



Rapport de visite :

4 au 8 mars 2024 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier de La Valette

(Creuse)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs et un magistrat en stage ont effectué du 4 au 8 mars 2024 la deuxième visite, annoncée la semaine précédente, du centre hospitalier de La Valette (CHLV) à Saint-Vaury, dans le département de la Creuse. La première visite avait eu lieu au mois d'août 2011¹. Les recommandations du CGLPL avaient été suivies d'un plan spécifique prenant en compte l'essentiel d'entre elles.

Le CHLV fait partie du groupe hospitalier de territoire du Limousin. Sa direction est commune, depuis le 1^{er} janvier 2020, avec le centre hospitalier Esquirol à Limoges et l'EPSM de la Haute-Vienne ; un directeur de site est en poste au CHLV depuis 2021.

Le CHLV prend en charge les troubles mentaux des patients du département. Les soins sans consentement (SSC) y sont réservés aux adultes, les mineurs étant – comme les patients détenus – hospitalisés à Limoges. 627 patients en hospitalisation complète ont été accueillis en 2023, chiffre stable par rapport à 2022 mais marqué par la forte hausse du nombre de patients en SSC (+ 35,76 % entre 2022 et 2023). Le CHLV a gelé 35 lits dont 7 en SSC, ramenant la capacité d'hospitalisation complète pour adultes à 105 lits. Les lits de SSC sont regroupés dans l'unité Henri Ey, qui accueille également quelques patients en soins libres (4 sur les 17 patients présents lors du contrôle). De ce fait seule cette unité a été contrôlée.

Sur le plan budgétaire, le CHLV se trouve dans une phase de transition et d'incertitude compte tenu de la réforme du financement de la psychiatrie. L'équilibre financier est d'autant plus précaire que l'établissement consent un effort majeur pour renforcer la présence de médecins psychiatres grâce au financement d'astreintes de praticiens. Le centre hospitalier souffre en effet de difficultés de recrutement propres à la psychiatrie sur le plan national mais inhérentes également aux caractéristiques d'un département peu attractif. Les difficultés touchent non seulement les psychiatres mais également les autres médecins et les infirmiers. Le droit à des soins de qualité et à leur continuité est ainsi en péril malgré l'investissement de professionnels parfois très esseulés.

Alors que le site du centre hospitalier est agréable et ses locaux propres et lumineux, la sécurisation outrancière de l'unité Henri Ey accueillant les patients hospitalisés en SSC, mais également en soins libres, attente au droit à l'intimité et à la liberté d'aller et venir. La double clôture d'enceinte donne un aspect carcéral aux espaces extérieurs et le nombre de caméras de vidéosurveillance est disproportionné. Au quotidien et en méconnaissance du droit, l'unité Henri Ey restreint les allers et venues des patients en soins libres.

Le nombre de chambres d'isolement (trois) est très élevé au regard de l'objectif affiché d'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention, dont témoigne la salle d'apaisement créée en 2022. Cette orientation est à conforter concomitamment avec une traçabilité à améliorer des mesures d'isolement et de contention.

L'évolution de l'établissement est également caractérisée par le doublement des événements indésirables entre 2022 et 2023 sans qu'il soit établi que cette hausse relève d'une incitation accrue à la déclaration ou de tensions particulières au sein des unités. Leur analyse doit intéresser le comité d'éthique – lequel n'est pas investi par le personnel – qui doit plus globalement dynamiser son questionnement et institutionnaliser la réflexion relative aux pratiques professionnelles et aux droits des patients.

¹ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de La Valette (Saint-Vaury), août 2011 (en ligne).

En contre-point, la qualité de la procédure d'accueil du patient en SSC est à relever tant elle participe à l'information et à l'association du patient à son projet de soins. La bonne pratique observée est à compléter néanmoins par le renforcement du droit à l'information du patient en SSC (tiers demandeur, accès au certificat médical, recueil de ses observations, etc.). Le droit à la confidentialité des patients est aussi à travailler avec, par exemple, des modalités de distribution des traitements et des conditions de visite des proches qui ne le respectent pas. La formation du personnel concernant les SSC et le droit des patients doit venir en soutien aux améliorations à apporter.

Garante du respect des libertés individuelles et de la dignité des patients, la commission départementale des soins psychiatriques doit, quant à elle, être régulièrement composée et exercer effectivement ses contrôles tout comme le préfet et le maire doivent viser le registre de la loi, le centre hospitalier nécessitant un soutien et une vigilance essentiels à la pérennité de son activité dans le respect des droits fondamentaux des patients.

Un rapport provisoire a été adressé au chef d'établissement, au préfet du département de la Creuse, à l'agence régionale de santé de Nouvelle-Aquitaine, au président et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Guéret pour une période d'échange contradictoire d'un mois à l'issue de laquelle seul le chef d'établissement a adressé ses observations en retour, intégrées au présent rapport.

SOMMAIRE

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.

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.

SYNTHESE	2
SOMMAIRE	4
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	13
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	16
3.1. Le centre hospitalier est situé dans un environnement rural agréable	16
3.2. La réorganisation du centre hospitalier à partir de l'année 2020 n'est pas finalisée ..	16
Recommandation 1	17
Un directeur référent et un assistant au chef de pôle de psychiatrie adultes doivent être nommés.	
Recommandation 2	18
Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit prévoir les droits des patients en soins sans consentement et les pratiques en matière d'isolement et de contention.	
3.3. L'équilibre budgétaire est fragile et menacé par le nécessaire emploi de praticiens extraterritoriaux	19
Recommandation 3	20
Le centre hospitalier doit disposer des ressources permettant d'assurer la prise en charge des patients, sans pâtir des efforts nécessaires pour attirer des praticiens hospitaliers.	
3.4. Le personnel, en nombre insuffisant, manque de formation et d'accompagnement pour la prise en charge de patients en soins sans consentement	20
Recommandation 4	23
Le centre hospitalier doit garantir le recrutement de médecins et de soignants permettant la prise en charge adaptée des troubles psychiques de la population dont il a la responsabilité des soins.	
Recommandation 5	24
La communication interne de l'établissement doit permettre l'information et la compréhension par le personnel de l'évolution du centre hospitalier. Le personnel doit être accompagné vers le changement.	
Recommandation 6	26
Le personnel soignant et administratif doit bénéficier de formations régulièrement mises à jour concernant les droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et l'évolution de leur cadre légal. La formation aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention doit être renforcée.	

Recommandation 7	26
L'établissement doit assurer, pour l'ensemble du personnel, une offre de supervision par un professionnel extérieur aux unités afin d'y favoriser l'analyse des pratiques.	
3.5. Les événements indésirables sont analysés de manière exhaustive et comportent une forte proportion de violences.....	27
Recommandation 8	29
Aucune information relevant du secret médical ne peut être transmise à la gendarmerie.	
3.6. Le comité d'éthique, associé à celui du centre hospitalier d'Esquirol, n'est pas sollicité par les soignants	29
Recommandation 9	30
Le comité d'éthique doit soutenir avec dynamisme la réflexion institutionnelle concernant notamment les droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et la réduction des pratiques d'isolement et de contention.	
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	31
4.1. La pertinence des modalités de la procédure d'admission dans l'unité Henri Ey favorise l'alliance thérapeutique.....	31
Recommandation 10	31
L'établissement doit garantir la présence quotidienne d'un psychiatre à l'antenne psychiatrique du centre hospitalier de Guéret, afin d'assurer une activité de la permanence de l'évaluation médicale spécialisée des patients à présentation psychiatrique dans le service d'accueil des urgences comme lors de l'activité de liaison.	
Recommandation 11	32
Les modèles de certification des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat et du directeur de l'établissement doivent être uniformisés et adaptés aux dispositions légales précises correspondant aux soins qu'ils indiquent.	
Bonne pratique 1	34
La procédure d'accueil du patient, qui comprend la remise d'une fiche « information sur les soins psychiatriques sans consentement » et d'une « notice explicative des fiches de consentement », avant le renseignement d'une « fiche de traçabilité de l'information reçue par le patient en SSC » et d'une « liste des consentements », contribue à la qualité de l'information et l'association du patient à son projet de soins dans l'alliance thérapeutique.	
4.2. L'activité du centre hospitalier est maîtrisée au prix de mesures affectant le droit des patients en soins libres et sans consentement	34
Recommandation 12	36
Les modalités de régulation de l'activité du centre hospitalier doivent permettre, y compris en situation critique, le plein respect des droits des patients hospitalisés en soins libres, d'une part, et en soins sans consentement, d'autre part. Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit l'être dans une unité fermée.	
4.3. L'information des patients en soins sans consentement est insuffisamment garantie	36
Recommandation 13	37
Le règlement intérieur, le livret d'accueil et les plaquettes d'information concernant les soins sans consentement doivent être mis à jour afin que les patients aient accès à des informations fiables et complètes s'agissant de leurs droits et des règles relatives à leur hospitalisation.	

Recommandation 14	38
Les décisions d'admission du directeur doivent être signées sans délai et la notification intervenir le plus rapidement possible. Dans le cadre de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet.	
Recommandation 15	39
La décision initiale de maintien de l'hospitalisation en soins sans consentement doit être prise pour une durée d'un mois. L'accès des patients aux décisions ultérieures et certificats mensuels à l'appui du maintien de l'hospitalisation doit être assuré de façon adaptée à leur état clinique.	
Recommandation 16	39
Les certificats médicaux à l'appui des arrêtés du préfet valant admission ou maintien de l'hospitalisation complète doivent être systématiquement joints à ces derniers afin que les patients puissent en prendre connaissance.	
Recommandation 17	40
Les observations des patients concernant les projets de décisions liés à leur hospitalisation doivent être recueillies et figurer dans les certificats médicaux initiaux et mensuels.	
5. LES CONDITIONS DE VIE	41
5.1. Bien que défraîchis, les locaux sont propres et lumineux mais sécuritaires dans l'unité d'accueil des patients hospitalisés en soins sans consentement.....	41
Recommandation 18	41
La vigilance à l'égard des patients doit être assurée par la présence constante de soignants par le contact humain. Si leur nécessité est établie, les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins et être réservées aux seules parties communes.	
5.2. Les conditions d'hygiène sont respectées.....	44
5.3. La sécurité des biens et l'accès à ces derniers, notamment à la sortie des patients, ne sont pas assurés.....	45
Recommandation 19	46
Les chambres doivent être dotées de placards fermant avec une clé dont les patients doivent disposer.	
Recommandation 20	46
Le patient doit recevoir la copie de l'inventaire de ses effets personnels.	
Recommandation 21	47
Les patients doivent recouvrer sans délai l'intégralité de leurs biens dès la levée de leur hospitalisation et leur sortie de l'établissement.	
5.4. Les repas répondent aux besoins et aux attentes des patients mais les restrictions concernant la conservation de denrées en chambre ne sont pas individualisées.....	47
Recommandation 22	48
L'interdiction de conserver des aliments ou boissons non périssables en chambre doit être individualisée, motivée cliniquement et proportionnée au risque identifié.	
5.5. La sécurisation du site est assurée mais la sécurité incendie est pour partie assujettie à la rotation du personnel formé	48
Recommandation 23	49
Le service de sécurité incendie et d'assistance à la personne doit s'assurer de la formation constante du personnel au regard de la rotation des ressources humaines.	

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	50
6.1. Les restrictions à la liberté d’aller et venir s’appliquent indifféremment aux patients en soins sans consentement comme en soins libres.....	50
Recommandation 24	50
Les patients admis en soins libres ne doivent pas être assujettis à des autorisations de sortie et leur absence ne saurait relever d’une recherche par la gendarmerie. Dans le cas d’une fragilité particulière ne leur permettant pas d’aller et venir, le changement de statut d’hospitalisation doit être envisagé.	
6.2. Peu de restrictions sont imposées dans la vie quotidienne	50
6.3. Les communications avec l’extérieur sont possibles mais la confidentialité des échanges n’est pas pleinement assurée	51
Recommandation 25	52
L’utilisation du sas d’entrée de l’unité comme espace dédié pour les visites de proches, y compris médiatisées, doit cesser sans délai et sans incidence sur les possibilités de visite.	
Recommandation 26	52
L’emplacement du point-phone de l’unité doit garantir la confidentialité des échanges téléphoniques des patients.	
Recommandation 27	53
Le droit à la confidentialité quant à la présence des patients au sein de l’établissement et à leur état de santé doit être pleinement garanti, y compris à titre conservatoire, lorsque leur volonté n’a pas pu être recueillie.	
6.4. Le droit de vote est respecté mais ne fait pas l’objet d’un accompagnement institutionnel.....	53
6.5. Les patients peuvent rencontrer l’aumônier de la religion leur choix	54
6.6. La liberté sexuelle des patients n’est pas respectée	54
Recommandation 28	54
L’hôpital doit poursuivre la réflexion initiée par le comité d’éthique sur la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles. Les groupes d’éducation thérapeutique doivent être ouverts aux patients de l’intra hospitalier.	
7. L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION	55
7.1. Les chambres d’isolement, en nombre, ne garantissent ni l’intimité des patients ni leur sécurité en cas de contention.....	55
Recommandation 29	56
La suppression des chambres d’isolement doit être envisagée et elles doivent sans délai être dotées d’un bouton d’appel accessible aux patients attachés, préserver l’intimité de leurs occupants et permettre une vue extérieure permanente.	
7.2. Des patients sont soumis à des mesures d’isolement et de contention dont les conditions ne respectent pas leur dignité	57
Recommandation 30	57
L’établissement doit garantir une permanence de la présence des psychiatres, afin de répondre, au-delà de la nécessaire continuité des soins, au respect des délais de renouvellement des mesures d’isolement et de contention.	

Recommandation 31	58
Eu égard aux impératifs de nécessité et de proportionnalité, le recours à des mesures d'isolement séquentielles doit être évité. Il doit être mis fin au retrait des sous-vêtements et au port imposé du pyjama, <i>a fortiori</i> hors de la chambre d'isolement. Les patients doivent pouvoir manger sans maintien des contentions, conserver des effets personnels sauf contre-indication médicale motivée et accéder à un espace extérieur.	
7.3. La politique de l'établissement en matière de limitation du recours aux mesures d'isolement et de contention reste fragile	58
Recommandation 32	59
La politique de l'établissement en matière de réduction du recours à l'isolement et à la contention doit être renforcée. Les rapports annuels concernant les pratiques d'isolement et de contention doivent être soumis aux instances et notamment, pour avis, à la commission des usagers et au conseil de surveillance. L'évaluation des pratiques professionnelles doit être régulièrement organisée, avec un référent médical désigné.	
Recommandation 33	60
La traçabilité du recours à l'isolement et à la contention aux urgences doit être renforcée, de même que l'utilisation du « fauteuil coquille » dès lors qu'il s'accompagne de la mise en place de la ceinture de contention. Le registre d'isolement et de contention doit être exploité par une analyse régulière, <i>a minima</i> trimestrielle, des pratiques.	
8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	63
8.1. Les compositions de la CDSP et de la CDU ne sont pas conformes aux prescriptions du code de la santé publique, affectant leur activité	63
Recommandation 34	64
La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée, exercer ses contrôles conformément aux prescriptions du code de la santé publique et en rendre compte de manière exhaustive dans son rapport annuel, afin de garantir le droit de réclamation des patients admis en soins psychiatriques et d'assurer l'examen de leur situation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.	
8.2. Le registre de la loi contient, sauf exception, les mentions requises par le code de la sante publique	65
Recommandation 35	65
Les autorités compétentes, et notamment le préfet et le maire ou leurs représentants, doivent au même titre que le président du tribunal judiciaire, le procureur et la commission départementale des soins psychiatriques, assurer annuellement le contrôle du registre de la loi. Leurs visas, signatures et, s'il y a lieu, leurs observations doivent y figurer.	
Recommandation 36	65
Le registre de la loi doit être tenu à jour quotidiennement et comporter systématiquement l'ensemble des mentions visées par le code de la santé publique et à ce titre, notamment, les dates des décisions et délivrance des informations sur les droits, l'intégralité des avis et certificats médicaux attendus, ainsi que les dispositifs et dates des décisions du juge des libertés et de la détention.	
8.3. Le juge des libertés et de la détention exerce son contrôle mais les avocats accompagnent insuffisamment les patients.....	66
Recommandation 37	67
Les avocats intervenant aux côtés de patients en soins sans consentement doivent recevoir une formation spécifique. Les patients doivent recevoir, en présence de leur avocat, la décision statuant	

sur le renouvellement de la mesure d'hospitalisation dont ils font l'objet et bénéficier de ses conseils sur le contenu de la décision et l'opportunité d'en interjeter appel.

9. LES SOINS..... 69

9.1. L'insuffisance notoire de l'effectif des psychiatres compromet la permanence des soins 69

Recommandation 3869

Les patients doivent bénéficier de réunions soignants-soignés régulières afin de favoriser leur expression collective.

Recommandation 3970

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent bénéficier d'entretiens réguliers avec un psychologue clinicien.

Recommandation 4071

Les patients de l'unité Henri Ey faisant l'objet d'une prise en charge en réhabilitation psychosociale doivent avoir un accès facilité au service *ad hoc*.

Recommandation 4173

L'effectif, la configuration et l'équipement des locaux de la pharmacie d'usage interne doivent être adaptés. Les patients doivent tous bénéficier d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie et de séances d'éducation thérapeutiques. La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles doit être tenue, conformément aux dispositions légales.

Recommandation 4273

La distribution des traitements doit respecter la confidentialité, impossible à mettre en œuvre dans un réfectoire.

Bonne pratique 273

La participation du pharmacien à la visite hebdomadaire du psychiatre de l'unité Henri Ey et la mise en œuvre d'un livret spécifique de suivi du lithium contribuent de façon pertinente à l'information pharmacologique des patients.

9.2. Le maintien de soins somatiques adaptés est menacé à court terme 73

Recommandation 4374

L'organisation du recrutement et de l'exercice des médecins généralistes doit anticiper toute rupture des soins somatiques.

Recommandation 4475

Les patients doivent bénéficier d'actions d'éducation thérapeutique diversifiées, animées par des intervenants pluriprofessionnels, notamment des psychiatres, des généralistes et des pharmaciens.

9.3. Les outils d'appui au consentement sont insuffisamment déployés en pratique malgré l'existence de procédures adaptées 75

Recommandation 4576

Les soignants doivent tous connaître le rôle de la personne de confiance qui doit être, le cas échéant, contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association au projet de soins.

Bonne pratique 376

La possibilité pour le patient de rédiger un plan de prévention partagé, porté au dossier et pris en compte par les équipes de soins, participe de la qualité de son consentement et de son alliance thérapeutique aux conditions de sa prise en charge.

Recommandation 46	77
L'établissement doit recruter des médiateurs de santé pairs et déployer la possibilité de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie.	
9.4. Le faible taux de permissions de sortie et le manque de structures d'aval compliquent la préparation de la sortie	77
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	80
Annexe 1 : GLOSSAIRE.....	81

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Laurent Ludowicz, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Mathilde Gerrer ;
- Antoine Meyer ;
- Julien Starkman ;
- Sébastien Hauger, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué la deuxième visite du centre hospitalier de la Valette (CHLV), établissement public de santé mentale (EPSM) de la Creuse, situé à Saint-Vaury, à douze kilomètres de Guéret.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 4 mars 2024 à 14h et l'ont quitté le vendredi 8 mars à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente, le jeudi 29 février, à la directrice des ressources humaines, de la qualité et de la gestion des risques, le directeur du site étant en congés.

Le directeur de cabinet de la sous-préfète, la directrice de délégation départementale de la Creuse de l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Guéret et la procureure de la République près ce tribunal ont été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la direction du centre hospitalier.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec des patients qu'avec des membres du personnel.

Ils ont notamment rencontré le président du TJ de Guéret qui assure pour partie la fonction de juge des libertés et de la détention (JLD) et assisté à l'une des audiences de ce dernier. Les équipes de soins et administratives ainsi que les organisations professionnelles représentatives du personnel du CHLV ont été rencontrées.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 8 mars en présence de l'équipe de direction du CHLV, de deux psychiatres parmi lesquels la présidente de la commission médicale d'établissement, de la directrice des soins, de la cadre de santé de l'unité accueillant des soins sans consentement (SSC) et des représentants du personnel.

Un rapport provisoire est adressé au chef d'établissement, au préfet du département de la Creuse, à l'agence régionale de santé (ARS) de Nouvelle-Aquitaine, au président et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Guéret pour une période d'échange

contradictoire d'un mois à l'issue de laquelle seul le chef d'établissement a adressé ses observations en retour, intégrées au présent rapport.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

La première visite du CGLPL au CHLV s'est déroulée du 23 au 26 août 2011². Un plan spécifique s'en était suivi, qui prenait en compte l'essentiel des recommandations formulées, comme souligné par la chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine dans son rapport de 2021 sur le contrôle des comptes et de la gestion du CHLV³. L'évolution de la configuration de l'établissement et de ses modalités d'organisation sont perceptibles en 2024, alors que certaines observations de l'année 2011 ont été prises en compte et que d'autres sont devenues caduques.

Tableau 1 : suivi des observations de 2011

	Oui	Non
<i>« Lors de la visite, les formulaires de notification des mesures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ont été modifiés ; les courriers adressés aux patients sortis de l'hôpital sont désormais adressés en recommandé avec accusé de réception. En revanche, s'agissant des décisions d'admission à la demande d'un tiers, il importe que l'information du patient sur l'identité du tiers ou les raisons qui ont motivé l'hospitalisation soit assurée (cf. § 3.2.1). »</i>		X
<i>« Il est indispensable qu'un livret d'accueil intégrant les nouvelles dispositions de la loi du 5 juillet 2011 soit rédigé au plus vite et proposé aux patients dès leur admission dans l'établissement. Ce livret doit également contenir les informations relatives aux voies de recours administratives et judiciaires pouvant être exercées contre les décisions d'admission (cf. § 3.2.3.1 et 3.2.3.3). »</i>	X	
<i>« Le choix de donner les informations relatives à la loi du 5 juillet 2011 par les assistantes sociales peut s'avérer problématique lorsque ces personnes n'ont pas bénéficié d'une formation leur permettant de donner des renseignements juridiques exacts, s'agissant en particulier du droit à l'avocat et de la présence du tiers à l'audience du juge des libertés et de la détention (cf. § 3.2.3.2). »</i>	X	
<i>« Aucun dispositif destiné à recueillir les observations des patients avant chaque décision prononçant le maintien des soins contraints ou définissant la forme de la prise en charge n'a été mis en place (cf. § 3.2.3.4). »</i>	X	
<i>« Le choix d'organiser les audiences du juge des libertés et de la détention au siège du tribunal plutôt qu'au sein de l'hôpital a été effectué en prenant principalement en compte les problèmes d'effectifs des personnels judiciaires au détriment de l'intérêt des patients. Le caractère public de l'audience doit éviter de favoriser l'atteinte à certains droits fondamentaux comme le droit à l'intimité de la vie privée ou le droit au secret médical (cf. § 3.3.1 et 3.3.2). »</i>	X	
<i>« Du fait de son implantation au sein de l'unité fermée, l'utilisation de la pièce prévue pour les audiences par visioconférence comme salle d'audience est incompatible avec l'exigence de la loi selon laquelle le juge des libertés et de la détention doit statuer publiquement (cf. § 3.3.1). »</i>	X	

² CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de La Valette (Saint-Vaury), août 2011 (en ligne).

³ Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine, Rapport d'observations définitives Centre hospitalier La Valette (département de la Creuse), Exercices 2013 et suivants, mai 2011, pp. 46-49.

<p>« Il importe que les nouvelles mentions exigées par l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 – date de délivrance au patient de l'ensemble des informations le concernant, date et dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention – figurent dans le registre de la loi (cf. § 3.4). Il est néanmoins pris acte, dans la réponse du directeur, de ce qu'un contrôle interne de la tenue du livre de la loi aurait été engagé, voire finalisé (cf. § 8). »</p>	<p>X</p>	
<p>« La visite de la commission départementale des soins psychiatriques devrait être annoncée à l'avance aux patients qui, de fait, la saisissent peu et ne sont rencontrés en entretien que rarement (cf. § 3.10). »</p>	<p>X</p>	
<p>« Périodiquement mais vainement, la commission départementale des soins psychiatriques alerte les autorités sur le nombre important de recours à la procédure d'urgence puis à celle du péril imminent en matière d'admission à la demande d'un tiers (cf. § 3.10). »</p>		<p>X</p>
<p>« Aucune salle informatique ou poste informatique dédié ne sont mis à la disposition des patients au sein de l'unité Henri Ey, malgré la réfection des locaux, désormais équipés de prises informatiques (cf. § 3.11.4). »</p>	<p>X</p>	
<p>« Le nombre de réponse des patients aux questionnaires de satisfaction proposés par l'hôpital est faible. Les propositions du personnel pour en augmenter le taux méritent d'être examinées (cf. § 3.12). »</p>		<p>X</p>
<p>« En l'absence de médecin généraliste, l'examen somatique des patients admis à l'établissement est effectué par le psychiatre lors de l'entretien d'admission (cf. § 4.6). »</p>	<p>X</p>	
<p>« L'une des trois chambres d'isolement de l'unité Henri Ey ne comportant pas de WC, le patient n'a alors pas accès au local sanitaire du fait de son état clinique et a à sa disposition un seau hygiénique. Cette chambre ne devrait pas être occupée, en particulier lorsque les deux autres chambres sont vacantes (cf. § 4.7.3). »</p>	<p>X</p>	
<p>« Le renouvellement fréquent du personnel soignant, la difficulté de recrutement du cadre de santé, l'absence de présence médicale et de chef de service rendent difficile le fonctionnement de l'unité Henri Ey (cf. § 4.7.4). »</p>	<p>X</p>	
<p>« L'initiative de mettre en place une activité psycho-boîte pour les patients psychotiques afin de lutter contre leur immobilisme apparaît très novatrice et à développer. Néanmoins, l'unité Henri Ey devrait augmenter son offre d'activités et la diversifier pour répondre aux attentes et aux besoins des patients dont la durée moyenne de séjour dépasse un mois (cf. § 4.7.5). »</p>		<p>X</p>
<p>« Il serait utile de mettre à la disposition des patients une bibliothèque au sein de l'unité Henri Ey, des abonnements à des journaux ou à des revues (cf. § 4.7.5). »</p>		<p>X</p>
<p>« Même si l'hôpital accueille peu de personnes détenues, un protocole et des consignes écrites devraient être élaborés (cf. § 4.9). »</p>		<p>X</p>
<p>« Conformément à la recommandation du Contrôleur général des lieux de privation de liberté publiée dans le Journal officiel du 2 juillet 2009, il est</p>	<p>X</p>	

<p><i>nécessaire de tenir un registre des patients placés dans les chambres d'isolement ou sous contention (cf. § 6.1 et 6.3). »</i></p>		
<p><i>« Compte tenu de l'ancienneté du centre hospitalier et des spécificités propres à chaque unité, il n'existe pas d'uniformisation dans la disposition des chambres d'isolement ni même dans leur aménagement ou équipement. Il serait possible d'en améliorer l'organisation et le fonctionnement, en prévoyant un espace dédié pour la prise des repas, des sanitaires séparés et un dispositif d'appel à distance (cf. § 4.7.3 et 6.2). »</i></p>		<p>X</p>
<p><i>« Conduit par un militaire de la gendarmerie nationale missionné par le préfet de la Creuse, le projet de « sécurisation » de l'établissement, établi à la suite de fugues de patients, est apparu surdimensionné par rapport aux incidents, coûteux et peu compatible avec la liberté de déplacement des patients et de leurs visiteurs (cf. § 7). »</i></p>		<p>X</p>

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1. LE CENTRE HOSPITALIER EST SITUE DANS UN ENVIRONNEMENT RURAL AGREABLE

Le CHLV est situé dans la commune de Saint-Vaury (Creuse), deuxième département le moins densément peuplé de France métropolitaine⁴ avec 115 702 habitants⁵. La population y décroît et est âgée pour un tiers de plus de 65 ans quand les moins de 20 ans représentent 18,7 %. L'âge moyen est de 47,5 ans. Territoire rural, la Creuse connaît un taux de chômage inférieur à la moyenne nationale mais le taux de pauvreté y est le plus élevé de la région⁶. La surmortalité due au suicide est également constatée dans le département⁷, ainsi que la prégnance des conduites addictives et la prévalence en affections psychiatriques de longue durée⁸.

La CHLV a été inauguré en 1961 sur un site de 26 hectares. A 1,8 kilomètre du bourg de Saint-Vaury, le CHLV bénéficie d'un environnement calme et verdoyant constitué de forêts, de plusieurs étangs et de champs. Les unités d'hospitalisation, de soins, le bar thérapeutique, les appartements et les maisons pour le personnel ainsi qu'une crèche, confèrent à l'ensemble l'allure d'un petit village.

La signalétique pour accéder au CHLV est excellente et la desserte par les transports en commun organisée par la communauté d'agglomération du « Grand Guéret » est adaptée à la ruralité du département. Il est ainsi possible de réserver à la demande un transport la veille pour le lendemain, les itinéraires et horaires des navettes étant adaptés aux besoins, jusqu'à la prise en charge et la dépose à domicile pour les personnes âgées de plus de 75 ans, celles en fauteuil roulant ou en situation de handicap disposant d'une carte d'invalidité à 80 %. Des navettes régulières sont aussi prévues par le réseau *aggl'o'Bus* au départ et à destination de la gare de Guéret. La possession d'une automobile apparaît néanmoins comme un avantage voire une nécessité tant pour les professionnels du CHLV que pour les patients et leurs proches.

3.2. LA REORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER A PARTIR DE L'ANNEE 2020 N'EST PAS FINALISEE

Le CHLV fait partie du groupe hospitalier de territoire (GHT) du Limousin comprenant 18 hôpitaux et participe au projet territorial de santé mentale (PTSM) du Limousin. Depuis le 1^{er} janvier 2020, la direction du CHLV est commune avec celle de l'EPSM de la Haute-Vienne, le centre hospitalier Esquirol de Limoges (CHEL). Le directeur du CHEL assure la fonction de directeur général depuis le 1^{er} décembre 2020 et un directeur délégué de site a été nommé au CHLV depuis le 3 mai 2021. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour les années 2019 à 2023 justifie « *la coopération territoriale à l'échelle du périmètre du GHT Limousin (...), en particulier en privilégiant le rapprochement dans la définition du Projet de territoire de Santé Mentale (PTSM), entre le Centre Hospitalier La Valette à Saint-Vaury et le Centre Hospitalier Esquirol à Limoges. Devant l'entreprise de rendre le territoire suffisamment attractif pour attirer vers lui des spécialistes tels que les psychiatres et les pédopsychiatres, le cadre de la coopération est devenu incontournable*

⁴ INSEE Analyses Nouvelle-Aquitaine, paru le 2 décembre 2021.

⁵ Chiffre INSEE du dernier recensement de 2021.

⁶ Conseil économique, social et environnemental régional (CESER) de la Nouvelle-Aquitaine, rapport de 2023 : *Enrayer la fabrique de la pauvreté en Nouvelle-Aquitaine.*

⁷ Observatoire régional de la santé (ORS), 2021.

⁸ Projet d'établissement 2020-2024 du CHLV.

(...). Ces évolutions devraient conduire (...) à l'instauration de pôles de territoire inter établissements afin de promouvoir une logique de parcours, tout en garantissant à celle-ci l'indispensable proximité des soins sur le département, dans les domaines de la prévention, des soins libres comme des soins sans consentement, ce sur l'ensemble des filières organisées. »⁹

L'établissement a été certifié au mois de mars 2022 par la Haute autorité de santé (HAS) avec un score global de satisfaction aux attendus du référentiel de 85,56 %.

L'activité du CHLV est constituée de trois pôles cliniques :

- le pôle inter-établissement de psychiatrie adulte (PIPA) ;
- le pôle inter-établissement universitaire d'addictologie (PUP3A) ;
- le pôle psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;

et est organisée en quatre filières :

- une filière de psychiatrie générale ;
- une filière de réhabilitation psychosociale ;
- une filière addictologie santé / justice ;
- une filière de psychiatrie de la personne âgée.

Le pôle de psychiatrie adulte a été intégré au sein d'un pôle inter-établissements lors de la mise en place de la direction commune. La branche du pôle située au sein du CHLV ne fait cependant toujours pas l'objet de la nomination d'un directeur référent de pôle ni d'un assistant au chef de pôle, afin d'appuyer ce dernier dans sa gestion médico-administrative.

Recommandation 1

Un directeur référent et un assistant au chef de pôle de psychiatrie adultes doivent être nommés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique : « Dans le cadre du GHT Limousin, des conventions de Pôles Inter Etablissements ont été signées le 9 août 2019 entre le CH Esquirol et le CH La Valette. Elles mettent en place des Directeurs Référents et des Assistants au Chef de pôle pour l'ensemble des pôles concernés. Les Cadres Supérieurs de Santé du CH La Valette participent également au bureau de pôle. Un directeur référent et une assistance au chef de pôle sont donc déjà en place. »

L'établissement est autorisé depuis 2018, par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine, pour :

- 105 lits d'hospitalisation complète pour adultes (HC) ;
- 99 places pour adultes en hôpital de jour (HDJ), en hôpital de nuit (HDN) et en accueil familial thérapeutique (AFT) ;
- 34 places pour enfants en HDJ et AFT ;
- 10 places de soins de suite et de rééducation en addictologie (SSRA) ;
- 10 places en HDJ en addictologie ;
- 5 places d'appartement de coordination thérapeutique (ACT) ;
- un centre de soins d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA) ;

⁹ Préambule du CPOM 2029-2023.

- une maison d'accueil spécialisée (MAS) de 24 lits et 4 places d'accueil de jour ;
- un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 40 lits dont 14 lits d'unité d'hébergement renforcé (UHR).

Deux unités accueillent les patients en HC au CHLV : « Véronèse » (20 lits) pour les soins libres (SL) et « Henry Ey » (15 lits¹⁰) pour les SSC.

Le CHLV est le seul établissement de santé du département à pouvoir accueillir des patients adultes en SSC. La Creuse compte un autre établissement psychiatrique privé à Viersat, la clinique Châtelguyon, laquelle accueille uniquement des patients en SL.

La présidence du conseil de surveillance du CHLV est assurée par une élue du conseil départemental.

L'arrivée d'un nouveau directeur délégué et la prise de fonction de nouveaux collaborateurs à la direction des services en charge des ressources humaines, de la qualité et des soins a marqué le début d'une nouvelle étape pour le CHLV. La direction fait valoir un discours volontariste et porteur d'une dynamique donnant la priorité depuis deux années à la réorganisation de l'établissement en prenant en compte les difficultés d'un département marqué notamment par le fort taux de suicide chez les plus jeunes et les agriculteurs. L'objectif du centre hospitalier est de renforcer son maillage territorial grâce au développement de l'extrahospitalier. Cette orientation doit composer avec des difficultés en termes de ressources humaines (cf. § 3.4) et la réforme du financement de la psychiatrie (cf. § 3.3). Le gel de 35 lits – dont 7 de SSC – et l'abaissement de la capacité d'hospitalisation complète à 105 lits, soit une baisse d'un tiers depuis le début de la décennie, constituent les éléments marquants de cette orientation. Le lancement de travaux de rénovation bâtementaire et le renouvellement du parc automobile ont aussi servi d'exemples à la direction pour illustrer le changement amorcé. La direction justifie par ces bouleversements la mise en œuvre incomplète des actions du projet d'établissement 2020-2024 et le non-renouvellement du CPOM, expiré le 31 décembre 2023. Ce dernier, sans viser expressément les SSC, prévoyait un travail sur le « *Nombre de mesures d'isolement et de contention prononcées (tous types de mesures confondues)* »¹¹ (cf. § 7).

Recommandation 2

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens doit prévoir les droits des patients en soins sans consentement et les pratiques en matière d'isolement et de contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique : « *Le CPOM 2019-2023 a été prorogé jusqu'au 30 juin 2025. Le prochain CPOM inclura les droits des patients en soins sans consentement ainsi que les pratiques relatives à l'isolement et à la contention.* »

¹⁰ 15 lits sont installés mais 22 sont autorisés.

¹¹ « *Relance de l'EPP "Améliorer les modalités de surveillance de la mise en isolement thérapeutique". Travail autour du registre des mises en isolement et du suivi des indicateurs de mise en isolement avec ou sans contention. Analyse des causes du recours à la contention et à l'isolement sur l'établissement. Partage des pratiques et recommandations de bonnes pratiques en ce qui concerne le recours à la contention et de l'isolement.* »

3.3. L'EQUILIBRE BUDGETAIRE EST FRAGILE ET MENACE PAR LE NECESSAIRE EMPLOI DE PRATICIENS EXTRATERRITORIAUX

Le CHLV se trouve dans une période de transition budgétaire à la suite de l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2022, de la réforme du financement de la psychiatrie¹². La dotation populationnelle¹³ pourrait évoluer au regard du déclin démographique du département, sachant que d'autres clefs de répartition vont entrer en ligne de compte et qu'une clarification est attendue concernant la tarification prévue à l'activité. Dans son rapport de 2021 sur le contrôle des comptes et de la gestion du CHLV, la chambre régionale des comptes de Nouvelle-Aquitaine a attiré l'attention de l'établissement sur une évolution financière défavorable, avec un rééquilibrage annoncé dès 2019 par l'ARS Nouvelle-Aquitaine au regard d'indicateurs de dépenses par habitant et de précarité. Le budget du CHLV demeure toutefois stable depuis 2015, à hauteur de 30 millions d'euros annuels. Malgré les incertitudes sus évoquées, l'établissement disposait au moment du contrôle des moyens pour remplir ses missions et pour soutenir sa politique tant en intra qu'en extrahospitalier, ses dépenses étant équilibrées sur les deux pans d'activité. L'effort consenti pour renforcer la présence de médecins psychiatres grâce au financement d'astreintes de praticiens du CHLE (cf. § 3.4) constitue néanmoins une lourde charge, un point de fragilité et de précarité quand l'investissement décidé pour la réhabilitation de logements pour le personnel relève *a contrario* d'une démarche d'investissement pérenne.

Au niveau des unités d'hospitalisation, les cadres de santé sollicitent annuellement les agents afin de connaître les attentes en termes d'amélioration des conditions de travail.

Concernant les projets en direction des patients, une enveloppe est allouée au regard de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). La directrice des soins la répartit avec les cadres de santé. Le budget ne serait cependant jamais complètement dépensé, en raison de l'instabilité des ressources humaines et des porteurs de projet. L'enveloppe allouée aux activités à destination des patients a de fait considérablement diminuée entre 2021 et 2023, de près de moitié au niveau de l'établissement et de plus d'un tiers pour les patients de l'unité Henri Ey.

¹² Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

¹³ La dotation populationnelle, construite sur des critères populationnels et allouée à la maille régionale afin d'assurer une meilleure équité de financement entre les régions, est l'un des huit secteurs de financement prévus pour les établissements de santé. S'y ajoutent :

- la dotation « file active » construite sur la file active des établissements afin de reconnaître leur dynamique d'activité ;
- les activités spécifiques pour lesquelles l'organisation de l'offre est suprarégionale ;
- les nouvelles activités : projets et modalités de prises en charge innovantes identifiés *via* des appels à projets nationaux ou régionaux ;
- la transformation : actions de restructuration nationales et régionales portées auprès des établissements ;
- la recherche : structuration de l'animation territoriale de la recherche en psychiatrie ;
- la qualité : amélioration de la qualité des prises en charge *via* l'intégration des établissements de psychiatrie au dispositif IFAQ) ;
- la qualité du codage : amélioration de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données remontées par les établissements.

Tableau 2 : Enveloppe budgétaire allouée aux activités à destination des patients

	2021	2022	2023
Budget global	21 029 €	13 349 €	10 499 €
Unité Henri Ey	1 134 €	717 €	733 €
dont sports	855 €	485 €	495 €

Recommandation 3

Le centre hospitalier doit disposer des ressources permettant d'assurer la prise en charge des patients, sans pâtir des efforts nécessaires pour attirer des praticiens hospitaliers.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« En ce qui concerne les ressources globales de l'établissement, celles-ci dépendent des règles nationales de financement des établissements de santé psychiatriques et ne sont pas à la main du CH La Valette.

En ce qui concerne l'enveloppe allouée aux activités à destination des patients, elle est modulée en fonction du nombre de lits installés qui a évolué de 2021 à 2023. En effet, une chambre à deux lits a été transformée en espace d'apaisement.

Par ailleurs, les usagers peuvent bénéficier de prestations non déduites du budget activités propres à l'unité, mais sur d'autres budgets comme celui des thérapies spécialisées ou celui spécifique à la documentation, jeux et loisirs.

Il est à préciser que le remplacement ou l'achat de matériel lié aux activités est déduit également d'un autre compte. »

3.4. LE PERSONNEL, EN NOMBRE INSUFFISANT, MANQUE DE FORMATION ET D'ACCOMPAGNEMENT POUR LA PRISE EN CHARGE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Le CHLV compte 459,71 agents médicaux et non médicaux au titre de l'EPRD réalisé, nombre en légère augmentation au regard de l'année 2023 (457,17). Plus des deux tiers travaillent en intra-hospitalier, les unités d'hospitalisation complète comptabilisant 147 professionnels médicaux et non médicaux.

Tableau 3 : Effectifs non médicaux 2024

Métiers	Pôle adultes		Pôle infanto-juvénile	
	Nombre	ETP ¹⁴	Nombre	ETP
Administratif	12	11,60	3	2,90
Aide-soignant (AS)	81	79,07	1	1
Ambulancier	1	0,5	0	0
Aide médico-psychologique (AMP)	10	8,80	0	0
Animateur	2	2	0	0

¹⁴ ETP : emploi temps plein.

Agent de service hospitalier (ASH)	35	32,53	2	2
Assistant de service social (ASS)	6	5,75	2	1,30
Cadre de santé	4	3,95	3	1,55
Cadre supérieur de santé	2	1,15	1	0,85
Educateur de jeunes enfants	/	/	1	1
Educateur spécialisé	8	6,20	4	4
Ergothérapeute	2	1,50	0	0
Infirmier diplômé d'Etat (IDE)	144	135,48	15	13,70
Infirmier en pratique avancée (IPA)	3	3	1	1
Moniteur éducateur	5	4,03	0	0
Préparateur en pharmacie	4	4	0	0
Psychologue	13	11,50	6	4,10
Psychomotricien	3	3	2	2
Technique	3	2,60	1	0,20
Total	338	316,67	42	35,60

Tableau 4 : Effectifs médicaux 2024

Statut	Pôles adultes						Pôle infanto-juvénile		
	PIPA			PUP3A			Pôle de pédopsychiatrie		
	Nbre	ETP	ETP NP ¹⁵	Nbre	ETP	ETP NP	Nbre	ETP	ETP NP
Praticien hospitalier (PH) & praticiens contractuels	10	5,4	2	6	2,20	2	5	2,30	1
Médecins attachés ou assistants	/	/	/	/	/	/	/	/	/
Médecins associés	1	1	/	/	/	/	/	/	/

¹⁵ Non pourvu.

Médecins généralistes	1	1	1	2	0,80	/	/	/	/
Internes	4	0,20	/	1	1	/	/	/	/
Total	16	10,60	3	9	4	3	5	2,30	1

Le CHLV souffre de difficultés de recrutement inhérentes à l'évolution du rapport au travail au sein des professions de soins mais aussi aux caractéristiques (cf. § 3.1) du département de la Creuse. Sept postes d'IDE et d'AS sont ainsi vacants. Pour accroître son attractivité et tenter de fidéliser le personnel, le CHLV dispose de locaux constituant des solutions d'hébergement transitoires pour les nouveaux arrivants, lesquels peuvent aussi bénéficier de la mise à disposition de véhicules. Grâce à une convention avec l'office de l'habitation à loyer modérée (HLM), des logements sociaux sont également accessibles à Saint-Vaury pour les membres du personnel de l'hôpital. Deux tiers des bénéficiaires de ces solutions d'hébergement s'installeraient ensuite de manière pérenne dans le département. Le CHLV accueille aussi des stagiaires, infirmiers notamment, avec l'espoir de les voir revenir à l'issue de leur formation. Lorsqu'il est recruté, un IDE sortant d'école se voit ainsi rapidement proposé un CDI assorti d'un salaire préférentiel. Une crèche, ouverte de 7h30 à 19h30 sur le site depuis la création de l'hôpital gérée depuis 2019 par la communauté d'agglomération, constitue un autre atout. Le personnel du CHLV y obtient une place si nécessaire.

La transformation de l'unité d'hospitalisation complète de 18 lits « Jean Bancaud » du PIPA en un centre de proximité en réhabilitation psychosociale (RPS), la réduction du nombre de lits passés de 30 à 20 dans l'unité d'hospitalisation complète « Véronèse » et le gel de trois lits à Henri Ey a permis de redéployer les RH des différentes unités et conduit des agents à partir travailler en extrahospitalier. La gestion de l'absentéisme s'en est trouvée améliorée même s'il est fréquemment nécessaire de recourir à la solidarité institutionnelle pour assurer tous les remplacements. Ces derniers sont aussi possibles grâce au renfort de trois personnes employées dans le cadre d'un cumul emploi-retraite.

Les effectifs médicaux du PIPA sont de 16 professionnels pour 10,6 ETP. L'établissement subit une pénurie de psychiatres et rencontre des difficultés pour en recruter. Depuis la visite du CGLPL en 2011, la baisse du nombre de médecins psychiatres titulaires a ainsi été de plus de 80 %, passant de 16 à 3. Quatre praticiens diplômés hors union européenne (PADHUE) faisant fonction d'interne (FFI) sont arrivés dans l'établissement au premier jour de visite du CGLP pour des contrats à durée déterminée de six mois. Les recrutements s'exercent dans le cadre d'une rotation rapide du personnel médical. Le CHLV s'efforce de soutenir leur intégration avec la mise à disposition de logements (cf. *supra*), voire de véhicules. Le nombre insuffisant de psychiatres titulaires rend complexe un encadrement adapté des FFI. Un fragile système d'astreinte pallie en

conséquence les difficultés de garantie de la continuité des soins. Le défaut de psychiatres dans le département (cf. § 9.1) est ainsi contourné grâce au renfort de psychiatres du CHEL. Dix psychiatres se relaient 7 jours/7, 24 heures/24 au prix d'un effort financier du CHLV impliquant aussi une rupture d'égalité dans le paiement des astreintes entre les trois praticiens du CHLV et leurs collègues du CHEL. L'effectif insuffisant de généraliste (1,2 ETP) répond également avec difficulté aux besoins de soins somatiques (cf. § 9.2).

Malgré ses efforts dans la gestion des ressources humaines, le CHLV fait face à l'extrême fragilité d'une situation où d'importants secteurs de son activité de soins reposent sur quelques professionnels voire une seule personne. La pyramide des âges des trois psychiatres comme du médecin attachés au CHLV rend d'autant plus préoccupante la situation.

Recommandation 4

Le centre hospitalier doit garantir le recrutement de médecins et de soignants permettant la prise en charge adaptée des troubles psychiques de la population dont il a la responsabilité des soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Pour la partie soignante :

La volonté de recrutement au sein de notre établissement s'exprime à travers différentes actions menées tout au long de l'année.

Le recours aux études promotionnelles est un dispositif actif au sein du CH La Valette pour répondre à un besoin identifié qui n'est pas satisfait par la voie du recrutement. Chaque année, l'établissement accompagne le développement des compétences des agents par un accès à des formations diplômantes. Ainsi les effectifs sont consolidés par des infirmiers, aides-soignants et IPA.

Les professionnels du CH La Valette participent à tous les job dating des instituts de formation du territoire et limitrophes. Le job dating permet de communiquer directement avec les candidats sur les postes à pourvoir, de faire connaître l'établissement, ses compétences associées, ses valeurs, de le valoriser et de promouvoir sa culture, notamment ressources humaines.

La politique de déploiement des IPA permet d'optimiser les prises en charge et de renforcer la qualité de soins.

Les réseaux sociaux sont également utilisés pour valoriser l'établissement et favoriser l'attractivité donc le recrutement. A noter également que notre partenariat avec les différents instituts de formation permet d'accueillir plusieurs étudiants par an. Les stagiaires remontent une bonne satisfaction des services et de leur apprentissage, ce qui conduit certains à postuler dans notre établissement par la suite.

Pour la partie médicale :

Les différentes actions permettant le recrutement des médecins sont :

- . La collaboration avec le CH Esquirol ;
- . La participation aux journées d'intégration notamment pour les internes ;
- . Les publications sur les réseaux sociaux ;
- . La publication aux tours de recrutement nationaux ;
- . La prise de contact auprès des agences d'intérim.

A ce jour, nous avons recruté six stagiaires associés Faisant Fonction d'Interne dans le cadre du parcours Padhue. Cinq d'entre eux sont spécialisés en médecine générale et un est en cours de

spécialisation en psychiatrie, un médecin généraliste à 20 % (passage à 80 % en janvier 2025 avec un projet du concours PH), un psychiatre recruté à 20 % sur les TSA, un praticien associé psychiatre en fin de parcours de consolidation qui a demandé le plein exercice à la commission nationale.

La politique de l'établissement favorise également l'attractivité par la mise à disposition d'appartements, de maisons, la prise en compte des besoins familiaux par un accompagnement dans la recherche d'emplois pour les conjoints. Toutes interventions médicales – dans le cadre de l'intérim – même éphémères font l'objet d'une rencontre afin de pérenniser leurs présences. Les médecins témoignent du fait que les équipes, conscientes, de la pénurie médicale mettent tout en œuvre pour un accueil de qualité et pour faciliter leurs pratiques.»

Au regard de la situation, la communication institutionnelle fait défaut. Malgré un climat social en apparence paisible, les orientations et décisions prises pour le CHLV ne sont pas comprises par le personnel – attaché au site depuis longtemps pour une partie – qui retient d'abord les éléments de langage de la direction. L'accompagnement du processus décisionnel et vers le changement n'est pas intégré dans les pratiques managériales.

Recommandation 5

La communication interne de l'établissement doit permettre l'information et la compréhension par le personnel de l'évolution du centre hospitalier. Le personnel doit être accompagné vers le changement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Le CH La Valette vise une politique claire sur la circulation de l'information interne, afin que la communication entre les membres du personnel soit bien structurée. La politique de l'établissement se fonde sur un travail de concertation avec les professionnels, inscrite dans le projet d'établissement.

C'est pourquoi différentes méthodes sont mises en œuvre :

Réunions institutionnelles :

- . Cellules de crise et présentation en F3SCT : ce processus garantit que toutes les parties prenantes sont informées des changements et peuvent participer activement à leur mise en œuvre.*
- . Transmission de l'information dans les collèges médicaux par l'intervention de personnes ressources invitées à discuter des sujets concernés.*

Réunions opérationnelles :

- . Réunions hebdomadaires avec l'encadrement permettent de diffuser les informations et de soutenir les processus de changement.*
- . Réunions plénières et sessions de concertation qui permettent à l'ensemble du personnel de discuter des changements proposés, de donner leur avis, et de contribuer à la prise de décision.*

Echanges avec les professionnels :

- . Rencontres entre la Direction et les équipes pour les informer des nouvelles orientations et décisions pour assurer que toutes les équipes, y compris celles qui travaillent de nuit, sont au courant des nouvelles orientations et décisions.*
- . Notes d'informations, journal interne : pour maintenir une communication constante et informée, l'hôpital utilise des notes d'informations et un journal interne. Ces supports permettent de diffuser les évolutions et les actualités importantes dans la vie de l'hôpital, offrant ainsi un accès régulier à l'information pour tous les membres du personnel.*

. Cafés-rencontres dans toutes les unités : Dès cet automne, des cafés-rencontres seront organisés dans toutes les unités de l'hôpital. Ces rencontres informelles permettent aux membres du personnel de discuter des évolutions récentes, de poser des questions, et de partager leurs réflexions dans un cadre convivial, renforçant ainsi la communication et la cohésion au sein des équipes.

Echanges avec les usagers :

. Trail sur la santé mentale : Un trail a eu lieu et a permis de rassembler les équipes autour de la déstigmatisation de la santé mentale. Cet événement sert non seulement de moyen de sensibilisation mais aussi de plateforme pour discuter de la santé mentale dans un cadre informel, favorisant ainsi une meilleure compréhension et soutien parmi les équipes. »

Tableau 5 : Effectifs de l'unité Henri Ey

Unité Henri Ey	Nombre	ETP
PH	1	0,60
Médecin neurologue	1	0,40
FFI	1	1
Cadre de santé	1	0,90
IDE	14	13,7
AS	8	8
ASH	4	4
Monitrice activités physiques adaptées (APA)	1	0,8
ASS	1	0,44
Psychologue	1	0,32
Psychomotricien	1	0,05
Total	36	34,20

Le nombre d'IDE et d'AS permet de mettre en place des équipes de cinq (deux IDE, deux AS et un ASH) en journée (une équipe le matin et une équipe l'après-midi) et de deux IDE la nuit. Néanmoins, le renfort nécessaire des autres unités du CHLV peut conduire à une présence réduite, ce que confirment les plannings des mois de décembre 2023 à février 2024. Le « dégel » ponctuel de lits de SSC conduit aussi à déséquilibrer la planification du travail. Sur le plan médical, trois personnes interviennent sur l'unité mais avec 0,6 ETP de psychiatre. Le temps de psychologue est aussi insuffisant (cf. § 9.1.1).

Un effectif minimum de fonctionnement par unité est prévu selon le taux d'occupation. Les plannings consultés pour Henri Ey correspondent à un effectif pour un taux d'occupation de 80 à

100 % soit de 18 à 22 patients, ce qui répond au besoin, au prix toutefois de renforts ponctuels par des agents d'autres unités et de contraintes ailleurs générées.

L'accueil des nouveaux agents, plus spécifiquement des soignants, n'est pas formalisé et leur livret d'accueil n'est pas à jour. Les cadres de santé et les pairs assurent le tutorat.

36 agents ont été formés à la réforme des soins psychiatriques en 2011 et 25 (dont trois d'Henri Ey) en 2014. Il n'y en a pas eu depuis en dépit de l'arrivée de nouveaux professionnels. Les IDE n'ont donc pas accès à une formation régulièrement mise à jour concernant les SSC avec une difficulté particulière d'accès à la formation continue malgré l'émission sollicitée de trois vœux annuels. Le CHLV dispose pourtant d'un atout en interne avec la secrétaire de l'unité Henri Ey, formée aux SSC. La formation aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention est insuffisante. Neuf des soignants de l'unité Henri Ey (moins d'un tiers) ont suivi une formation à l'utilisation de l'espace d'apaisement quand la formation à la prévention du suicide a concerné quatorze agents du CHLV en 2023 mais aucun à Henri Ey. Des formations à *SocleCare*¹⁶ et à la gestion et à la prévention des situations de violence et d'agressivité en psychiatrie sont proposées depuis 2022. Cette année-là, six professionnels ont suivi la formation *SocleCare*, tous de l'unité Henri Ey et onze dont deux d'Henri Ey à la gestion et à la prévention des situations de violence et d'agressivité en psychiatrie.

Recommandation 6

Le personnel soignant et administratif doit bénéficier de formations régulièrement mises à jour concernant les droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et l'évolution de leur cadre légal. La formation aux alternatives aux pratiques d'isolement et de contention doit être renforcée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« La Commission de formation est mise en place afin de définir, organiser et superviser les actions de formation. Elle est essentielle dans l'élaboration de la politique de formation en adéquation avec le Projet d'Etablissement. »

De ce fait, des priorités sont dégagées en lien avec les droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement. »

La supervision du personnel fait défaut. Les difficultés rencontrées dans le travail sont traitées entre pairs. Le dispositif d'analyse des pratiques mis en place pour l'équipe de liaison installée aux urgences de l'hôpital de Guéret ne peut pas être considéré comme de la supervision.

Recommandation 7

L'établissement doit assurer, pour l'ensemble du personnel, une offre de supervision par un professionnel extérieur aux unités afin d'y favoriser l'analyse des pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Le Centre Hospitalier continue à s'engager dans le développement de la compétence Infirmier en Pratiques Avancées dont une des missions est l'analyse des pratiques. »

¹⁶ <https://www.competens.net> : « La formation SOCLECARE est une formation de base pour tout soignant en psychiatrie. Elle promeut la construction du lien avec le patient qui permet un moindre recours aux moyens de coercition et de restriction de liberté dans le soin psychique intrahospitalier et extrahospitalier. »

L'établissement s'appuie aussi sur les expertises d'équipes spécialisées qui interviennent dans les unités dans les domaines suivants : la prise en charge globale du risque suicidaire, la détection précoce de symptômes précurseurs de la maladie psychiatrique, l'éducation thérapeutique, la pair-aidance...»

3.5. LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE ET COMPORTENT UNE FORTE PROPORTION DE VIOLENCES

3.5.1. Le circuit de déclaration

La direction de la qualité et de la gestion des risques (QGDR) incite les soignants à déclarer tout évènement indésirable (EI), l'objectif affiché étant d'améliorer la visibilité des risques afin de les prévenir et d'y apporter des correctifs. Un protocole de déclaration mis à jour au mois de mai 2023 est disponible dans l'intranet à partir du logiciel Yes, qui précise les modalités de déclaration et de traitement des EI. La déclaration d'un EI est réalisable à partir d'une fiche d'évènement indésirable (FEI) qui y est insérée. La cotation de la criticité de l'évènement est possible par le choix de trois couleurs (rouge, orange, vert) suivant l'intensité estimée. Tout agent peut décider de signaler un incident, sans validation hiérarchique. En outre, la direction s'engage à protéger des sanctions les professionnels qui renseignent les FEI.

La QGDR, en la personne de la directrice, de la gestionnaire des risques et de l'assistante qualité en sont destinataires. Les FEI sont extraites par l'assistante qualité (présente le matin du lundi au vendredi) et une première analyse (contenu, gravité) est initiée.

A l'exception de dysfonctionnements dangereux, les évènements d'ordre technique ne font pas l'objet d'une FEI mais d'une déclaration dans un logiciel spécifique sous forme de « tickets de travaux ».

Le déclarant est avisé, par un accusé de réception, de la prise en compte de sa FEI. Il est également informé des personnes auxquelles a été transmis le signalement. Ce retour est également l'occasion de faire une demande d'informations complémentaires. Le mode de déclaration ne permet pas de conserver l'anonymat mais le partage immédiat avec les personnes intéressées n'indique pas l'identité du rédacteur. En fonction de la problématique exposée, la FEI est adressée au cadre de santé, au médecin, à la directrice des soins ou encore à la présidente de la commission médicale d'établissement (CME). Dans le cas d'évènements indésirables graves (EIG) tels que les violences verbales ou physiques, le psychiatre référent de l'unité est saisi, ainsi que le service de santé au travail, les représentants du personnel et le cadre de santé (référent « qualité »). Les EIG sont déclarés à l'ARS et les violences sont signalées à l'Observatoire national des violences en santé (ONVS). Le délai de traitement des FEI est compatible avec la mise en œuvre d'actions d'amélioration rapide permettant à tous les acteurs de pouvoir être réactifs et de mener les actions nécessaires.

Le rapport annuel relatif à l'ensemble des FEI est présenté aux instances de l'établissement dont la commission des usagers (CDU), la CME et le comité social et économique (CSE).

3.5.2. Le traitement des déclarations

L'ensemble des événements indésirables graves (EIG) fait l'objet d'un travail d'analyse et de retour sous trois formes : CREX (comité de retour d'expérience) selon la méthode ALARM¹⁷, revue de mortalité et de morbidité (RMM) selon la méthode ISHIKAWA¹⁸ et retour d'expérience (RETEX). Ces méthodes visent à analyser et partager les éléments relatifs à la déclaration pour en tirer des enseignements. Elles permettent de comprendre la cause d'un problème afin d'optimiser les pratiques.

Les contrôleurs ont été rendus destinataires d'exemples de traitement des EIG sous les trois formes précitées s'agissant d'un incendie (41 professionnels associés), d'une agression et d'un suicide en cours d'hospitalisation. Les réunions ont eu lieu dans un délai d'un à trois mois après l'évènement.

3.5.3. Le traitement des violences

Lors d'agressions de patients sur les soignants ou entre patients, des courriers de rappel à la loi sont adressés par la directrice juridique, en première intention, à leurs auteurs. En cas de réitération et de danger avéré (menaces de mort scénarisées ou menaces sur les enfants, violences physiques), l'établissement saisit le procureur de la République au titre de l'article 40 du code procédure pénale (CPP). La protection fonctionnelle du soignant est assurée par l'intervention d'un avocat, ainsi qu'un soutien psychologique par le psychologue de l'établissement. Le CSE est saisi.

Il est systématiquement proposé aux agents et aux patients de déposer plainte en cas d'agression. Si la plainte d'un soignant dont les blessures ont donné lieu à une reconnaissance d'accident de travail était en cours au moment du contrôle, aucun évènement entraînant une plainte contre un membre du personnel n'a jamais été recensé.

A noter qu'une charte signée avec les forces de l'ordre existe pour la gestion des agressions sur le personnel du SAU avec une procédure accélérée de dépôt de plainte en cas de besoin et la mise en œuvre d'un circuit spécifique pour les soins à prodiguer aux gardés à vue.

Les tentatives de suicide et tout évènement mettant en jeu le pronostic vital sont traités dans le cadre d'une RMM. Trois suicides sont à déplorer en intra hospitalier sur une période de trois ans, l'un en 2019 par noyade et les deux suivants en 2020 et 2021 par pendaison.

Les contenus des RETEX, CREX et RMM, anonymisés, sont diffusés sur intranet.

3.5.4. Les sorties à l'insu du personnel et les non-retours de permission de sortie

Les sorties en cours de séjour et les non-retours de permission font l'objet de FEI et d'un recensement quotidien. La première démarche lors de l'absence d'un patient consiste à tenter un contact téléphonique avec la personne à prévenir. Ensuite, dans un délai individualisé selon la connaissance du patient, de son statut d'hospitalisation et de son état clinique, il est procédé aux démarches de recherche. La déclaration de sortie à l'insu du personnel, qui prend la forme d'un formulaire unique quel que soit le statut du patient, est remplie par le cadre de santé de l'unité après une prise de contact téléphonique avec la gendarmerie compétente pour le ressort

¹⁷ La grille ALARM, adaptée aux établissements de santé, classe l'ensemble des causes racines des EI liés aux soins en catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'évènement.

¹⁸ Le diagramme d'Ishikawa, également appelé diagramme de causes et effets, est une représentation graphique qui permet de visualiser les causes d'un problème.

(gendarmerie de Sainte-Feyre). Cette fiche « de renseignements et recherche d'un patient » est ensuite transmise par télécopie aux gendarmes pour déclencher des recherches actives. Dès la découverte du patient, un équipage de soignants se déplace pour le ramener à l'établissement. Au retour du patient, un rapport de réintégration à destination des autorités est rédigé.

Parmi les EIG, les fugues sont systématiquement suivies d'un CREX.

Recommandation 8

Aucune information relevant du secret médical ne peut être transmise à la gendarmerie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Les seules informations transmises aux forces de l'ordre sont celles nécessaires à assurer la sécurité du patient. Un équipage se déplace pour ramener le patient dans l'enceinte de l'établissement uniquement en cas de soins sans consentements. »

3.5.5. Les données de 2022 et 2023 en intra et extrahospitalier

Les contrôleurs ont examiné le bilan des EI de 2022 ainsi que des extractions de FEI pour 2023, le bilan annuel n'étant pas déposé à la date de la visite.

En 2022, l'établissement mentionnait la diminution du nombre de FEI (140 contre 155 en 2021), parmi lesquelles, cependant, les motifs de violence physique ou verbale étaient en hausse. Les unités de soins en étaient les principales émettrices.

L'hygiène constituait le premier motif de déclaration avant les violences qui précédaient elles-mêmes le défaut de qualité au travail. Un nouveau marché a été passé pour l'hygiène, des permutations entre services rendues possibles et une nouvelle politique de recrutement mise en œuvre s'agissant de la qualité au travail. Concernant l'augmentation des comportements violents, un travail a été initié avec la DRH afin de mettre en lien les agressions et les accidents de travail parallèlement à un rappel des procédures d'utilisation des protections du travailleur isolé (PTI).

Il ressort de l'examen des FEI que les agressions, insultes, menaces ou violences physiques (intitulées agressions ou situations de maltraitance) qui avaient fait l'objet de 17 fiches en 2022 totalisent 40 fiches en 2023 sur un total annuel identique de FEI. Il y est mis en évidence la prépondérance des déclarations d'agressions à l'unité Henri Ey pour l'intrahospitalier et au sein des hôpitaux de jour de Guéret et de La Souterraine pour l'extrahospitalier.

3.6. LE COMITE D'ETHIQUE, ASSOCIE A CELUI DU CENTRE HOSPITALIER D'ESQUIROL, N'EST PAS SOLLICITE PAR LES SOIGNANTS

Présidé par la présidente de la CME, le comité d'éthique ne fonctionne plus de manière autonome et a été associé à celui du CHEL. La charte de fonctionnement du comité d'éthique commun a été signée le 31 août 2023 par le directeur général des centres hospitaliers et par les présidentes des CME. Lors des séances sont conviés des intervenants extérieurs spécialisés sur la thématique mise à l'ordre du jour.

La première réunion s'est tenue le 31 août 2023 sur la thématique de l'utilisation du cannabidiol (CBD)¹⁹ au sein de l'hôpital. Au point de vue de l'activité, l'intranet de l'hôpital ne mentionne que

¹⁹ Le CBD est l'un des constituants majeurs de la plante de chanvre, autrement appelée cannabis.

ce compte-rendu. Cependant, il a été indiqué aux contrôleurs qu'une réunion s'est tenue le 1^{er} février 2024, date à laquelle les directives anticipées concernant la fin de vie et la vie sexuelle des patients ont été évoquées.

Les équipes ne semblent pas s'approprier cette instance, sans qu'un motif unique paraisse expliquer à lui seul ce constat. Il a en effet été indiqué que l'activité sur saisine du personnel est quasi inexistante bien qu'une adresse de courriel spécifique ait été identifiée pour le recueil de propositions de thématiques. Aussi le comité s'est-il autosaisi. Depuis, une relance a été diffusée par l'encadrement.

Recommandation 9

Le comité d'éthique doit soutenir avec dynamisme la réflexion institutionnelle concernant notamment les droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement et la réduction des pratiques d'isolement et de contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Un comité d'éthique avec un établissement de santé mentale plus important permet un espace de réflexion, d'échange et d'expertise plus élargi et donc plus pertinent.

La participation du CH La Valette au bureau restreint du comité d'éthique permet de soutenir les thématiques propres à l'établissement. Les droits des patients hospitalisés en soins sans consentement feront l'objet du prochain ordre du jour. »

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1. LA PERTINENCE DES MODALITES DE LA PROCEDURE D'ADMISSION DANS L'UNITE HENRI EY FAVORISE L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

4.1.1. La prise en charge des urgences

Les patients adressés à l'établissement proviennent des services d'accueil des urgences (SAU)²⁰ des CH de Guéret (CHG), d'Aubusson et de Bourganeuf, d'autres départements en cas de voyage pathologique, de leur domicile et de la rue.

Les locaux de l'antenne psychiatrique du SAU du CHG sont situés en dehors du SAU, près du bâtiment de la radiothérapie, sans signalétique et ne sont pas utilisés pour l'accueil des patients qui sont évalués dans les boxes du SAU.

L'effectif composé de quatre IDE²¹, organisé par roulement²² pour la garantie d'une présence au SAU de 10h à 22h du lundi au vendredi, permet à l'équipe de répondre à ses missions d'évaluation des patients à présentation psychiatrique, aux urgences et en liaison dans les services. La qualité des relations professionnelles avec l'équipe du SAU a été soulignée.

La présence médicale sur place est assurée du lundi au vendredi, en journée, par trois médecins successivement²³ et par le psychiatre d'astreinte pendant le temps de la garde. Des ruptures de continuité des soins²⁴ dans ce cadre ont été rapportées.

Recommandation 10

L'établissement doit garantir la présence quotidienne d'un psychiatre à l'antenne psychiatrique du centre hospitalier de Guéret, afin d'assurer une activité de la permanence de l'évaluation médicale spécialisée des patients à présentation psychiatrique dans le service d'accueil des urgences comme lors de l'activité de liaison.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Les psychiatres du CHE ont été sollicités pour des interventions aux urgences psychiatriques, rattaché au service des Urgences du CH de Guéret.
La présence des intérimaires contribue aussi à la permanence dans le service d'accueil des urgences. »

La traçabilité des éléments médicaux est effectuée dans le logiciel *Cariatides* du CHLV et sur une feuille de papier bleue spécifique pour le dossier du CHG.

L'obligation instaurée d'un appel téléphonique intermédiaire des cadres de la clinique plutôt qu'une information directe des équipes, ainsi que le gel des lits ont été signalés comme complexifiant les orientations des patients faisant l'objet d'une indication d'hospitalisation.

²⁰ Seul le SAU du CH de Guéret a été visité par le CGLPL pendant la mission.

²¹ Dont un fait valoir une expérience professionnelle de 29 ans aux urgences et une deuxième de 14 ans.

²² Trois IDE sont positionnés selon deux roulements de 9h42 à 18h et 13h42 à 22h. Un seul est présent entre 18h et 22h.

²³ La présence médicale est assurée les après-midis par un PADHUE les lundis et vendredis, un PH les mercredis, et un intérimaire les mardis et jeudis à la demande des IDE au motif de son affectation dans l'unité Véronèse.

²⁴ Des ruptures dans la continuité des soins sont fréquentes les mardis et jeudis avant l'arrivée du médecin intérimaire et persistantes lors de la prise des repos de sécurité des médecins concernés.

Les patients hospitalisés en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SDDE) sont majoritairement adressés dans le cadre des formes dérogatoires des soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) ou pour péril imminent (SPI) au motif de l'absence d'urgentistes certificateurs disponibles²⁵ (cf. § 4.3.2). La recherche du tiers est systématiquement effectuée. Ceux faisant l'objet d'une hospitalisation en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont le plus souvent orientés directement vers l'unité Henri Ey. L'équipe en reçoit cependant, évalue le patient concerné, contrôle l'adéquation des documents fournis, contacte la mairie pour obtenir un arrêté et un certificat *ad hoc* s'ils sont mal rédigés, puis appelle le CHLV pour transmission. Un équipage de soignants du CHLV est mis en œuvre pour aller chercher les patients faisant l'objet d'une procédure de SDRE et la gendarmerie est parfois sollicitée en cas de risque. Les patients relevant d'une prise en charge pédopsychiatrique sont orientés vers les unités Odyssée et Petit prince du CHEL²⁶.

Les modèles de certification de SDDE et de SDRE utilisés sont différents selon que les patients sont orientés vers le CHLV ou le CHEL. Ceux du CHLV imposent le renseignement d'items qui ne correspondent pas aux critères imposés par les dispositions légales²⁷. La procédure de certification n'impose pas la précision du diagnostic, ici exigée sous la forme de l'item « *caractéristiques de la maladie* », en sus de l'« *état mental de la personne* ». Le refus des certificats par le CHLV, en cas de manque de renseignement des items inadéquats, a été rapporté.

Recommandation 11

Les modèles de certification des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat et du directeur de l'établissement doivent être uniformisés et adaptés aux dispositions légales précises correspondant aux soins qu'ils indiquent.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Le centre hospitalier Esquirol de Limoges et le centre hospitalier La Valette sont deux établissements juridiquement autonomes. Si la mise en place d'une direction commune depuis 2020 implique une harmonisation progressive de certains processus, il n'existe aucune obligation légale ou réglementaire de disposer des mêmes modèles de certificats médicaux.

Par ailleurs, les modèles de certificats du Centre Hospitalier La Valette répondent précisément aux exigences de la réglementation. Ainsi, en ce qui concerne la rubrique « *caractéristiques de la maladie* », l'article L3212-1 du code de la santé publique, au sujet des soins sur décision du directeur de l'établissement, dispose explicitement que le « *certificat médical (...) indique les caractéristiques de sa maladie* ».

Les locaux du SAU ne disposent d'aucune chambre d'isolement (CI). Les patients agités bénéficient d'une prise en charge dans un box à l'écart, font l'objet d'une proposition de traitement oral et d'une injection intramusculaire de sédatif en cas de refus. L'un d'entre eux, spécifique, est équipé d'un « drap de contention » de matière plastique, qui immobilise complètement le patient concerné. Des contentions classiques de tissu avec des aimants de verrouillage sont également employées. La décision de contention est exclusivement médicale,

²⁵ L'insuffisance du nombre d'urgentistes disponibles, aux motifs de leur intervention avec le SMUR ou de leur statut qui ne le permet pas de signer les certificats, a été rapportée.

²⁶ Ces unités assurent l'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne.

²⁷ Cf. articles L 3211, L 3212, et L3213 du code de la santé publique (CSP).

fait l'objet d'une traçabilité dans le dossier patient informatisé (DPI) du logiciel du CHG et d'une surveillance des IDE du SAU.



Brancard du SAU du CHG équipé du drap de contention

L'antenne psychiatrique est articulée avec le réseau *VigilanS*²⁸.

4.1.2. La procédure d'arrivée dans l'unité Henri Ey

Les patients sont accueillis par deux soignants, souvent un IDE et un AS, et bénéficient d'une prise des constantes et d'une visite de l'unité. La chambre²⁹ est désignée selon l'état clinique, l'âge et le caractère chronique et connu de la maladie.

L'établissement entretient des liens de qualité avec les services départementaux de la gendarmerie, dont le responsable a visité l'unité au mois de décembre 2023.

L'unité n'admet pas de mineurs. Des patients porteurs de maladies neurologiques du champ de la démence assorties de troubles du comportement sont en revanche accueillis, en l'absence de dispositifs départementaux adaptés et de place dans l'unité de psychogériatrie.

Le patient, lors de l'admission ou de façon différée et adaptée selon son état clinique :

- reçoit un livret d'accueil, une « *fiche d'information sur les soins psychiatriques sans consentement* »³⁰ et renseigne une « *fiche de traçabilité de l'information reçue par le patient en SSC* »³¹ ;

²⁸ Le dispositif *VigilanS*, créé en 2015 dans les Hauts-de-France, a pour objectif général de contribuer à faire baisser le nombre de suicides et le nombre de récurrences de tentative de suicide. Ce dispositif consiste en un système de re-contact et d'alerte en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle.

²⁹ L'unité dispose de lits médicalisés qui se lèvent au moyen de vérins hydrauliques, dont deux avec une potence permettant l'administration de traitements par perfusion.

³⁰ Quatre fiches correspondant au mode d'hospitalisation sont disponibles : SDDE ou SDRE, admission ou réintégration.

³¹ Cette fiche renseigne les nom, prénom, date de naissance et d'admission du patient ; les nom et prénom de l'IDE ; la capacité du patient de recevoir l'information (à réévaluer dans les 72 heures à défaut) ; le contenu de l'information donnée (statut et déroulement de l'hospitalisation, droits et voies de recours, explication de la plaquette d'information) ; la date, l'heure et la signature du patient.

- reçoit une « *notice explicative des fiches de consentement* », dont la signature est sollicitée en début d'hospitalisation et renseigne une fiche « *liste des consentements* » (cf. § 9.3).

L'entretien d'accueil fait également l'objet du renseignement d'une « *check-list entretien d'accueil* », qui rend compte de la liste systématique des étapes initiales³² réalisées par le soignant. L'analyse détaillée de ces outils remis au patient lors de la procédure d'admission révèle cependant la nécessité d'une mise à jour de certains de leurs items (cf. 4.3.1).

Bonne pratique 1

La procédure d'accueil du patient, qui comprend la remise d'une fiche « information sur les soins psychiatriques sans consentement » et d'une « notice explicative des fiches de consentement », avant le renseignement d'une « fiche de traçabilité de l'information reçue par le patient en SSC » et d'une « liste des consentements », contribue à la qualité de l'information et l'association du patient à son projet de soins dans l'alliance thérapeutique.

La période initiale de l'hospitalisation ne fait pas l'objet d'un protocole systématique, la mise en pyjama institutionnel est individualisée sur décision médicale, systématique en cas de placement initial en CI et proposée en cas de défaut de vestiaire personnel.

La première consultation psychiatrique est effectuée par le psychiatre référent de l'unité les lundis, mercredis et vendredis en journée et, à défaut, par le psychiatre de la permanence certifiante. Le consentement est recherché et aucun traitement contraint n'est systématiquement mis en œuvre. La réalisation de l'examen somatique initial est systématique dès l'admission.

Les ASS réalisent systématiquement un bilan social, vérifient la mise à jour des droits sociaux et assurent la détection des personnes nécessitant une mesure de protection des biens.

4.2. L'ACTIVITE DU CENTRE HOSPITALIER EST MAITRISEE AU PRIX DE MESURES AFFECTANT LE DROIT DES PATIENTS EN SOINS LIBRES ET SANS CONSENTEMENT

En 2023, 627 patients en hospitalisation complète ont été accueillis par l'établissement, donnée stable par rapport à 2022 (625) mais marquée par la forte hausse du nombre de patients en SSC : + 35,76 % entre 2022 et 2023 (165 contre 224).

Sur les 105 lits d'HC en psychiatrie générale, 14,28 % sont dédiés aux SSC : 15 ouverts contre 22 autorisés (sept sont « gelés » - cf. § 3.2) pour des adultes uniquement, les mineurs ou personnes détenues en SSC étant hospitalisés au CHEL.

A la date du contrôle, 12,38 % des patients en HC l'étaient en SSC, soit 13 personnes hospitalisées dans l'unité Henri Ey :

- neuf en SDDE dont cinq pour péril imminent et quatre en urgence à la demande d'un tiers ;

³² La « *check list entretien d'accueil* » : le recueil du motif d'hospitalisation, de l'histoire familiale et personnelle, de l'histoire de la maladie, des directives anticipées éventuelles, des données Gordon (technique d'évaluation) ; le recueil des consentements listés dans la fiche *ad hoc* et les attestations relatives ; l'évaluation de la douleur, du risque suicidaire, du risque de fausse route, du risque de chute, des activités de la vie quotidienne ; la désignation de la personne de confiance et de celle à prévenir ; le renseignement de la fiche de traçabilité de l'information reçue par le patient en SSC, la réalisation de l'inventaire, la prise des paramètres vitaux.

- quatre en SDRE.

La file active de patients en SSC hospitalisés à Henri Ey a augmenté de 11 % entre 2002 (164) et 2023 (178) avec une DMS de 19,09 jours. La part des patients en SDDE parmi les SSC est prépondérante et concerne les trois-quarts des SSC.

Tableau 6 : Activité selon le statut d'hospitalisation

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures		Nombre de patients		Nombre de journées		Nombre de séjours		DMS		DMS annuelle	
	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023	2022	2023
SDDE	141	136	139	161	2931	4631	157	192	18,66	24,11	21,08	28,76
SDT ordinaire	14	13	69	88	1757	2704	77	104	22,81	26	25,46	30,72
En urgence	51	51										
Péril imminent	76	72	76	78	1174	1927	80	89	14,67	21,65	15,44	24,7
SDRE	22	33	28	42	1397	1373	37	57	37,75	24,08	49,89	32,69
Sur décision du maire	20	28	19	28	403	496	23	29	17,52	17,1	21,2	17,71
Personnes détenues	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Décision judiciaire	0	1	0	1	0	13	0	1	0	13	0	13
Transformation SDT en SDRE	0	1	0	1	0	4	0	1	0	4	0	4
HL	/	/	606	546	20437	17034	822	701	24,86	24,3	32,72	31,19
Totaux	163	170	625	631	24765	23051	866	834	39,62	27,6	39,62	36,53

Les SPI sont plus nombreux d'un tiers, comparés aux demandes en urgence et leur total représente une part considérable des SDDE : 88,48 %. La sous-représentation des SDT ordinaires est en conséquence à réfléchir par l'établissement au regard des droits fondamentaux auxquels touchent les procédures en urgence et pour péril imminent, d'autant plus dans un contexte de gel de lits. Celui-ci questionne en effet la capacité du centre hospitalier à supporter la hausse constatée et paradoxale des SSC en regard du choix de développer l'extrahospitalier – avec des ressources humaines réaffectées – et de la volonté d'ajuster la capacité d'accueil du centre hospitalier aux effectifs disponibles. La présence de patients en SL (quatre au moment du contrôle) dans l'unité Henri Ey, prévue pour les SSC, s'explique ainsi par le manque de place dans les unités dédiées aux SL.

Si les patients en SL installés à Henri Ey sont informés du caractère temporaire de leur hébergement dans l'unité – leur DMS aux mois de janvier et février 2024 y a été de 7,77 jours, soit presque trois fois moindre que celle des SSC – et si leur nombre a diminué de 16,3 % entre

2022 (214) et 2023 (179), ils n'en subissent pas moins des modalités d'hospitalisation qui doivent concerner les seuls SSC (cf. § 6.1).

La politique du CHLV étant de ne pas installer de lits au-delà de la capacité d'accueil prévue, la prévention et la gestion du surencombrement ont été expliqués comme s'appuyant sur :

- un dialogue entre les unités et l'anticipation des mutations dès que le taux d'occupation des lits atteint un seuil critique en prenant en compte les entrées prévues, les sorties programmées et les permissions de sortie ;
- la sollicitation du CHEL pour l'accueil de patients ;
- la sollicitation en dernier recours, toujours pour l'accueil de patients, d'autres structures comme le centre hospitalier de Brive par exemple.

Le temps et l'énergie rapportés concernant la répartition des patients entre les unités témoignent de la fragilité d'une organisation à flux tendu, en dépit d'une évaluation plus rigoureuse de la demande d'hospitalisation complète et d'un développement de l'extrahospitalier qui ne produisent pas les effets escomptés. La situation du centre hospitalier est en ce sens critique, à la limite de l'asphyxie, et la prise en charge des patients s'en trouve dégradée.

Recommandation 12

Les modalités de régulation de l'activité du centre hospitalier doivent permettre, y compris en situation critique, le plein respect des droits des patients hospitalisés en soins libres, d'une part, et en soins sans consentement, d'autre part. Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit l'être dans une unité fermée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Dans le cadre de la gestion territoriale des lits, un travail de collaboration avec le CH Esquirol et le CH Chatelguyon permet l'orientation adéquate du patient selon son statut juridique.

Si des patients en soins libres peuvent 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 atteintes.

Dans ces situations, dans l'intérêt des patients concernés afin de pouvoir leur proposer une hospitalisation qui leur est nécessaire, il leur est proposé une hospitalisation en services fermés 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. »

4.3. L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INSUFFISAMMENT GARANTIE

4.3.1. Informations générales sur les droits

Le CHLV dispose d'un livret d'accueil édité en 2021 mais encore relativement complet. Il comporte notamment des développements sur les droits des patients hospitalisés. Les mises à jour nécessaires portent sur plusieurs points. A titre d'exemple, le tribunal administratif est mentionné comme voie de recours pour contester la régularité de l'hospitalisation en SSC, ce qui

n'est plus le cas depuis 2013³³. Des plaquettes d'information sur les SSC, éditées au mois de janvier 2023, sont également remises à l'admission ou en cas de réintégration en SDDE et SDRE. Y figurent des informations sur le déroulement de l'hospitalisation, les sorties de courte durée, les contrôles du JLD, les levées et programmes de soins, de même que des coordonnées utiles pour exercer ses droits (CDU, médiateur, avocats, juge des libertés et de la détention – JLD, cour d'appel, commission départementale des soins psychiatriques – CDSP, CGLPL, commission d'accès aux documents administratifs). Des mises à jour y sont aussi nécessaires, par exemple s'agissant de la rétribution des avocats commis d'office³⁴. Une information orale est par ailleurs assurée à l'admission concernant le déroulement de l'hospitalisation. L'ensemble fait l'objet d'une traçabilité attentive, avec le renseignement systématique, par un soignant, d'une fiche dédiée. Cette fiche est également signée par le patient, puis retournée au bureau des admissions (BDA) pour conservation dans le dossier individuel³⁵.

Il n'existe pas de règlement de fonctionnement ni de règles de vie propres à l'unité Henry Ey. Le règlement intérieur de l'établissement date de 2011 également. Si la possibilité d'y accéder, mentionnée dans le livret et les plaquettes précitées, est effective, son contenu n'est logiquement plus à jour de la législation et s'avère lacunaire sur plusieurs points³⁶.

Recommandation 13

Le règlement intérieur, le livret d'accueil et les plaquettes d'information concernant les soins sans consentement doivent être mis à jour afin que les patients aient accès à des informations fiables et complètes s'agissant de leurs droits et des règles relatives à leur hospitalisation.

La charte de la personne hospitalisée, la charte Romain Jacob³⁷, les informations sur les cultes, ou encore la composition de la CDU sont également affichées dans l'entrée de l'unité Henry Ey. L'information sur les modalités d'accès au dossier médical figure dans le livret d'accueil. Cet accès géré par le BDA est bien organisé et aisé. Les délais légaux sont respectés et la traçabilité de la procédure est assurée. Les demandes d'accès au dossier médical sont limitées : 32 en 2023 et 7 depuis le début de l'année 2024 à la date du contrôle.

4.3.2. Décisions et notifications

La notification de la décision d'admission en SSC est effectuée par les IDE ou l'assistante médico-administrative (AMA) de l'unité à défaut. Cette dernière vérifie la conformité des documents. Après les secrétaires et les soignants de l'unité, le suivi de la procédure est assuré par le BDA, lequel est rapidement destinataire d'un accusé de réception signé par le patient. Les patients qui n'en font pas la demande ne reçoivent pas systématiquement la copie de la décision

³³ Article L.3216-1 du code de la santé publique (CSS).

³⁴ Les plaquettes indiquent : « *Si vous ne bénéficiez pas de l'aide juridictionnelle, les honoraires seront à votre charge* » et ne tient pas compte de l'évolution en date de 2021 de l'article 19-1 1° de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 relative à l'aide juridique.

³⁵ « Fiche de traçabilité de l'information reçue par le patient en soins psychiatriques sans consentement ». Items : explication du mode de soins psychiatriques, déroulement de l'hospitalisation, droits et voies de recours ; explication du contenu de la plaquette d'information.

³⁶ A titre d'exemples, les modes d'admission en SSC n'y sont pas exposés, sauf en lien avec les levées d'hospitalisation. Il est fait référence à l'« hospitalisation d'office » et les possibilités de sortie de moins de 48 heures n'y sont pas évoquées.

³⁷ Recommandations pour un meilleur accès aux soins des personnes vivant avec un handicap, 2014.

d'hospitalisation en SSC et des certificats initiaux la motivant, lesquels sont par ailleurs parfois insuffisamment argumentés. Le propos « *le CHG fait la politique de la patate chaude, n'informe pas toujours les patients avant de les adresser leur évoquant seulement une consultation à Saint-Vaury ; c'est parfois les IDE qui remplissent le certificat et le médecin qui signe* » a été rapporté.

Aucun soignant de l'unité n'a bénéficié d'une formation spécifique régulièrement mise à jour concernant les patients hospitalisés en SSC et leurs droits fondamentaux (cf. § 3.4).

Les décisions d'admission en SSC, si elles apparaissent toujours signées dans les 24 heures, sont dans les faits régulièrement antidatées. C'est le cas le week-end mais également en semaine en raison de l'absence de garde administrative après la fermeture du BDA à 17h. Les décisions sont en conséquence signées le lendemain de l'admission du patient.

Les refus de signature, ou l'incapacité temporaire du patient à prendre connaissance de la décision, sont consignés et attestés par deux soignants. La présentation de l'information au patient, dès que son état clinique le permet et sa traçabilité, avant l'éventuelle décision de maintien à 72 heures, sont en revanche à renforcer.

Les décisions du directeur mentionnent les voies de recours et incluent en annexe les droits des patients en SSC. L'accessibilité de l'information est toutefois limitée dans la mesure où il s'agit d'une reproduction d'articles du code de santé publique (CSS)³⁸. Les plaquettes remises (cf. § 4.3.1) constituent toutefois un complément utile. La notification des arrêtés de la préfète donne également lieu à la signature par le patient d'un accusé de réception et s'accompagne d'une information sur les voies de recours. Le traitement de données à caractère personnel *Hopsyweb*³⁹ est aussi l'objet d'une information du patient.

L'information des patients concernant l'identité du tiers en cas d'hospitalisation en SDT (ou SDTU) a fait l'objet d'informations contradictoires. Elle n'apparaît pas, à date du contrôle, assurée avant le stade de la procédure de contrôle du JLD⁴⁰. Afin de prévenir tout incident lié à cette information au cours de l'audience, il est souhaitable qu'elle soit préalablement donnée au patient dans un contexte plus adapté.

Recommandation 14

Les décisions d'admission du directeur doivent être signées sans délai et la notification intervenir le plus rapidement possible. Dans le cadre de soins sur demande d'un tiers, si l'identité du tiers demandeur n'apparaît pas immédiatement communicable au patient, les soignants doivent cependant la faire connaître à celui-ci dès que son état le permet.

Les certificats médicaux de 24h et 72h sont précédés d'un entretien médical spécifique et sont établis par deux médecins distincts qui donnent au patient les explications nécessaires. Ces certificats sont joints aux décisions d'admission et sont accessibles aux patients. Les décisions maintenant l'hospitalisation à l'issue de la période d'observation (72h) sont « courantes »⁴¹ et

³⁸ L. 3211-1 et L.3211-3 du code de la santé publique.

³⁹ Le fichier *Hopsyweb* recense les données administratives relatives aux personnes faisant l'objet de mesures de SSC (cf. décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement).

⁴⁰ Cf. CGLPL, *L'arrivée dans les lieux de liberté*, Rapport thématique, 2021, pp. 69-70.

⁴¹ Elles comportent cette mention : « Sous réserve de la levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement par le Préfet, la Commission départementale des soins psychiatriques, par le Juge des Libertés et de la Détention ou le Directeur, la présente décision de prise en charge sous forme d'une hospitalisation complète

non prises pour une durée d'un mois⁴². Par conséquent, ces maintiens ne donnent lieu qu'à des certificats mensuels, ces derniers indiquant le cas échéant que le patient « *est informé de la prolongation en soins psychiatriques ainsi que de sa situation juridique, de ses droits et voies de recours* ». Or, l'accès des patients à ces certificats mensuels et donc aux raisons motivant leur maintien en hospitalisation complète n'est pas systématiquement garanti⁴³.

Recommandation 15

La décision initiale de maintien de l'hospitalisation en soins sans consentement doit être prise pour une durée d'un mois. L'accès des patients aux décisions ultérieures et certificats mensuels à l'appui du maintien de l'hospitalisation doit être assuré de façon adaptée à leur état clinique.

Une difficulté du même ordre demeure pour les patients hospitalisés en SDRE puisque les certificats médicaux, notamment initiaux ou à 24 heures, ne sont pas systématiquement joints aux arrêtés préfectoraux alors qu'ils y sont mentionnés. Or, les arrêtés indiquent sommairement s'en « approprier les termes ». Cette difficulté aurait été signalée à l'ARS et la préfecture mais sans effet à date du contrôle.

Recommandation 16

Les certificats médicaux à l'appui des arrêtés du préfet valant admission ou maintien de l'hospitalisation complète doivent être systématiquement joints à ces derniers afin que les patients puissent en prendre connaissance.

Enfin, le recueil des observations du patient sur tout projet de décision le concernant – admission, maintien, transformation du mode d'hospitalisation ou réintégration – et leur traçabilité, au niveau des certificats médicaux, sont insuffisants. Quand elles ne font pas défaut, notamment sur les certificats mensuels, des mentions standards y sont reproduites, sans consignation substantielle des observations du patient⁴⁴. Les décisions du directeur ne sont pas

demeure valable tant qu'une autre forme de prise en charge ne lui est pas substituée par décision du Directeur prise sur proposition médicale ».

⁴² Cf. articles L.3212-4 et L.3212-7 du CSP : Art. L.3212-4 : « (...) Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois, en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre en application du même article L. 3211-2-2. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre. » ; Art. L.3212-7 : « A l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article. Dans les trois derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical ».

⁴³ Les plaquettes indiquent pourtant à cet égard : « Certificats établis par un psychiatre après l'admission : un certificat dans les 24h ; un certificat dans les 72h ; un avis motivé (certificat de saisine) ; un certificat mensuel si les soins sans consentement se poursuivent. *Vous serez informé(e) du contenu de ces documents dans la mesure où votre état de santé le permet, et aurez à signer des récépissés* ».

⁴⁴ La formule utilisée de manière standard est la suivante : « Le patient a été informé des modalités de la prise en charge, de ses droits, des voies de recours, et ses observations ont pu être recueillies ».

non plus individualisées sur ce point⁴⁵. De même, les arrêtés préfectoraux peuvent évoquer ce recueil, sans pour autant que les certificats liés en attestent. Les programmes de soins font eux mention d'une date d'entretien, du recueil de l'avis du patient et du fait que celui-ci a pu faire valoir ses observations mais là encore sans reprise substantielle.

Recommandation 17

Les observations des patients concernant les projets de décisions liés à leur hospitalisation doivent être recueillies et figurer dans les certificats médicaux initiaux et mensuels.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« La réglementation relative aux soins sans consentement ne prévoit pas que les certificats médicaux auraient 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 » (articles L3212-1 et L3212-3) 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'elle pourrait 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 projetée et que ses observations ont été recueillies. »

L'information et les notifications relatives aux procédures de contrôle et saisine du JLD sont assurées et n'appellent pas de commentaires particuliers.

⁴⁵ Elles comportent systématiquement cette mention, non amendée : « Vu les certificats médicaux (...) établis, après recueil des observations du patient, ou vu l'avis médical faisant état de l'impossibilité de recueillir les observations de ce patient (...)».

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1. BIEN QUE DEFRAICHIS, LES LOCAUX SONT PROPRES ET LUMINEUX MAIS SECURITAIRES DANS L'UNITE D'ACCUEIL DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

5.1.1. L'entretien, la maintenance et la surveillance des locaux

Aucuns travaux d'envergure n'ayant été réalisés dans les locaux depuis la dernière visite du CHLV par le CGLPL, les descriptions du rapport de visite de 2011⁴⁶ restent pertinentes et sont complétées comme suit.

L'unité Henri Ey est accessible par un sas dont les deux portes sont fermées à clés. Il est meublé de fauteuils et d'une table basse. Quinze caméras de surveillance fixes sont installées dans les lieux communs. Leurs images ne sont pas enregistrées et sont reportées sur un écran situé dans le bureau infirmier. Elles ne sont pas visibles par les patients à moins qu'ils ne se trouvent dans le bureau.

Recommandation 18

La vigilance à l'égard des patients doit être assurée par la présence constante de soignants par le contact humain. Si leur nécessité est établie, les caméras de vidéosurveillance ne doivent pas filmer les patients dans les lieux de soins et être réservées aux seules parties communes.

Des travaux de réfection ont été demandés par la cadre santé de l'unité, concernant :

- le sol de la salle à manger fissuré et présentant un risque de chute ;
- le sol de la salle de bain commune également détérioré ;
- l'ajout d'une vitre dans le bureau infirmier afin de pouvoir observer le passage des patients lorsque la porte est fermée ;
- la création d'un espace protégé dans la cour afin d'assurer un abri contre la pluie et le soleil.

Ils ne sont pas budgétés dans le programme prévisionnel des travaux 2020-2024 remis aux contrôleurs.

La maintenance, assurée par le service technique de l'établissement, est satisfaisante et rapide. Lorsqu'une intervention est nécessaire, l'unité sollicite directement le service technique dont le personnel intervient dans la demi-journée suivant la demande.

5.1.2. Les espaces communs

Les plafonds des espaces communs de l'unité présentent des marques d'humidité, le carrelage du sol du réfectoire est fissuré et le mobilier, légèrement défraîchi, reste en bon état.

L'espace famille accessible par la porte de droite du sas d'accès dans l'unité est fréquemment utilisé et comprend une table basse, un canapé et un fauteuil. Simple et sobre, il est dépourvu de décoration à l'exception de deux plantes. Des sanitaires attenants sont accessibles au patient et à ses visiteurs.

⁴⁶ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de La Valette (Saint-Vaury), août 2011, pp. 34-41.

Outre les 20 chambres dont les surfaces varient de 8 à 16,5 m², l'unité comprend des bureaux et des salles d'activités répartis dans les quatre ailes (A, B, C et D).

L'aile A comprend notamment :

- 10 chambres individuelles ;
- le local ménage ;
- le local dédié au vestiaire d'urgence ;
- la bagagerie contenant le linge propre et les effets personnels des patients ;
- une salle d'activités fermée à clé et dédiée à des temps créatifs, d'arts plastiques notamment, accompagnés d'une aide-soignante ;
- une salle de réunion spacieuse dédiée aux réunions entre soignants ou aux transmissions lorsqu'elles regroupent beaucoup de personnel ;
- des bureaux ;
- une salle de sport comprenant un tapis de course, un vélo d'appartement, un rameur, un sac de frappe avec deux paires de gants et des agrès de proprioception ; la salle est accessible en présence d'une intervenante extérieure, présente tous les matins du lundi au vendredi ;
- une salle télévision comprenant un poste de télévision et des sièges de type relax ;
- une salle d'activités dans laquelle se trouvent :
 - un baby-foot et une table de ping-pong, les accessoires pour jouer sont disponibles dans le bureau des infirmiers, il a néanmoins été indiqué aux contrôleurs par certains patients que ces équipements étaient rarement utilisés, les sédations étant trop importantes pour permettre de jouer ;
 - un *point phone*, dans une bulle en plexiglas avec un siège ; son utilisation a été rapportée pour les patients dont le forfait du téléphone portable est épuisé ou parce que le réseau de télécommunication est défaillant ; ce téléphone fixe situé dans une salle d'activités ne permet pas aux patients de s'entretenir avec leurs interlocuteurs dans des conditions garantissant la confidentialité des échanges (cf. § 6.3.).

Les ailes B et C comprennent des chambres individuelles et, pour la seconde, une salle de bain commune et une chambre d'apaisement.

Dans l'aile D se trouvent trois CI, des toilettes, des bureaux et une salle de soins.

Le couloir conduisant aux ailes B et C dessert le bureau infirmier, des toilettes, le réfectoire et une salle d'activités comprenant :

- un poste de télévision ;
- une rangée de sièges ;
- une armoire de plusieurs rayons remplis de livres en libre-service ;
- une armoire contenant des jeux de sociétés accessibles sur demande ;
- une commode contenant des crayons et des jeux de sociétés en accès libre.

*Salle d'activités**Réfectoire*

L'accès à la cour de l'unité se fait par le réfectoire.

5.1.3. Les espaces extérieurs

Les espaces extérieurs ont été réhabilités en 2023. Un fumoir extérieur accessible par l'aile B a été installé et comporte un banc, un briquet et un cendrier fixés au mur.

Pour éviter les fugues, la cour accessible par l'aile est entourée de deux grilles donnant un aspect carcéral à un espace pourtant agrémenté de verdure. La première grille est dotée d'une alarme anti-fugue et la seconde grille de trois mètres a été installée autour de la première pour faciliter une intervention après déclenchement de l'alarme. La cour comporte des plantes et deux arbres, un petit espace de pétanque en sable, deux bancs et une table de pique-nique en bois avec des bancs intégrés. Elle est aussi dotée d'un briquet mural.

*Cour de l'unité**Vue extérieure du fumoir*

5.1.4. Les chambres individuelles

L'unité comprend 20 chambres individuelles dont trois étaient vacantes au moment du contrôle, et dont les descriptions faites dans le précédent rapport de visite restent valables⁴⁷. Le sol, les murs et plafonds demeurent en bon état.

⁴⁷ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier de La Valette (Saint-Vaury), août 2011, pp. 37-39.

L'attribution des chambres se fait en fonction des disponibilités. Une attention est toutefois portée à la mobilité du patient et à sa pathologie. Concernant la mobilité, l'unité ne dispose pas de chambres pour personne à mobilité réduite (PMR). Les personnes rencontrant des difficultés à se déplacer sont installées dans les chambres les plus spacieuses. Concernant la pathologie, les patients ayant tendance à s'isoler sont placés dans les chambres de l'aile A. Ils y bénéficient de plus d'attention grâce au positionnement du bureau des infirmiers. Les patients doivent en effet passer devant au sortir de leurs chambres pour se rendre dans plusieurs des espaces communs. Chaque chambre comporte un lit médicalisé, un bureau, une chaise, une table de chevet et un placard dont les patients n'ont pas la clé. Le placard est séparé en deux compartiments : une penderie et des étagères. Tous les placards s'ouvrent avec la même clé dont seuls les soignants disposent.

17 chambres, les plus spacieuses, disposent chacune d'un téléviseur. Les trois autres n'offrent pas suffisamment d'espace pour en installer avec un boîtier de protection. La télécommande reste à disposition dans la chambre des patients.

Les chambres comportent plusieurs luminaires permettant d'adapter le degré de luminosité et la lecture dans le lit. Les fenêtres apportent une lumière naturelle suffisante et offrent, selon l'orientation, une vue sur un espace vert.

Le chauffage de la chambre est réglable grâce à une molette et les stores peuvent être actionnés par une télécommande accrochée au mur. Les deux dispositifs sont accessibles et librement utilisés par le patient. Les chambres ne comportent pas de décoration, seule une horloge est accrochée au mur. Il a été rapporté que les patients étaient autorisés à décorer leur chambre dans la limite, rapidement atteinte, de leur sécurité : les cadres en verre étant notamment exclus et les modalités de fixation (clous et punaises) restreints.

Les patients peuvent s'enfermer dans leur chambre grâce à un verrou de confort et accéder librement à leur chambre pendant la journée. Le bouton d'appel, à proximité du lit du patient, fonctionne. Seules les parties communes sont climatisées.

5.2. LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT RESPECTEES

5.2.1. L'entretien des locaux

Les chambres individuelles et les espaces communs sont entretenus quotidiennement par deux ASH présents de 6h à 20h30. Ils sont propres.

5.2.2. L'hygiène du linge

Le linge de dotation est apporté et lavé par une entreprise extérieure. Les draps sont changés et lessivés dès que de besoin et au moins une fois par semaine, le samedi. Des serviettes propres sont distribuées tous les matins.

Le linge personnel peut être nettoyé à la laverie de l'hôpital à condition que les effets personnels des patients soient identifiés par une étiquette thermocollante. Les proches des patients peuvent aussi s'occuper des lavages, ce qui est le cas notamment lorsqu'ils refusent d'apposer des étiquettes d'identification sur les vêtements. Les patients ne peuvent pas laver et sécher leurs vêtements eux-mêmes.

5.2.3. L'hygiène personnelle

Les chambres sont équipées de sanitaires comprenant un lavabo, une douche à l'italienne avec une poignée murale, des toilettes avec lunette et abattant, un porte serviette, et une chaise de douche si besoin. Il n'y a pas de patère.

Il a été précisé aux contrôleurs que le pommeau de douche des salles d'eau de l'unité, fixe et trop rapproché du mur, était difficile voire désagréable à utiliser. Une demande de travaux a été faite pour remédier au problème.

Un verrou de confort permet de préserver l'intimité des patients pendant leur toilette.

Une salle de bains commune est accessible sur demande et, sinon, fermée à clef. Spacieuse, elle est dotée d'une baignoire. Lors de la visite, un patient en particulier demandait à prendre des bains quotidiennement pour se détendre. Dans ce cas, il amène ses produits d'hygiène depuis sa chambre. Lorsqu'elle est utilisée, la salle d'eau peut être fermée de l'intérieur et de l'extérieur.

S'ils sont autonomes, les patients font leur toilette sans assistance sauf s'ils éprouvent des difficultés d'ordre somatique (obésité, par exemple) nécessitant une aide à la toilette. Deux patients étaient concernés lors du contrôle. Les soignants ont indiqué ne pas rencontrer de problème pour susciter les douches quotidiennes et parviennent si besoin à rappeler leur intérêt aux patients sans générer de gêne ni de conflit.

Certains patients arrivent avec leurs produits d'hygiène. A défaut, ils peuvent en acheter à la boutique du bar thérapeutique, s'en faire apporter par leurs proches ou bénéficier d'un kit de dépannage fourni par le CHLV (incluant une brosse à dents, du dentifrice et du gel douche) en attendant d'avoir des bons pour des produits d'hygiène pour les indigents. Des protections périodiques peuvent être fournies par l'établissement. Si une patiente veut une marque spécifique, sa famille la lui fournit ou elle l'achète avec des bons. Des protections en cas d'incontinence ou énurésie sont également données si besoin. Pour une marque particulière, le patient procède comme pour les protections hygiéniques.

Dans l'unité, trois toilettes sont situées en dehors des chambres. Aucune n'était ouverte pendant le contrôle car « réservées » aux patients pris en charge en ambulatoire et passant pour recevoir des injections de traitement à libération prolongée. Ces patients n'ayant pas de chambre, ils restent dans les espaces communs le temps de l'administration de leur traitement et peuvent utiliser sur demande ces sanitaires.

Une aide-soignante de l'unité a une formation coiffure et peut rafraîchir la coupe d'un patient à sa demande. Il existe par ailleurs un salon de coiffure attenant au bar thérapeutique. Un rendez-vous est pris par les soignants de l'unité et le patient est accompagné si besoin par l'un d'entre eux. La coiffeuse a également la charge du bar et de la boutique. En raison d'arrêts maladie de ses deux collègues, elle n'a pu ouvrir le salon de coiffure pendant plusieurs mois. Lors du contrôle un patient en SDRE et bénéficiant d'une permission de sortie quotidienne au sein de l'établissement a pu s'y rendre seul.

5.3. LA SECURITE DES BIENS ET L'ACCES A CES DERNIERS, NOTAMMENT A LA SORTIE DES PATIENTS, NE SONT PAS ASSURES

Les patients disposent d'un placard individuel en chambre muni de portes mais qui ne ferment pas à clé.

Recommandation 19

Les chambres doivent être dotées de placards fermant avec une clé dont les patients doivent disposer.

Le livret d'accueil ne dresse pas la liste des catégories de biens autorisés ou interdits et vise les objets de valeur. Les objets contondants, les produits stupéfiants, les contenants de verre et les aérosols notamment sont dans les faits retirés. Pour les biens de valeurs, il existe trois coffres pour les patients. Deux sont situés au service de la régie. L'un est destiné à recevoir les valeurs (carte bancaire, chéquier, numéraire) et l'autre les documents administratifs, le troisième coffre se trouve au standard et a vocation à recevoir les objets dangereux ou qui ne peuvent être déposés à la bagagerie de l'unité (couteaux, objets tranchants, clé de leur logement). Lors de l'admission d'un patient, ses biens sont déposés à la régie après qu'a été complété un formulaire en papier carbone intitulé « reçu de dépôt ». Les champs suivants y sont renseignés : le service recevant les objets, l'unité de soin accueillant le patient, l'identité de ce dernier, les sommes numéraires, les titres, valeurs, moyens de règlement et objets de valeur déposés. Le formulaire est daté et signé par l'agent administratif et le patient. Lorsque la régie est fermée, les agents du standard réceptionnent les biens du patient dans le coffre « objet dangereux » après avoir renseigné le formulaire « reçu de dépôt » dans un registre similaire à celui conservé à la régie. Les biens sont ensuite transférés dans le coffre de la régie s'il s'agit de valeurs ou de documents administratifs.

Les biens personnels dont l'accès est encadré (rasoir par exemple) sont stockés dans de petites caisses personnelles à chaque patient de l'unité. A son arrivée dans l'unité, le patient dépose ainsi dans une caisse en plastique conservée sous clé à la bagagerie ses objets de valeurs et certains produits d'hygiène et objets considérés comme dangereux (rasoirs, briquets, chargeurs de téléphone, déodorant en aérosol, parfum). Un inventaire en est dressé avec le formulaire disponible sur le logiciel *Cariatides* et signé par deux soignants et le patient. Cet inventaire est mis à jour en fonction des apports de sa famille ou d'éventuels achats mais une copie n'en est pas remise au patient.

Recommandation 20

Le patient doit recevoir la copie de l'inventaire de ses effets personnels.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Lors d'une admission, d'un départ en permission, d'un retour de permission, d'un changement d'unité ou d'un apport d'effets personnels pour un patient, un inventaire est systématiquement réalisé en sa présence. La réalisation de l'inventaire ainsi que l'information donnée au patient sont tracées dans le dossier patient. Le patient participe à l'inventaire et signe le document. »

Lorsque le patient souhaite utiliser un objet stocké dans la bagagerie, il sollicite un soignant aux horaires indiqués sur la porte de la bagagerie (entre 7h et 10h). L'objet souhaité est alors remis et signalé comme extrait en apposant une « fiche en T » sur la caisse en plastique. Elle est retirée une fois l'objet restitué et rangé. De fait, les horaires de la bagagerie sont indicatifs, les soignants faisant preuve de souplesse lorsqu'un besoin est exprimé par les patients.

Les patients hospitalisés en SL conservent leurs affaires, ceux en SSC se voient retirés le téléphone portable, l'ordinateur et la tablette jusqu'au premier entretien médical, qui permettra leur restitution de façon individualisée.

L'accès au tabac n'est pas limité. Les patients peuvent fumer dans la cour entre 8h et 20h30 ou dans le fumoir accessible sans restriction horaire. Le tabac peut être stocké dans le bureau des infirmiers à la demande des patients.

Les patients peuvent acheter des produits alimentaires, d'hygiène, des bijoux fantaisie au bar thérapeutique. Ils ne sont pas autorisés à conserver les denrées alimentaires dans leur chambre. Le patient peut accéder à son numéraire en se rendant à la régie, accompagné d'un soignant du lundi au vendredi de 10 à 12h. Depuis la fin de l'année 2022, la régisseuse titulaire a quitté son poste et son service est provisoirement assuré par les trois agents du bureau des admissions.

A sa sortie de l'établissement, le patient doit se rendre au service de la régie pour recouvrer ses biens. Lorsqu'ils lui sont restitués, un formulaire en papier carbone intitulé « quittance de restitution » se trouvant après le formulaire « reçu de dépôt » dans le registre évoqué *supra* est complété. Une comparaison entre l'inventaire des biens remis et des biens restitués est ainsi possible. Si le service de la régie est fermé mais que le bureau des admissions est ouvert (entre 8h et 17h), les agents du bureau des admissions, qui assurent provisoirement les fonctions de régisseur, remettent les biens au patient sortant. Lorsque la sortie se fait en dehors des heures d'ouverture du bureau des admissions et notamment le week-end, le patient ne peut recouvrer ses biens et doit se présenter ultérieurement, aux heures d'ouverture du service.

Recommandation 21

Les patients doivent recouvrer sans délai l'intégralité de leurs biens dès la levée de leur hospitalisation et leur sortie de l'établissement.

Un vestiaire d'urgence existe et est approvisionné par des dons de patients et de soignants. Suffisamment fourni, il permet si besoin de vêtir plusieurs personnes de tailles différentes pendant quelques jours. Dans le cas d'une hospitalisation longue, un soignant peut accompagner un patient pour choisir des vêtements au relais de la Croix-Rouge de Guéret ou acheter des vêtements avec des bons.

5.4. LES REPAS REPONDENT AUX BESOINS ET AUX ATTENTES DES PATIENTS MAIS LES RESTRICTIONS CONCERNANT LA CONSERVATION DE DENREES EN CHAMBRE NE SONT PAS INDIVIDUALISEES

Les repas sont servis dans le réfectoire. La pièce est lumineuse mais peu accueillante, la décoration étant limitée à une plante artificielle et à deux grandes horloges. Le lieu est meublé de 27 chaises et 8 tables dont une de deux places. Une fontaine à eau avec des verres en plastique est en libre-service. Les patients peuvent choisir leur place en fonction de leurs affinités mais l'équipe soignante peut imposer un plan de table pour éviter d'éventuelles tensions. Les soignants ne prennent pas les repas avec les patients. Ces derniers n'ont pas besoin d'aide pour s'alimenter mais les soignants portent une attention particulière aux patients dénutris et veillent à ce qu'ils se nourrissent suffisamment.

Les menus pour la semaine sont affichés. Trois repas chauds sont servis quotidiennement : le petit-déjeuner entre 8h15 et 9h environ (en fonction de la livraison du pain), le déjeuner entre 12h et 13h et le dîner à partir de 19h et jusqu'à 20h. Une collation est proposée vers 16h. Par le passé, une tisane était offerte après le dîner. L'équipe soignante a émis le souhait de rétablir une pratique aux vertus apaisantes avant le coucher.

Les repas sont livrés par la cuisine centrale de l'établissement – à 9h pour le déjeuner et à 13h pour le dîner – en barquettes multi-portions maintenues au chaud jusqu'au service.

Les menus sont élaborés à partir de grilles de nutrition et adaptés sur prescription médicale par la diététicienne, avec la volonté de garantir les apports nutritionnels et la conscience que l'alimentation est une partie intégrante du soin. Des menus spécifiques sont préparés les jours de fête et un gâteau est servi chaque dimanche.

Les repas sont commandés sur bon de commande le matin vers 7h pour le lendemain. Le bon précise le nombre de repas « normaux » et les repas « spécifiques » (végétarien, repas sans riz, ajout de pruneaux, notamment). Toute demande particulière est prise en compte dans les 24 heures.

Les patients ont exprimé aux contrôleurs leur satisfaction quant aux quantités et à la qualité des repas, ce que reflètent également les questionnaires de satisfaction indiquant, pour 2022, que 67 % des patients ayant répondu ont trouvé les repas « très satisfaisants » et 13 % « satisfaisants ».

Des réunions semestrielles avec les référents nutrition des différentes unités de l'établissement sont organisées pour évoquer ce qui a plu ou moins plu, ce dont il est tenu compte ensuite dans l'élaboration des menus.

Il arrive enfin que des familles viennent déjeuner avec un patient. Dans ce cas elles viennent avec leur repas partagé dans l'espace famille de l'unité. Le patient n'ayant pas le droit de conserver des denrées alimentaires dans sa chambre, la nourriture restante ne peut lui être laissée par les visiteurs.

Recommandation 22

L'interdiction de conserver des aliments ou boissons non périssables en chambre doit être individualisée, motivée cliniquement et proportionnée au risque identifié.

5.5. LA SECURISATION DU SITE EST ASSUREE MAIS LA SECURITE INCENDIE EST POUR PARTIE ASSUJETTIE A LA ROTATION DU PERSONNEL FORME

L'architecture de l'établissement en pavillons de plain-pied sur une emprise ouverte et verdoyante n'a pas l'apparence d'un lieu d'enfermement et l'accès aux différentes unités peut se faire aisément depuis l'extérieur. Une seule caméra filme l'entrée et même si d'autres sont en cours d'installation, le dispositif ne peut englober la totalité des possibilités d'entrée sur le périmètre. Les barrières à l'entrée du site sont ouvertes en journée pour laisser passer les véhicules et sont abaissées le soir.

La sécurité du site n'a pas été confiée à des agents de sécurité. A défaut, le personnel en poste au standard tâche de noter les allers et venues. Des intrusions ayant pour but la vente de stupéfiants à la fenêtre des chambres des patients ont été rapportées aux contrôleurs.

Un membre du personnel technique est d'astreinte la nuit pour pallier les éventuelles difficultés d'ordre matériel.

Lors des situations de danger grave et imminent et d'atteinte à la sécurité des personnes, les soignants utilisent le système dit de protection du travailleur isolé (PTI). Son déclenchement active pour renfort l'équipe soignante de l'unité Dide. En cas de troubles plus importants, contact

est pris avec le personnel du standard qui fait appel à l'ensemble des soignants présents sur le site. La gendarmerie est appelée en dernier recours.

La sécurité incendie est confiée aux agents techniques dont le responsable et l'adjoint disposent de la certification « service de sécurité incendie et d'assistance à la personne » (SSIAP). Tous les membres du personnel soignant sont formés par ces deux agents et sont aptes à la détection d'un début d'incendie et à prendre les premières décisions notamment l'appel direct aux pompiers si la situation le nécessite. La constitution des effectifs (*cf.* § 3.4) fragilise cependant le dispositif. La caserne la plus proche est celle de Guéret. Son délai d'intervention est de 15 à 20 minutes.

Recommandation 23

Le service de sécurité incendie et d'assistance à la personne doit s'assurer de la formation constante du personnel au regard de la rotation des ressources humaines.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« 73 % des agents de l'unité de soins sans consentement ont été formés à la sécurité incendie et d'assistance à la personne au titre de l'année 2023. »

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1. LES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR S'APPLIQUENT INDIFFEREMMENT AUX PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT COMME EN SOINS LIBRES

La fermeture de l'unité Henri Ey est permanente sans que les motivations des restrictions à la liberté d'aller et venir soient explicitées autrement que par la présence de patients admis en SSC. Ils ne peuvent sortir sur le site qu'accompagnés par les soignants ou par leur famille à l'exception, lors de la visite, d'un patient en SSC autorisé à sortir seul durant une heure. Le manque fréquent de disponibilité des soignants accentue encore la restriction de liberté. L'un des deux patients en SSC n'était quant à lui pas autorisé à sortir au moment du contrôle car admis depuis peu. Or, le statut d'admission de ces patients ne peut justifier cette fermeture, d'autant que des personnes en SL sont accueillies dans l'unité.

Les sorties au sein même de l'établissement comme les permissions à l'extérieur se font sur prescription médicale, sans distinction entre les patients hospitalisés en SL et ceux en SSC, en contradiction avec les dispositions légales. De la même manière que les patients en SSC (cf. § 3.5.4) les personnes hospitalisées en SL qui ne réintègrent pas l'unité à l'issue d'une sortie sont recherchées sur le site puis téléphoniquement auprès de la famille et de la personne de confiance. Si le médecin considère que le patient se met en danger ou qu'il constitue un danger pour autrui, la procédure de recherche est lancée auprès de la gendarmerie. Selon les propos rapportés, les gendarmes s'assureraient uniquement de leur présence au domicile et de leur état de santé. Les contrôleurs n'ont pas été en mesure de savoir si des soignants se déplacent pour les raccompagner vers le service. Les réponses apportées à cette question sont restées peu intelligibles.

Recommandation 24

Les patients admis en soins libres ne doivent pas être assujettis à des autorisations de sortie et leur absence ne saurait relever d'une recherche par la gendarmerie. Dans le cas d'une fragilité particulière ne leur permettant pas d'aller et venir, le changement de statut d'hospitalisation doit être envisagé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Les patients en soins libres, y compris lorsqu'ils sont hébergés temporairement dans le service fermé, sont toujours totalement libres de quitter l'établissement et de demander à sortir. Ils ne font jamais l'objet d'une décision de sortie de courte durée en application de l'article L3211-11-1 du code de la santé publique.

En revanche, du point de vue de la gestion administrative de leur séjour d'hospitalisation, ces patients font l'objet d'« une permission de sortie d'une durée maxima de quarante-huit heures », prévue par l'article R1112-56 du code de la santé publique. Cela a pour seule conséquence que le patient ne soit pas considéré comme sortant du point de vue de son séjour hospitalier, mais n'a strictement aucune conséquence sur sa liberté d'aller et venir. »

6.2. PEU DE RESTRICTIONS SONT IMPOSEES DANS LA VIE QUOTIDIENNE

L'organisation de la vie quotidienne est globalement respectueuse des droits des patients.

Les horaires de lever et de coucher ne sont pas imposés de manière stricte même si celui du petit-déjeuner rythme généralement le début de la journée. Les patients ont accès à leur chambre quand ils le souhaitent et peuvent circuler librement au sein de l'unité en journée. Les restrictions portent essentiellement sur l'interdiction de se rendre dans les chambres voisines.

Si le port du pyjama ne s'apparente pas à une sanction comme observé en 2011, il est systématique en chambre d'isolement ainsi que durant les sorties séquentielles, parfois de longue durée (cf. § 8.7).

L'accès au tabac est libre. Les patients ont la possibilité de fumer dans le jardin ouvert de 8h à 22h et dans le fumoir ouvert 24 heures sur 24, chacun étant équipé d'un allume-cigarette intégré au mur. L'achat du tabac est dévolu aux membres de la famille ou aux soignants. Ces derniers se rendent pour cela au bureau de tabac à Saint-Vaury avec les bons d'achat délivrés par les tuteurs le cas échéant.

Les chambres des patients ne font pas l'objet de fouilles selon les soignants.

6.3. LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT POSSIBLES MAIS LA CONFIDENTIALITE DES ECHANGES N'EST PAS PLEINEMENT ASSUREE

6.3.1. Les visites

La possibilité pour les patients de recevoir des visites est garantie sans restriction et, selon les propos rapportés par les soignants, le contrôle des effets des visiteurs n'est jamais opéré. Les visites sont possibles tous les jours de 14h à 18h30 (ou 19h, selon les interlocuteurs). La prise de rendez-vous n'est pas nécessaire. L'unité dispose d'un salon d'accueil dédié, meublé et accessible depuis le sas d'entrée de l'unité, où des familles avec enfants peuvent être accueillies (cf. § 5.1.2). Il est adapté et la confidentialité des échanges y est garantie. Au moment du contrôle, chacun des 17 patients présents étaient autorisés à recevoir des visites mais pour deux d'entre eux, sur prescription médicale, ces rencontres étaient médiatisées. Pour l'un, il s'agissait d'éviter des tensions familiales et pour l'autre la possible toxicité des rencontres.



Salon de visites (gauche) et sas d'entrée de l'unité utilisé pour des visites (droite)

Il a été rapporté et constaté l'utilisation régulière du sas d'entrée de l'unité comme espace de visite, y compris pour des visites médiatisées alors même que le salon est disponible. La nécessité de conserver un visuel sur le patient (et/ou l'éventuel soignant médiateur) a justifié la pratique, en l'absence aussi de bouton d'appel dans le salon dédié. Dans ce sas rectangulaire, aménagé avec des fauteuils de part et d'autre, les patients et leurs proches sont exposés à la vue de tous, patients comme professionnels, depuis l'extérieur comme l'intérieur de l'unité. Ils peuvent être

régulièrement interrompus par les entrées et sorties de l'unité – qui nécessitent l'ouverture à clé des deux portes – et sont, de fait, enfermés dans cet espace. L'un des patients rencontrés s'est ainsi ému de devoir accueillir ses parents âgés dans de telles conditions. Cette utilisation du sas comme espace de visite est manifestement attentatoire à la dignité des personnes et au nécessaire respect de leur vie privée.

Recommandation 25

L'utilisation du sas d'entrée de l'unité comme espace dédié pour les visites de proches, y compris médiatisées, doit cesser sans délai et sans incidence sur les possibilités de visite.

6.3.2. Le courrier et le téléphone

L'accès au courrier ne pose pas de difficultés particulières. Les patients ont la possibilité d'acquérir timbres, enveloppes et stylos à la cafétéria de l'établissement et du papier est si besoin être mis à leur disposition. Le courrier transite par le secrétariat de l'unité et le vaguemestre. Les levées et distributions sont régulières. Les patients ont, par principe et sauf indication médicale contraire motivée, la possibilité de conserver et d'utiliser leur téléphone portable. A date du contrôle, 12 des patients étaient dans ce cas. Des appels médiatisés peuvent être décidés, sur indication médicale individualisée et dans l'intérêt du patient et/ou de ses proches. Un point-phone situé à l'angle d'une salle d'activités accueillant notamment une table de ping-pong et à proximité immédiate d'une salle de réunion peut être également utilisé par des patients ne disposant pas d'un téléphone. Sa localisation ne garantit ni le confort, ni la confidentialité des échanges.

Un poste téléphonique au sein de l'unité est accessible à tous mais ne permet pas de garantir la confidentialité nécessaire (cf. § 6.3.4).



Point-phone de l'unité Henry Ey

Recommandation 26

L'emplacement du point-phone de l'unité doit garantir la confidentialité des échanges téléphoniques des patients.

6.3.3. L'accès aux médias

Les patients ont un accès libre à deux salons de télévision situés dans l'unité. La télévision est aussi installée dans les chambres individuelles, à l'exception des plus petites (cf. § 5.1.4). Le poste radio et l'ordinateur personnel peuvent, sauf contre-indication médicale, être utilisés dans les

chambres. A date du contrôle, trois patients disposaient ainsi de leur ordinateur. L'accès wifi était en cours d'expérimentation au sein de l'établissement, l'unité Henry Ey ayant été désignée comme unité pilote. Les difficultés liées au réseau Internet, signalées par des patients et des soignants, sont identifiées. Par ailleurs, un ordinateur portable est mis à disposition des patients avec un accès spécifique leur permettant d'accomplir des démarches. Il peut être utilisé en présence de l'ASS, d'un soignant ou de manière autonome.

Aucun abonnement à la presse n'a été constaté.

6.3.4. Le droit à la confidentialité

Le droit des patients de ne pas divulguer leur présence au sein de l'établissement est visé dans le livret d'accueil qui leur est remis à l'admission. Les demandes en ce sens seraient rares. Le personnel du standard, sensibilisé au sujet, peut disposer d'une indication visuelle au niveau du poste informatique : une mention « identité protégée » apparaît alors à l'écran. Des cas de transfert de communications vers une unité accueillant une personne ayant fait valoir son droit à la confidentialité de son hospitalisation ont néanmoins été rapportés. La préservation de ce droit n'apparaît donc pas systématiquement garantie, notamment dans les premiers temps de l'admission où l'état du patient ne permet pas toujours de recueillir sa volonté (à l'aide notamment du formulaire des « consentements du patient »). Il n'existe pas de note de service/procédure générale sur ce sujet.

Recommandation 27

Le droit à la confidentialité quant à la présence des patients au sein de l'établissement et à leur état de santé doit être pleinement garanti, y compris à titre conservatoire, lorsque leur volonté n'a pas pu être recueillie.

6.4. LE DROIT DE VOTE EST RESPECTE MAIS NE FAIT PAS L'OBJET D'UN ACCOMPAGNEMENT INSTITUTIONNEL

Le livret d'accueil fait mention du droit de vote mais son exercice est peu discuté avec les patients. Les contrôleurs n'ont constaté aucun affichage relatif à l'exercice de ce droit dans l'unité. Les patients sont informés de manière orale de l'approche d'élections et sollicitent leur inscription sur la liste des votants. Deux modalités sont envisagées : le vote par procuration qui nécessite le déplacement de la gendarmerie et la permission de sortie. Aucun accompagnement par des soignants n'est prévu. Les gendarmes de la communauté de brigades de Sainte-Feyre se déplacent pour établir les procurations.

L'unité ne dispose pas de statistiques en la matière et les informations recueillies sont lacunaires mais les soignants indiquent que peu de personnes ont voté lors des derniers scrutins. Le dimanche 24 avril 2022, date du premier tour de l'élection présidentielle, quatre personnes ont bénéficié de permissions de sortir sans qu'il soit noté sur le logiciel s'il s'agissait ou non de se rendre au bureau de vote. Toutefois, leur nombre étant plus élevé qu'à l'habitude, les soignants rencontrés estiment que ce devait être le cas.

A l'approche des élections européennes de juin 2024, rien n'était prévu dans l'unité.

6.5. LES PATIENTS PEUVENT RENCONTRER L'AUMONIER DE LA RELIGION LEUR CHOIX

Conformément à la circulaire du 20 décembre 2006, le rôle de l'aumônier dans un établissement de santé est d'assurer le culte qu'il représente et seulement celui-ci afin de ne rien imposer en la matière. Si l'aumônier communément contacté par les patients est celui qui représente le culte catholique, le livret d'accueil et l'affichage dans les unités indiquent que des aumôniers d'autres cultes peuvent être joints en composant un numéro de téléphone indiqué sur la liste affichée à la fois dans le bureau des cadres et dans les couloirs des unités. Cette liste comporte les numéros des cultes catholique, bouddhiste, israélite, musulman, orthodoxe et protestant.

Il a été rapporté aux contrôleurs que l'un des patients a souhaité rencontrer un imam, lequel s'est déplacé à cette fin. Un autre a souhaité respecter le Ramadan ce qui a pu être organisé malgré les contraintes du traitement médicamenteux.

Une messe catholique est célébrée tous les dimanches et lors des fêtes dans l'un des pavillons du site. Les patients de l'unité fermée Henri Ey peuvent y être accompagnés.

6.6. LA LIBERTE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS RESPECTEE

La vulnérabilité et la sécurité des patients sont les premières des justifications au refus du personnel soignant de s'interroger sur l'atteinte à la liberté constituée par l'entrave à la sexualité. Lorsque la question leur est posée, s'agissant même de l'éventualité de relations entre couples légitimes lors des visites, l'argumentation devient celle du lieu de soins opposé au lieu de vie.

Au sein de l'unité Henri Ey, les patients ne sont pas autorisés à se rendre dans les chambres des uns et des autres. Les visites familiales ne sont pas non plus autorisées dans les chambres. Le comité d'éthique s'est saisi de manière récente de cette thématique (cf. § 3.6) mais le sujet n'est pas abordé lors des réunions de l'équipe pluriprofessionnelle.

Si les questions de la contraception et les infections sexuellement transmissibles sont soulevées à l'admission, le sujet de la sexualité n'est pas évoqué, ni les effets secondaires à caractère sexuel des médicaments prescrits. Un distributeur de préservatifs est installé devant la cafétéria et les soignants ont indiqué pouvoir donner des préservatifs fournis par la pharmacie aux patients mais pour un usage envisagé dans le seul cadre de permissions de sortie.

En revanche, dans le cadre de l'éducation thérapeutique des patients, des groupes sont réunis par le centre de proximité en réhabilitation psychosociale situé à proximité (CRPC) sur le thème de la vie affective mais ils ne sont ouverts qu'aux patients de l'extrahospitalier.

Recommandation 28

L'hôpital doit poursuivre la réflexion initiée par le comité d'éthique sur la sexualité des patients, en prenant en compte à la fois le principe de la liberté sexuelle et la nécessaire protection des patients les plus fragiles. Les groupes d'éducation thérapeutique doivent être ouverts aux patients de l'intra hospitalier.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Un groupe d'éducation thérapeutique en addictologie est ouvert aux patients hospitalisés au SMR. »

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1. LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, EN NOMBRE, NE GARANTISSENT NI L'INTIMITE DES PATIENTS NI LEUR SECURITE EN CAS DE CONTENTION

7.1.1. La chambre d'isolement

Trois chambres d'isolement ont été supprimées dans les unités de psychiatrie du CHLV en 2022. Les trois qui demeurent en service sont situées au sein de l'unité Henri Ey. Cette dotation apparaît surdimensionnée au regard du nombre de patient accueillis dans l'unité et de l'objectif affiché d'une réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).

Ces chambres mesurent de 11 à 12 m², sont dotées d'une salle de douche (partagée pour les chambres numéro deux et trois) et d'un sas attenant. Un double accès est possible pour les soignants. Chacune des chambres est équipée :

- d'un lit fixé au sol et de toilettes en inox, sans lunette ni abattant, ni séparation visuelle ;
- d'un plafonnier et d'une veilleuse basse au niveau du mur ;
- d'une caméra de vidéosurveillance et d'un microphone situés au plafond (avec report d'image et de son dans le bureau des soignants) ;
- d'un bouton d'appel au mur ;
- d'une horloge analogique indiquant également la date et visible du patient, y compris en position allongée.

La ventilation et la climatisation fonctionnent. Il n'y a pas de mobilier d'appoint. L'autonomie du patient isolé est, de fait, réduite à l'accès aux toilettes et à la commande de la chasse d'eau, puisque celles des lumières, du volet roulant extérieur et de la ventilation/climatisation sont extérieures à la pièce. Le constat est en conséquence :

- l'absence de bouton d'appel accessible au patient lors des mesures de contention ;
- l'absence de respect de l'intimité, les œilletons des trois chambres donnant directement sur les toilettes, un dispositif de floutage de celles-ci étant en revanche en place au niveau des caméras de vidéosurveillance ;
- l'absence de vue extérieure : si les chambres disposent chacune d'une fenêtre, la vitre est en verre granité et la fenêtre toujours fermée, sa poignée retirée étant en possession des seuls soignants ; un barreaudage est pourtant installé derrière la vitre ;
- l'absence d'accès direct à un espace extérieur ;
- l'absence d'un espace fumeur qui conduit à inviter les patients souhaitant fumer à le faire à l'intérieur même du sas.



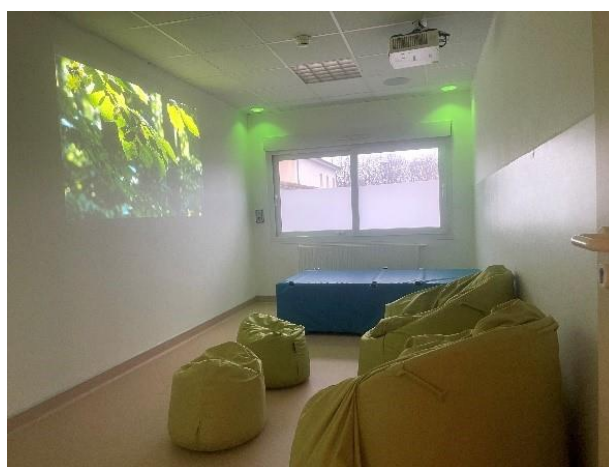
Chambre d'isolement n°3 (vue sur lit et WC, et vue patient)

Recommandation 29

La suppression des chambres d'isolement doit être envisagée et elles doivent sans délai être dotées d'un bouton d'appel accessible aux patients attachés, préserver l'intimité de leurs occupants et permettre une vue extérieure permanente.

7.1.2. La salle d'apaisement

L'unité Henry Ey compte, depuis l'été 2022, une salle d'apaisement dont la mise en place a pu être réfléchi à partir de l'expérience du CHEL et bénéficier du soutien financier de l'ARS Nouvelle-Aquitaine. Un comité de pilotage commun avec le CHEL demeure en place pour analyser l'utilisation de ces espaces. D'une surface de 16m², cette salle est équipée de deux fauteuils enveloppants avec repose pieds et d'un vidéoprojecteur avec différents programmes visuels et sonores pouvant être initiés depuis une tablette située dans l'entrée. L'accès à la salle se fait à la demande du patient ou sur indication de l'équipe soignante. La porte est fermée lorsqu'un patient s'y trouve mais pas à clef, le patient pouvant en sortir librement à tout moment. 25 patients en ont bénéficié en 2022 à hauteur de 45 minutes en moyenne et 70 utilisations ont été tracées en 2023. Au 6 mars 2024, 15 utilisations étaient recensées. Selon les témoignages recueillis, la traçabilité du recours à la salle d'apaisement n'est toutefois pas exhaustive. Au premier jour du contrôle, l'espace d'apaisement comportait un matelas permettant la pose de contentions. Au troisième jour du contrôle, celui-ci avait été retiré.



Espace d'apaisement avec matelas permettant la pose de contention

7.2. DES PATIENTS SONT SOUMIS A DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION DONT LES CONDITIONS NE RESPECTENT PAS LEUR DIGNITE

Il n'est plus fait recours à des mesures d'isolement ou de contention hors espace dédié pour des patients en SL, à l'exception d'un cas exceptionnel ayant donné lieu à une modification du mode d'hospitalisation en 2023⁴⁸. Il n'y a ni isolement ni contention « si besoin » mais un recours à l'isolement séquentiel a été identifié pour plusieurs patients. Cette pratique, si elle reste généralement limitée et peut-être destinée à confirmer la possibilité d'une levée de la mesure, peut néanmoins être renouvelée sur plusieurs jours. Les chambres des patients isolés sont réservées le temps de leur isolement.

Des décisions d'isolement ou de contention peuvent être prises pour des durées inférieures aux maximums autorisés, pour deux ou trois heures par exemple et elles sont parfois levées avant la durée prévue par la décision. Le nombre de mesures renouvelées pour des durées exceptionnelles nécessitant information ou saisine du JLD est relativement limité. Il pourrait toutefois augmenter à nouveau en 2024 (cf. § 7.3.2). Les surveillances psychiatriques et somatiques ainsi que les délais de renouvellement sont généralement assurés mais des difficultés ont été signalées du fait de la discontinuité de la présence sur site d'un psychiatre le matin entre 8h30 et 9h30 et l'après-midi entre 17h30 et 18h30.

Recommandation 30

L'établissement doit garantir une permanence de la présence des psychiatres, afin de répondre, au-delà de la nécessaire continuité des soins, au respect des délais de renouvellement des mesures d'isolement et de contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Une permanence quotidienne de psychiatre est assurée et formalisée par des praticiens de l'établissement et des psychiatres du CH Esquirol. »

La surveillance infirmière est bien prescrite et assurée, avec contrôle régulier des paramètres vitaux. Le placement en CI et les levées sont tracés dans le logiciel des mouvements, accessible au standard qui est ainsi informé dans la mesure où il est chargé du suivi des mesures pour informations et saisines du JLD.

Il n'y a pas de contention systématiquement associée aux mesures d'isolement. Les contentions sont généralement fixées aux quatre membres et une ceinture ventrale peut être ajoutée. Le matériel de contention contrôlé n'appelle pas de commentaires particuliers. Le retrait des sous-vêtements et le port du pyjama sont systématiquement imposés aux patients. Ils ne peuvent conserver ni vêtements ni objets personnels, un livre par exemple. Dans certains cas, une combinaison anti-suicide peut être prescrite. Les patients concernés sont aussi contraints de conserver le pyjama en cas de sorties temporaires de la CI, y compris pour des temps de repas en collectif dans l'unité. Ces pratiques non individualisées et stigmatisantes sont incompatibles avec le respect dû à la dignité des patients.

Les modalités de prise des repas et des collations sont variables. Une table et une chaise, en métal et en bois, sont situées dans le sas. Un adaptable ou un mobilier souple sont utilisés pour la prise en chambre, sur le lit. Le retrait des contentions a été rapporté comme n'étant alors ni

⁴⁸ En 2022, 9 patients en SL avaient été isolés et 6 contenus (rapport annuel 2022).

systématique, ni complet. A titre d'exemple, seul l'un des deux membres supérieurs est parfois détaché. Les patients mangent à l'aide d'un seul couvert (une grande cuillère), dans une assiette et avec un verre en plastique. Ils sont nourris à la cuillère lorsque les contentions sont maintenues. Il n'existe pas de mobilier en mousse (table et chaise) susceptible de permettre une prise de repas plus adaptée et sécurisante dans le sas.

Recommandation 31

Eu égard aux impératifs de nécessité et de proportionnalité, le recours à des mesures d'isolement séquentielles doit être évité. Il doit être mis fin au retrait des sous-vêtements et au port imposé du pyjama, *a fortiori* hors de la chambre d'isolement. Les patients doivent pouvoir manger sans maintien des contentions, conserver des effets personnels sauf contre-indication médicale motivée et accéder à un espace extérieur.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« L'évaluation des pratiques professionnelles régulière permet de les améliorer. Les précédentes actions ont permis de disposer de matériel adapté et sécurisant comme du mobilier en mousse, de coussin triangulaire, de cylindre table, de table plateau repas, de pouf chevet carré, de coussin microbille. »

La recherche d'alternatives à l'isolement et à la contention – dont les efforts de désescalade, le recours à un entretien médical, l'invitation à utiliser l'espace d'apaisement et l'ajustement des traitements – est régulièrement tracée dans les dossiers des patients. Des temps de reprises en équipe (lors des transmissions ou CREX) et avec les patients sont prévus⁴⁹ et organisés après recours à ces mesures. Ils doivent toutefois encore être systématisés⁵⁰.

7.3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT EN MATIERE DE LIMITATION DU RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION RESTE FRAGILE

7.3.1. La politique de l'établissement

Le projet d'établissement (2020-2024) retient un objectif général de réduction des mesures et fixe notamment pour objectifs la mise en place d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP)⁵¹, la diffusion de bonnes pratiques et la formation de l'ensemble des professionnels à la désescalade. Ces objectifs, et notamment l'effort de formation, restent à concrétiser pleinement⁵².

Des plans d'action ont été élaborés pendant les années 2021 et 2022, intégrant notamment des objectifs de développement de la formation et de déploiement des plans de prévention partagé (cf. § 9.3). Les rapports annuels des années 2021 et 2022 contiennent un certain nombre de données et d'analyses statistiques sur l'évolution des mesures. Le rapport de 2021 a été évoqué

⁴⁹ Protocole de mise en CI thérapeutique, 19 janvier 2018, p. 11.

⁵⁰ Un seul entretien post-isolement a pu être tracé, sur les cinq situations examinées lors de l'audit interne du 7 mars 2023.

⁵¹ Une première EPP dédiée à la thématique (2008-2013) avait dû interrompre ses activités faute de médecins.

⁵² En 2022, huit soignants ont été formés sur la violence et l'agressivité en psychiatrie ; un a suivi la formation OMEGA (gestion et prévention des situations de violence et agressivité) ; un la formation *Soclecare* ; sept une formation « urgence et crise en psychiatrie » (données du rapport isolement-contention 2022 (p. 14).

en conseil de surveillance et celui de 2022 communiqué à la CDU sans toutefois y être présenté et donner lieu à un avis. Il a cependant été examiné en CME le 11 septembre 2023.

L'EPP évoquée a été réactivée au mois de décembre 2021 et, plus récemment en dépit de la difficulté de mobilisation, un groupe de travail stable incluant notamment référent médical et qualitatif. Parallèlement au contrôle du CGLPL, l'établissement a entrepris un audit interne rapide, ciblant cinq mesures d'isolement, et mobilisant une grille d'indicateurs prédéfinis. Une synthèse communiquée aux contrôleurs s'applique à en dégager des axes d'amélioration. Un audit plus complet était programmé le 19 mars 2024.

Si une tendance générale à la réduction du recours aux mesures d'isolement et de contention se dessine depuis 2020, la confirmation de cette tendance n'est pas acquise pour l'année 2024. Par ailleurs la proportion de patients hospitalisés en SSC concernés par ces mesures et pour certains âgés⁵³ reste particulièrement élevée (estimation faite à 30,9 % en 2023 pour les mesures d'isolement).

Recommandation 32

La politique de l'établissement en matière de réduction du recours à l'isolement et à la contention doit être renforcée. Les rapports annuels concernant les pratiques d'isolement et de contention doivent être soumis aux instances et notamment, pour avis, à la commission des usagers et au conseil de surveillance. L'évaluation des pratiques professionnelles doit être régulièrement organisée, avec un référent médical désigné.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Le CH La Valette s'est engagé à promouvoir des alternatives thérapeutiques et des méthodes de désescalade qui permettent de prévenir les situations de crise nécessitant de telles mesures. Pour cela, diverses orientations sont adoptées visant à encadrer ou limiter l'utilisation de l'isolement ou de la contention. Ainsi, une évaluation des pratiques professionnelles est mise en œuvre, ayant pour objet « L'amélioration des modalités de surveillance de la mise en isolement thérapeutique ». De plus, l'accès à la formation pour la désescalade de la violence est favorisé, en augmentant l'utilisation de l'espace d'apaisement très apprécié des patients. Il convient également de mentionner l'instauration d'une politique d'accompagnement et d'appropriation des plans de prévention partagés, intégrée dans la pratique de tous les professionnels pour le bénéfice des usagers.

Le rapport annuel 2023 « Isolement et Contention » est prévu à l'ordre du jour des instances de l'automne 2024. »

7.3.2. Le registre et son analyse

Le registre d'isolement et de contention comporte l'ensemble des mentions attendues aux termes du CSP, à l'exception toutefois des professionnels de santé ayant assuré la surveillance infirmière des mesures. De l'analyse qui a pu en être faite lors du contrôle et au regard également des données transmises par le JLD, il apparaît globalement fiable quant au recours à l'isolement et à la contention au sein de l'établissement. Y figurent toutefois des mesures d'une durée correspondant exactement aux durées « seuils » pour des décisions initiales ou des

⁵³ D'après le registre, en 2023, huit patients de plus de 60 ans (dont trois de plus de 75 ans) ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement ; et quatre patients d'une contention associée.

renouvellements (6 heures et 12 heures par exemple) ce qui nécessiterait une vigilance particulière. Par ailleurs, un défaut de traçabilité est *a priori* relevé au sein de l'unité Maurice Dide, où des patients peuvent être placés en fauteuil « coquille », avec utilisation d'une ceinture d'attache⁵⁴. L'unité dispose par ailleurs d'un jeu de contentions mais la dernière utilisation tracée remonte à juillet 2022.

L'exploitation du registre à des fins d'analyse n'est pas facilitée par le changement récent, complet et sans transition, de l'équipe de la direction des informations médicales (DIM) courant 2023. Le temps dédié à l'établissement pour le médecin DIM, basé au CHEL, n'est que de 0,1 ETP et l'agente technique présente sur site n'est à temps plein sur le poste que depuis le 1^{er} mars 2024.

Recommandation 33

La traçabilité du recours à l'isolement et à la contention aux urgences doit être renforcée, de même que l'utilisation du « fauteuil coquille » dès lors qu'il s'accompagne de la mise en place de la ceinture de contention. Le registre d'isolement et de contention doit être exploité par une analyse régulière, *a minima* trimestrielle, des pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« C'est le CH de Guéret qui est porteur de l'autorisation d'activité de soins d'urgence. Les patients admis aux urgences sont des patients du CH de Guéret, à qui il incombe d'assurer la conformité à la réglementation des pratiques de soins qui y sont pratiquées, ainsi que leur traçabilité. »

Tableau 7 : Données relatives à l'isolement et la contention (issues d'une exploitation du registre, des échanges avec l'équipe de la DIM et des rapports annuels)⁵⁵

	2020*	2021	2022	2023	Jan-Fév 2024
ISOLEMENT					
Proportion de patients en SSC concernés par au moins une mesure	40 % (76)	44 % (59)	42 % (69/163) (94 mesures)	30,89 % (55/178) (68 mesures)	25,6 % (11/43) (15 mesures)
Médiane des durées des mesures	24h	21,8h	20,5h**	18,5h	30h
Mesures de +48h<72h	8	4	4	4	3
Mesures de +72h	32	5	13	7	4

⁵⁴ La procédure interne « Protocole de recours à la contention physique et mécanique » (19.01.2018) indique que sont à considérer comme moyens de contention « les barrières de lit » et le « fauteuil coquille ». Voir également l'annexe au rapport annuel 2022 (p. 27) intitulée « Recensement des indicateurs à renseigner dans le registre et le recueil PMSI (FICHCOMP) ». Cf. également l'Instruction DGOS du 29 mars 2022 relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, Annexe 4 (cf. mesures de type « D » notamment).

⁵⁵ Il convient de souligner que les données et durées médianes pour 2024 ne portent que sur 2 mois (janvier/février), et donc sur un nombre de mesures réduites, ce qui limite la valeur des comparaisons.

CONTENTION					
Proportion de patients en SSC concernés par au moins une mesure	15 % (29) 49 mesures	11 % (15) 17 mesures	15 % (24/163) 32 mesures	12,92% (23/178) 26 mesures	11,6 % (5/43) 5 mesures
Médiane des durées des mesures	N/A	6h	6h	14,4h	12,8h
Mesures de +24h<48h	11	3	1	1	1
Mesures de +48h	6	2	1	0	0
Sources :					
<ul style="list-style-type: none"> - pour 2020 : rapport annuel IC 2021 Cariatides - sauf médiane ; - pour 2021 : rapport annuel IC/ 2021 Cariatides - sauf médiane ; - pour 2022 : rapport annuel 2022 IC/ Cariatides + extraction données registre <i>via</i> DIM pour nb mesures d'isolement et de contention ; médianes et données mesures +24 et +48h ; - pour 2023 : extraction données registre <i>via</i> DIM ; - pour janvier-février 2024 : extraction données registre <i>via</i> DIM . 					
*Isolement hors espace dédié non comptabilisé ici ** 16h selon rapport annuel					

7.3.3. Le contrôle du JLD

Le JLD est régulièrement informé ou saisi des mesures d'isolement et de contention. Une note de procédure interne de juin 2023⁵⁶ – complète et à jour de la réglementation – et des fiches réflexes à disposition du standard permettent une vigilance effective, y compris sur le calcul des durées en cas de mesures non consécutives (à moins de 48 heures d'intervalle et sur les périodes de 15 jours).

L'absence de rappels automatiques pourrait s'avérer problématique mais le nombre de mesures concernées reste limité et le bureau est en lien régulier avec les soignants référents et le greffe du JLD si nécessaire, pour avis.

Les possibilités de saisine directe du JLD par un patient sont bien prévues et concrétisées dans certains cas, de même que l'information de proches. Le respect de la volonté du patient et du secret médical reste toutefois à garantir pleinement, éventuellement par le biais des directives anticipées ou les plans de prévention partagés. Le souhait éventuel du patient d'être entendu et assisté d'un avocat commis d'office ou de son choix et son accord le cas échéant pour un échange par « *tous moyens de télécommunication* » (en pratique, une tablette) sont recueillis. Un avis médical est émis sur la compatibilité de son état de santé avec cette modalité d'audition.

⁵⁶ Procédure information et saisine du JLD dans le cadre des mesures d'isolement et de contention, 16 juin 2023 (25 pages).

Onze ordonnances motivées ont été rendues par le JLD relativement à ces mesures en 2023, (contre seize en 2022). Dix d'entre elles faisaient suite à une saisine obligatoire (une seule auto-saisine). Aucune levée n'a été ordonnée à l'issue du contrôle ainsi exercé.

Les conditions de stockage des dossiers d'isolement et de contention au niveau des locaux du standard sont à modifier eu égard à la sensibilité des informations qu'ils contiennent. Ce problème est identifié par les équipes concernées.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1. LES COMPOSITIONS DE LA CDSP ET DE LA CDU NE SONT PAS CONFORMES AUX PRESCRIPTIONS DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, AFFECTANT LEUR ACTIVITE

8.1.1. La CDSP

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est composée, en application de l'arrêté du préfet de la Creuse du 23 mai 2023, d'un médecin psychiatre exerçant au CHLV, à la fois membre titulaire et président de la commission, d'un second psychiatre exerçant au CHLV assurant sa suppléance, d'une représentante de l'association Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) de la Haute-Vienne et d'un médecin généraliste. Bien qu'il ait été précisé que les deux psychiatres exerçant au CHLV ne siégeaient pas en même temps, ce qui est confirmé par les comptes-rendus de réunions de la CDSP, cette dernière se trouve privée du regard médical extérieur qu'est censé apporter le psychiatre n'exerçant pas au sein de l'établissement. A défaut de représentant d'association agréée de familles de personnes malades, de candidat et de psychiatre désigné par le procureur près la cour d'appel, la composition de la CDSP n'est pas conforme à l'article L.3223-2 du CSP⁵⁷.

L'ARS, chargée du secrétariat de la CDSP, transmet les convocations, prépare les dossiers et documents nécessaires aux réunions, organise les réunions et visites et établit les comptes-rendus. La commission a visité l'unité de SSC du CHLV à trois reprises en 2021, à deux reprises en 2022 et une fois en octobre 2023.

Les visites ont été annoncées à l'établissement par courrier de l'ARS et des patients ont ainsi pu être reçus en entretien. La commission a pu contrôler le registre de la loi qu'elle a daté, visé et signé sans toutefois formuler d'observations.

Elle n'a pas été saisie de réclamations et n'est à l'origine d'aucune saisine du directeur de l'établissement, du préfet ou du JLD.

Elle n'a pas pu assurer à la fréquence requise par le CSP ses réunions internes – une fois dans l'année et non une fois par trimestre en 2023 – et ses visites de l'établissement – une fois en 2023 et non au moins deux fois.

Enfin, lors de ses visites, elle a procédé à l'examen de dossiers par sondage à partir de la base de données *Hopsyweb*⁵⁸ et son attention s'est notamment portée sur sept dossiers de patients

⁵⁷ L'article L3223-1 du CSP prévoit que :

« La commission prévue à l'article L. 3222-5 se compose :

1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'Etat dans le département ;

2° (Abrogé) ;

3° De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ;

4° D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'Etat dans le département.

En cas d'impossibilité de désigner un ou plusieurs membres de la commission mentionnée dans le présent article, des personnalités d'autres départements peuvent être nommées.

Seul l'un des deux psychiatres mentionnés au 1° peut exercer dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1. [...] ».

⁵⁸ Traitement de données à caractère personnel de l'ARS (décret n°2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements des données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement).

admis selon la procédure des SDTPI. Le CSP requiert qu'elle examine la situation de toutes les personnes admises selon cette procédure et de toutes les personnes dont les soins se prolongent au-delà d'un an.

Son rapport d'activité, élaboré sous forme d'un tableur Excel, ne contient pas de conclusions sur les constatations opérées lors de la visite de l'établissement, notamment concernant la tenue du registre de la loi et le respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, ainsi que le nombre de patients entendus comme le requiert le CSP.

Recommandation 34

La commission départementale des soins psychiatriques doit être composée, exercer ses contrôles conformément aux prescriptions du code de la santé publique et en rendre compte de manière exhaustive dans son rapport annuel, afin de garantir le droit de réclamation des patients admis en soins psychiatriques et d'assurer l'examen de leur situation au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« La responsabilité de l'organisation et du fonctionnement de la commission départementale des soins psychiatriques n'appartient pas au CH La Valette. »

8.1.2. La CDU

L'établissement dispose d'une commission des usagers (CDU) présidée par son médiateur, médecin généraliste dans l'établissement et dont la composition était en cours de changement au moment du contrôle.

Ses activités étaient coordonnées par la qualicienne de l'établissement jusqu'à son arrêt de travail en octobre 2023 suivi de son départ en disponibilité au mois de janvier 2024. L'activité de la CDU pour 2023 s'en est trouvée considérablement affectée, son rapport annuel n'ayant pas pu être établi au jour du contrôle.

En l'espèce, le fonctionnement de la CDU n'est pas conforme aux attendus du code de la santé publique⁵⁹, cette dernière ne s'est réunie qu'à deux reprises en 2023 : le 28 juin 2023 en vue notamment de l'élection des président et vice-président de la CDU, de l'examen des plaintes, du bilan des fiches d'évènements de l'année 2022 et des comptes rendus des CREX de 2022, puis le 27 septembre 2023 dans la perspective d'analyser les plaintes et réclamations reçues dans le courant de l'année 2023 alors que cette analyse devrait être faite régulièrement.

Selon les déclarations de son président, la CDU est systématiquement destinataire d'un point sur les EI, du rapport sur le recours à l'isolement et à la contention, ainsi que des résultats des enquêtes de satisfaction. Elle assure un suivi effectif des réclamations, stables au demeurant (19 en 2022 et en 2023) et des questionnaires de satisfaction.

Sur les 19 plaintes adressées à la CDU en 2023, sept concernaient des patients d'Henri Ey. Elles avaient majoritairement pour objet la prise en charge (manque de psychiatres au sein de l'unité, décision du JLD, demande de sortie, réévaluation de projet de soins, etc.).

⁵⁹ L'article R1112-88 du CSP prévoit que : « La commission se réunit sur convocation de son président au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire pour procéder à l'examen des plaintes et réclamations qui lui sont transmises dans les conditions prévues à l'article R.1112-94. La réunion est de droit à la demande de la moitié au moins des membres ayant voix délibérative ».

Sur l'examen des plaintes en cours adressées à la CDU pour l'année 2024, elles sont consignées dans un classeur et visaient, pour l'unité Henri Ey, principalement le bien-fondé de la mesure et la qualité des soins (trop de sédation). Au jour du contrôle, les plaintes avaient été traitées par la responsable des affaires juridiques mais n'avaient pas été examinées par une CDU fonctionnelle. Concernant les questionnaires, systématiquement remis à la sortie, 86 ont été remplis en 2022 ; les patients ayant répondu se sont dits satisfaits pour l'ensemble des items et recommanderaient à 88 % l'établissement à un proche. L'analyse pour 2023 n'était pas faite au jour du contrôle.

8.2. LE REGISTRE DE LA LOI CONTIENT, SAUF EXCEPTION, LES MENTIONS REQUISES PAR LE CODE DE LA SANTE PUBLIQUE

Le registre de la loi est tenu par les agents du bureau des admissions. Le registre en cours lors du contrôle avait été ouvert le 30 juillet 2023 et dûment daté, signé et tamponné par le maire.

La dernière mesure enregistrée était une admission le 29 février 2024 selon la procédure de SDTPI.

Le registre a été visé et signé sans observation par le procureur de la République le 9 juin 2023 et par la CDSP le 4 octobre 2023. Le président du TJ exerçant les fonctions de JLD en a fait de même le 26 janvier 2024 après avoir écrit : « *après consultation, et visite de l'unité EY* ». Aucune trace du contrôle du préfet ou du maire n'y figurait.

Recommandation 35

Les autorités compétentes, et notamment le préfet et le maire ou leurs représentants, doivent au même titre que le président du tribunal judiciaire, le procureur et la commission départementale des soins psychiatriques, assurer annuellement le contrôle du registre de la loi. Leurs visas, signatures et, s'il y a lieu, leurs observations doivent y figurer.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« *La responsabilité des visas et signatures des registres incombe exclusivement à chaque autorité compétente en la matière, et n'appartient pas au CH La Valette.* »

Le registre, propre et bien tenu, comporte une partie des mentions exigées par le CSP⁶⁰, dont l'état civil des patients (nom, prénoms, profession, âge et domicile), la date et le mode d'hospitalisation, les informations relatives au tiers, le cas échéant, ou encore les décès. Y figurent les avis de compatibilité aux audiences du JLD, les autorisations de sortie, les avis et certificats médicaux initiaux et mensuels motivés, individualisés et adaptés ainsi que les programmes de soins. Manquent néanmoins les avis motivés à six mois, de même que les avis des collèges de professionnels de santé ainsi que les dates des décisions, de leur notification ainsi que celle des droits et recours y afférents. Les mesures de protection juridique en vigueur ne sont renseignées que dans le cas où le mandataire est le tiers à l'origine de la demande d'admission.

Recommandation 36

Le registre de la loi doit être tenu à jour quotidiennement et comporter systématiquement l'ensemble des mentions visées par le code de la santé publique et à ce titre, notamment, les

⁶⁰ Article L. 3212-11 du CSP.

dates des décisions et délivrance des informations sur les droits, l'intégralité des avis et certificats médicaux attendus, ainsi que les dispositifs et dates des décisions du juge des libertés et de la détention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« La dématérialisation du grand livre de la loi va être menée au moyen du déploiement du logiciel Planipsy, ce qui permettra de s'assurer de la complétude des informations y figurant. »

8.3. LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SON CONTROLE MAIS LES AVOCATS ACCOMPAGNENT INSUFFISAMMENT LES PATIENTS

8.3.1. L'organisation des audiences, l'accès au juge et le contrôle des décisions d'hospitalisation

En application d'une convention établie entre le TJ de Guéret et l'ARS du Limousin, le 12 août 2014, les audiences se déroulent au sein de l'établissement dans une salle dédiée située dans le bâtiment administratif principal, à proximité de l'entrée principale du site. L'accès à cette salle est fléché « *Ministère de la Justice, annexe du Tribunal de Grande Instance de Guéret* ». Un local consacré à l'entretien confidentiel entre l'avocat et son client se trouve entre la salle d'audience et la salle d'attente. Ces trois salles sont éclairées par de grandes fenêtres et dotées de tables et chaises en nombre suffisant.

Les audiences se tiennent tous les vendredis à partir de 9h. Les patients y sont accompagnés par des soignants à bord du minibus de l'établissement vers 8h30.

Ces audiences font l'objet d'une fiche procédure évoquant le déroulement des audiences et la possibilité, si un patient est « perturbé », de demander au JLD de l'auditionner en priorité.

Dans la quasi-totalité des cas, les patients sont présents à l'audience. Seuls quatre avis médicaux d'incompatibilité ont été rendus en 2023 dont le JLD a indiqué avoir vérifié les motivations, jugées circonstanciées et personnalisées. Un seul certificat d'absence a été motivé par des difficultés matérielles pour organiser la comparution du patient, le JLD s'est ouvert de cette difficulté auprès de la direction de l'établissement.

La quasi-majorité des interventions du JLD résultent des saisines obligatoires prévues par le CSP. Il n'a été saisi qu'à trois reprises à l'initiative de patients et jamais par des tiers ou par la CDSP en 2023.

Pour l'année 2023, sur 141 décisions à douze jours ou intervalle de six mois, 124 décisions de maintien ont été prises, pour 9 mainlevées et 8 non-lieu (levée de la mesure avant l'audience du JLD dont une avec mise en place d'un programme de soin).

Les motifs des ordonnances de mainlevées sont divers et ne témoignent pas de problématiques particulières en termes de respect des garanties procédurales et des droits des patients. Elles donnent lieu à une analyse attentive de l'établissement et le poussent à davantage de vigilance dans le respect des procédures.

8.3.2. Le déroulement des audiences et assistance de l'avocat

Les patients se présentent à l'audience en tenue de ville. Les tiers et mandataires judiciaires sont convoqués mais rarement présents et transmettent dans ce cas une note écrite de situation au JLD. Les avis du procureur sont systématiquement écrits. L'établissement n'est jamais représenté

aux audiences mais les soignants sont présents pour accompagner les patients justiciables et assistent à l'audience.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Un cadre de santé est systématiquement présent tous les vendredis pendant les audiences pour représenter l'établissement. »

Le JLD, qui ne porte pas sa robe, rappelle à chaque patient auditionné, en propos liminaire : son rôle, le but de l'audience, les motifs de son hospitalisation et le contenu des avis médicaux s'y rapportant. Une vérification de l'état civil, ainsi qu'un point sur la situation sociale et professionnelle des personnes sont réalisés. Le JLD recueille ensuite les observations des personnes concernant leur prise en charge et la nécessité éventuelle de poursuivre les soins. Le JLD donne la parole à l'avocat pour sa plaidoirie. Une fois que toutes les personnes ont comparu, il lève l'audience et délibère dans la salle sur l'ensemble des dossiers. Il donne ensuite sa décision à chacune des personnes et elle leur est notifiée par la greffière.

L'accès à l'assistance d'un avocat est assuré et ce dernier peut consulter les dossiers avant l'audience. De l'opinion du JLD, les avocats ne soulèvent que peu de moyens. Il n'existe pas de permanence spécialisée en matière de SSC au sein du barreau de Guéret et l'avocat de permanence assure, le même jour, l'ensemble des permanences sur le ressort. Outre le défaut de formation particulière aux spécificités de cette matière, l'avocat de permanence ne reste pas pour le délibéré et les personnes reçoivent seules la décision. Elles ne bénéficient donc pas directement des conseils de leur avocat sur le contenu de la décision et l'opportunité d'en interjeter appel.

Recommandation 37

Les avocats intervenant aux côtés de patients en soins sans consentement doivent recevoir une formation spécifique. Les patients doivent recevoir, en présence de leur avocat, la décision statuant sur le renouvellement de la mesure d'hospitalisation dont ils font l'objet et bénéficier de ses conseils sur le contenu de la décision et l'opportunité d'en interjeter appel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« La formation des avocats et les modalités de leur intervention au soutien des patients ne relève pas des compétences du CH la Valette. »

Le cas échéant, les ASS de l'unité se chargent de faire signer l'acte d'appel et de l'envoyer au greffe. Le patient est accompagné pour l'audience qui se tient devant la cour d'appel de Limoges. En 2023, trois appels ont été interjetés contre des ordonnances autorisant la poursuite de la mesure d'hospitalisation. Elles ont toutes été confirmées par la cour.

8.3.3. Le contrôle des mesures d'isolement et de contention

Le JLD exerce un contrôle des mesures exceptionnelles d'isolement et de contention (cf. § 7.3.), peu fréquentes, après information ou saisine obligatoire.

Cette procédure fait l'objet d'une fiche de procédure détaillant les modalités d'application de la procédure d'information et de saisine du JLD dans le cadre des mesures d'isolement et de contention, en cas de dépassement des durées maximales autorisées à jour du 16 juin 2023.

En 2023, le JLD a rendu 11 ordonnances relatives au contrôle des mesures d'isolement contre 16 en 2022. Sur ces 11 saisines : dix émanaient du chef d'établissement, une résultait d'une auto-

saisine et aucune des patients, de tiers ou de la CDSP. Dans la totalité des cas, le JLD a prolongé la mesure.

Lorsqu'il est saisi le jeudi, le JLD statue sur la mesure d'isolement à l'audience publique le vendredi matin. Si les délais ne le permettent pas, il statue dans son cabinet et peut recevoir, le cas échéant, des conclusions de la part du conseil du patient qui comparaît en visioconférence. Ce dispositif et le mode d'emploi de la tablette sont prévus dans la fiche procédure précitée.

Les décisions consultées laissent apprécier une motivation des ordonnances argumentées en fait et en droit.

9. LES SOINS

9.1. L'INSUFFISANCE NOTOIRE DE L'EFFECTIF DES PSYCHIATRES COMPROMET LA PERMANENCE DES SOINS

9.1.1. L'organisation des soins

Un projet médico-soignant existe dans le projet d'établissement mais aucun projet de pôle n'a été communiqué. Le dernier projet de l'unité Henri Ey date de l'année 2014.

L'effectif révèle une insuffisance marquée d'ETP de psychiatre.

L'équipe s'appuie sur l'investissement professionnel de son personnel non-médical⁶¹, en cohérence avec son psychiatre référent, pour pallier partiellement ce manque et répondre à ses missions.

Le psychiatre de l'unité, chef des branches limougeaude et guéretoise du pôle de psychiatrie adulte inter-établissement, est présent dans l'unité Henri Ey, le matin dès 9h30 les lundis, mercredis et vendredis, ainsi que l'après-midi des mêmes jours jusqu'à 17h30, à la suite des consultations externes qu'il assure également⁶². Son emploi du temps très contraint et l'absence de collègue avec lequel partager le travail et organiser des remplacements lors de ses absences ne favorisent pas la qualité des conditions de son exercice. Les patients n'ont pas le choix de leur psychiatre. L'absence de perspective de recrutement d'un professionnel équivalent fragilise la dispensation des soins psychiatriques aux patients de l'unité Henri Ey et la compromettrait s'il décidait de quitter son poste.

L'unité Henri Ey héberge 17 patients, dont 4 SL, 4 SDRE, 9 SDDE (dont 5 SDTPI, 4 SDTU, et aucun SDT classique), lors de la visite. Il est difficile d'obtenir le déplacement du service d'aide médicale d'urgence (SAMU) pour la rédaction d'un certificat médical initial lors de la nécessité de transformer le statut d'hospitalisation de soins libres à soins contraints.

Les patients font l'objet de projets de soins individualisés et d'un entretien au moins hebdomadaire avec le psychiatre. Aucune référence infirmière n'est mise en œuvre. Les réunions de transmissions infirmières sont assurées et un staff en équipe pluriprofessionnelle est tenu le jeudi matin⁶³. L'équipe soignante a participé à cinq ou six « temps régulés », animés par l'ancien psychologue pendant l'année 2022, pour l'évocation de leurs pratiques mais ne bénéficie d'aucune mise en œuvre de réunions spécifiques de supervision ou d'analyses des pratiques professionnelles, malgré sa sollicitation (cf. § 3.4).

Aucune réunion soignants-soignés n'est mise en œuvre.

Recommandation 38

Les patients doivent bénéficier de réunions soignants-soignés régulières afin de favoriser leur expression collective.

Les patients qui bénéficient d'un suivi psychologique ambulatoire et souhaiteraient le poursuivre pendant l'hospitalisation, comme ceux faisant l'objet d'une indication d'initiation de ce soin spécifique, n'ont pas accès à un psychologue répondant à leurs besoins. La présence très

⁶² Dans un bureau réservé du bâtiment de la direction.

⁶³ Avec la participation du psychiatre, du cadre, des IDE, des AS, de l'ASS et de l'AMA.

ponctuelle du psychologue du travail, à hauteur de 0,1 ETP hebdomadaire, ne pallie pas ce manque.

Recommandation 39

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent bénéficier d'entretiens réguliers avec un psychologue clinicien.

La thématique des patients dits « inadéquats », au motif d'une hospitalisation prolongée au-delà de 280 jours consécutifs n'a pas été mentionnée comme une difficulté notable⁶⁴. Les deux patients hospitalisés faisant l'objet de la durée d'hospitalisation en cours la plus longue dans l'unité Henri Ey lors de la visite y sont présents depuis le mois d'octobre 2023.

9.1.2. Les activités occupationnelles et thérapeutiques

L'unité Henri Ey dispose de matériel pour la réalisation d'activités occupationnelles (une table de ping-pong, un babyfoot, un jeu de pétanque, des jeux de société, une console de jeux, deux salles de télévision, l'accès à un réseau wifi réservé aux patients). Le CGLPL interroge l'installation, sans aucune sollicitation de l'avis du psychiatre et des soignants, de postes de télévision dans toutes les chambres, sauf quatre, susceptible de constituer un facteur de désocialisation pouvant se trouver délétère dans l'évolution des maladies psychiatriques prises en charge. L'accroissement de l'isolement des patients en chambre, ainsi que la perturbation du rythme de sommeil d'un certain nombre d'entre eux, au motif d'un endormissement très tardif devant leur télévision allumée, ont été rapportés par l'équipe soignante.

Des sorties dans le parc sont possibles, l'autorisation étant la règle et la restriction faisant l'objet d'une consigne médicale pour les patients hospitalisés en SL et sur consigne médicale pour ceux en SSC⁶⁵. Les accompagnements ont été décrits comme complexes à mettre en œuvre au regard des difficultés d'effectif (cf. § 6.1).

S'agissant des activités thérapeutiques, diverses séances sont mises en œuvre et leur compte-rendu est tracé dans le logiciel *Cariatides* :

- une monitrice éducatrice en activités physiques adaptées (APA)⁶⁶ propose des prises en charge diversifiées aux patients de l'unité Henri Ey en semaine, dans le gymnase de l'établissement ou à l'extérieur, sur indication médicale psychiatrique et selon un certificat d'absence de contre-indication⁶⁷ ; la monitrice participe au staff ;
- des séances d'arts plastiques animées par une IDE lorsqu'elle est présente et disponible ;

⁶⁴ Ont été mentionnés cinq patients « inadéquats » (lors de la visite, un avait été transféré en unité d'addictologie, un en EHPAD, un était incarcéré, un pris en charge en service de cardiologie et un pris en charge en centre d'accueil pour demandeur d'asile) ; trois patients ont fait l'objet d'hospitalisations très prolongées : 12 ans pour l'un avant son transfert vers un EHPAD en 2023, trois ans pour un deuxième, sorti en 2022, et 11 mois pour un troisième toujours hospitalisé.

⁶⁵ Consignes : pas de sortie, sortie accompagnée, sortie libre, sortie avec horaire limité.

⁶⁶ La monitrice-éducatrice APA anime notamment des séances de basket, de badminton, de ping-pong, de tir à l'arc et de randonnée.

⁶⁷ Le malaise cardiaque pendant une activité, huit jours avant la visite, d'un patient adressé de l'unité Véronèse avec un certificat d'absence de contre-indication, malgré deux antécédents d'arrêt cardio-respiratoire et une hyperpression artérielle, non communiqués à la monitrice, a été signalé.

- des séances de soins esthétiques animées par quatre soignants dans une salle réservée et équipée sont accessibles à la demande des patients.

Les activités reposent sur l'engagement de professionnels qui manquent de temps et souffrent d'un budget en déshérence (cf. § 3.3).

L'établissement dispose d'une filière spécifique de réhabilitation psychosociale⁶⁸, hébergée dans les locaux d'une unité hospitalière fermée, dans l'attente de son déménagement dans des locaux situés dans Guéret⁶⁹. Elle comprend des structures accessibles du lundi au vendredi de 9h à 17h :

- l'HDJ « Réhabilitation » qui dispose de 20 places, dont 5 réservées à l'évaluation des compétences par le travail, répond à des demandes de prise en charge exprimées sur un formulaire type par l'usager, tout professionnel de santé, les structures partenaires et les aidants ;
- l'équipe mobile réhabilitation handicap psychique (EMRHP)⁷⁰ qui intervient à la demande des structures qui accueillent des personnes adultes en situation de handicap psychique et/ou de handicaps associés, après une sollicitation par courrier, courriel ou appel téléphonique ;
- le centre de proximité en réhabilitation psychosociale de la Creuse (CRPC)⁷¹, pour lequel l'admission implique la rédaction d'une demande sous la forme d'un courrier type au psychiatre de la structure, par la personne concernée ou un tiers. Les outils de soin très diversifiés comprennent notamment des séances d'éducation thérapeutique relative à la schizophrénie, à la bipolarité et à la nutrition. Des difficultés d'adressage des patients de l'unité Henri Ey (dont aucun n'était pris en charge lors de la visite), faisant l'objet d'une indication de réhabilitation psychosociale, ont été rapportées et l'éventuelle orientation des patients concernés vers les structures *ad hoc* du CHEL abordées.

Recommandation 40

Les patients de l'unité Henri Ey faisant l'objet d'une prise en charge en réhabilitation psychosociale doivent avoir un accès facilité au service *ad hoc*.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Les effectifs de l'unité Henri Ey ont été renforcés. Ces effectifs permettent de mettre en œuvre les actions en lien avec le projet de soins individualisé du patient et plus spécifiquement la conduite des ateliers occupationnels et thérapeutiques. »

⁶⁸ Son effectif associe un psychiatre, un cadre de santé, des IDE, une éducatrice, une ergothérapeute, un neuropsychologue, un animateur socioculturel, une psychomotricienne, une ASS et une AMA. Les étapes de la prise en charge associent la réalisation d'une série d'évaluations par le personnel de la structure, la rédaction d'une synthèse et la création d'un projet de soins individualisé validé par le patient.

⁶⁹ Aucune date de déménagement n'est anticipée lors de la visite.

⁷⁰ Ses missions associent le soutien et l'accompagnement des équipes, la prévention des ruptures dans le parcours de vie des patients, le développement de partenariat entre le CHLV et les structures sociales, médicosociales et associatives, la réalisation d'action de déstigmatisation, d'information et de sensibilisation au handicap psychique.

⁷¹ Des outils de soins diversifiés sont utilisés lors de séances d'éducation thérapeutiques ; d'évaluation et de renforcement des habilités sociales (affirmation de soi, Dixiludo, Compétences, sport adapté) et de la vie quotidienne (visite à domicile, jeu vidéo SIM'S), de la cognition sociale (Michael's game, gestion des émotions, estime de soi), de la dimension psychocorporelle (méditation, relaxation, gestion des émotions, estime de soi), de la dimension cognitive (programme RECOS, *cognitive remediation therapy*), de la dimension professionnelle (atelier projet) et des loisirs (théâtre, accompagnement vers de associations).

Les locaux actuels de la filière réhabilitation psychosociale sont dans une unité d'hospitalisation ouverte et non fermée. Les principes d'accompagnement de la filière ne reposent pas sur le statut juridique de l'usager mais sur une démarche personnelle de soins dans le cadre de son projet de vie. Par conséquent, tout patient hospitalisé à Henri Ey, s'inscrivant dans un processus de rétablissement et souhaitant intégrer la filière bénéficie d'une visite du service, avec explications des modalités et propositions de prise en charge. »

9.1.3. Le circuit du médicament

L'effectif⁷² de l'équipe de la pharmacie d'usage interne (PUI)⁷³ ne lui permet que de répondre partiellement à ses missions. La superficie des locaux est décrite comme insuffisante et leur équipement mal adapté⁷⁴. Toutes les ordonnances sont contrôlées. La dispensation est nominative et individuelle, de la même façon pour les traitements somatiques et psychiatriques. L'unité Henri Ey dispose d'une dotation globale. Les médicaments sont rangés dans une armoire sécurisée par une serrure à clé et les stupéfiants dans un coffre situé dans l'armoire. La gestion du stock est effectuée dans le logiciel *Cariatides*. Des ruptures fréquentes de fournitures des médicaments par les laboratoires ont été rapportées et concernent un nombre croissant de spécialités. Les IDE de nuit de l'unité Henri Ey préparent les piluliers nominatifs. L'équipe de la pharmacie ne se déplace que très ponctuellement dans les unités, au motif d'un manque de disponibilité.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)⁷⁵ n'est plus tenue depuis plusieurs années, malgré les dispositions légales.

Les pharmaciens n'ont pas le temps de s'investir dans la mise en œuvre de séances d'éducation thérapeutique en équipe pluridisciplinaire, au bénéfice des patients. Une seule thématique relative à l'alimentation, en association avec l'IDE hygiéniste, a été signalée.

La conciliation médicamenteuse⁷⁶ n'est mise en œuvre que depuis l'arrivée du pharmacien assistant au mois de novembre 2023. Elle ne concerne que l'entrée de certains patients de l'unité Henri Ey, en l'absence de temps disponible pour la déployer à tous les patients et effectuer celle de la sortie. Le choix des patients ne répond pas à des critères de ciblage précis mais s'effectue selon l'appréciation du pharmacien assistant⁷⁷. Ce dernier réalise toutefois des entretiens pharmacologiques avec les patients non conciliés d'Henri Ey, à l'entrée ou en cours d'hospitalisation.

⁷² Un pharmacien chef de service plein temps ; un pharmacien assistant détaché du CHEL à 0,2 ETP le lundi ; trois préparateurs ; un AS qui reprend à 0,7 ETP dans le cadre d'un emploi à temps partiel thérapeutique après un congé longue maladie, et intervient comme aide-logistique et participe au décartonnage.

⁷³ Les locaux sont exigus et disposés en couloir, les rayonnages sont utilisés à 120 %. Un programmiste de travaux a effectué une étude de situation pendant la visite dont le bilan est prévu avant la fin du mois de février. Des travaux ont été annoncés pour l'obtention de locaux adaptés à l'horizon du mois de juin 2026.

⁷⁴ Instance pluridisciplinaire avec une représentativité du corps médical, pharmaceutique et infirmier. Elle a été rendue obligatoire dans le cadre du décret du 26 décembre 2000, relatif aux PUI et de la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale.

⁷⁵ La conciliation des traitements médicamenteux est une démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses visant à garantir la continuité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins.

⁷⁶ Concernant notamment des patients présentant plusieurs maladies associées, faisant l'objet d'une prescription de médicament à risque, et/ou d'informations manquantes s'agissant de ses traitements.

Recommandation 41

L'effectif, la configuration et l'équipement des locaux de la pharmacie d'usage interne doivent être adaptés. Les patients doivent tous bénéficier d'une conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie et de séances d'éducation thérapeutiques. La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles doit être tenue, conformément aux dispositions légales.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Un programme a été diligenté pour appréhender les ambitions, les objectifs et les enjeux du projet, stabiliser les besoins et analyser les potentialités. Aussi une mise en convergence des capacités du site avec le préprogramme et préconisations pour des scénarios chiffrés sont à l'étude.

Aussi un audit sur le circuit du médicament a été mené par un prestataire externe à la demande de l'établissement. Le plan d'action est en cours de mise en œuvre. »

Les traitements sont distribués aux patients dans le réfectoire lors des trois repas, sans respect de la confidentialité et dans la chambre lors du coucher.

Recommandation 42

La distribution des traitements doit respecter la confidentialité, impossible à mettre en œuvre dans un réfectoire.

Les injections intramusculaires « si besoin » et les traitements contraints sont rarement utilisés en cas d'agitation. Le consentement du patient est toujours recherché et les formes orales des médicaments privilégiées.

Le pharmacien assistant participe à la visite du psychiatre tous les lundis matin auprès des patients de Henri Ey, afin de favoriser une approche pharmacologique des traitements. Les patients bénéficient également d'une information large concernant leurs traitements, en questionnant les IDE ou le psychiatre lors des entretiens. La PUI a produit un livret spécifique⁷⁸ d'information et de suivi concernant le lithium, importé du CHEL, et mis en œuvre son utilisation pour les patients concernés par ce traitement.

Bonne pratique 2

La participation du pharmacien à la visite hebdomadaire du psychiatre de l'unité Henri Ey et la mise en œuvre d'un livret spécifique de suivi du lithium contribuent de façon pertinente à l'information pharmacologique des patients.

9.2. LE MAINTIEN DE SOINS SOMATIQUES ADAPTES EST MENACE A COURT TERME

Les conditions d'exercice de l'équipe des généralistes ont été décrites comme drastiques et ne permettant pas le respect de leur cadre légal, à raison de l'insuffisance de l'effectif et des difficultés de recrutement. Pour illustration, l'un des trois médecins de l'équipe du CHLV, âgé de

⁷⁸ Qui mentionne les noms et coordonnées du patient, du généraliste traitant, du psychiatre et de l'IDE référents ; des informations concernant les indications, les modalités d'action, d'administration et de surveillance, les effets indésirables ; des informations permettant le repérage des situations à risque ; les examens à réaliser avant et pendant le traitement ; et permet le recueil des résultats des examens.

72 ans et présent depuis 1998, assure un passage quotidien dans toutes les unités d'hospitalisation de l'établissement et les gardes des lundis et des samedis, effectue des consultations de neurologie au CHEL les mardis matin et vendredis après-midi, travaille 11 mois sur 12 et ne prend qu'un mois de congés annuel en janvier. Le CGLPL exprime une vive préoccupation concernant l'organisation des soins somatiques et leur permanence à l'issue de l'exercice de son droit à la retraite. Les trois médecins titulaires ont notamment assuré la continuité des soins, en effectuant la totalité des gardes somatiques, sans possibilité de mettre en œuvre le repos de sécurité obligatoire⁷⁹, au motif de la nécessité d'être également présent dans les services en journée. Quatre généralistes du CHEL interviennent en appui de l'équipe en participant à la garde somatique depuis le mois de novembre 2023.

Un médecin généraliste est présent chaque matin dans l'unité Henri Ey du lundi au vendredi. Ses absences n'étant pas remplacées, un appel est alors fait au médecin de garde à partir de 18h30. Un PADHUE a été recruté lors de la visite, pour une intervention dans l'unité Henri Ey notamment.

Recommandation 43

L'organisation du recrutement et de l'exercice des médecins généralistes doit anticiper toute rupture des soins somatiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« A ce jour, chaque unité hospitalière bénéficie d'un temps complet de médecin généraliste. »

La réalisation de l'examen somatique d'entrée est systématique.

Les examens paracliniques sont effectués en tant que de besoin, les bilans sanguins sont adressés pour leur traitement au CHG, et les patients sont orientés vers le CHG⁸⁰ et le CHEL pour les consultations de spécialités médicales et la réalisation des examens d'imagerie. Les électrocardiographies (ECG) sont lues par le généraliste et faxées au secrétariat du service de cardiologie qui sollicite le cardiologue d'astreinte en cas de besoin. Les patients sont pris en charge en hospitalisation au CHG et au CHEL lorsqu'une indication est posée mais une forme de minimalisme de la durée des soins, au motif d'une appréhension de la maladie psychiatrique, a été rapportée. Les patients hospitalisés en SSC sont accompagnés par des IDE et l'équipe de l'antenne psychiatrique est contactée pour une évaluation en liaison en cas de besoin. L'unité Henri Ey dispose d'une procédure, au moyen d'une « *enveloppe examen complémentaire*⁸¹ », pour la réalisation des consultations spécialisées et des examens paracliniques à l'extérieur, afin d'assurer la transmission des éléments concernant le patient à la personne qui le prendra en charge.

L'établissement dispose d'une unité d'hospitalisation spécifique des soins addictologiques. En l'absence d'intervenant hospitalier, les patients sont orientés vers les cabinets de ville pour les soins d'odontologie (La Souterraine), de kinésithérapie et de pédicurie (Guéret).

⁷⁹ Cf. arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation et à l'indemnisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

⁸⁰ Pour exemple, la prise d'un rendez-vous de cardiologie nécessite un échange entre les médecins des deux structures afin d'éviter un délai d'attente de 12 mois.

⁸¹ L'enveloppe sur laquelle se colle l'étiquette du patient concerné, mentionne la date, l'heure et la spécialité de la consultation ou de l'examen prévus et une check-list à cocher garantit la transmission du bon d'examen, de la feuille de traitement, de la fiche individuelle, de la carte vitale, de la carte mutuelle du patient, du certificat de situation *ad hoc*, du pass vaccinal complet (période de pandémie de Covid-19) et des conditions de transport.

Le médecin généraliste, puis le SAMU en cas de besoin, sont sollicités lors des situations cliniques relevant de l'urgence, le jour et la nuit.

Les patients hospitalisés ne bénéficient pas d'actions d'éducation thérapeutique diversifiées animées par des intervenants pluriprofessionnels, notamment les généralistes, au motif d'une insuffisance de temps disponible pour répondre à cette mission.

Recommandation 44

Les patients doivent bénéficier d'actions d'éducation thérapeutique diversifiées, animées par des intervenants pluriprofessionnels, notamment des psychiatres, des généralistes et des pharmaciens.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Différentes actions d'éducation thérapeutique sont mises en œuvre au sein de l'établissement tels que le programme schizophrénie, addiction, nutrition, ambulatoire, RPS. Les professionnels du CH La Valette participent à la co-construction des programmes avec l'UTEP du CHE. Des correspondants sont nommés au sein du CHLV pour assurer le suivi de ces programmes. »

9.3. LES OUTILS D'APPUI AU CONSENTEMENT SONT INSUFFISAMMENT DEPLOYES EN PRATIQUE MALGRE L'EXISTENCE DE PROCEDURES ADAPTEES

Le patient reçoit, lors de la procédure d'admission (cf. § 4.1.2), une « notice explicative des fiches de consentement »⁸², dont la signature est sollicitée en début d'hospitalisation et renseigne une fiche « liste des consentements »⁸³. Seuls deux patients n'avaient pas renseigné cette fiche lors de la visite.

Le patient fait l'objet d'évaluations psychiatriques régulières permettant la définition et l'évolution de son projet de soins individualisé, à chaque étape duquel son alliance est recherchée. Le cahier de planification de l'unité permet, en sus des entretiens d'évaluation, de recenser les demandes des patients de rencontrer le psychiatre. Le patient ne participe pas au staff hebdomadaire lorsque son projet est évoqué en équipe pluriprofessionnelle.

Les rôles et les missions de la personne de confiance (PC) ne sont pas toujours distingués de ceux de la personne à prévenir par l'ensemble des soignants. La procédure d'admission dans l'unité Henri Ey (cf. § 4.1.2) comprend le renseignement d'une fiche spécifique de désignation de la PC⁸⁴

⁸² Cette notice explique la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la fiche « information reçue par le patient en SSC », l'intégration de la photo dans le DPI, la communication du dossier médical aux ayants-droits, l'échange d'informations médicales, le partage d'information par l'équipe de soins, l'enregistrement informatique des données personnelles.

⁸³ La fiche indique les nom, prénom et date de naissance du patient ou ceux de son représentant légal ; son éventuel consentement aux soins après information sur les bénéfices et les risques, à l'enregistrement de ses données personnelles et de sa photo dans le DPI, à l'utilisation de ses données personnelles à des fins d'évaluation (audit, recherche, enseignement, formation, patient-traceur), au partage d'information entre les équipes de soins, les partenaires sociaux, médico-sociaux et les professionnels hors équipe de soin dont le médecin traitant, à l'accès au dossier médical des ayants-droits, du concubin et du partenaire PACS, la date et la signature du patient ou de son représentant.

⁸⁴ La fiche mentionne les nom, prénom, date et lieu de naissance du patient ; son souhait ou non de désigner légalement une PC ; les nom, prénom, adresse, numéros de téléphone fixe, mobile et professionnel, et l'adresse courriel de la PC ; l'indication du partage des directives anticipées en cas d'état clinique incompatible avec la

et la proposition de désignation est adaptée à l'état clinique. Malgré cette procédure théorique *ad hoc*, l'équipe ne contacte pas la PC pour son information, la sollicitation de son éventuelle acceptation et son invitation à venir contresigner la fiche, cette contre-signature étant proposée au mieux lors d'une visite. La PC n'est qu'exceptionnellement associée aux décisions de la prise en charge. Lors de la visite, 7 des 17 patients de l'unité avaient désigné une PC, les autres ayant exprimé un refus.

Recommandation 45

Les soignants doivent tous connaître le rôle de la personne de confiance qui doit être, le cas échéant, contactée pour son information, le recueil de l'acceptation de sa désignation, la sollicitation de son déplacement pour la contre-signature du formulaire spécifique et son association au projet de soins.

Le pôle a initié la possibilité pour les patients de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP), sous la forme d'un plan de prévention partagé (PPP)⁸⁵. Une fiche « *élaboration et suivi du plan de prévention partagé*⁸⁶ » a ainsi été élaborée, à destination des patients concernés. Deux patients de l'unité Henri Ey étaient concernés lors de la visite par un PPP connu de l'équipe et accessible dans le logiciel *Cariatides*. Certains IDE du service de réhabilitation psychosociale commencent également à proposer la rédaction de PPP aux patients.

Bonne pratique 3

La possibilité pour le patient de rédiger un plan de prévention partagé, porté au dossier et pris en compte par les équipes de soins, participe de la qualité de son consentement et de son alliance thérapeutique aux conditions de sa prise en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHLV indique :

« Les directives anticipées incitatives en psychiatrie, à ce jour, sont systématiquement expliquées et proposées dans le service de réhabilitation avec l'outil « plan de prévention partagé ». Il est prévu de déployer ce dernier plus largement grâce au renforcement des effectifs d'Infirmiers en Pratiques avancées. »

Le personnel soignant et de direction est toutefois insuffisamment informé des études récentes démontrant l'efficacité des DAIP, s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps

possibilité de leur expression et la mention d'un exemplaire donnée à la PC de ces directives ; la date de rédaction ; les noms et signatures du patient et de la PC.

⁸⁵ Le plan de prévention partagé renseigne la date d'effet ; les nom et prénom du patient, du soignant référent et de la personne de confiance et/ou de l'entourage identifiés par le patient ; les signes avant-coureurs de mal-être et de perte de contrôle ; les circonstances qui entraînent une dégradation de l'état de santé ou une décompensation ; les éléments destinés à prévenir la crise et à maintenir son état de santé ; les stratégies d'apaisement efficaces ; les éléments spécifiques à prendre en compte ; les objectifs thérapeutiques et les prises en charge proposés ayant fait l'objet d'un consensus entre le patient et le professionnel référent (souhait d'éviter un placement en CI, un transfert sur un brancard ; traitements consentis et non-consentis, médicaments non tolérés).

⁸⁶ La fiche précise les définitions, les objectifs, les méthodes de construction et de réévaluation du PPP ; et présente un exemple de PPP renseigné pour illustration, le domaine d'application, la référence de documentation, les noms, dates et signatures des responsables de la rédaction, de la validation, et de l'approbation du PPP.

complet et des SSC⁸⁷ et de celle des coûts de santé des patients concernés⁸⁸. Aucun médiateur de santé n'est formé ni recruté pour son intervention dans l'unité Henri Ey, *a fortiori* dans tout l'établissement, malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats des deux études précitées.

Recommandation 46

L'établissement doit recruter des médiateurs de santé pairs et déployer la possibilité de rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie.

« Un pair aidant a été recruté à hauteur de 30 % sur l'établissement. Une de ses missions est l'accompagnement dans la rédaction des directives anticipées incitatives en psychiatrie. »

L'existence d'un groupe d'entraide mutuelle a été signalée à Guéret, Aubusson et La Souterraine.

9.4. LE FAIBLE TAUX DE PERMISSIONS DE SORTIE ET LE MANQUE DE STRUCTURES D'AVANT COMPLIQUENT LA PREPARATION DE LA SORTIE

Dès le début de l'hospitalisation, la prise en charge des patients en SSC est orientée dans l'optique de la réinsertion sociale. Il s'agit souvent d'un processus au long cours pour ces patients qui n'est envisageable que lorsque leur état est stabilisé et dans la mesure où une progressivité dans la préparation à la sortie est organisée.

Une ASS travaille à 70 % dans l'unité Henri Ey mais, lors du contrôle, elle était en arrêt de travail depuis le mois de novembre 2023 et provisoirement remplacée par deux de ses collègues. Celles-ci assurent avec difficulté un temps de présence le matin et se rendent disponibles sur demande. En fonctionnement normal, l'ASS reçoit chaque patient dès son admission. Si une situation de précarité est détectée, l'ASS effectue les démarches pour qu'il soit procédé à l'édition de bons adaptés aux besoins identifiés. Au regard de son évaluation, l'ASS peut également envisager une mesure de protection. Selon les indications transmises par le service des tutelles de l'établissement, huit demandes de protection étaient en cours lors du contrôle : une mesure de tutelle, quatre mesures de curatelle, et trois mesures de sauvegarde de justice. L'ASS prépare la sortie avec le patient et assure un lien avec son homologue de secteur.

La réunion de synthèse du jeudi matin réunit tous les membres de l'équipe soignante de l'unité Henri Ey ainsi que la secrétaire et l'ASS autour du psychiatre. C'est un temps de travail destiné à examiner l'évolution de l'état de santé de chacun des patients hospitalisés dans l'unité. Les levées de mesure pour les patients en SSC et les sorties simples pour ceux en SL y sont évoquées.

La levée de la mesure de SDDE intervient dès la stabilisation de l'état clinique du patient. Il est orienté si possible vers un retour à domicile accompagné de soutiens en ambulatoire ou, à défaut de projet défini, sur les unités Véronèse et Dide, dans le cadre d'une progressivité vers la sortie. Ce laps de temps est utilisé par les ASS pour affiner un projet de prise en charge dans une structure ou une simple recherche d'hébergement. Si l'établissement dispose d'une MAS, de

⁸⁷ Dr A.Tinland, « Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, juin 2022.

⁸⁸ S.Loubière, « Les directives anticipées rédigées avec un pair-aidant sont coût-efficaces », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, avril 2023.

deux EHPAD et d'appartements thérapeutiques⁸⁹, les options d'hébergement lors de la sortie répondent difficilement aux besoins. L'insuffisance du nombre et de la diversité des structures médico-sociales d'aval et des logements sociaux, notamment au centre-ville, a été signalée.

Quelques possibilités sont offertes par l'association ACCESS qui propose un hébergement dans deux appartements avec un suivi en HJ ou en CMP pour des patients stabilisés et par une pension de famille à La Souterraine. Sans solution, il est fait appel aux structures d'urgence tels le 115 ou le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) qui oriente les patients vers les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), souvent sans succès en raison du profil des patients.

Des délais d'attente de traitement des dossiers par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) de six mois, pour l'obtention d'une AAH ou d'une RQTH, ont également été rapportés.

Selon les informations recueillies, la fermeture des 10 lits de réhabilitation qui permettaient un travail au long cours en vue de la préparation de la sortie constitue un réel manque. Des permissions de sorties sont sollicitées auprès du psychiatre par les patients ou les ASS pour accomplir des démarches extérieures à caractère médico-social, rencontrer les structures de prise en charge en extrahospitalier et éventuellement faire des visites à domicile. Celles-ci participent à l'évaluation et à la préparation de la sortie. Elles revêtent la forme de sorties accompagnées inférieures ou égales à 12h qui peuvent éventuellement précéder des sorties non accompagnées d'une durée maximum de 48h. Les tiers demandeurs de la mesure de SSC, qui doivent être prévenus des sorties, ne le sont pas systématiquement.

Durant l'année 2023, sur une file active de 178 patients admis en SSC, seuls 90 ont bénéficié d'une ou plusieurs autorisations de sortie :

- 58 autorisations de sorties de moins de 48h, non accompagnées, ont été octroyées à 35 patients admis en SDT et 6 en SDRE correspondant à deux sorties pour chacun des trois patients concernés ;
- 104 permissions inférieures ou égales à 12h accompagnées par les soignants ou les familles ont bénéficié à 52 patients.

Les services de l'établissement consultés sur le faible taux de permissions de sortie des patients en SDRE n'ont pas été en mesure d'en indiquer les raisons. La préfecture demanderait régulièrement un deuxième avis mais il n'a pas été mis à jour d'opposition caractérisée.

9.4.1. Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé est réuni pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de SDDE, en hospitalisation complète ou en programme de soins, lorsque sa durée excède un an. Il est composé conformément à l'article L.3211-9 du CSP par deux psychiatres dont un ne connaît pas le patient et d'un membre du personnel soignant. La dernière réunion du collège a eu lieu le 1^{er} février 2024 pour un patient admis dans le cadre d'une irresponsabilité pénale. Le psychiatre du service, la présidente de la CME et un soignant du service composaient ce collège. Les contrôleurs n'ont pas pu vérifier si le patient a été entendu.

⁸⁹ Les appartements thérapeutiques sont destinés aux seuls patients présentant cumulativement des problématiques addictives.

9.4.2. Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont menés en ambulatoire, ils ne comportent pas de période d'hospitalisation complète déséquilibrant la mesure.

Les données chiffrées fournies par l'établissement font état de 25 programmes de soins en cours pour l'unité Henri Ey dont 8 pour des patients admis à l'origine en SDRE.

Trois patients revenaient dans le service pour des injections de traitement à libération prolongée, deux en consultations mensuelles et un patient était hospitalisé dans le cadre d'une réintégration.

La continuité des soins se concrétise, outre par le travail partenarial avec les soignants de l'extrahospitalier, par la remise au patient d'une enveloppe incluant une lettre d'accompagnement à destination du médecin traitant ou du psychiatre des structures de prise en charge. Des indications destinées à constituer un parcours de soins fléché sous forme de *check-list* y sont jointes.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

Le CHLV ne prend pas en charge des patient mineurs ni des personnes détenues, lesquels sont orientés vers le CHEL. En SSC, l'unité Henri Ey n'accueille que des personnes adultes sans spécificité liée aux personnes âgées. Pour ces dernières, le CHLV comprend sur son site une unité dédiée aux patients âgés de plus de 65 ans présentant des troubles psychiatriques aigus et un EHPAD, « Le logis de Valric », la prise en charge des patients âgés s'inscrivant dans une logique de filière (cf. § 3.2).

ANNEXE 1 : GLOSSAIRE

AAH : allocation aux adultes handicapés
ACT : appartement de coordination thérapeutique
AFT : accueil familial thérapeutique
AMA : assistant médico-administratif
APA : activités physiques adaptées
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
ASH : agent de service hospitalier
ASS : assistant de service social
BDA : bureau des admissions
CBD : cannabidiol
CDU : commission des usagers
CDSP : commission départementale des soins psychiatriques
CHEL : centre hospitalier Esquirol de Limoges
CHG : centre hospitalier de Guéret
CHLV : centre hospitalier de La Valette
CHRS : centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CI : chambre d'isolement
CME : commission médicale d'établissement
CMP : centre médico-psychologique
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP : code de procédure pénale
CREX : comité de retour d'expérience
CRPC : centre de proximité en réhabilitation psychosociale de la Creuse
CSAPA : centre de soins d'accompagnement et de prévention des addictions
CSE : comité social et économique
CSP : code de la santé publique
DAIP : directives anticipées incitatives en psychiatrie
DDCSPP : direction départementale de la cohésion et de la protection des populations
DIM : département de l'information médicale
DPI : dossier patient informatisé
DRH : direction des ressources humaines
ECG : électrocardiographe
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI : évènement indésirable

EIG : évènement indésirable grave
EMRHP : équipe mobile réhabilitation handicap psychique
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
EPSM : établissement public de santé mentale
ETP : emplois temps plein
FEI : fiche évènement indésirable
FFI : praticien hospitalier
HAS : haute autorité de santé
HC : hospitalisation complète
HDJ : hôpital de jour
HDN : hôpital de nuit
HLM : habitation à loyer modérée
IDE : Infirmier diplômé d'Etat
IPA : infirmier en pratique avancée
JLD : juge des libertés et de la détention
MAS : maison d'accueil spécialisée
MDPH : maison départementale des personnes handicapées
ONVS : observatoire national des violences en santé
PADHUE : praticien à diplôme hors union européenne
PC : personne de confiance
PH : praticien hospitalier
PIPA : pôle inter-établissement de psychiatrie adulte
PMR : personne à mobilité réduite
PPP : plan de prévention partagé
PUP3A : pôle inter-établissement universitaire d'addictologie
PTI : protection travailleur isolé
PTSM : projet territorial de santé mental
PUI : pharmacie d'usage interne
QGDR : qualité et de la gestion des risques
RETEX : retour d'expérience
RMM : revue de mortalité et de morbidité
RQTH : reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé
RPS : réhabilitation psychosociale
SAU : service d'accueil des urgences
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SIAO : service d'information, d'accueil et d'orientation
SL : soins psychiatriques libres

SSC : soins sans consentement

SSRA : soins de suite et de rééducation en addictologie

SDDE : soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement

SDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

SDT : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU : soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence

SPI : soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent

SSIAP : service de sécurité incendie et d'assistance à la personne

UHR : unité d'hébergement renforcé

UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

TJ : tribunal judiciaire

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