compris les directives anticipées en psychiatrie.

Certains professionnels de l'unité Odyssee ont bénéficié de la formation OMEGA qui vise à être en capacité de gérer l'agressivité verbale et ou physique des patients et de déployer des stratégies de désescalade. En mars 2023, 12 professionnels du pôle de psychiatrie de l'enfant et de

l'adolescent ont suivi une formation de 3 jours relative à la prise en charge de la violence en pédopsychiatrie pour parfaire les compétences et la compréhension du phénomène de la montée de la violence chez les enfants et chez les adolescents. Un bilan de cette formation sera réalisé et, si cela est concluant, cette formation sera proposée de nouveau chaque année afin d'assurer aux professionnels du pôle un socle théorique solide pour comprendre les enjeux et prévenir et désamorcer au mieux ce phénomène ».

7.1.2 Configuration des chambres d'isolement

Relativement semblables d'une unité à l'autre, les CI sont très atypiques au regard des recommandations de la haute autorité de santé et de ce qu'il est donné d'observer dans les autres hôpitaux visités par le CGLPL. La configuration de ces CI s'apparente davantage à des chambres d'hospitalisation classiques qu'à des CI et est, dès lors, moins traumatisante pour les patients isolés.

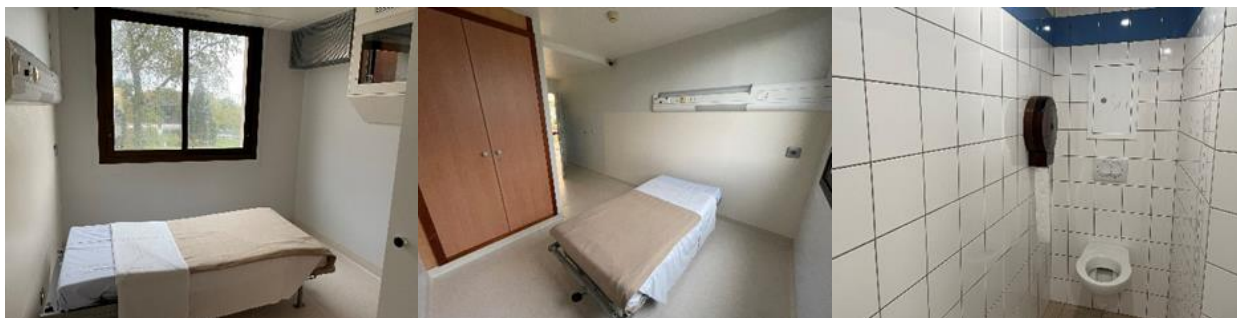
Démunies de sas d'entrée et de double accès, les CI sont meublées et équipées comme n'importe quelle chambre, si ce n'est l'absence de table de chevet et, pour certaines d'entre-elles, la fixation du lit au sol. Elles sont toutes dotées d'un téléviseur dont la gestion de la télécommande peut être laissée au patient en fonction de son état. Une petite horloge, avec date et température, est située derrière la protection du téléviseur ; elle n'est pas lisible lorsque le patient est alité. De même, le bouton d'appel mural, relié au poste infirmier de l'unité, n'est pas accessible lorsque l'on est contenu sur le lit.

La fenêtre, non ouvrante, permet un éclairage naturel et une vue sur l'extérieur. Comme dans les chambres ordinaires, elle peut être occultée par un volet électrique commandé par les soignants. Les trois sources de lumière artificielle (une applique murale, une tête de lit et une lampe au-dessus du plan de travail) sont commandées par le patient. Il a été indiqué que des travaux sont en cours pour installer en outre une veilleuse, commandée de l'extérieur, afin de permettre aux soignants d'exercer une surveillance nocturne sans allumer la pièce.

Les CI sont dotées d'une salle d'eau complète (lavabo, toilettes et douche, avec miroir) attenante avec porte. Si, pour des raisons médicales, l'accès à cette salle d'eau est interdit par le médecin, un bassin est fourni.



Chambres d'isolement de Henri Ey bas (ci-dessus et ci-dessous)



BONNE PRATIQUE 3

La configuration générale, l'ameublement et la présence d'un téléviseur dans les chambres d'isolement donnent à celles-ci un aspect relativement comparable à une chambre d'hospitalisation classique, de nature à réduire le traumatisme pour la personne isolée.

RECOMMANDATION 15

Le dispositif d'appel et l'horloge équipant les chambres d'isolement doivent être accessibles pendant les phases de contention.

Le directeur indique « qu'il a été acté lors de la commission des opérations immobilières du 4 mars 2022 d'équiper toutes les chambres d'isolement d'un dispositif d'appels malade accessible aux patients en contention. L'établissement répond aux appels à projets de manière à valoriser les pratiques pour obtenir des financements et améliorer les conditions d'accueil dans les espaces d'isolement. »

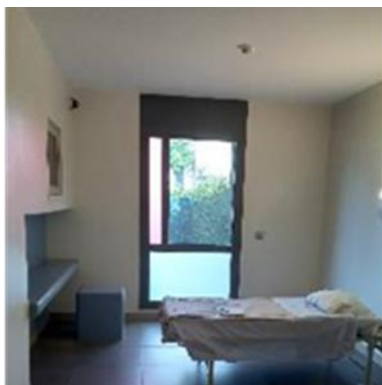
Seules les quatre chambres « sécurisées » de l'unité de haute surveillance (Delay 1) présentent un aspect un peu plus austère, le mobilier (plan de travail et assise) étant en béton scellé. Elles disposent elles aussi d'un téléviseur et d'une salle d'eau. Les portes de ces chambres sont percées d'un fenestron non occultable qui permet aux personnes passant dans le couloir de voir le lit.

RECOMMANDATION 16

Les hublots des portes des chambres sécurisées de l'unité de haute surveillance doivent être occultés.

Le directeur indique : « les hublots de l'unité de haute surveillance ne sont pas occultés, pour des raisons de sécurité des agents de l'établissement. Dans la mesure où ces chambres ne sont pas équipées de double accès, il est nécessaire que les soignants puissent visualiser le patient avant d'entrer dans la chambre afin d'agir avec plus de sécurité en cas de risque de crise. Le hublot est utilisé uniquement au moment de l'entrée dans la chambre par un soignant et pour des raisons de sécurité. »

Le CGLPL précise que cette recommandation vise à protéger l'intimité des patients au regard des autres patients et des éventuels visiteurs. Un système doit être mis en place pour ne permettre l'accès aux hublots qu'aux seuls personnels soignants.



Chambre sécurisée



Chambre sécurisée de l'unité de haute surveillance

Par ailleurs, les deux « espaces d'hypostimulation » de l'unité Matisse sont des chambres capitonnées fermées, sans aucun ameublement, assorties d'un espace sanitaire minimaliste.



Espaces d'hypostimulation de l'unité Matisse

Toutes les CI sont équipées de deux caméras de vidéosurveillance, avec renvoi des images (sans enregistrement) au bureau infirmier. Un panneau situé dans la chambre informe le patient qu'il est placé, sauf indication contraire du médecin, sous vidéosurveillance. Il n'y a pas de caméra dans la salle d'eau ; toutefois, il a été constaté que des caméras étaient situées dans l'espace sanitaire des espaces d'hypostimulation de l'unité Matisse, en violation de l'intimité des patients.

RECOMMANDATION 17

La surveillance continue par vidéo dans les chambres d'isolement, intrusive et attentatoire à la dignité des patients, est à prohiber, d'autant plus lorsqu'elle couvre les espaces sanitaires.

Le directeur indique : « la caméra de l'unité Matisse dans les sanitaires de l'espace d'hypostimulation a été retiré en janvier 2023. Elle n'a jamais été activée dans la mesure où les soignants n'avaient pas connaissance de l'équipement de cette caméra sur l'unité. C'est la visite du CGLPL qui a permis de repérer cette caméra et de la retirer. Quant à la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement, elle est justifiée pour la sécurité des patients, présentant souvent des risques d'auto-agressivité. Elle permet d'intervenir en cas de passage à l'acte et répond à l'obligation de surveillance pesant sur l'établissement vis-à-vis des patients pris en charge. Il y a

cependant lieu de préciser que le visionnage de la vidéosurveillance n'est pas systématique. Tout d'abord, c'est uniquement lorsque l'état clinique des patients nécessite une surveillance particulière qu'un soignant visionne la vidéosurveillance. Ensuite, même dans cette hypothèse, le visionnage n'est pas continu : un soignant visionne à intervalles réguliers les images afin de s'assurer que le patient va bien. »

7.1.3 Les espaces d'apaisement

Dans le cadre du développement des alternatives à l'isolement, l'établissement se dote progressivement, depuis début 2022, d'espaces d'apaisement. Quatre espaces sont déjà aménagés (à Deniker, Delay 1, Delay 2 et Odysée) ; il est prévu d'en installer deux autres. Ces espaces, conçus selon les principes développés par le programme danois « Wawecare® » sont meublés de deux poufs enveloppants à billes (l'un pour le patient, l'autre pour le soignant) et de repose-pieds. Ils sont équipés d'un dispositif de vidéo-projection permettant de diffuser sur le mur un programme vidéo, sonore et lumineux apaisant. Plusieurs programmes d'une durée de 20 à 60 minutes sont disponibles, au choix du patient (« fraîcheur », « optimisme », « réconfort », « été indien »).



Vues d'espaces d'apaisement « Wawecare® »



Un espace « Snoezelen » (espace de stimulation) existe par ailleurs à l'unité C.

7.2 UNE REFLEXION EST MENEÉ POUR LIMITER LE RECOURS A L'ISOLEMENT

L'établissement s'est approprié de longue date la question de l'isolement et de la contention. Cette volonté s'illustre, notamment, par la mise en place, dès 2016, d'une commission de surveillance des mesures d'isolement et de contention (COSMIC). Composée du président de la CME, du directeur des soins, du directeur adjoint en charge des admissions et du responsable du service des admissions, du département d'information médicale, du département qualité, d'un

représentant des usagers et d'un membre du comité d'éthique (pour rappel inexistant), la COSMIC a pour mission d'effectuer une analyse quantitative et qualitative des mesures de contention et d'isolement, d'évaluer les pratiques professionnelles en la matière et de faire toute préconisation de bonnes pratiques. Elle élabore un rapport annuel, transmis à l'ARS et présenté en conseil de surveillance, à la CME, au directoire, à la CDU et aux instances paritaires.

Ce rapport permet d'analyser les pratiques et leur évolution dans le temps. Toutefois, cette analyse porte sur l'établissement dans sa globalité, alors qu'une approche par unité permettrait aux professionnels de mieux étudier leurs propres pratiques tout en identifiant et distinguant plus finement les « anomalies » statistiques générées par les situations particulières (patients « au long cours » ou « inadéquats » par exemple, cf. § 7.3 et recommandation subséquente).

Les alternatives à l'isolement et à la contention tendent à se développer, tant d'un point de vue immobilier avec la création des espaces d'apaisement, que du point de vue des pratiques professionnelles et de la formation des agents.

Par ailleurs, l'établissement s'est organisé, en lien avec le tribunal, pour intégrer et appliquer sans délai les nouvelles dispositions législatives relatives au contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures d'isolement et de contention (cf. § 8.3.2).

Les protocoles et procédures d'isolement et de contention sont conformes, connus et appliqués. Les mesures sont prises et renouvelées par un médecin habilité ou par un interne avec validation par un senior dans des conditions n'appelant pas d'observation.

Les décisions et surveillances sont tracées informatiquement dans le dossier patient. Outre les passages de soignants, à fréquence variable selon les unités et prescriptions, la surveillance s'appuie fortement sur la vidéosurveillance présente dans toutes les CI. Toutefois, du fait de l'absence de bouton d'appel accessible au patient contenu et d'une surveillance humaine parfois insuffisante, plusieurs témoignages de différents patients ayant subi une contention ont fait état de situations très dégradantes, comme l'obligation de s'uriner dessus faute de personnel pour les accompagner aux toilettes.

RECOMMANDATION 18

La surveillance infirmière des patients placés à l'isolement et, a fortiori, contenus, doit donner lieu à des prises de contact suffisamment fréquentes pour permettre de répondre aux attentes des patients et éviter les situations dégradantes.

Le directeur indique : "conformément au protocole de mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention, le dispositif par vidéosurveillance ne se substitue pas à la surveillance des soignants. Une fiche de surveillance pour l'isolement et une fiche de surveillance contention et isolement ont été formalisés. La surveillance porte sur l'état de conscience, l'état psychique, le traitement médicamenteux, les constantes, l'alimentation, l'hydratation, l'élimination intestinale et urinaire, la toilette/hygiène corporelle, la sécurité de l'espace d'isolement, les temps de sortie de l'espace d'isolement. Pour la contention d'autres éléments de surveillance concernent les points d'attaches, l'état cutané, la palpation des mollets.

La journée, la surveillance est organisée et réalisée toutes les 20 minutes. Ces surveillances réalisées sont tracées dans le dossier patient informatisé par les soignants. Il est à noter pour une meilleure surveillance des patients qu'une organisation par roulement est définie durant le repas des professionnels et durant les transmissions. Des transmissions ciblées spécifiques lors de la mise en isolement avec ou sans contention permettent de tracer des informations données aux

patients sur les raisons de la mise à l'isolement/contention et les attentes qui vont permettre la levée de l'isolement/contention. Le vécu du patient est pris en compte lors de la sortie de l'isolement/contention.

Des groupes de paroles réalisés une fois par semaine avec l'animation d'un psychologue sont en cours de développement. Le plan de prévention partagé est systématiquement réalisé en vue de la préparation à la sortie. »

Le patient placé à l'isolement conserve toujours sa chambre d'hospitalisation. L'équipe de sécurité incendie de l'établissement n'est pas systématiquement prévenue lorsqu'un patient est isolé ; elle l'est en revanche pour toute décision de contention.

RECOMMANDATION 19

Le service de sécurité incendie doit être systématiquement avisé de toute mise à l'isolement.

Le directeur indique : « tel est déjà le cas. Le service sécurité incendie a accès au module informatique « état des lits » permettant d'identifier précisément l'occupation des chambres d'isolement au sein de chaque unité. En outre, un plan de repérage incendie, destiné au service départemental d'incendie et de secours, situé à l'entrée dans les unités, permet de visualiser les chambres d'isolement. En cas d'intervention des services de secours extérieurs à l'établissement, ils sont toujours accompagnés et pilotés par les professionnels du service de sécurité interne à l'établissement. »

Les examens somatiques sont effectués par l'interne et le psychiatre, qui ne font appel à un médecin généraliste qu'en cas de doute. Lors du placement, une prise de sang et une analyse d'urine peuvent être pratiquées, afin de rechercher d'éventuelles substances stupéfiantes. La mise à l'isolement et/ou sous contention est parfois associée à un traitement sédatif.

Le patient placé à l'isolement est, en principe, mis en pyjama mais des exceptions sont possibles sur décision médicale. Les repas sont pris en chambre avec une vaisselle et des couverts adaptés (pas de couteau en principe). De brèves sorties accompagnées à l'air libre peuvent être aménagées, avec, le cas échéant, accès au tabac (des substituts sont également proposés). Les visites ne sont, en principe, pas possible ; en revanche, le médecin peut autoriser des contacts téléphoniques. Le patient peut, sauf exception médicale, utiliser librement le téléviseur et disposer de livres.

La pratique de l'isolement séquentiel dépend de chaque médecin. Quand il y est recouru, c'est généralement soit sur de courtes durées, pour préparer à la sortie de l'isolement, soit pour des patients « inadéquats » placés à l'isolement sur de très longues périodes mais avec plusieurs temps quotidiens d'aménagement (accès aux salles communes, sorties accompagnées dans le parc, etc.).

7.3 L'ANALYSE GLOBALE FAITE PAR L'ETABLISSEMENT DES DONNEES RELATIVES A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION NE PERMET PAS DE FAIRE RESSORTIR LES DIFFERENCES DE PRATIQUES ENTRE UNITES

La traçabilité des mesures d'isolement et de contention est apparue comme exhaustive, avec une réelle volonté de transparence de l'établissement. Les mesures séquentielles sont comptabilisées comme permanentes, gonflant la durée totale de la mesure.

Les données paraissent fiables. Toutefois, des isolements « hors espace dédié » ressortent statistiquement sans qu'il ne soit possible de toujours distinguer ce qui relève d'erreur

d'enregistrement (ou de la mauvaise interprétation de ce qu'est un espace dédié) de ce qui est un réel isolement en chambre « normale ». Cette distinction s'avère cependant d'une faible pertinence dans cet établissement compte tenu de la quasi-similitude entre CI et chambre ordinaire, sinon l'existence d'une vidéosurveillance.

Il ressort de l'analyse du registre que l'établissement recourt à l'isolement de façon relativement moins fréquente par rapport à ce qu'il est donné d'observer dans les hôpitaux contrôlés au plan national. En effet, selon le rapport annuel produit par la COSMIC, un peu moins de 10 % de la file active des patients adultes accueillis en hospitalisation complète, tous statuts confondus, font l'objet d'une mesure d'isolement (alors que la moyenne nationale est de 22 %). En revanche, si l'on ne considère que la file active des patients en SSC, ce sont 37,55 % d'entre eux qui ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement en 2021. Cette proportion importante est d'autant plus surprenante que le choix fait par l'hôpital de concentrer les patients en SSC dans des unités fermées devrait, *a priori*, permettre de réduire le recours à l'isolement en imposant déjà un cadre contraint à ce type de patients.

Les données sur les 9 premiers mois de l'année 2022 ne font pas ressortir un infléchissement de ces pratiques, avec même une tendance haussière dans certaines unités (notamment à Delay 2). La durée moyenne des isolements était, toujours selon le rapport annuel de la COSMIC, de 310 heures en 2021, soit près de 13 jours, très au-dessus de la moyenne nationale constatée en France (5 jours). Des explications se trouvent certainement dans le fait que des mesures d'isolement séquentiel, prises pour certains patients dont la prise en charge est inadéquate, sont comptabilisées comme permanentes. Les données pour 2022 laissent percevoir une tendance à la baisse de cette durée moyenne.

S'agissant des mesures de contention, plus d'un quart (27 %) des patients en SSC ont été attachés au moins une fois durant leur hospitalisation en 2021. Plus d'une mesure sur cinq a duré plus de 24 h et, dans 10 % des cas, la contention s'est prolongée au-delà de 48 h. Ces données globales nécessiteraient toutefois d'être affinées (voire corrigées : une contention a été enregistrée comme durant 8 093 h, soit 337 jours – nous imaginons qu'il s'agit d'une erreur) pour que l'analyse des pratiques soit éclairante.

Les chiffres de 2022 (9 mois) sont préoccupants puisqu'ils font ressortir qu'il a été recouru de façon croissante à la contention. Si l'on fait une projection sur 12 mois, le nombre de mesures de contention augmentera de près de 75 % en moyenne sur l'année.

Le rapport de la COSMIC ne porte que sur les données globales au niveau de l'établissement. Or, l'analyse des pratiques d'isolement et de contention par unité fait ressortir des écarts significatifs entre des unités comparables, avec plus de 13 points d'écart dans le pourcentage de la file active isolée entre Delay 2 par exemple (24,3 %) et Deniker (37,7 %) ou Henri Ey bas (37,5 %). Cet écart est même de 19 points avec Delay 1 (unité de haute surveillance incluse) dont plus de 43,3 % de la file active a été placée à l'isolement.

Ces différences de pratique évoluent sur les 9 premiers mois de 2022, l'écart entre Delay 2 et Deniker n'étant plus que de 3 points mais essentiellement parce que le pourcentage de patients isolés a explosé à Delay 2 (atteignant 33,3 %) alors qu'il a très faiblement diminué à Deniker (36,4 %). Si à Delay 1 (UHS incluse), la proportion de la file active isolée diminue très légèrement (42,1 %), une inflation inquiétante est recensée à Henri Ey bas (qui atteint les 42,3 %) et à Matisse (52 %).

Ces constats par unité relatifs à l'isolement se retrouvent logiquement s'agissant de la contention avec des écarts importants, voire très importants, entre unités dans la proportion de la file active de patients attachés au moins une fois durant leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 20

Afin de concourir à la réduction du recours à l'isolement et à la contention, l'établissement doit procéder à une analyse régulière des statistiques unité par unité, en distinguant ce qui relève de l'anomalie statistique, du particularisme des profils des patients accueillis et des pratiques professionnelles différentes.

La délégation départementale ARS Haute-Vienne, en réponse au rapport provisoire, indique : « j'attire votre attention sur le fait que les professionnels estiment que les prises en charge en unités fermées s'éloignent de la prise en charge clinique des patients en devenant de plus en plus administratives, ce qui entraîne un manque d'appétence pour ces unités. L'établissement s'engage cependant à répondre aux bonnes pratiques de mise en isolement thérapeutique avec ou sans contention via l'axe 5 de son projet d'établissement : « respecter toujours davantage les droits des usagers ». Les engagements consistent en la promotion d'une politique de prévention, de réduction et de contrôle de ces mesures et dans la garantie d'une éthique professionnelle. Les avancées des engagements pris dans ce cadre font l'objet d'une évaluation annuelle à laquelle l'ARS est vigilante.

L'ARS nouvelle Aquitaine continue d'accompagner les évolutions sur la thématique de l'isolement/contention en psychiatrie, et souhaite poursuivre sa politique de diminution des mesures d'isolement/contention en améliorant la prise en charge des patients concernés. Des espaces d'apaisement ont été financés en ce sens. Des moyens financiers ont également permis en 2022 l'affectation d'un 20 % de temps de cadres de santé ainsi que du temps médical pour accompagner la mise en œuvre de la nouvelle réglementation au sein des unités. De plus, un renfort en temps infirmier pour les dimanches et jours fériés a été possible grâce au recrutement de 4 postes d'IDE négociés dans le cadre de l'axe 2 du Ségur de la santé. Je veillerai à ce que la délégation départementale, en lien avec le directeur du CH esquirol, s'assure que les restrictions aux libertés individuelles de patients hospitalisés sous contrainte soient vraiment indispensables à la mise en œuvre du traitement requis par leur pathologie et qu'elles respectent les mesures législatives comme vos recommandations. »

S'agissant des mineurs, il est constaté un recours à l'isolement dans des proportions qui interrogent : près de 13 %, soit un mineur sur 8 a fait l'objet d'un isolement en 2021 ; cette proportion atteint 15 % en 2022.

Le directeur indique : le taux de 15 % en 2022 est obtenu en retenant aux dénominateurs la seule file active des mineurs hospitalisés sur l'unité fermée Odyssee, donc en situation de crise aiguë c'est-à-dire 120 patients. Or, en 2022, ce ne sont pas seulement 120 patients qui ont été hospitalisés en pédopsychiatrie au CH esquirol mais 557, car il faut tenir compte des enfants que nous hospitalisons pour prise en charge psychiatrique dans les lits de pédiatrie du CHU. Le taux de patients mineurs hospitalisé ayant fait l'objet d'une mesure d'isolement en 2022 est donc de 3,2 %. Par ailleurs, l'unité Odyssee, seule unité d'hospitalisation à temps plein de pédopsychiatrie au CH esquirol, a un recrutement à l'échelle du GHT puisqu'elle est la seule existante sur tout le Limousin. Les patients hospitalisés sont donc ceux que les autres structures sanitaires de la région ne peuvent accueillir du fait de comportement plus « extrêmes ». Le taux de patients en isolement/contention ne peut donc pas être corrélé à la seule file active des patients hospitalisés en pédopsychiatrie de cette unité. »

Ce constat est encore plus préoccupant s'agissant des contentions puisque 64 % des mineurs isolés ont été contenus au moins une fois en 2021 (61 % en 2022). Plus de 8 % des mineurs

hospitalisés ont ainsi été contenus en 2021, proportion qui progresse et atteint 9,2 % sur les 9 premiers mois de 2022. Des alternatives doivent impérativement être développées pour mettre fin au recours à l'isolement et à la contention à l'encontre des mineurs (cf. recommandation § 7.1.1).

7.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS PRODIGUES N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

Les projets de soins individualisés sont expliqués aux patients lors de chaque entretien avec le psychiatre, assisté d'un soignant. Le contenu des certificats médicaux est explicité par le médecin qui recueille souvent les observations des patients mais ne les mentionne que dans le dossier médical et non sur les certificats.

RECOMMANDATION 21

Les médecins doivent recueillir les observations des patients et les mentionner sur les certificats médicaux motivant une mesure de soins contraints.

Le directeur indique : « Il ne semble pas que les certificats médicaux prévus par la réglementation relative aux soins sans consentement aient pour finalité de relayer les observations des patients. Ces certificats ont pour but de constater l'état mental du patient, d'indiquer les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins afin de servir de fondement aux décisions relatives aux soins sans consentement. Si ces certificats peuvent mentionner les observations formulées par les patients ce n'est que dans la mesure où cela est jugé nécessaire par le médecin rédacteur pour constater l'état mental du patient, par exemple lorsque les propos de la personne font apparaître qu'elles pourraient se mettre en danger ou porter atteinte à autrui. »

En toute hypothèse, les certificats mentionnent toujours que le patient, dans la mesure où son état mental le permet, a pu s'exprimer au sujet de la mesure de soins projetés et que ces observations ont été recueillies. »

La désignation de la personne de confiance est systématiquement proposée lors de l'admission et elle est contactée ; sa signature n'est pas cependant toujours recherchée ou obtenue. Dans plusieurs unités, la personne de confiance est régulièrement associée à la compréhension des soins proposés et à la recherche de son consentement à ces soins ; elle est parfois invitée aux réunions de synthèse clinique.

Le livret d'accueil mentionne « si vous êtes majeur et que vous ne faites pas l'objet d'une tutelle, vous avez la possibilité de désigner une personne de confiance », ce qui évoque l'exclusion d'une telle désignation pour tous les majeurs protégés. Or, aux termes de l'article L.1111-6 du code de santé publique (CSP), lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge des tutelles ou du conseil de famille.

L'établissement n'a pas encore mis en place les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise (ou « plan de prévention des crises ») mais une réflexion est en cours à ce sujet. Ces directives sont d'autant plus importantes que l'information des tiers lors des phases d'isolement est conditionnée à la volonté du patient qui doit être recueillie avant la phase de crise et reformulée lors de celle-ci.

RECOMMANDATION 22

La recherche du consentement et de l'adhésion aux soins doit s'appuyer sur la mise en place de directives anticipées en psychiatrie ou « plan de prévention des crises ».

Le directeur indique : « Les professionnels du CH esquirol veillent à impliquer le patient aux différentes étapes de sa prise en charge en psychiatrie adulte et en psychiatrie enfants/adolescents. Le patient, adulte ou mineur, est associé précocement à l'élaboration de son projet de soins et l'information sur le bénéfice/risque des actes thérapeutiques est assurée dans le cadre de la prise en charge pluridisciplinaire. Avec l'accord du patient, des proches ou aidants sont impliqués dans sa prise en charge. Lors de la visite de certification, qui s'est déroulée du 15 au 18 mars 2022, les critères suivants ont obtenu un score à 100 % : « le patient est impliqué, s'il le souhaite, dans l'évaluation bénéfice/risque de toute décision majeure pour sa prise en charge » et « le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités ».

L'établissement a mis en œuvre les directives anticipées en psychiatrie en cas de crise. Des groupes de travail pluri professionnels ont permis l'élaboration et la formalisation de 2 procédures. Une procédure « plan de prévention partagé pour mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients » a été formalisé et finalisé le 8 février 2022. Cette procédure décrit la démarche travaillée avec le patient en renforçant sa place et son rôle dans sa prise en charge pour mieux prévenir, sécuriser et prendre en charge ces moments de violence. Le plan de prévention partagé est intégré dans le dossier patient informatisé dans la partie « projet thérapeutique individualisé » ; il est systématiquement réalisé en vue de la préparation à la sortie. Un exemplaire du plan est remis au patient.

Par ailleurs, la procédure évaluation du risque suicidaire a été réactualisée et diffusée en août 2022. Dans le cadre de la prévention du risque suicidaire, le protocole pour assurer sa sécurité (PAS), qui est plan de prévention partagé, est réalisé avant la sortie par le patient point il est décliné en 7 étapes. Le document est conservé par le patient et une traçabilité de la remise du PAS est réalisé dans le dossier patient informatisé. »

Concernant le consentement aux traitements, 65 patients bénéficiaient de prescriptions actives de traitements injectables « *si besoin* » au moment du contrôle, principalement motivées par l'indication « *si agitation ou/et refus de traitement per os* ». Ces patients se trouvaient dans les unités Delay (1 et 2), Deniker, Matisse, Henri Ey bas, Odysée et les molécules comprenaient majoritairement du Loxapac® 50mg, du Tercian® 50mg, du Diazepam® 10 mg, et minoritairement du Nozinan® 25mg, de l'Haldol® 5 mg, du Zyprexa® 10mg.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

L'établissement pourra utilement s'appuyer sur un « *arbre décisionnel de prise en charge médicamenteuse de l'agitation incoercible de l'adulte* » actuellement travaillé au sein de l'observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique (Omedit) Nouvelle Aquitaine Guadeloupe, auquel participe l'établissement.

RECOMMANDATION 23

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

Le directeur indique que « ce point a fait l'objet de discussions et recommandations dès le lendemain de la venue du CGLPL. Il a été acté auprès des médecins et internes de l'arrêt de ses prescriptions si besoin et que l'interne ou le médecin se déplace en cas de refus de traitement pour tenter de convaincre le patient de prendre son traitement et d'éventuellement prescrire à ce moment-là un traitement injectable en cas d'échec de la négociation ».

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée dans les chambres, en toute confidentialité.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 L'ETABLISSEMENT EST SOUCIEUX D'ASSOCIER LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT ET A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP)

Le livret d'accueil mentionne la possibilité pour les patients en SSC de saisir la CDSP et précise son adresse sans cependant expliciter son rôle.

Si aucun affichage n'est apposé dans les unités, l'existence de la CDSP est connue des soignants. Elle se réunit quatre fois par an à l'ARS et se rend deux fois par an au CHS Esquirol, en juin et décembre. Ses membres visitent les unités. Le bureau des admissions envoie un mail au cadre de santé qui diffuse l'information aux soignants. Ces derniers passent dans les chambres pour informer les patients qui sont entendus par la commission à leur demande. Dix-neuf personnes ont été auditionnées lors de la dernière visite de la CDSP dans les unités Delay 1 et 2, Deniker et C.

En 2021, la CDSP a étudié soixante-dix dossiers de patients en soins sans consentement, a examiné 53 mesures de plus d'un an (dont 19 programmes de soins) et n'a fait aucune proposition ni demande de mainlevée. Elle vise lors de sa visite le registre de la loi (cf. § 8.2).

8.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil signale l'existence de la CDU, décrit son rôle et la possibilité de la saisir pour les plaintes et réclamations.

La commission comprend deux représentants des usagers.

Elle se réunit quatre fois par an en formation plénière et tous les mois en réunions intermédiaires restreintes pour le suivi des dossiers de réclamations. Tous les membres de la CDU reçoivent l'ensemble des plaintes et les éléments de réponse de la direction des usagers et toutes les réclamations sont examinées en assemblée plénière. Le registre des plaintes et réclamations est tenu à la disposition de ses membres. Les représentants des usagers ont accès sur leur demande à l'intégralité du dossier de la plainte.

Selon les renseignements recueillis auprès d'une représentante des usagers, membre de la commission, les réclamations sont peu nombreuses (dix-huit en 2021) car le pôle des usagers assure une proximité de l'établissement avec les patients et leur famille.

8.1.3 Les usagers et leurs représentants

Un pôle des usagers a été créé en 2014, démontrant la volonté de l'établissement d'associer les usagers et leurs représentants à la vie de l'établissement, à la prise en charge des patients et à l'accompagnement des familles et de leur entourage proche. Ses coordonnées et son rôle sont affichés dans les unités.

BONNE PRATIQUE 4

La création d'un pôle des usagers, au même niveau que les autres pôles, confère une place institutionnelle aux patients et leurs familles.

Il est constitué de représentants d'associations, de pairs aidants et de professionnels de santé. Actuellement, le président et la vice-présidente sont rémunérés par l'établissement.

Le pôle gère la maison des usagers où ont lieu des permanences des représentants des usagers (74 en 2021 dont 3 en unités de soins), des pairs aidants (8 en 2021), des avocats une fois par semaine (48 en 2021) et d'une psychologue (32 en 2021) ainsi que de deux médiateurs pairs aidants dont la formation et la rémunération sont financées par l'établissement. En dehors des horaires d'ouverture, toute personne peut contacter les représentants des usagers par courriel ou téléphone.

Le pôle s'investit dans la formation des pairs aidants et dans de nombreuses actions d'information et d'animation.

Les représentants des usagers participent à toutes les commissions de l'établissement y compris au directoire. Les pairs aidants font partie de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) et de la commission professionnelle des usagers.

8.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI PERMET LE CONTROLE DE LA REGULARITE DES PROCEDURES D'ADMISSION

Le bureau de gestion des admissions, composé de six agents et dirigé par une attachée d'administration, est chargé de la tenue du registre des mesures de soins sans consentement prévu à l'article L3212-11 du CSP.

Deux registres sont tenus, l'un pour les mesures décidées par le directeur de l'établissement, l'autre pour celles prises par le représentant de l'État.

L'établissement n'a pas adopté le registre classique proposé par les fournisseurs commerciaux.

Le directeur précise que « le CH esquirol a fait le choix, après consultation des autorités habilitées à venir consulter les registres de l'établissement, de dématérialiser le registre de la loi au cours du premier semestre 2023. Il aura recours à la solution spécialisée d'un éditeur informatique du marché. Le registre de la loi sera donc alimenté en temps réel par l'outil de gestion informatisée des soins sans consentement depuis l'admission du patient et tout au long de sa prise en charge ».

Il utilise des classeurs à anneaux, avec levier pour ouverture, alimenté avec des feuilles volantes cartonnées numérotées par patient et ajout de pages si nécessaire au fur et à mesure du déroulement de la mesure. Cette disposition permet de suivre facilement l'évolution de la mesure et sa régularité mais ne garantit pas qu'un feuillet ne puisse être retiré ou remplacé.

Les registres de la loi sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du CSP dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de soins sans consentement. Ils sont conservés, avant leur archivage, dans le service avec les dossiers administratifs des patients.

Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences prévues par le code de la santé publique. Deux mentions sont absentes du registre : les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice.

RECOMMANDATION 24

Le registre de la loi doit comporter l'ensemble des mentions prescrites par la loi.

Le directeur indique « qu'en ce qui concerne la date d'information de la décision d'admission : la dématérialisation du registre de la loi prévoit l'ajout de la décision d'admission pour chacune des mesures prises. En ce qui concerne la date de l'information délivrée au patient sur ses droits :

chaque décision d'admission fait l'objet d'une notification signée par le patient. C'est à l'occasion de la remise de cette décision que le patient est informé de ses droits et recours. Cette date sera rajoutée sur la feuille de garde du registre de la loi actuellement en vigueur avant même sa dématérialisation. En ce qui concerne la mention de la décision de mise sous curatelle, tutelle ou sauvegarde de justice : cette date sera rajoutée sur la feuille de garde du registre de la loi actuellement en vigueur avant même sa dématérialisation ».

Les certificats médicaux, qui sont horodatés, sont collés, après réduction de leur taille, dans les registres ; les contrôleurs ont pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il a rarement été constaté l'usage de « copié-collé ». En revanche, aucun report n'est effectué sur ces certificats des éventuelles observations des patients recueillies avant leur édicition (cf. recommandation § 7.4). Les certificats concernant les programmes de soins sont joints aux registres. Les ordonnances du juge des libertés et de la détention y sont transcrites.

Une permanence administrative est organisée les samedis de 8h à 16h15. Ensuite, les administrateurs de permanence ne se déplacent pas et ne formalisent pas l'acte portant admission des soins sans consentement de sorte que la décision peut être formellement prise avec plus de 36 heures de retard et est alors antidatée.

RECOMMANDATION 25

Les décisions d'admission prises au nom du directeur de l'établissement doivent être signées dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et jours fériés.

Le directeur indique « qu'une organisation permettant d'assurer l'élaboration et la signature des décisions administratives dès le début de l'hospitalisation, y compris durant les week-ends et les jours fériés, va être réfléchi puis mise en place. »

Il n'a pas été constaté de visa des autorités mentionnées par l'article L. 3222-4 du CSP autre que celui de la CDSP.

RECOMMANDATION 26

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l'État dans le département, le président du tribunal judiciaire, le procureur de la République et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans son courrier en réponse au rapport provisoire, le procureur de la république indique qu'il a procédé à un contrôle le 22 décembre 2020 ainsi que le 27 décembre 2022 et qu'aucun contrôle n'a pu être réalisé en 2021 compte-tenu du sous-effectif de la juridiction. Les rapports de ces deux visites sont joints au courrier. Enfin les chefs de cour ont procédé à la visite de l'établissement le 13 octobre 2022.

8.3 LE CONTROLE JUDICIAIRE SUR LES DECISIONS D'HOSPITALISATION, D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST EFFICIENT

Les relations du CH Esquirol avec le service du JLD et le parquet civil sont décrites comme fluides. Une réunion de coordination annuelle minimum est organisée par le service du JLD.

8.3.1 Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation

a) Les modalités d'organisation de l'audience

Une convention, signée le 1^{er} septembre 2014, entre l'ARS du Limousin, la présidente du TJ, le procureur et le directeur du centre hospitalier d'Esquirol, prévoit notamment la mise à disposition par l'établissement d'une salle d'audience dédiée où siège le JLD deux fois par semaine, les lundis et jeudis.

La signature de la convention avec la Cour d'Appel pour l'organisation des recours était prévue pour le 13 octobre 2022.

Le directeur indique « que la signature de la convention avec la cour d'appel a bien eu lieu le 13 octobre 2022, mais cette convention ne concerne pas l'organisation des recours relatifs aux mesures d'hospitalisation sans consentement, mais ceux relatifs aux mesures d'isolement et de contention. »

Le bureau des admissions prépare l'acte de saisine du JLD et tous les documents nécessaires sont transmis par mail au greffe du tribunal. Les convocations sont remises au patient par les soignants. Le greffe convoque les mandataires de justice, qui sont très rarement présents, et avise, le cas échéant, les tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans toutes les unités mais les patients sont avisés au moment de la remise de la convocation de la possibilité de bénéficier de l'assistance d'un avocat d'office ou d'en choisir un. Ils sont interrogés en outre sur leur souhait quant à la publicité des débats.

Le directeur précise que « le tableau de l'ordre des avocats est bien affiché dans l'ensemble des unités de l'établissement, y compris les unités fermées. Le service qualité envoie le tableau à la reprographie dès réception de la part de l'ordre des avocats, pour qu'il soit plastifié puis acheminé vers toutes les unités de soins. Cependant, en ce qui concerne l'unité C, tous les affichages étant systématiquement arrachés par les patients, le tableau de l'ordre des avocats est porté à la connaissance des familles des patients. »

Le livret d'accueil précise que « le patient est obligatoirement assisté par un avocat, les frais d'avocat sont à la charge du patient, des renseignements sur l'éventualité de l'aide juridictionnelle peuvent être pris auprès de l'avocat qui vous représente ainsi qu'auprès du service social ». Cependant, selon les renseignements recueillis, si des éléments de ressources sont fournis, le bureau d'aide juridictionnelle (BAJ) instruit le dossier et, *a contrario*, si rien n'est fourni, aucune demande de complément de pièces n'est faite et le BAJ estime que la situation du demandeur « apparaît particulièrement digne d'intérêt au regard de l'objet de litige ou des charges prévisibles du procès », de sorte que le patient n'a rien à déboursier. Pourtant il a été indiqué aux contrôleurs, dans certaines unités, que des patients avaient dû payer leurs avocats alors qu'ils n'en avaient pas les moyens.

RECOMMANDATION 27

Les frais d'avocat doivent être systématiquement pris en charge au titre de l'aide juridictionnelle, quelles que soient les ressources du patient.

Pour se rendre à l'audience, les patients sont emmenés par un véhicule de l'établissement accompagnés d'un soignant. Ils arrivent les uns après les autres selon un ordre de passage délivré par le bureau des admissions, ce qui évite toute attente prolongée.

Les certificats de non-présentation et de non-audition ont été en 2021 de 5,87 % et les patients ont tous été présentés en 2022.

Les audiences se tiennent dans une salle lumineuse spécialement aménagée. Elle est située loin de l'entrée et la signalétique est insuffisante.

À l'entrée se trouve une salle d'attente suffisante pour accueillir les patients, les soignants et les proches. Des toilettes sont à disposition de tous.

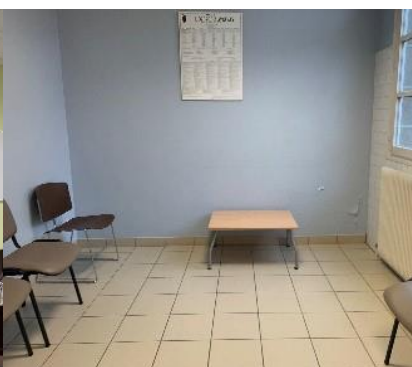
Les avocats peuvent s'entretenir avec leur client en toute confidentialité. Le barreau organise une permanence à laquelle tous les avocats participent. Ils n'ont pas de formation obligatoire spécifique sur les soins sans consentement, cependant, selon les renseignements recueillis, ils sont formés à cette matière et assurent une défense active, certains soulevant des irrégularités de procédure. Les dossiers leur sont transmis par le réseau privé virtuel des avocats au plus tard la veille de l'audience. Les contrôleurs ont rencontré un avocat qui n'a fait état d'aucun problème particulier dans les relations du barreau avec les magistrats ou l'établissement de santé.



Signalétique



Salle d'audience



Salle d'attente

b) La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du jeudi 6 octobre 2022. Elle a concerné six patients, tous présents. Un tiers et une mère étaient présents.

Le magistrat et le greffier sont en tenue civile et l'avocat porte sa robe. Un représentant du bureau des admissions assiste à l'audience.

Selon les renseignements recueillis, les patients ne sont jamais en pyjama.

La juge commence son audience en présentant l'ensemble des personnes présentes et demande aux personnes qui ont choisi l'audience en chambre du conseil leur accord sur la présence du contrôleur en expliquant le rôle du CGLPL. Elle donne lecture de la procédure et des certificats médicaux. Elle écoute attentivement le patient, se renseigne sur la vie dans l'établissement et particulièrement sur les possibilités de sortie et sur les activités. Elle donne la parole à l'avocat. Elle met systématiquement l'affaire en délibéré mais, en l'absence de moyen soulevé par la défense, donne le contenu de sa décision, précise au patient qu'elle lui sera notifiée par des

soignants dans l'après-midi mais n'indique pas les voies de recours non plus que la possibilité d'être saisie à tout moment.

c) Les décisions rendues

Selon les renseignements donnés par l'établissement, en 2021, 422 personnes ont été convoquées (392 pour les contrôles à 12 jours, 26 pour les contrôles à 6 mois et 4 sur requête). Le magistrat a prononcé dans 93 % des cas le maintien de la mesure, a procédé à sa mainlevée dans 4 % des dossiers et a constaté dans 3 % que la mesure avait été levée avant la comparution. L'établissement a transmis aux contrôleurs les décisions de mainlevée pour l'année 2021. Elles sont notamment motivées par la faiblesse du contenu de certains certificats médicaux qui ne caractérisent pas suffisamment la nécessité de soins contraints, l'un d'eux ayant été établi par un médecin qui n'avait pas vu le patient, et par la notification tardive ou irrégulière de la décision d'admission. Trois appels ont été interjetés et la cour a prononcé une mainlevée, le certificat médical ne motivant pas l'existence d'un péril imminent.

Durant le premier trimestre de l'année 2022, 94 patients ont été convoqués, 86 étaient présents à l'audience et aucune mainlevée n'a été prononcée. Six appels ont été interjetés et la cour n'a prononcé aucune mainlevée.

8.3.2 Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

a) L'organisation de la saisine du JLD

La mise en œuvre des dispositions prévues par la loi du 14 décembre 2020 sur le contrôle de l'isolement/contention a nécessité de nombreuses réunions entre les JLD et les services de l'hôpital d'Esquirol. L'impact de cette loi a été limité puisque les JLD ne se sont saisis d'office qu'une seule fois et n'ont fait l'objet que d'une saisine par un patient.

À la suite de la publication, le 23 mars 2022, du décret d'application de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, le service des admissions de l'établissement a rapidement mis à jour les fiches pratiques et un schéma procédural à l'attention des professionnels de l'établissement pour l'information du JLD et la transmission des pièces utiles. Ces outils sont rassemblés dans un livret explicatif très détaillé.

Le patient isolé ou contenu peut être entendu par le JLD en visioconférence s'il le souhaite, un téléphone portable lui étant alors confié à cette fin et cet entretien pouvant se dérouler hors la présence des soignants. Le service du JLD est avisé du maintien du patient en isolement au-delà de 48 h et sous mesure de contention au-delà de 24 h par un courriel envoyé par le service des admissions qui vérifie rigoureusement les délais en semaine et par le cadre de permanence durant les WE et les jours fériés. Ce sont les médecins qui avertissent les proches. Selon les renseignements recueillis, le consentement du patient lui est demandé sur ce point soit lors de son admission soit au moment de la mise en place de la mesure.

b) Les décisions rendues

Entre le 28 mars et le 20 septembre 2022, le JLD a été saisi à 211 reprises pour des décisions d'isolement et à 98 reprises pour des décisions de contention. 266 mesures (86 %) ont été maintenues, 39 (13 %) ont été levées et 4 saisines étaient devenues sans objet.

21 levées ont été motivées par une saisine hors délai, 11 en raison du manque d'information des proches, 10 pour motivation insuffisante et 1 pour autre motif (total supérieur à 39 car une mainlevée peut être prononcée pour plusieurs motifs).

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES SONT INSUFFISAMMENT INTEGREES AUX PROJETS DE SOINS

9.1.1 Les pratiques cliniques

À l'échelle du pôle et parfois du service, des projets médico-soignants abordent, lorsqu'ils existent, la prise en charge des patients, sans toutefois aller jusqu'à la description des missions remplies au quotidien par les différents professionnels impliqués.

Des réunions à l'échelle des départements, des pôles et de l'établissement permettent d'évoquer les difficultés de prise en charge ou d'échanger autour de certaines pratiques.

La permanence des soins est assurée par un interne de garde sur le centre hospitalier, doublé par un senior de garde positionné aux urgences du CHU. Le senior de garde assure également la permanence auprès des urgences pédiatriques du CHU. L'ensemble des médecins de psychiatrie et pédopsychiatrie effectuent ces gardes.

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission dans les unités, un médecin senior est toujours présent ou joignable l'après-midi et un interne est toujours présent en journée. Toutefois, une unité (Delay 2) ne dispose pas d'un temps de senior suffisant pour couvrir une présence optimale en semaine et l'absence d'interne amène à mobiliser le médecin généraliste sur une mission qui n'est pas la sienne (cf.§ 9.2).

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers deux fois par semaine avec un médecin psychiatre, mais pas toujours sous la forme de consultations formelles en cabinet dans le cadre d'une relation patient-médecin (exemple Delay 1 et 2). Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier.

Des réunions cliniques ont lieu régulièrement dans les unités ; elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins : psychiatres, travailleurs sociaux, aides-soignants, infirmiers, psychologues. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié suffisant.

Plusieurs services ne tiennent pas de réunion de synthèse permettant la préparation de la sortie avec des soignants des services extra hospitaliers dans la mesure où certains prennent majoritairement en charge des patients en pathologie aiguë.

Aucun service n'a mis en place de réunions soignants-soignés.

Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins et sont reçus régulièrement.

9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

L'accès aux activités thérapeutiques est principalement organisé au sein des unités dans les unités fermées. Les activités développées par le pôle transversal de l'établissement concernent assez peu les patients en SSC : en 2021, 96 patients en SSC ont bénéficié des activités physiques adaptées (APA), 21 de la médiation animale, 4 de l'art thérapie, 1 de la relaxation, 8 de l'unité transversale et territoriale d'éducation thérapeutique et 42 de l'unité transversale nutrition clinique. Moins d'un quart des patients en SSC bénéficient donc de ces activités.

Tous les services disposent de salles destinées à y développer des activités. Leur animation est rendue possible par la présence d'un infirmier en journée mais reste, dans beaucoup d'unités, variable selon l'implication et la disponibilité des soignants.

Au sein de l'unité Deniker, par exemple, se trouvent deux grandes salles d'activité avec tout l'équipement nécessaire : baby-foot, jeux de société en libre disposition, télévisions et jeux vidéo. Les patients peuvent spontanément organiser des activités entre eux sans difficultés. En revanche, au sein des unités Delay, les jeux ne sont pas en libre disposition, la salle de sport est déserte faute d'animateur. A Delay 1, 15 activités ont concerné 35 patients sur les deux premières semaines d'octobre, comme la culinothérapie, le sport, la musique, la stimulation cognitive, l'atelier créatif ou une sortie thérapeutique. De nombreux patients ont rapporté s'ennuyer.

Le programme des activités est rarement affiché dans les unités. Les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients.

RECOMMANDATION 28

Les activités thérapeutiques doivent être mieux intégrées aux projets de soins et effectivement proposées aux patients.

Le directeur indique : « Les activités thérapeutiques du pôle d'activité transversale PAT sont accessibles à tous les patients et ce, quel que soit le type d'hospitalisation et le mode de prise en charge. Il s'agit d'activités thérapeutiques et de soins, et non récréatives ou occupationnelles. Les patients bénéficiant de ces soins sont adressés par les médecins via une prescription informatisée. Si l'état clinique du patient le permet et après accord du médecin ou de l'unité demandeuse, tout patient en soins sans consentement peut se rendre sur les lieux de consultation, d'entretien, et d'activité. Il sera si besoin accompagné par un professionnel soignant de l'équipe demandeuse, au regard des possibilités des effectifs et de la charge de travail. Il est également possible, toujours sous réserve de la vie médicale, que le patient puisse bénéficier d'une modalité de sortie de courte durée lui permettant de se rendre seul à l'activité. Pour certains patients très symptomatiques relevant de la filière « psychotique aiguë », et relevant des soins sans consentement, l'accès aux activités thérapeutiques est proposé au sein de l'unité médicale. En effet, l'unité d'activité physique adaptée dispose de locaux dédiés à l'activité physique en groupe dans toutes les unités d'accueil de soins sans consentement. Une réflexion est en cours concernant les patients en unités fermées. Par ailleurs, un programme d'activité thérapeutique est proposé au sein de toutes les unités médicales, et intégrées dans le projet de soins, au regard de l'état clinique et des besoins du patient ».

Plusieurs programmes d'éducation thérapeutique sont proposés aux patients. Une unité transversale d'éducation thérapeutique (UTEP) coordonne les programmes ; les séances sont collectives, jusque six personnes. Un pharmacien se rend dans les unités pour ces actions d'éducation thérapeutique.

La cafétéria est ouverte tous les jours, week-end compris, de 10h15 à 12h et de 13h à 17h45, tenue par des soignants détachés auprès de l'association PRISM (prévention et réinsertion en santé mentale). Quatre agents (agent des services hospitaliers, aide-soignant, aide médico psychologique et animateur) assurent par binôme l'ouverture de cette cafétéria ; ils ne sont pas remplacés en cas de maladie, occasionnant parfois la fermeture de la cafétéria alors même que cet espace de rencontre entre les patients et leurs familles est très important pour eux.

RECOMMANDATION 29

L'établissement doit organiser une ouverture quotidienne de la cafétéria y compris en cas d'absence de l'un des agents.

Le directeur indique : « l'établissement organise une ouverture quotidienne de la cafétéria de 10h15 à 12h00 et de 13h00 à 17h40 y compris en cas d'absence d'un ou plusieurs agents. En effet, la cafétéria est un lieu de convivialité pour les usagers et de soins permettant à des patients de réaliser un stage de réhabilitation psychosocial. En cas d'absentéisme, des ajustements de planning sont réalisés par les professionnels de la cafétéria, des renforts de la filière réhabilitation psychosociale sont organisés, et en dernier recours des renforts par l'aide institutionnelle.

En 2021, deux professionnels pour des arrêts longs, soit au total 114 jours d'absence, ont été compensés par des mensualités de remplacement du 5 juillet au 13 septembre 2021, ce qui a permis de maintenir les activités de la cafétéria. En 2022 il a été constaté 70 jours d'absence compensés par des renforts ou des réajustements de planning. Un absentéisme inopiné sur 3 week-ends lors de la période estivale n'a pas pu être compensé au sein de l'établissement en l'absence de ressources. La cafétéria a été fermée exceptionnellement 3 week-ends en 2022. Par ailleurs il est constaté que le samedi et le jour le moins fréquenté à la cafétéria en lien avec les permissions des patients, d'éventuelles sorties, fermetures de structures. Cette situation de fermeture ne devrait plus se reproduire car une procédure de prévention de l'absentéisme les week-ends et jours fériés est en vigueur depuis le 2 janvier 2023. Des soignants de l'ambulatoire sont pré-positionnés dans des unités et mobilisés au sein de l'établissement en cas d'absentéisme ».

9.1.3 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. 3,5 ETP de pharmacien et 6,8 ETP de préparateur en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales (MAS, CSAPA), aidés de deux internes et un externe au moment du contrôle. L'équipe comporte également un cadre, des agents administratifs et techniques.

Les prescriptions sont faites sur le logiciel Cariatides® et le pharmacien a accès aux données patients nécessaires.

Les médicaments sont livrés chaque semaine et des réassorts sont possibles quotidiennement ; les piluliers sont confectionnés par les infirmiers de nuit dans tous les services pour le lendemain. Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions (150 ordonnances par jour environ). En 2021, 28 773 prescriptions ont été analysées, 4 344 interventions pharmaceutiques réalisées ; toutes sont prises en compte et suivies par les prescripteurs. La permanence d'accès aux traitements est organisée en partenariat avec le CHU et à travers les dotations d'urgence.

Le pharmacien ne participe pas aux réunions cliniques mais les internes sont invités dans certains staffs et sont présents dans les services.

La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients priorités selon un score (dit « de Québec ») qui assemble un faisceau d'indicateurs comme l'âge, le nombre de lignes de prescription, la présence de médicaments à risque par exemple. De fait, ce sont surtout les patients de psycho-gériatrie qui actuellement en bénéficient à l'admission (157 conciliations médicamenteuses réalisées en 2021). L'établissement fait partie d'un programme hospitalier de

recherche clinique (PHRC) piloté par Toulouse (Haute-Garonne) sur la définition d'un score spécifique en psychiatrie.

Treize entretiens pharmaceutiques ont par ailleurs été réalisés par les pharmaciens, en 2021, au profit de patients sous lithium.

Des commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent régulièrement (trois en 2021), en présence des médecins. Des comptes rendus sont établis, diffusés et un rapport annuel également rédigé.

Enfin, les pharmaciens ont initié il y a quelques années des séances d'éducation thérapeutique, ce travail se poursuivant désormais au sein de l'UTEP où œuvre un pharmacien.

BONNE PRATIQUE 5

La pharmacie clinique est particulièrement développée et fait partie intégrante de la prise en charge des patients.

9.1.4 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Au moment du contrôle, quarante-sept patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 280 jours dont treize à Delay 1 et 2, treize à Matisse, quatre à Henri Ey et trois à Deniker. Dix-neuf d'entre eux étaient en soins libre (SL) (treize à Matisse et six à Delay 1). Six avait plus de 60 ans.

Dix-huit de ces patients ont une orientation notifiée par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) : quinze pour un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) adapté, un foyer de vie, un foyer d'accueil médicalisé (FAM) ou une maison d'accueil spécialisée (MAS).

Cliniquement, quinze sont en attente qu'une place se libère dans une structure sociale ou médico-sociale. Treize nécessitent des accompagnements partiels ou totaux pour les actes de la vie quotidienne dont sept à l'unité Matisse.

Cette dernière est particulière en ce sens que, bien qu'il s'agisse d'une structure sanitaire de psychiatrie, elle accueille un public habituellement pris en charge dans des structures médico-sociales adaptées. Les dix-huit patients accueillis souffrent en effet principalement, « *de retard mental, troubles du comportement, troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence* ». Les soins de *nursing* sont fréquemment nécessaires. Ces patients nécessitent des infrastructures et un personnel adapté à leurs besoins et certains bénéficient d'ailleurs d'un plan d'accompagnement global (PAG) de la part de la MDPH.

Malgré les efforts objectifs et bienveillants de l'équipe en place pour une restriction des libertés centrée sur la sécurité des personnes, deux patients sur ces dix-huit restent en situation d'inadéquation de leur prise en charge avec leurs besoins, ne pouvant supporter sans accompagnement permanent une vie socialisée au sein de l'unité ; ils doivent bénéficier d'un temps d'éducateur temps plein pour éviter leur isolement ou enfermement (fréquent et parfois quotidien), le temps de trouver une structure adaptée à leur situation.

RECOMMANDATION 30

Les patients subissant une prise en charge en inadéquation avec leurs besoins doivent bénéficier de l'apport d'un éducateur en journée pour limiter au maximum les moments d'enfermement, le temps de trouver une structure adaptée.

Le directeur indique : « une procédure d'utilisation des différents espaces de calme retrait et d'apaisement à Matisse, initiée en septembre 2022 et à ce jour réalisée, s'adresse aux professionnels médicaux, paramédicaux, et personnels socio-éducatifs. L'objectif de cette procédure est de mettre en œuvre des mesures de prévention et de protection pour éviter d'arriver à la crise ou l'aggravation de « comportements problèmes » et de permettre à la personne de trouver un espace pour s'apaiser. Les modalités de prise en charge sont décrites dans cette procédure : évaluation fonctionnelle du patient, proposition d'alternative. Le projet psycho éducatif individualisé est co-travaillé avec le patient et un professionnel. Des temps de réflexion sur l'accompagnement et sa continuité sont systématiquement réalisés avec l'utilisateur après un passage en espace d'hypostimulations et des temps de reprise en équipe sont institués ».

9.2 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT PAS TOUS ASSURES**9.2.1 L'accès aux soins somatiques**

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des unités fermées d'hospitalisation complète, par un médecin généraliste à temps partiel, sans que les fonctions attendues des uns et des autres ne soient identiques dans les unités et sans même que le nombre de médecins généralistes puisse être clairement déterminé (six sous réserve).

Les médecins généralistes ne sont pas organisés en service et ne sont pas coordonnés à l'échelle de l'établissement. Ils participent régulièrement aux réunions cliniques à l'échelle du service ou des départements.

Un médecin est à disposition des soignants tous les jours de semaine dans toutes les unités afin d'examiner les patients signalés par les infirmiers et psychiatres. Il n'y a pas d'examen systématique à l'admission comme prévu à l'article L 3211-2-2 du CSP. Le médecin généraliste ne vient examiner que sur demande du psychiatre les patients admis en chambre d'isolement.

Au sein de l'unité Delay 2, la faible présence du psychiatre et l'absence d'interne amènent le médecin généraliste à être plus présent que sur Delay 1, où il y a un interne. Plus globalement au sein de l'établissement, une confusion règne entre l'examen somatique de premier niveau effectué par l'interne et l'examen somatique réalisé par un spécialiste sénior en médecine générale, même si l'interne accompagne, dans la mesure du possible, le médecin généraliste lors de ses consultations.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés au sein du CHU situé à proximité, en relation avec les internes de psychiatrie. Des difficultés d'accès à certaines spécialités sont rapportées, soit par difficulté à joindre les services, soit liées aux délais trop longs pour obtenir un rendez-vous. Les liens avec le CHU sont surtout basés sur les carnets d'adresses personnels des praticiens mais ne semblent pas organisés formellement.

Sur le site du CH, il n'y a pas de plateau technique rassemblant les soins somatiques et les intervenants extérieurs, mais une radiographie. Le somaticien ou le psychiatre, selon les unités, s'assure de l'existence ou non d'une contraception et, le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès du généraliste formé à cet effet présent sur le site.

Un kinésithérapeute peut recevoir les patients au bâtiment Lafarge. Aucun autre spécialiste ne se déplace au CH ; des possibilités de télémédecine sont offertes pour la dermatologie avec le CHU. L'accès aux soins dentaires est tributaire de l'acceptation d'un praticien libéral de Limoges. Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé.

Ainsi, l'axe stratégique du projet d'établissement pointant la nécessité d'« améliorer les soins somatiques » est tout à fait en phase avec les constats du CGLPL.

RECOMMANDATION 31

L'accès aux soins somatiques doit être organisé et permis pour tous les patients, depuis l'examen systématique d'entrée jusqu'au développement d'actions d'éducation à la santé.

Le directeur indique : « L'accès aux soins somatiques, et en particulier l'examen somatique d'admission prévu par l'article I 3211 du code de la santé publique, est d'ores et déjà organisé et permis à tous les patients. En effet, les psychiatres, qui sont avant tout des médecins, sont parfaitement en capacité de procéder à l'examen somatique de leurs patients. Il ne résulte pas des dispositions de l'article I 3211 du code de la santé publique que cet examen somatique ne puisse pas être réalisé par un psychiatre. À cet égard, si les psychiatres nécessitent un avis plus spécifique de somaticien, ils peuvent faire appel en tant que de besoin à un médecin généraliste. Par ailleurs, outre les consultations de médecine générale, l'établissement offre une large palette de consultations spécialisées : Orthoptiste, gynécologie, dentisterie, neurologie et aussi consultation de médecine générale spécialisée pour les personnes handicapées. Sur ce dernier point, la question d'un meilleur accès aux soins somatiques et en particulier à une consultation de médecine générale est en cours de réflexion dans le cadre de projet d'établissement. »

Lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) du CHU, un infirmier de psychiatrie doit rester présent auprès du patient en SSC, y compris la nuit, sauf certificat contraire établi par le psychiatre.

9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et, pour les patients hospitalisés, d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui se déplace dans les services et fait le lien avec la prise en charge ambulatoire.

Cette équipe est bien connue des soignants et il n'est pas relevé de difficulté pour la mobiliser.

9.3 LA PREPARATION DE LA SORTIE SE HEURTE A DES REFUS SYSTEMATIQUES DU PREFET ET AU MANQUE DE STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

La préparation de la sortie est abordée dès la stabilisation de l'état clinique, en équipe pluridisciplinaire intégrant les soignants extra hospitaliers. Le lien est fait avec les structures ambulatoires (CMP, HJ, CATTP) du secteur. La difficulté à trouver une solution adaptée, sociale ou médicosociale, constitue le frein principal à une sortie rapide (cf. § 9.1.4).

La délégation départementale ARS de Haute-Vienne précise : « Il convient en effet, pour les parcours les plus compliqués, de réfléchir à la désignation de référents sur le modèle des gestionnaires de cas complexes afin d'obtenir un appui essentiel aux malades et à leurs familles. »

9.3.1 Les sorties de courte durée

Concernant les patients en SSC sur décision du directeur (SDDE), des sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont fréquemment demandées pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social ; elles sont toujours accordées par le directeur. Compte tenu des délais généralement courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel) sont informés par courrier électronique/téléphone. Ces sorties sont toutefois dépendantes de la disponibilité des soignants. Concernant les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État (SDRE), les demandes sont très fréquemment refusées par le préfet, nécessitant plusieurs demandes et plusieurs avis médicaux. Quant à la demande de levée d'hospitalisation, le deuxième avis est là aussi systématiquement sollicité par la préfecture.

RECOMMANDATION 32

Les demandes de sorties de courte durée et de levées de mesures ne doivent pas faire l'objet de demandes systématiques de plusieurs avis médicaux par le préfet mais doivent être individualisées afin de ne pas freiner plus que nécessaire le travail de réhabilitation des patients.

La délégation départementale ARS de Haute-Vienne précise : « Madame la préfète de la Haute-Vienne demande presque systématiquement un second avis de psychiatre dans le cadre d'une demande de levée de mesure SDRE. Ce second certificat confirmant la possibilité de levée, le préfet ayant compétence lié, cela revient en effet à retarder la levée des soins contraints pour le patient ».

9.3.2 Les programmes de soins et le collège des professionnels de santé

Les programmes de soins (PDS) sont menés en ambulatoire et correspondent à une réelle sortie d'hospitalisation.

Le collège des professionnels de santé, convoqué par le directeur, composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre extérieur au suivi et d'un cadre, se réunit physiquement mais le patient n'est pas nécessairement examiné.

RECOMMANDATION 33

Conformément à l'article L 3212-7 du code de la santé publique, le collège des professionnels de santé doit procéder, pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état de sorte à donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Le directeur indique : « L'article L 3212 du code de la santé publique prévoit que le collège procède à une évaluation médicale approfondie de l'état mental du patient ainsi que le recueil de l'avis du patient. En revanche, l'examen du patient mentionné par cet article n'est pas nécessairement réalisé par le collège lui-même. En pratique, l'examen est réalisé par le praticien prenant en charge le patient et le collège réalise son évaluation médicale approfondie au vu du dossier médical et de tous ces éléments, y compris le compte rendu d'examen du patient. Il apparaît que le fait d'imposer à un patient, pris en charge au long cours et suivi par un praticien avec lequel un

colloque singulier a pu s'établir, un examen par un collègue est peu compatible avec le maintien de la relation de confiance indispensable à l'atteinte de l'objectif de la compliance aux soins et de l'acceptation de leur nécessité. En outre, un examen par le collègue lui-même est d'autant moins nécessaire que font partie de ce collègue non seulement un psychiatre participant à la prise en charge, mais également un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge, de telle sorte que le collègue est parfaitement à même de procéder à l'évaluation médicale approfondie de l'état mental du patient. »

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LES PERSONNES AGEES SONT PRISES EN CHARGE DANS UNE UNITE TOTALEMENT FERMEE

Les personnes âgées (plus de 65 ans) sont toutes regroupées dans une unité fermée : l'unité C. Cette unité est composée de dix-sept lits, chacun dans une chambre individuelle, et d'une chambre d'isolement. Ces lits sont toujours occupés. Les patients sont pris en charge par quatre agents en journée (deux IDE et deux AS) et deux la nuit. Les contrôleurs ont observé des personnels investis et une bonne ambiance de travail.

Cette unité accueille indifféremment des patients en soins libres et contraints, la plupart affectés par des problématiques médicales psychiatriques, somatiques et des troubles cognitifs importants.

Au moment de la visite, sur dix-sept patients, cinq étaient en SSC (sur demande d'un tiers ou en péril imminent) et douze en soins libres.

Ainsi, des patients en soins libres sont pris en charge dans une unité fermée, souvent pour des durées longues. De plus se pose pour ces derniers la question de leur réelle adhésion au soin et à leur hospitalisation alors qu'ils sont affectés par des pathologies psychiatriques graves et incapables pour certains de comprendre ni où ils sont, ni pourquoi ils y sont, ni par conséquent leurs droits.

L'accueil des personnes placées en SSC est réalisé comme décrit en § 4.1.4. La plupart arrivent directement des urgences ou d'EHPAD sécurisés – plus rarement de l'extérieur – et sont présentés souvent à un moment de crise. Les formulaires relatifs aux droits des patients en SSC ne sont pas donnés automatiquement mais uniquement sur demande du patient, lequel ne sait pas toujours qu'il peut en faire la demande. Plus globalement, la démence dont sont atteints de nombreux patients âgés conduit à une notification des décisions et des droits aléatoire selon le cadre, les soignants et les médecins. Si la décision de privation de liberté et le certificat sont bien présentés au patient, dans la plupart des cas ce sont deux soignants qui signent car « *le patient est dans l'impossibilité de comprendre l'information en raison de son état de santé* ». Si cela paraît adapté dans la majorité des cas, il semble que la pratique soit trop généralisée et s'applique dans des cas où elle pourrait être évitée.

Une assistante sociale est en permanence dans le bâtiment où l'unité. En revanche aucun tuteur institutionnel ne vient jamais, ni aucun avocat. Il semble que le tuteur ne soit pas partie prenante dans les soins ni pour préparer la sortie. Les familles sont informées des soins. De nombreuses sorties se font en EHPAD.

L'architecture de l'unité n'est pas adaptée au profil des patients. Située au premier étage, elle possède deux terrasses trop petites et n'a qu'un accès direct à l'extérieur via un escalier qui part d'une des terrasses. Cela étant, tant pour les patients en SSC que pour les autres, ni l'extérieur ni les terrasses ne sont accessibles. La grande terrasse (d'où part l'escalier) est constamment fermée depuis qu'un patient a essayé d'escalader les parois. Les patients n'y ont accès qu'en présence d'un soignant, ce qui n'est pas arrivé une seule fois lors des visites des contrôleurs dans l'unité. La petite terrasse (8m²) est réservée pour les fumeurs et est, selon le personnel, ouverte en permanence. Cependant, durant la visite, elle était fermée et seul le personnel s'en est servi pour fumer ou passer des appels téléphoniques. Aucun patient ne semble avoir demandé à y avoir accès, les contrôleurs n'ont pu savoir si les patients étaient informés de cette possibilité.

RECOMMANDATION 34

Les patients de l'unité C (patients âgés de plus de 65 ans) doivent pouvoir bénéficier d'un accès permanent à l'air libre en journée, seuls ou accompagnés en fonction de leur clinique.

Le directeur précise que « la terrasse de l'unité C est ouverte sous la surveillance des soignants. Une réflexion concertée est actuellement en cours entre la communauté médicale et soignante et les services techniques pour mettre en œuvre des solutions de sécurisation dans les prochains mois permettant un accès libre à la terrasse ».



Grande terrasse



Petite terrasse

Contrairement aux autres unités les repas sont toujours pris en salle commune, il est impossible de prendre un repas dans la chambre afin de préserver les patients d'éventuelles fausses routes. Le réfectoire est très lumineux et convivial. Pour le personnel comme pour les médecins, cela est préférable pour la socialisation des patients – qui ont tendance à trop s'isoler du fait de leur âge ou de leur démence. Les patients s'installent où ils veulent – deux par table, l'un en face de l'autre. Le repas est servi chaud, cuit correctement et en quantité et qualité suffisantes selon les patients. Il n'est pas possible de conserver et de consommer plus tard la nourriture. Si une personne sortie de l'unité rentre un peu plus tard que l'heure du repas, son plateau lui est conservé. Une collation est servie vers 16h.

En matière d'activités, l'unité possède un budget propre. Il y a de nombreuses activités artistiques, thérapeutiques, créatives ou occupationnelles (peinture, culinothérapie, coloriage, etc.). Néanmoins, il n'y a aucune sortie organisée à l'extérieur du site du fait de la population singulière accueillie à l'unité C.

Aucun groupe de parole ou outils de médiation ne sont organisés entre les patients et le personnel ou encore entre patients. Aucune action de prévention à la violence n'a été mentionnée. Aucune plainte familiale n'a été déposée ces dernières années selon le personnel. Quant aux soins pour les personnes âgées, le somaticien spécialisé en gériatrie vient sur demande mais ne voit pas systématiquement les patients à leur arrivée. Ce sont les psychiatres qui prennent en charge les soins somatiques, pour une appréhension holistique et complète du traitement des patients.

Les patients en SSC peuvent sortir – accompagnés uniquement – avec un accord du médecin. Les patients en soins libres peuvent sortir sur demande, mais là aussi après avis du médecin. L'argument avancé est la sécurité de la population singulière, l'état psychiatrique et/ou les risques suicidaires. Toute l'organisation de l'unité est centrée sur les patients les plus vulnérables

et désorientés et s'impose à ceux qui ne sont ni affectés de pathologies psychiatriques graves ni suicidaires. Or les patients en soins libres ne doivent pas se voir appliquer les contraintes prévues aux patients en SSC et, quel que soit le statut d'hospitalisation, les restrictions de liberté doivent être adaptées à l'état clinique de chaque patient (cf. recommandation en § 6.2.1).

Quant aux sorties définitives, le personnel soignant est en contact avec des EHPAD. Les psychiatres assurent un suivi des soins psychiatriques après la sortie. Il est observé qu'en raison d'un manque de place à l'extérieur, les personnes âgées placées dans l'unité C y séjournent souvent assez longtemps.

La préparation à la sortie fait l'objet d'une réelle attention par des permissions, des visites d'EHPAD accompagnées ou encore des courts séjours auprès des familles. L'assistante sociale dispense un suivi très apprécié : elle coordonne les soins, les aides financières, les aides à domicile, les auxiliaires de vie, etc.

Comme mentionné supra (recommandation § 9.3.1), la levée de la mesure est systématiquement précédée d'un 2^{ème} avis médical demandé par le préfet (SDRE).

10.2 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS EST SATISFAISANTE

Le pôle universitaire de psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et périnatalité (PUPEAP) mis en place au sein de l'établissement accueille des enfants de zéro à dix-huit ans dans les différentes structures qui lui sont rattachées.

Deux unités d'hospitalisations complètes sont chargées des admissions des mineurs de 12 à 18 ans. L'unité « Odyssée » est fermée, elle peut recevoir des mineurs en soins sans consentement et dispose d'une chambre d'isolement (cf. recommandation en § 7.1 et § 7.3). L'unité « Le petit prince » est une unité ouverte d'hospitalisation de semaine, dont cinq lits sont consacrés à la rescolarisation et cinq à l'évaluation et au suivi. Trois lits d'hospitalisation de journée, post hospitalisation complète, sont hébergés dans le même bâtiment.

Le dispositif est complété par cinq hôpitaux de jour, une filière de soins ambulatoires, une filière « évaluation et accès aux soins » et une filière « périnatalité ».

10.2.1 Les locaux

Les deux unités d'hospitalisation complète occupent un bâtiment de plain-pied. Les locaux administratifs, dévolus aux soins et aux activités, permettent l'exercice de leurs missions par les professionnels. Ils comprennent notamment deux bureaux pour les enseignants, un bureau pour la psychomotricienne, une salle informatique, une salle pour les arts créatifs, une salle multi sensorielle, une salle de relaxation et une salle de culinothérapie.



Salle arts créatifs



Salle de relaxation



Salle multi sensorielle

Les unités sont composées chacune de dix chambres qui entourent une grande cour commune. Ces chambres d'environ 20 m² sont toutes individuelles et dotées de salle de douche avec WC et

lavabo. Ni la porte de la chambre ni celle de la salle d'eau ne sont pourvues de verrous de confort. La cuvette des WC est munie d'un abattant. Un bouton d'appel est accessible à côté du lavabo de même qu'au-dessus de la tête de lit à côté de la commande des lumières. Elles sont équipées d'un grand placard qui peut être fermé avec une clef dont les mineurs ne disposent pas mais qui présente une fenêtre de vision permettant aux patients d'apercevoir son contenu.



Chambre

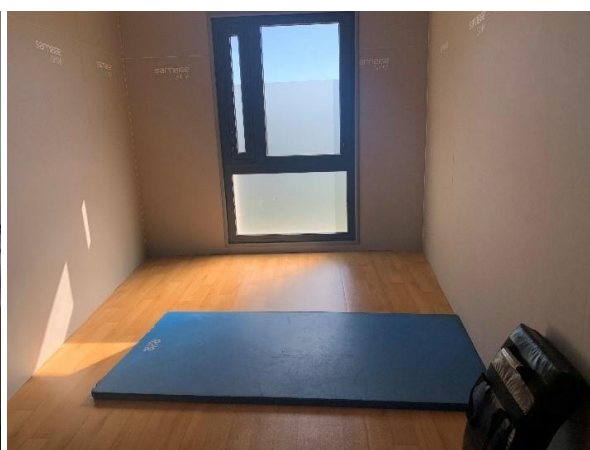


Salle de douche privative

Chaque unité bénéficie d'une salle à manger et d'une salle de télévision et l'unité « Odysée » d'une chambre d'apaisement, d'une salle de bain commune et d'une salle de psychomotricité.



Salle de bain commune



Chambre d'apaisement

10.2.2 L'équipe

Les deux unités fonctionnent avec une équipe pluridisciplinaire complète composée du praticien hospitalier chef de pôle PUPEAP, deux pédo psychiatres seniors, deux internes, une psychologue à temps plein, une psychomotricienne à 80 %, une assistante de service social à 80 % ainsi qu'un éducateur.

Un praticien est toujours présent en journée, ainsi que trois soignants pour chaque unité avec au moins un IDE. La nuit l'équipe est composée de deux soignants (IDE ou AS).

Il n'y a pas de médecin généraliste et les soins somatiques sont pris en charge par les internes pour le bilan ; si besoin le mineur est conduit aux urgences.

10.2.3 Le fonctionnement

En 2020, trois mineurs étaient placés en SDRE et deux en vertu d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) ; en 2021, quatre en SDRE et un en OPP ; en 2022, un en SDRE et cinq en OPP. La durée moyenne de séjour est de 17 jours à Odysée et 11 jours à Petit Prince.

Au jour du contrôle, douze jeunes patients étaient hospitalisés, six dans chaque unité, et aucun en soin sans consentement. Il n'existe aucune liste d'attente et il est exceptionnel que des mineurs soient hospitalisés dans les unités pour majeurs en raison du manque de place.

Les mineurs sont orientés par les urgences et par les autres pédopsychiatres du pôle.

À l'admission, un contact téléphonique est établi avec les parents qui seront reçus par le médecin dans les 24 heures. Le livret d'accueil et les règles de vie sont expliqués au jeune patient verbalement et sont rappelés ultérieurement.

Lors de l'arrivée, tous les objets personnels sont systématiquement retirés, y compris les téléphones portables, et placés dans des petites armoires fermées à clés après inventaire contradictoire dont le mineur reçoit une copie.

Les mineurs hébergés dans l'unité Odysée, bien que pour la plupart en soins libres, ne peuvent jamais sortir seuls. Ils ne peuvent téléphoner à leurs parents que sur prescription médicale avec utilisation du téléphone de l'unité.

RECOMMANDATION 35

L'accès au téléphone pour les mineurs ne doit pas être interdit par principe et les mesures restrictives de liberté doivent être individualisées.

Le directeur précise que « l'accès au téléphone des mineurs est soumis à une prescription médicale. »

Le tabac est interdit et les mineurs peuvent recevoir des produits de substitution.

Les visites, autorisées par les médecins, se déroulent dans les chambres.

Une réunion a lieu tous les mardis matin avec les médecins, les enseignants, les soignants, psychologue, éducateur et secrétaire pour faire le point sur la situation des patients et si nécessaire une réunion de synthèse est organisée avec les intervenants extérieurs. Tous les lundis et jeudis matin, une visite en chambre est organisée avec les deux pédopsychiatres, les internes et les soignants. Les médicaments sont distribués dans les chambres.

10.2.4 Les activités et l'enseignement

De nombreuses activités occupationnelles et thérapeutiques sont mises en place et elles sont pleinement intégrées dans le projet de soins des jeunes patients. Un gymnase extérieur peut être utilisé avec un soignant ou le professeur de sport. La bibliothèque est commune aux deux unités.

*Bibliothèque**Gymnase*

Un budget, d'un montant annuel de 4 000 euros pour les deux unités, permet de mettre en œuvre des sorties et des activités.

Une professeure des écoles et un enseignant du secondaire interviennent sur l'ensemble du pôle en période scolaire. C'est le médecin et l'enseignant référent qui désignent les patients qui peuvent aller en cours. Différentes matières sont proposées : mathématiques, physique, français, histoire.

10.3 LES PATIENTS DETENUS SONT PLACES A L'ISOLEMENT DURANT TOUTE LEUR HOSPITALISATION MAIS CONSERVENT LEUR DROIT AU MAINTIEN DES LIENS FAMILIAUX

L'accueil des patients détenus est encadré par un protocole, entré en application le 3 mars 2022, conclu entre l'établissement et la maison d'arrêt (MA)⁸ de Limoges. Les patients détenus sont pris en charge exclusivement au sein de l'UHS de Delay 1. Selon le rapport d'activité de cette unité, seize patients détenus ont été hospitalisés en 2021, durant vingt séjours et 328 journées. Le nombre d'admissions est stable par rapport à 2020 (seize patients également, vingt-et-un séjours) alors que le nombre de journées a très fortement augmenté (200 journées en 2020, soit + 64 %) du fait de délais accrus pour obtenir le transfert à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Cadillac (Gironde).

Le transfert depuis la MA est assuré par des soignants dans une ambulance du CHEL, escortée le cas échéant par la police. Durant le trajet, les détenus sont en contention, sur prescription médicale.

Ces patients sont enfermés en chambre sécurisée durant toute la durée de leur hospitalisation, sans que cela ne soit comptabilisé dans les statistiques comme un isolement sauf si une mesure de contention y est associée. Si chaque ouverture de porte se fait initialement en présence de l'équipe de sécurité du CHEL, cette mesure de sécurité est rapidement levée sur décision médicale en fonction du comportement du patient.

Le patient détenu reste en pyjama durant tout son séjour ; il est toutefois autorisé à s'habiller lorsqu'il bénéficie de visites et lors des présentations à un juge.

⁸ La MA de Limoges est le principal établissement pénitentiaire d'origine des détenus accueillis (environ 95 % d'entre eux) ; quelques-uns proviennent également de la MA de Guéret (Creuse).

Comme tout patient en chambre d'isolement (cf. § 7.1), il bénéficie d'un libre accès à la télévision, sauf décision médicale contraire, la gestion de la télécommande lui étant généralement confiée sauf si son état de santé ne le permet pas.

Les repas sont servis en chambre, avec une vaisselle et des couverts (cuillère) en plastique incassable.

L'accès à l'air libre n'est possible que durant de courtes sorties d'une dizaine de minutes, entre trois et cinq par jour, sur prescription médicale. Ces sorties se font dans une cour fermée d'environ 20 m², surplombée d'un caillebotis, équipée d'un banc et d'un cendrier mais sans abri contre les intempéries. Elles sont placées sous la surveillance constante de deux soignants voire, sur avis médical, d'une équipe de sécurité du CHEL en appui. Ce sont les seules occasions pour le patient détenu de fumer les cigarettes qu'il peut « cantiner » auprès de la maison d'arrêt. Le CHEL dispose d'un stock permettant de dépannage en attendant la livraison des cigarettes commandées.

Une petite salle de musculation équipée de cinq agrès, située au sein de l'UHS, permet de pratiquer, sur décision médicale, une activité. Toutefois, celle-ci demeure soumise à la disponibilité des soignants, deux d'entre eux devant être présents (assistés parfois de l'équipe de sécurité) alors même que la salle est placée sous vidéo-surveillance.



Cour et salle de musculation de l'unité de haute surveillance

Le patient détenu conserve les droits de visite et de téléphoner dont il bénéficie à la MA. Celle-ci communique à cette fin les permis de visite et de téléphone.

Les visites (jusqu'à trois par semaine pour les prévenus, deux pour les condamnés) s'effectuent dans une pièce de 6 m² environ, située au sein de l'UHS, placée sous vidéosurveillance et meublée de deux chaises. Leur durée est de 45 minutes (sauf dérogations particulières accordées par la MA pour les familles venant de loin). L'avocat et l'aumônier peuvent rencontrer le patient détenu à tout moment et sans limitation, dans cette même salle.

Les communications téléphoniques autorisées (par la MA ou par le magistrat) sont passées depuis un poste mural situé dans le sas d'entrée de l'unité, en la présence constante de deux soignants.

Enfin, tous les courriers (entrants et sortants) transitent par la MA, à l'exception de la correspondance avec l'avocat, le préfet, le JLD, le maire, le procureur de la République, la CDSP, le CGLPL et le directeur du CHEL.

RECOMMANDATION 36

Le placement des patients-détenus en chambre sécurisée durant toute leur hospitalisation n'est pas acceptable dès lors que leur situation médicale ne justifie pas une mise à l'isolement. L'accès à l'air libre et à des activités ne peut être conditionné à la disponibilité des soignants

Le directeur indique : « Cette situation trouve son origine dans la pratique préfectorale consistant à prononcer l'hospitalisation psychiatrique des détenus au CH esquirol, établissement non doté d'une UHSA, alors que la réglementation ne le permet pas pour les détenus majeurs. L'article L 3214 du code de la santé publique prévoit dans son texte, en ce qui concerne les soins sans consentement, que l'hospitalisation à temps complet est réalisée au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée. En effet, dans le rapport fait au nom de la commission mixte paritaire se prononçant sur la proposition de loi visant à modifier certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, au sujet de la discussion de l'article 10 qui instaure précisément cette notion d'unité adaptée, le député Denis Robillard explique clairement que la notion d'unité adaptée maintient ainsi la possibilité pour le détenu d'être soigné dans une unité pour malades difficiles sans utiliser le terme.

Ainsi lorsque le préfet prend une décision de soins psychiatriques sans consentement à l'encontre d'un détenu sur le fondement de l'article L 3214 du code de la santé publique, cet article prévoit une admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète dans les conditions prévues de l'article L 3214, c'est à dire en UHSA. Cette impossibilité réglementaire de procéder à l'hospitalisation psychiatrique d'un détenu hors UHSA est confirmée par l'article L R 3214 du code de la santé publique, selon lequel lorsque l'unité spécialement aménagée territorialement compétente n'est pas en mesure de prendre en charge une personne détenue, faute de place disponible, son hospitalisation est recherchée au sein de l'unité spécialement aménagée la plus proche. L'hospitalisation en hôpital psychiatrique de proximité n'est donc réglementairement pas une alternative à l'hospitalisation en UHSA. Cela constitue un abandon pur et simple par l'administration pénitentiaire de sa mission de garde et de surveillance des détenus qui se décharge de sa responsabilité sur l'hôpital en dehors de toute réglementation le permettant.

En effet, la réglementation prévoit que les détenus majeurs hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne pouvant être accueillis que dans une UHSA, c'est l'administration pénitentiaire qui est chargée de la surveillance des détenus. L'article R 3022 du code de la santé publique prévoit que la surveillance des personnes détenues hospitalisées atteintes de troubles mentaux incombe à l'administration pénitentiaire. Cet article précise clairement que les personnes détenues hospitalisées dans l'unité hospitalière spécialement aménagée continuent à exécuter leurs peines ou leur détention provisoire.

Au surplus, les détenus majeurs hospitalisés sans consentement en psychiatrie ne peuvent pas faire l'objet d'une levée d'écrou, cette possibilité restreinte étant réservée aux situations de pathologie autres qu'un trouble mental.

Cela explique pourquoi le code de la santé publique dispose, au sujet des détenus atteints de troubles mentaux, qu'il n'est pas fait application à leur égard, de la règle posée au 2nd alinéa de l'article R 6111 concernant leur surveillance par un personnel de police ou de gendarmerie pendant leur hospitalisation.

Cela ne signifie pas que les détenus peuvent être hospitaliers hospitalisés en psychiatrie sans surveillance. Mais cela signifie que, dans la mesure où une telle hospitalisation ne peut avoir lieu qu'au sein d'une UHSA, où la garde des détenus incombe à l'administration pénitentiaire, il n'est pas nécessaire que la police assure la surveillance d'un détenu hospitalisé en psychiatrie.

En revanche, il est contraire à la législation qu'un détenu puisse se retrouver hospitalisé en psychiatrie en dehors d'une UHSA et a fortiori sans faire l'objet d'aucune surveillance par l'administration pénitentiaire. La pratique d'hospitalisation des détenus en établissements non dotée d'une UHSA aboutit à une situation paradoxale. Alors que des détenus, en établissements pénitentiaires et en UHSA, font l'objet de mesures de surveillance par le personnel pénitentiaire adaptés à leur éventuelle dangerosité, ils ne font plus l'objet d'aucune surveillance lors de leur hospitalisation au cours de laquelle ils ne sont encadrés que par des soignants, n'ayant aucune compétence spécifique pour assurer des missions de surveillance pénitentiaire. Ce glissement de tâches, des personnels pénitentiaires vers les personnes hospitaliers, constituent potentiellement des situations à risque pour les agents hospitaliers, qui se retrouvent à devoir gérer seuls les détenus parfois dangereux. »

Le CGLPL prend acte de cet argumentaire juridique, qui devrait conduire à une concertation institutionnelle entre les différents ministères, mais maintient sa recommandation au regard du respect des droits fondamentaux des patients, dont une prise en charge médicale fondée uniquement sur l'état clinique, comme des détenus, dont la promenade et des activités sportives.

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