



**Rapport de visite
Centre Hospitalier Esquirol de
Limoges
(Haute-Vienne)**

9-11 décembre 2008

Contrôleurs

Thierry Landais, chef de mission
Henri Argence
Gino Necchi
Olivier Obrecht

En application de la loi du 30 octobre 2007 instituant le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Esquirol, sis à Limoges (Haute-Vienne) du 9 au 11 décembre 2008. Le chef d'établissement avait été informé le jeudi 4 décembre.

1 - Les conditions de la visite

Les quatre contrôleurs sont arrivés le mercredi 9 décembre à 11h30 et repartis le vendredi 11 décembre à 17h00.

L'accueil et la disponibilité des personnels ont été parfaits.

Une salle a été mise à la disposition des contrôleurs durant tout le temps de la mission avec l'ensemble des documents demandés.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients et des familles qu'avec des personnels exerçant sur le site, ainsi qu'avec les personnes suivantes, extérieures à l'établissement :

- le président de la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP),
- le président de l'association des parents de malades intervenant au sein de l'établissement (UNAFAM).

Une réunion initiale de présentation de la mission s'est tenue, autour du directeur de l'hôpital et du président de la commission médicale d'établissement (CME), avec la présence d'une trentaine de membres de l'encadrement administratif, médical et soignant de l'établissement ainsi que du représentant de l'UNAFAM. A l'issue de la visite, l'équipe de contrôleurs a fait part de ses principaux constats au directeur.

L'équipe a pu visiter la totalité des locaux recevant des malades hospitalisés sous contrainte, y compris l'unité de pédopsychiatrie.

Les constats qui suivent ne concernent que les unités fermées de l'établissement.

Les contrôleurs ont noté que l'information concernant leur visite avait été bien relayée au sein de l'ensemble des services de l'hôpital, tant en direction des personnels que des patients. Il est à noter que l'institution du contrôleur général des lieux de privation de liberté a fait l'objet de la part de la direction d'une note d'information générale et d'une « fiche réflexe » à destination des cadres de l'établissement, documents établis dès le 10 octobre 2008.

Parmi les malades rencontrés, 13 d'entre eux avaient sollicité un entretien avec les contrôleurs et ont été reçus individuellement.

Le rapport de constat a été adressé le 19 décembre 2008 au directeur de l'établissement, qui a fait connaître ses observations en retour le 6 janvier 2009.

Le présent rapport de visite a intégré celles-ci.

2 - Présentation générale de l'établissement

Le centre hospitalier Esquirol est implanté à Limoges dans le département de la Haute-Vienne (354 000 habitants). Il se situe à trois kilomètres du centre ville, sur un domaine d'une trentaine d'hectares à proximité immédiate du centre hospitalier universitaire (CHU). Il est composé de locaux de construction contemporaine et d'édifices du 19^{ème} siècle.

Son environnement est vaste et arboré. Son accès est commode grâce à une bonne signalétique des voies routières et une desserte par les transports en commun.

L'établissement est engagé depuis plusieurs années dans un important programme d'humanisation des locaux, dont la dernière tranche des travaux est prévue pour 2010. Les services rénovés proposent d'excellentes conditions d'accueil aux patients, avec une majorité de chambres individuelles comportant un cabinet de toilette avec douche et WC.

L'hôpital est constitué de cinq pôles d'activité qui regroupent :

- cinq secteurs de psychiatrie adultes, regroupés en trois pôles ;
- deux intersecteurs de pédopsychiatrie regroupés en un pôle ;
- une filière pour les traumatisés crâniens constitutive d'un pôle.

Les pôles intègrent également : une filière spécifique pour la périnatalité, un intersecteur régional de soins en addictologie, un centre de réhabilitation et de réinsertion, un centre de psychiatrie du sujet âgé et une unité pour la prise en charge des auteurs d'infractions à caractère sexuel.

L'accueil psychiatrique des malades est assuré au niveau des urgences du CHU par une équipe du centre hospitalier Esquirol.

L'établissement est doté d'une capacité d'hospitalisation à temps complet de 441 lits en psychiatrie adulte, de 21 lits en pédopsychiatrie et de 22 lits en psychoréhabilitation.

L'établissement dispose en outre de 317 places d'hospitalisation de jour en psychiatrie adulte, de 62 places en pédopsychiatrie, de 10 places en psychoréhabilitation.

Il existe enfin 19 lits d'hospitalisation de nuit en psychiatrie adulte.

En 2007, le taux d'occupation des lits de psychiatrie était de 95% en hospitalisation complète et de 86% en hospitalisation incomplète. Les prévisions pour 2008 sont respectivement 97% et 88%. Ces taux observés en hospitalisation complète ne laissent quasiment aucune marge de manœuvre, les lits se retrouvant constamment occupés.

La durée moyenne de séjour (DMS) en hospitalisation complète est de 25,26 jours en 2007, avec de grandes disparités entre les secteurs : 22 jours en psychiatrie adulte, 17 jours en pédopsychiatrie et 25 jours en psychoréhabilitation. La DMS est stable en hospitalisation complète depuis 2006 et augmente en hôpital de jour ; ce constat reflète, d'après le corps médical, le suivi de malades de plus en plus difficiles en ambulatoire, faute de possibilités d'hospitalisation suffisantes à temps complet.

En 2007, 185 patients ont été hospitalisés sous le régime de l'hospitalisation d'office (HO) et 374 sous celui de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT). La proportion des HO et HDT par rapport au nombre d'hospitalisation est respectivement de 3,61% et de 7,68%. Les

chiffres au 30 novembre 2008 sont de 179 malades en HO et 470 en HDT. Le jour de la visite, un mineur hospitalisé en HO est sorti.

La durée moyenne de séjour des personnes en HO et en HDT a été en 2007 respectivement de 31 et de 27 jours.

L'établissement est par ailleurs siège d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) de 40 places.

En 2007, le nombre total d'agents en équivalent temps plein est de 1284,56 pour le personnel non médical (1312 personnes) et de 65,80 pour le personnel médical (71 personnes). 73% des agents sont des femmes.

3 – Constats

Au cours de sa mission, l'équipe de contrôleurs s'est essentiellement intéressée au cas des personnes hospitalisées sous contrainte et a visité l'ensemble des unités où celles-ci sont accueillies; à ce titre, elle a fait les constats suivants.

3.1 – Exercice des droits des malades en HO/HDT

3.1.1 - Informations données aux malades arrivants et possibilités de recours

L'arrêté préfectoral d'HO est réceptionné par le service des admissions qui le transmet à l'unité de soin où le patient a directement été dirigé.

La notification de l'arrêté est effectuée au patient par le cadre supérieur de santé de l'unité, lors d'un entretien. Le patient est invité à signer un accusé-réception et il lui est remis un exemplaire de l'arrêté. Le refus ou l'impossibilité de signer la notification est attestée par la signature de deux personnels soignants, nominativement identifiés. Si l'état du patient ne lui permet pas de signer le document en toute lucidité, il lui sera remis dès qu'il sera en état de le recevoir et de le comprendre.

Le document est ensuite retourné au service des admissions qui le transmet à la préfecture et en classe une copie dans le dossier administratif du patient.

La procédure est identique, s'agissant des décisions d'HDT prises par le directeur du centre hospitalier. Le document élaboré par le service des admissions de l'hôpital, rédigé en termes juridiques, présente au patient l'ensemble des voies de recours qui lui sont ouvertes à l'encontre de la décision d'hospitalisation. Il mentionne en outre l'existence du livret d'accueil dans lequel le patient trouvera tous les renseignements sur sa situation et ses droits.

La consultation du registre de la loi et des dossiers administratifs individuels a permis aux contrôleurs de constater que l'arrêté d'hospitalisation est notifié rapidement au patient qui ainsi est en mesure d'exercer sans délai ses voies de recours.

En 2007, les malades qui ont saisi le juge des libertés et de la détention (JLD) en vue de l'obtention de la mainlevée de leur HO ou de leur HDT ont vu, dans tous les cas, leur requête rejetée. En novembre 2008, une ordonnance de mainlevée d'une mesure a été prise par le JLD.

L'établissement n'a pas été en mesure de transmettre le nombre de malades ayant formé un recours devant le JLD.

Le livret d'accueil est mis par le service des admissions avec la décision de placement sous contrainte dans la même enveloppe qui est transmise à l'unité d'hospitalisation. Il arrive donc

que le livret soit remis deux fois : au moment de l'arrivée dans l'unité et lors de la notification de la décision.

Aucun patient entendu par les contrôleurs n'a fait état qu'il n'était pas en possession du livret.

Le livret d'accueil est très complet. Il comprend deux parties : un livret de 34 pages donne des renseignements précis sur tous les aspects des conditions de vie et de soins dans l'établissement ; il est complété par un jeu de 23 fiches de couleurs différentes présentant chaque secteur, l'ensemble des instances et partenaires de l'établissement (avec les identités des personnes et les modalités de prises de contact) et certaines problématiques (lutte contre la douleur, lutte contre les maladies nosocomiales...). Ces fiches permettent une mise à jour régulière (la dernière date d'octobre 2007). En annexe se trouve un questionnaire de sortie avec une enveloppe à l'adresse du directeur portant la mention « confidentiel ».

Ce livret existe en langue anglaise (« Welcome booklet »).

Chacune des unités dispose d'un règlement intérieur qui est signé par le médecin responsable, le cadre supérieur de santé et le cadre de l'unité. Les noms et les qualités des personnes participant à la prise en charge sont clairement affichés.

Il est indiqué aux patients qu'ils peuvent faire appel à l'assistante sociale du pôle afin de bénéficier d'une aide pour effectuer des démarches administratives.

Dans aucun service, les contrôleurs n'ont constaté l'affichage du tableau de l'Ordre des avocats.

La charte du patient hospitalisé est affichée dans les services, accessible aux malades et au public.

3.1.2 - Information donnée aux familles et confidentialité de l'hospitalisation

L'hôpital donne des renseignements aux familles sous plusieurs conditions :

-si le médecin en a donné l'autorisation ;

-si le patient est majeur, son autorisation est requise pour que des informations le concernant puissent être données par l'administration de l'hôpital : le livret d'accueil indique expressément que tout patient peut demander qu'aucune indication sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé ne soit fournie à un tiers ;

-si les personnes demandant les informations ont un titre juridique pour les obtenir : parents, titulaires de l'autorité parentale, tuteurs ou curateurs.

Dès son admission, le patient est à même de désigner par écrit une personne de confiance (parent proche, médecin, etc...) qui pourra l'accompagner dans ses démarches. Cette personne sera consultée par l'hôpital si le patient n'est pas en mesure de recevoir l'information nécessaire et d'exprimer sa volonté. Cette désignation est révocable à tout moment.

Les médecins reçoivent, avec l'accord du patient, les familles, soit sur rendez-vous soit à l'occasion des visites.

En toute hypothèse, aucune information n'est donnée par téléphone.

Le bulletin d'hospitalisation n'est remis par le service des admissions qu'au patient seulement. L'assistante sociale entre en contact avec l'employeur des personnes hospitalisées sous contrainte.

3.1.3 - Accès au dossier médical par le patient

Le patient peut avoir accès à son dossier médical, soit personnellement, soit par l'intermédiaire du médecin de son choix, sur demande écrite adressée à la direction de l'établissement.

Toute demande est matérialisée par un formulaire type, pour ayants droit et malades, adressé à la direction de l'établissement, qui s'assure auprès des praticiens responsables du caractère directement communicable ou non des pièces du dossier.

Dans l'affirmative, une fois retirés les éléments issus ou concernant des tiers, conformément à la loi, le dossier est transmis au patient selon ses souhaits, consultation sur place ou envoi de copies.

Selon le mode d'hospitalisation, un avis de la Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) peut être nécessaire. Le président de la CDHP a fait état aux contrôleurs d'un contentieux actuellement pendant au tribunal administratif de Limoges : un patient en HO (qui n'est plus aujourd'hui hospitalisé) a souhaité consulter personnellement son dossier médical et a saisi la CDHP en ce sens. La CDHP a confirmé la présence nécessaire d'un médecin choisi par le patient, ce que conteste ce dernier auprès du juge administratif. Par jugement en date du 27 novembre 2008, le tribunal administratif de Limoges a rejeté le recours, après avoir constaté que le demandeur n'avait pas saisi préalablement la commission d'accès aux documents administratifs (CADA) pour avis. Or, ce recours administratif préalable est obligatoire avant toute saisine du juge ; la jurisprudence est constante sur ce point.

3.1.4 – Communication avec l'extérieur pour les malades en HO/HDT

La possibilité de visites est soumise à l'autorisation du médecin ayant la responsabilité du patient. Il peut s'y opposer s'il estime qu'elles ne seraient pas favorables pour le patient, soit pendant un temps limité en début d'hospitalisation, soit pour des périodes plus longues définies en fonction de l'évolution de l'état du patient.

Le patient, lui-même, peut dire qui il souhaite voir et qui il refuse de voir.

Le médecin peut, également, fixer les conditions dans lesquelles les visites autorisées peuvent avoir lieu : dans la chambre du patient, à l'intérieur du service, à la cafétéria, dans le parc, etc... ainsi que la durée et les horaires possibles.

Les visites sont possibles tous les jours sans exception, généralement entre 14 h et 18h30. Néanmoins les contrôleurs ont pu constater que les visites pouvaient être aussi organisées le matin en fonction des disponibilités des visiteurs.

Si le patient est placé sous contention, une discussion s'ouvre entre infirmier et famille sur l'opportunité de la visite, qui, en général, n'est pas souhaitée par le personnel soignant, compte tenu de la situation.

Le courrier des malades est libre et non contrôlé à l'arrivée comme au départ.

Pour le courrier entrant, la règle est qu'il est distribué, chaque jour, dans les unités de soins. Les lettres et les paquets recommandés sont distribués directement par le vaguemestre.

Pour le courrier départ, les patients le confient, affranchi, au personnel infirmier du service dans lequel ils sont soignés, plutôt que de le poster eux-mêmes. Cette règle de précaution est appliquée dans la mesure où il peut être craint que les lettres adressées (éventuellement sous le coup d'une impulsion) à certains destinataires pourraient avoir, ultérieurement, des conséquences fâcheuses pour l'expéditeur en raison de leur contenu supposé.

L'hôpital met à disposition des malades un téléphone commun ou individuel en chambre selon les unités.

Le téléphone commun est disposé dans un lieu de passage. Après autorisation médicale, les malades y ont accès selon des modalités différentes en fonction des services, plages horaires prédéfinies ou à la demande.

Le patient peut recevoir un appel de l'extérieur: celui-ci arrive soit sur un poste qui se trouve dans le local infirmier soit sur un poste dédié aux patients qui se trouve à l'entrée du service dans le couloir, après passage de la communication par le standard commun. Si un patient veut appeler l'extérieur, il achète une carte à l'administration: deux à dix euros. Il peut téléphoner de la cabine dédiée aux patients. Le personnel soignant constate qu'il est difficile de contrôler les appels en cas d'interdiction de téléphoner à des proches. Si le patient n'a aucun moyen financier, un coup de fil à partir du poste infirmier est possible, surtout au moment de son admission; si les communications s'insèrent dans un projet thérapeutique, le poste infirmier peut-être utilisé aux frais de l'administration.

L'ouverture de la ligne en chambre par le service des admissions coûte 4,50 €. Le patient ou son entourage s'acquittent ensuite d'une somme qui conditionne les droits d'accès. Le patient qui peut appeler le fait donc librement et reçoit directement ses appels.

Les téléphones cellulaires ne sont pas autorisés dans l'établissement. Il a été précisé aux contrôleurs que ces téléphones, comportant fréquemment une fonctionnalité d'appareil photographique, étaient retirés systématiquement.

Deux cabines publiques sont en outre placées à chaque entrée de l'établissement.

3.1.5 - Information sur les visites des autorités

La visite des autorités (CDHP, JLD, Procureur...) est portée à la connaissance des patients dans chaque service, le plus souvent sur des panneaux d'affichage, afin que tous ceux qui souhaitent être entendus par ces autorités puissent le faire savoir et les rencontrer.

La même diffusion a été faite au sujet de la venue de la mission du Contrôle général ; les contrôleurs ont constaté que les patients étaient parfaitement informés de la possibilité d'être entendus.

La CDHP a effectué en 2008 quatre missions : deux visites de chacune des unités de soins recevant des patients sous contrainte ; deux opérations de contrôle des dossiers dans les locaux de la DDASS.

En 2008, la CDHP a visité l'hôpital le 6 février et le 17 septembre.

Le président de la CDHP, qui est un médecin psychiatre exerçant en libéral, a indiqué aux contrôleurs que les registres de la loi lui paraissaient bien tenus et qu'à l'occasion de ses visites il était procédé en moyenne entre huit et dix entretiens avec des patients.

Aucun recours n'a été formé auprès de la CDHP en 2008 ; le président de cette instance estime que, le dossier d'admission étant bien fait, le patient est parfaitement informé de ses possibilités de recours devant l'autorité judiciaire.

Le vice procureur du TGI de Limoges a effectué deux visites en 2008, les 10 septembre et 20 novembre. Trois visites avaient eu lieu en 2007 et une en 2006.

Les visas du président de la CDHP et du vice procureur sont apposés sur les registres de la loi, aux pages correspondant aux jours des visites.

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

Les registres de la loi (HO et HDT) sont tenus par le service des admissions avec une grande rigueur.

Les dossiers du service des admissions comportent l'ensemble des documents requis pour le suivi administratif des malades placés sous le régime de la loi de 1990. Les contrôleurs ont constaté que les recours éventuels faits par les malades auprès du JLD sont mentionnés dans ces dossiers et que les ordonnances subséquentes du juge y figurent.

3.1.6 - Allégations de mauvais traitements

Le livret d'accueil n'informe pas de la conduite à tenir lorsqu'un patient estime être victime d'un préjudice pendant son séjour. S'il mentionne l'existence de la commission de relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQ), les modalités de sa saisine ne sont pas explicitées. Le livret indique : « en cas de difficultés, vous pouvez demander à rencontrer un des responsables de la Direction de l'hôpital ».

Il n'existe pas de lettre-type de plainte ou de réclamation, établie par l'établissement.

Lorsque la direction reçoit une plainte d'une personne hospitalisée, un courrier de réponse est retourné au plaignant qui est ainsi informé de la suite donnée: saisine pour recueillir information ou observation, proposition de rencontre avec les médiateurs, explications directement apportées...

Les membres de la CRUQ, présidée par le directeur de l'hôpital, sont nommément désignés. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec le médecin médiateur, qui tient une permanence chaque mercredi de 14 à 15 heures afin d'être à la disposition des patients ou de leur entourage. Il a été indiqué que personne ne s'était jamais présenté dans le cadre de cette permanence.

La CRUQ a enregistré en 2008 huit plaintes, émanant de patients (5) ou de familles (3) : trois ont donné lieu à des rencontres avec le médecin médiateur, deux à une transmission au médecin de l'unité, deux sont en cours de traitement et aucune suite n'a été donnée au dernier courrier dont le contenu avait été considéré comme totalement délirant. Parmi les motifs évoqués, on peut citer une dénonciation d'un traitement médicamenteux, d'une prise en charge médicale et d'une privation de tabac, un souhait d'interruption de contraception et une demande d'accès au dossier médical...

Il est à noter une étroite collaboration entre la CRUQ, la direction des soins infirmiers et la direction des ressources humaines qui permet une corrélation entre les plaintes des patients et le suivi des actes de violence et des événements indésirables qui sont recensés et étudiés dans une commission à la composition pluridisciplinaire.

3.2 - Conditions matérielles d'hospitalisation

Tous les services comprennent plusieurs unités d'hospitalisation : des unités fermées destinées aux malades hospitalisés sous contrainte et des unités ouvertes pour les hospitalisations libres.

Le pôle de pédopsychiatrie dispose pour sa part de deux unités d'hospitalisation hébergeant *de facto* des jeunes avec des durées de séjour très variables. Situé dans un bâtiment ancien qui ressemble à un hôtel particulier, très bien rénové, il comprend deux niveaux et 21 lits au total. Toutes les chambres sont individuelles, équipées de salles d'eau avec WC, hormis une chambre à deux lits par niveau. Par ailleurs, il existe plusieurs salles d'activité dans le bâtiment.

Après un programme de rénovation générale engagé depuis 2003, toutes les unités sont fonctionnelles et présentent une même configuration à quelques variantes près, notamment pour la psycho-gériatrie et le secteur des mineurs. Les enquêtes de satisfaction réalisées auprès des malades au moyen des questionnaires de sortie systématiques retrouvent, s'agissant des conditions d'hébergement, une note d'appréciation favorable de 8,2 à 8,5/10.

La rénovation des pavillons Deniker et Avicenne a été menée à la suite d'une réflexion préalable quant à la destination des locaux, aboutissant à créer un espace entre ces deux bâtiments avec un patio en partie couvert et une cour à l'air libre avec vitrage de sécurité permettant la vue sur la ville. Les contrôleurs ont pu constater que cet aménagement, résultant d'une architecture mise au service d'un projet, donnait entière satisfaction aux patients, à leurs familles et aux soignants.

Chaque unité comporte également une petite salle permettant diverses activités culturelles, artistiques ou simplement ludiques et parfois un salon d'accueil pour les visiteurs.

Les chambres sont meublées à l'identique : un lit, une table, une chaise et une table de nuit. Le patient dispose d'un placard individuel qui peut être fermé à clé; celle-ci est alors conservée par le personnel soignant. Dans les unités rénovées, chaque chambre possède une salle de bains avec douche, WC et lavabo. Certaines sont équipées de barres de sécurité et de soutien pour les personnes âgées ou handicapées. Par ailleurs, certaines unités ne disposent plus d'une salle de bain dotée d'une baignoire (Pavillons Bellevue et Avicenne). Des malades se sont plaints de ne pas pouvoir prendre de bain.

Les fenêtres des chambres sont fermées à clé et pourvues de vitres de sécurité. Elles sont ouvertes pendant l'entretien quotidien des locaux.

Un téléviseur peut être installé moyennant paiement d'une redevance (3€ par jour à concurrence de 45€ par mois) que les patients et leurs familles trouvent élevée. L'établissement a précisé en commentaire que ce tarif est ainsi dégressif, que le téléviseur est gratuit dans les services où l'hospitalisation est prolongée et que dans tous les cas, chaque unité possède une salle de télévision collective à la disposition de tous les malades.

Les chambres sont dotées d'un dispositif d'appel qui déclenche une lumière rouge au dessus des portes ainsi qu'une alerte au poste infirmier.

L'ensemble de ces lieux donne une impression de luminosité et de propreté.

Aucun des malades entendu n'a exprimé de doléances concernant l'alimentation, les conditions hôtelières ou l'entretien des locaux.

3.3 Vie collective et vie sociale

Chaque unité a ses règles de vie collective applicables. Elles dépendent des projets et des équipes de service. Il existe donc des variantes entre les différentes unités.

Aucun patient rencontré n'a exprimé son étonnement ou son incompréhension sur ce point bien que des malades de différentes unités se croisent parfois, notamment à la cafétéria et que certains soient hébergés provisoirement dans une autre unité en l'attente d'une place disponible.

En général, l'espace commun comprend la salle à manger, une salle pour regarder la télévision,

une ou des salles d'activités. L'usage d'un poste de radio ou d'une chaîne hi-fi est possible dans les chambres. Dans celles à plusieurs personnes, la seule limite de l'usage est le respect de la tranquillité d'autrui. L'usage des piles est privilégié afin de limiter les risques suicidaires (danger du cordon).

Les patients peuvent rester dans leur chambre à l'exception du temps de ménage (une heure par jour environ chaque matin). Ils sont sollicités pour ne pas rester dans leur chambre et invités à participer à des activités collectives, à un entretien avec un infirmier, à jouer à des jeux...

L'entretien du linge incombe aux familles. Certains patients démunis et sans famille voient leur linge géré par la blanchisserie de l'établissement de service et d'aide par le travail « *L'envol* », avec lequel l'hôpital a une convention. Le coût est à la charge de l'hôpital. Dans les autres cas où la famille n'entretient pas le linge, la facture est envoyée au tuteur ou au curateur. Pour les patients démunis, l'établissement peut fournir des vêtements de nuit ou de corps. Exceptionnellement, le lavage personnel est autorisé: la baignoire est utilisée. Il n'y a pas de laverie automatique payante.

Un coffre se trouve dans le local infirmier; les patients y déposent leur carte bancaire, leur argent, leurs bijoux, leurs objets personnels... Deux infirmiers sont habilités à gérer ce coffre. De plus, chaque patient dispose d'un petit coffre qui se trouve dans un local distinct: y sont déposés l'argent jusqu'à 30 euros, le téléphone portable, des clés, les montres...

Les malades sous contrainte peuvent sortir dans le parc, uniquement accompagnés. Pour pouvoir sortir seuls, ils doivent bénéficier d'une procédure d'allègement de placement: sortie à l'essai par exemple. Pour se rendre, dans la salle de sport, à la cafétéria ou à la bibliothèque les patients sous contrainte doivent être également accompagnés.

Le pyjama est porté pendant une semaine, à l'arrivée du malade. Il faut renvoyer, d'après le personnel soignant, celui-ci à son état et lui faire prendre conscience qu'il se trouve dans un établissement de santé. C'est aussi une logique sécuritaire: pendant ce temps, un inventaire complet et précis de ses vêtements est fait. L'établissement a précisé que cette pratique n'est systématisée que dans deux unités (Henri Ey Bas et Ballet Bas) au sein desquelles elle fait partie du contrat de soins et qu'elle est fonction de l'état du patient dans toutes les autres.

Des permissions sont accordées sur avis médical. Ils peuvent ainsi rejoindre d'autres structures de soins ou séjourner dans leur famille.

L'interdiction de fumer s'applique à l'ensemble des locaux. Les malades ont la possibilité de sortir à l'extérieur pour fumer. Il n'existe pas d'abri dans toutes les unités. Les possibilités de se rendre dans la cour sont réglementées, avec des horaires précis. Cette organisation autorise de fumer entre 5 et 12 cigarettes par jour selon les unités. Des patients rencontrés se sont plaints du caractère insuffisant du nombre de ces plages horaires.

Lorsqu'un couple est hospitalisé, il a été indiqué qu'il était possible de mettre les deux personnes dans une chambre à deux lits sauf indication médicale. Dans l'hypothèse où un couple se forme dans une unité, les malades ne doivent pas avoir de relations sexuelles. Il n'y a pas, dans ce cas, de proposition de chambre à deux lits. D'après le personnel soignant, il existe en effet une obligation de protection des individus les plus faibles.

Lorsqu'un patient allègue des violences commises à son endroit par un autre malade, les personnes sont vues par le personnel soignant, voire le médecin. Au besoin, des malades peuvent être changés de chambre. Aucune plainte ni aucun signalement n'a été transmis aux

autorités judiciaires, à la connaissance du personnel soignant. Tout fait de ce type est porté à la connaissance de la direction dans un rapport d'incident.

Il existe une aumônerie catholique animée par un prêtre et deux laïques. La chapelle n'est plus aux normes de sécurité. Elle a été fermée. Les célébrations se font dans un oratoire de 30m². Une pièce de 20m² sert de salle de réunion. Il y a une messe le dimanche tous les quinze jours à 10h et une messe tous les mardis à 14h30. Des rencontres ont lieu tous les jeudis autour d'un café dans la salle de réunion. Les personnes sous contrainte doivent être accompagnées pour participer à ces activités; des problèmes d'effectifs les empêchent de pouvoir venir à chaque fois qu'elles le désirent. L'aumônier et les laïques se déplacent régulièrement dans les unités plusieurs fois par semaines. L'aumônerie catholique peut prendre l'attache d'autres ministres du culte si besoin : c'est le cas une fois par mois environ.

Un atelier d'art thérapie propose des activités de création : arts plastiques, musique, sculpture. Les conditions pour accueillir des malades sous contrainte ne sont plus remplies faute d'accompagnement. Depuis un an, ces patients n'y ont plus accès.

Un atelier de culinothérapie permet à des malades de préparer un repas qu'ils mangent ensemble. Le service met à la disposition des unités le local et le matériel à charge pour l'unité d'assurer l'accompagnement. Les contrôleurs ont constaté la présence de six patients en train de préparer de la salade, des steaks, des frites et un gâteau au chocolat.

Les contrôleurs ont constaté que trois malades faisaient des exercices physiques dans une salle de gymnastique; ils ont demandé à consulter les statistiques relatives au nombre de patients sous contrainte ayant accès à ces activités: 50 en 2004, 37 en 2006 et 26 en 2008 (au 10 décembre): il a été rapporté aux contrôleurs que cette décroissance s'explique par la nécessité d'accompagner systématiquement ces patients.

La bibliothèque comprend 4000 livres. L'origine des ouvrages est le don. Chaque patient peut emprunter un livre pour 10 jours. Pour se rendre dans ce local ouvert tous les jours de 9h30 à 11h30 et de 14h à 16h30, le malade sous contrainte doit se faire accompagner. La personne présente à la bibliothèque a dit n'avoir jamais vu de personne sous contrainte y venir. L'hôpital dans sa réponse a indiqué qu'un système de distribution ambulatoire de livres dans les unités était en projet pour 2009.

3.4 Projet thérapeutique

Chaque secteur appartient à un pôle qui comprend plusieurs unités de soins ; chaque pôle a au moins une unité fermée, réservée aux malades hospitalisés sous contrainte. Il existe ainsi huit unités d'hospitalisation fermées pour adultes.

Le secteur d'hospitalisation du pôle de pédo-psychiatrie est également fermé, quel que soit le statut des mineurs ; il convient cependant de rappeler que ceux-ci, en général consentants aux soins, restent sous la responsabilité de leur responsable légal pendant leur hospitalisation, en l'absence de mesure de contrainte administrative (HO, très rare) ou judiciaire (ordonnance de placement du juge des enfants).

Le projet thérapeutique dépend pour une large part des choix du médecin responsable du secteur : il n'y a pas de projet thérapeutique global à l'échelle de l'établissement.

3.4.1 Le médecin référent

De manière générale, chaque patient a son médecin référent et en principe deux psychiatres au moins fonctionnent au sein de chaque unité.

Il faut noter que, de l'avis exprimé directement par les patients et plus allusivement par les soignants, le temps médical est perçu comme insuffisant. Plusieurs patients rencontrés ont regretté auprès des contrôleurs de ne pas avoir vu de médecin depuis plus d'une semaine.

3.4.2 Réunions de synthèse

Il existe partout, hormis en pédopsychiatrie, des visites médicales en chambre une à deux fois par semaine ainsi que des réunions de synthèse hebdomadaires. Chez les enfants, des synthèses au cas par cas sont faites chaque semaine, en fonction des besoins ressentis par l'équipe.

Certains patients ne perçoivent pas les visites médicales comme permettant un dialogue avec les médecins, du fait de la présence d'autres personnes.

L'organisation de la continuité des soins et des transmissions semble assurée, mais l'organisation du travail de nuit sous forme de personnels fixes n'est pas de nature à favoriser l'implication de ces derniers dans les projets de service.

3.4.3 Sur-occupation

Les malades sont admis directement dans les services dont ils dépendent, soit en provenance d'un domicile, soit en provenance des urgences, situées dans les locaux du CHU.

Il arrive assez souvent que l'unité où un patient doit être admis en fonction de son secteur soit pleine. Cette situation est d'autant plus fréquente que le taux d'occupation moyen dépasse actuellement 95%. Les contrôleurs ont ainsi constaté le jour de la visite que plusieurs unités ne disposaient d'aucun lit vacant.

Dans ce cas, le patient est hospitalisé dans une autre unité et il est transféré secondairement, lorsqu'un lit se libère dans le pôle dont il relève. C'est alors l'équipe médicale et soignante attachée à l'unité qui l'accueille qui le prend en charge, jusqu'à ce qu'il puisse être transféré.

3.4.4 Soins somatiques

Plusieurs praticiens de médecine générale interviennent au sein des différents pôles. Il n'existe pas d'organisation centralisée des soins somatiques au sein de l'établissement, chaque pôle étant autonome à cet égard. Des disparités existent de ce fait : certaines unités mieux dotées en internes de psychiatrie ont moins recours aux médecins généralistes que celles qui ne disposent que de médecins psychiatres seniors. En effet, les internes en psychiatrie, qui viennent d'achever leurs études de médecine, sont souvent à même de faire face, seuls, aux problèmes somatiques les plus courants.

L'établissement dispose sur place d'un laboratoire et d'une unité de radiologie.

Les consultations de spécialité sont assurées au CHU.

Une garde d'interne en psychiatrie existe sur place ; en cas d'urgence grave, les malades sont transférés aux urgences voisines du CHU.

Il a été déclaré aux contrôleurs que cette organisation des soins somatiques très déconcentrée, au niveau des pôles, était volontaire, afin d'éviter que les malades hospitalisés en psychiatrie ne se voient refuser une prise en charge spécialisée, dans l'hypothèse où un service de médecine polyvalente serait créé au sein de l'hôpital Esquirol.

3.4.5 Mode d'administration des traitements

De manière générale, dans l'ensemble des secteurs, on tend à consacrer le temps nécessaire pour convaincre les patients de prendre leur traitement par voie orale (sauf nécessité).

Le recours aux injections n'est pas une tendance observée au sein des unités fermées. En revanche, de nombreuses prescriptions d'injections « en cas de besoin » sont retrouvées ; il a été indiqué aux contrôleurs qu'elles servent peu.

Les femmes en âge de procréer bénéficient de la poursuite de leurs traitements contraceptifs pendant l'hospitalisation, en fonction de leurs habitudes antérieures et de leurs souhaits. Il est parfois recouru à des traitements retard ou à d'autres modalités (implants, stérilets). Il n'a pas été rapporté de cas où une réflexion visant à une stérilisation avait été conduite.

3.4.6 Activités thérapeutiques

Il existe souvent au sein des unités des salles permettant d'effectuer des activités thérapeutiques. A l'extérieur, il y a aussi des lieux où les patients peuvent se rendre pour faire des activités (gymnase, culinothérapie, art-thérapie,...). La difficulté réside dans le fait que les personnels disent qu'ils n'ont plus toujours le temps d'effectuer ces activités ou d'accompagner les patients qui ne peuvent se rendre seuls aux activités ; cela est vrai aussi pour la bibliothèque ou les sorties dans le parc.

Les patients se sont plaints à plusieurs reprises de s'ennuyer, fait qui a aussi été repris par les familles de malades. A titre d'exemple, une patiente a déclaré être sortie, accompagnée, de son unité, à six reprises seulement en six mois d'hospitalisation : deux sorties dans le parc, deux séances de culinothérapie et deux séances de gymnastique.

Concrètement, ceux qui peuvent sortir seuls vont à la cafétéria ; les autres sont dans la salle de télévision ou dans l'espace extérieur lorsqu'il est accessible, ou bien encore dans leur chambre.

Lors de leur visite, les contrôleurs n'ont assisté à aucune activité de groupe par des soignants à l'intérieur des unités visitées. L'établissement dans sa réponse a transmis le planning des activités organisées pendant les trois jours du contrôle. Toutes les unités accueillant des malades sous contrainte ont déclaré au moins une activité quotidienne.

Il n'existe pas de repas thérapeutique pris avec les malades au sein des unités, hormis au sein de l'unité accueillant des adolescents difficiles en pédo-psychiatrie. Il arrive en revanche que les soignants accompagnent des malades lors de leur repas, qui est alors un temps thérapeutique en soi.

3.4.7 Permissions de sortie et sorties d'essai

Des permissions de sortie sont accordées sur prescription médicale pour des durées inférieures à 12 heures, avec information préalable du préfet pour les HO. Elles sont toujours accompagnées d'un soignant.

Un certain nombre de patients bénéficient de sorties d'essai : 32 malades en HO et 64 en HDT à ce jour en 2008. Le corps médical de l'établissement est très divisé quant à l'utilisation de cette procédure. Certains y sont opposés, pour les HO notamment, considérant que la notion de dangerosité pour autrui sous-tendant l'HO ne peut pas être combinée avec un malade ambulatoire : soit le malade est encore à risque et il doit rester hospitalisé, soit il ne l'est plus, et dans ce cas, l'HO doit être levée, voire transformée en HDT. Pour d'autres, la sortie d'essai permet de maintenir un cadre thérapeutique ambulatoire, sans lequel certains malades n'adhéreraient plus à leur traitement, en l'absence d'obligation de soins ambulatoire dans la réglementation actuelle.

Il s'ensuit des pratiques très variées dans les différents pôles, avec quelques malades ainsi suivis en sortie d'essai depuis plusieurs années.

3.4.8 Projet de sortie

Les services disposent d'assistantes sociales qui préparent les sorties des malades, en lien avec les structures extérieures, sanitaires ou sociales, selon les cas.

3.5 Recours à l'isolement et à la contention

Du fait de l'organisation de l'établissement avec des unités fermées, le choix a été fait de ne pas avoir de chambres d'isolement. En cas de nécessité d'isoler un malade agité, les équipes soignantes ont recours à une contention. Celle-ci est semble-t-il particulièrement fréquente en pédopsychiatrie, corrélée à de nombreuses agressions de personnel par les jeunes malades (cf. §3.7).

Des protocoles de mise en œuvre d'une contention physique sont en place au niveau de l'établissement. Ils prévoient notamment des fiches individuelles de suivi médical et infirmier, conservées dans les dossiers médicaux. Ces protocoles sont conformes aux recommandations en vigueur de la Haute Autorité de santé.

Toute mise sous contention fait l'objet d'un signalement au PC sécurité, ainsi que lorsque la mesure est levée. D'après les informations recueillies, la durée est très variable, ne dépassant pas quelques heures en général ; mais lors de la visite, les contrôleurs ont constaté qu'un malade était maintenu dans cette situation depuis trois jours dans l'un des services.

Il n'existe pas de recueil d'information spécifique permettant d'avoir une évaluation d'ensemble quantitative et qualitative des mesures de contention à l'échelle de l'établissement. Certaines unités ont mis en place un « cahier de contention », destiné à colliger toutes les situations de malades placés en contention, mais les contrôleurs ont pu constater avec les équipes que celui-ci était inconstamment renseigné. Une réflexion particulière sur le sujet existe au niveau de l'équipe du pôle de pédopsychiatrie, mais elle est essentiellement tournée vers l'analyse des cas individuels concernés.

3.6 Hospitalisation des détenus

Le CH Esquirol reçoit des patients en provenance de la maison d'arrêt de Limoges, au sein de laquelle l'un des services du pôle Ouest intervient par convention depuis 1979, mettant à disposition plusieurs personnels médicaux et soignants. Quatre chambres sécurisées existent au sein d'une des unités fermées du pôle, réservées aux détenus lorsqu'il y en a.

En 2007, aucun détenu n'a été hospitalisé, le pavillon contenant les chambres sécurisées étant en réhabilitation. Depuis le 1^{er} janvier 2008, l'hôpital a reçu sept malades en provenance de l'établissement pénitentiaire (sur un total de 179 HO admises) ; aucun détenu n'était hospitalisé pendant la mission.

Un protocole interne de prise en charge des HO en provenance de la maison d'arrêt existe. Il prévoit notamment des mesures de sécurité renforcées pour la surveillance des patients, lorsque les soignants ont à intervenir dans sa chambre : vidéosurveillance, appel systématique et présence de l'équipe de sécurité de l'hôpital, de jour comme de nuit, avant toute ouverture de porte, sas d'accès verrouillé. Ce protocole très sécuritaire a fait suite à l'évasion d'un détenu en 2005, au cours de laquelle deux personnels hospitaliers ont été pris en otage et blessés ; aucun d'eux n'a été jusqu'à présent en mesure de reprendre son travail.

Cependant, des difficultés demeurent dans la mise en œuvre pratique :

- durant le séjour du patient détenu, celui-ci reste en permanence dans la chambre sécurisée, dans une situation d'isolement de fait. Il a été indiqué que ceci peut se justifier durant les premiers jours mais devient insupportable, tant pour le patient que pour les équipes, dès lors que l'état clinique du patient ne justifie plus son maintien à l'isolement. L'isolement est utilisé pour éviter une évasion et non sur un plan thérapeutique ;
- aux dires des équipes, les patients demandent à revenir à l'établissement pénitentiaire car les conditions de leur vie quotidienne y sont largement plus favorables, alors que leur état clinique ne le justifie pas forcément ;
- l'hôpital cherche à réduire au maximum les durées d'hospitalisation de ces patients, voisines de 10 jours en moyenne.

3.7 Rapports avec les personnels

Les personnels vouvoient les malades, en règle générale, avec l'utilisation fréquente du prénom. De leur côté, les malades font usuellement de même. Il arrive que le tutoiement soit utilisé avec certains patients connus de longue date. Aucune personne rencontrée n'a exprimé de remarque à ce sujet.

Dans une unité, plusieurs malades se sont plaints de l'attitude d'un soignant nommé désigné ; l'information a été portée à la connaissance du directeur.

En situation de soins, des actes de violence à l'encontre des personnels sont fréquemment signalés. En 2007, 139 actes de violence envers le personnel ont été déclarés, dont 81 en pédopsychiatrie, responsables de 14 accidents de travail, dont neuf avec un arrêt de travail de 4 à 365 jours. Au premier semestre 2008, ce sont 68 actes de violence de patients envers le personnel qui ont été recensés, dont 9 en pédopsychiatrie, avec six arrêts de travail. Ces actes n'ont pas entraîné de dépôt de plainte.

La fréquence particulière de la violence en pédopsychiatrie a été expliquée aux contrôleurs par la situation spécifique des adolescents, chez lesquels la violence est un mode d'opposition non verbale fréquent et pour lesquels les médecins prescrivent le moins possible de traitements médicamenteux sédatifs. En revanche, il est fréquemment procédé à des contentions temporaires.

3.8 Conditions de vie au travail

Le personnel rencontré est apparu motivé par sa mission mais inquiet. Si le choix du service et les horaires de travail ne semblent pas poser de problème, il a en revanche été rapporté une insatisfaction en termes d'effectifs, qui limite en particulier les possibilités d'activités régulières au sein des unités et les sorties accompagnées des malades.

Un mouvement de grève des personnels soignants a eu lieu entre le 6 et le 9 juillet 2008 au pôle Jean Marie Léger, centre de psychiatrie du sujet âgé. De même, un courrier des personnels des unités Delay Zarifian et Bergouignan-bas (pôle Ouest) en date du 12 septembre 2008, dénonçant un effectif soignant en présence quotidienne insuffisante dans les services, a été transmis directement, sans intervention des organisations syndicales, à la direction et aux instances de l'hôpital.

L'établissement a précisé dans sa réponse qu'entre 2002 et 2007, le personnel non médical statutaire et contractuel à durée indéterminée a progressé de 9,2%, passant de 1183,23 à 1284,56 agents. Dans le même temps, le personnel médical a crû de 11,38%, passant de 57,8 à 65,8 ETP.

Le taux de vacances des postes par rapport à l'effectif théorique n'est pas affiché, ce qu'ont déploré les organisations professionnelles rencontrées lors de la visite. La direction a indiqué qu'il n'y a pas de vacance d'emploi structurelle dans l'établissement.

L'affectation prochaine de 28 personnels infirmiers au terme de leur formation initiale est destinée à suppléer aux départs, dont 60% sont causés par des départs en retraite et 20% par des disponibilités. Il existe en revanche une mobilité interne significative, 156 agents ayant changé d'affectation en 2007. Les unités de gérontopsychiatrie et de psychoréhabilitation sont, aux dires des organisations syndicales, les secteurs les moins demandés par les personnels soignants.

L'absentéisme global est de 11,46 %, dont plus de 60 % pour des congés de maladie, de longue maladie et de longue durée. Les organisations professionnelles ont souligné le nombre important de congés de longue maladie chez les personnels affectés dans certaines unités, ainsi que l'augmentation récente des arrêts pour maladie de courte durée (*« le signe d'un épuisement professionnel »*) et dès le début de la grossesse chez les femmes enceintes (*« révélateur d'une peur d'exercer dans un milieu anxigène »*).

Les contrôleurs ont pu noter que la politique de formation de l'établissement poursuivait particulièrement l'objectif d'enrichir les parcours de formation individuelle et de développer les actions permettant la promotion au sein même de l'hôpital, ce qui contribue à fidéliser et à conserver les agents sur place.

La majorité des agents sont installés définitivement dans la région. A titre d'exemple, les personnels ayant au moins dix années d'ancienneté dans l'établissement représentent 55 % de l'ensemble des agents. La politique de promotion interne développée par l'établissement contribue à renforcer ce phénomène.

Les équipes de nuit sont constituées d'agents fixes et volontaires. Cette organisation, selon la direction, est de nature à éloigner les agents de nuit du projet du service. C'est pourquoi, chaque agent de nuit a l'obligation de renouveler tous les ans sa demande à rester affecté en équipe de nuit.

La politique de formation illustre une volonté d'accueillir les infirmiers nouvellement recrutés au centre hospitalier Esquirol dans les meilleures conditions ; deux dispositifs en ce sens méritent d'être relevés :

- un référentiel d'apprentissage, élaboré en août 2008, se donne pour objectif l'acquisition au cours de la première année d'exercice professionnel, des compétences spécifiques à la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Au terme de chaque trimestre, un point est effectué au niveau de l'unité de l'agent et des modalités d'aide et de soutien sont déterminées, autant que de besoin, par le cadre;
- un dispositif d'accompagnement, redéfini en décembre 2008, prévoit un contenu de formation théorique de 105 heures et un tutorat assuré par des professionnels plus expérimentés et préalablement formés lors d'une session d'une durée de trois jours.

En cas de malade difficile, agité ou violent, les personnels infirmiers des unités ont un dispositif d'alarme portable, dont l'activation déclenche la venue d'une équipe dite de sécurité. Cette équipe (qui ne comprend pas de personnel soignant) est aujourd'hui composée de dix agents en uniforme de couleur bleu. Elle assure une présence continue sur l'hôpital, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. L'équipe de sécurité est systématiquement requise dès qu'un personnel rentre dans la chambre d'un détenu en HO.

L'hôpital recrute ces agents sur des contrats à durée déterminée qui ont vocation ensuite à passer les concours de titularisation. Le profil de recrutement vise des personnes qualifiées en matière de sécurité incendie ; de fait, selon la direction, les agents de sécurité sont aussi pour la plupart des pompiers volontaires. L'ensemble des personnels et des organisations professionnelles a salué cette présence « *dissuasive* », qui a contribué à apporter de la sérénité dans les unités et de la sécurité dans les équipes.

Par ailleurs, en cas de besoin, le personnel soignant d'une unité appelle en renfort les soignants des unités voisines.

5 - Conclusions

A l'issue de la visite du centre hospitalier Esquirol de Limoges, le Contrôle général des lieux de privation de liberté formule les observations suivantes.

1. Les modalités d'information des malades admis en hospitalisation sous contrainte sont de qualité, homogènes et rapides au niveau de l'établissement (point 3.1.1). Il en est de même pour l'organisation mise en place pour permettre aux patients d'accéder à leur dossier médical (point 3.1.3)
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 (point 3.1.1)
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 qui le sont sous contrainte (point 3.1.4)
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 (point 3.1.4)
5. Les registres de la loi ne sont pas visés par toutes les autorités habilitées (point 3.1.5)
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 (point 3.3)
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 HO ou d'une HDT. Même si l'absence réglementaire d'obligation de soins ambulatoire, absence qui pourrait donner lieu à une réflexion au niveau 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 (point 3.4.7)
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 pédo-psychiatrie. 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 (point 3.5)

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 (point 3.6)
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 (point 3.7).