



Rapport de visite :

15 au 18 février 2016 – 1^{ère} visite

Pôle de psychiatrie du centre hospitalier
de Roanne (Loire)

Synthèse

Le pôle de psychiatrie du CH de Roanne bénéficie d'une reconnaissance appuyée de l'établissement de santé, qui constitue l'offre de soin de référence du Nord du département de la Loire.

Ce pôle est ouvert sur la cité et travaille en coopération avec les structures médico-sociales du territoire. Il a été préservé par le plan de retour à l'équilibre et dispose des moyens de fonctionner normalement. Son personnel est impliqué dans la prise en charge et formé.

La prise en compte des droits fondamentaux est réelle, même si elle n'a pas été au bout de la démarche dans certains domaines.

Suite au rapport de constat, de très nombreux points ont cependant été rapidement corrigés par l'établissement et une démarche constructive d'amélioration a été initiée pour d'autres.

L'effort devra encore porter sur la qualité de l'information mise à la disposition des patients sous des formes adaptées, que ce soit à travers les informations données oralement par les soignants, le livret d'accueil ou l'affichage. Cette information doit concerner l'intégralité de leurs droits.

Le recueil des observations des patients devra être formalisé.

Une réflexion pourrait être conduite sur la mutualisation des deux unités fermées, afin d'optimiser l'organisation du personnel et de lui permettre une plus forte présence auprès des patients y compris lors des sorties extérieures.

La qualité des soins gagnerait à permettre un accès au médecin généraliste durant les congés du médecin actuellement en place.

Enfin, et suite à la mise en place de registres pour l'isolement et la contention au cours de la visite des contrôleurs, le suivi des pratiques devra s'instaurer et faire l'objet d'échanges interprofessionnels réguliers.

TABLE DES MATIERES

Rapport de visite :	1
Synthèse	2
Observations	5
Rapport.....	7
Contrôleurs :	7
1. CONDITIONS DE LA VISITE	7
2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT	7
2.1 Le Centre Hospitalier de Roanne travaille en coopération avec les structures médico- sociales du territoire.	7
2.2 Le pôle de psychiatrie est intégré à l'hôpital général et ouvert sur la cité.....	8
2.3 Le pôle de psychiatrie est bien reconnu au sein de l'hôpital général.....	9
2.4 La situation financière s'améliore grâce au plan de retour à l'équilibre	9
2.5 le personnel impliqué dans la prise en charge des patients et formé.	10
2.6 la traçabilité de la supervision et des contrôles est perfectible et les visites des autorités limitées.....	11
2.6.1 Les registres de la loi.....	11
a) Les SDRE	11
b) Les SDD (soins sur décision du directeur)	11
c) La tenue des registres	11
2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la visite des autorités.....	12
2.6.3 Le comité d'éthique	12
3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT	13
3.1 L'admission des patients en soins sans consentement est bien organisée et respectueuse de la personne	13
3.1.1 Les modalités d'admission.....	13
3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours	14
3.1.3 La désignation d'une personne de confiance	14
3.1.4 La période initiale de soins et d'observation	14
3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert.....	15
3.2 L'information des patients est obsolète et incomplète	15
3.2.1 Le livret d'accueil	15
3.2.2 Le règlement intérieur	15
3.2.3 Les informations relatives au juge des libertés et de la détention.....	15
3.2.4 Le recueil des observations des patients	15
3.3 La volonté du patient sur la confidentialité de ses soins est recueillie et respectée..	16
3.4 Les sorties font partie intégrante du projet de soins.....	16
3.5 Les incidents tracés sont peu nombreux.....	16
3.5.1 Le traitement des plaintes et réclamations	16
3.5.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge.....	16
3.5.3 Les violences et événements indésirables.....	16
3.5.4 La gestion des sorties sans autorisation	17
3.5.5 Les questionnaires de satisfaction	17
3.6 La levée des mesures d'admission est souvent rapide, fondée sur des certificats médicaux circonstanciés.....	17
3.7 Le contrôle du juge des libertés et de la détention s'exerce dans des conditions satisfaisantes pour le patient	17
3.7.1 Les modalités d'organisation de l'audience	17
3.7.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention.....	18
3.7.3 Les décisions rendues	18

3.7.4 Le passage en programme de soins.....	18
4 LES DROITS DES PATIENTS.....	18
4.1 L'information des mandataires de justice est bien assurée par le service social.....	18
4.2 Les biens des patients sont correctement gérés.....	19
4.3 Les rares demandes d'accès aux dossiers médicaux sont satisfaites	19
4.4 la participation des représentants des usagers et des familles est limitée à une seule association.....	19
4.5 La sexualité est prise en compte dans une optique de protection et de sensibilisation du patient vulnérable	20
4.6 Le droit de vote est organisé mais peu exercé.....	20
4.7 Des aumôniers catholiques interviennent dans les unités à la demande des patients	20
5 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION.....	20
5.1 Les locaux sont récents, accueillants et adaptés.....	20
5.2 L'organisation des personnels, adaptée aux besoins et aux locaux, peut cependant restreindre la qualité de prise en charge du fait des cloisonnements.	22
5.3 La file active est dynamique.....	22
a) Psychiatrie secteur 1.....	22
b) Psychiatrie secteur 2	22
5.4 Le projet thérapeutique, axé sur la gestion de la crise, est individualisé et associe l'approche ambulatoire et le séjour hospitalier	23
5.4.1 La vie quotidienne et les activités.....	23
5.4.2 Les soins.....	23
5.4.3 Le téléphone	24
5.4.4 Le courrier.....	24
5.4.5 La télévision	24
5.4.6 L'informatique et l'accès à internet	24
5.5 La cafétéria, seul lieu collectif, est un espace d'échanges très apprécié des patients	24
5.6 La possibilité de fumer est prévue dans les espaces extérieurs.....	24
5.7 Les fonctions logistiques sont correctement assurées	24
5.7.1 La restauration.....	24
5.7.2 L'hygiène	25
5.7.3 Les transports	25
5.8 les soins somatiques permettent la prise en charge globale du patient.....	25
5.9 L'isolement et la contention restent exceptionnels mais sont insuffisamment protocolisés et tracés	26
5.9.1 L'isolement.....	26
5.9.2 La contention.....	27
5.10 L'approche des soignants est bienveillante pour les patients détenus, hospitalisés au centre hospitalier par défaut.	27

Observations

Les bonnes pratiques suivantes pourraient être diffusées

BONNE PRATIQUE :..... 9

La recherche d'un tiers et l'invitation à l'impliquer dans la démarche thérapeutique est encouragée dans la pratique des services au moment des admissions. Le recours aux mesures de périls imminents est exceptionnel.

BONNE PRATIQUE..... 10

En période de difficulté financière de l'établissement, les crédits alloués pour le pôle de psychiatrie (dotation globale de financement) ont été sanctuarisés. Il y a eu renfort de personnel dans le cadre du transfert de l'activité dans le nouveau bâtiment.

BONNE PRATIQUE :..... 17

Les certificats médicaux sont circonstanciés et rendent compte de l'évolution du patient.

BONNE PRATIQUE :..... 19

Les assistantes de service social participent aux réunions de service et rencontrent un grand nombre de patients. Elles assurent le lien avec les familles et les mandataires judiciaires.

BONNE PRATIQUE :..... 21

Le caractère modulable des unités permet de s'adapter aux besoins des patients.

BONNE PRATIQUE..... 24

La prise de médicaments en chambre assure une parfaite confidentialité et un temps d'échange entre le soignant et le patient.

Les mesures suivantes devraient être mises en œuvre

RECOMMANDATION :..... 12

Il convient de renseigner toutes les rubriques de la page 1 de chaque folio des registres de la loi et de réduire et classer chronologiquement les décisions afin de permettre un contrôle plus efficace de la situation des patients admis en soins sans consentement.

RECOMMANDATION :..... 12

Il conviendrait que les autorités préfectorales et le président du TGI, notamment, visitent l'établissement, contrôlent et visent les registres de la loi.

RECOMMANDATION..... 14

L'équipement des chambres d'isolement des urgences de l'hôpital doit permettre à leurs occupants de se désaltérer et de connaître l'heure sans avoir besoin d'appeler.

RECOMMANDATION..... 14

Il convient d'améliorer la désignation des personnes de confiance et de les associer davantage aux soins.

RECOMMANDATION..... 15

Le livret d'accueil de l'hôpital devrait comporter l'ensemble des informations nécessaires au patient hospitalisé en psychiatrie : les types de placement, les droits y afférents, le rôle du JLD et le déroulement des audiences, les règles propres aux services.

RECOMMANDATION..... 16

Une procédure doit assurer une invitation systématique du patient à formuler des observations conformément à l'article L3211-3 du CSP.

RECOMMANDATION..... 19

Il convient de réaliser un inventaire contradictoire des effets retirés au patient.

RECOMMANDATION :..... 20

Il convient de solliciter une association d'usagers de la psychiatrie, pour participer aux instances locales.

RECOMMANDATION :..... 21

Il convient d'occulter la vue des chambres de soins intensifs par le public qui passe dans le couloir.

RECOMMANDATION..... 22

Une réflexion pourrait être conduite sur la mutualisation des deux unités fermées afin d'optimiser la gestion du personnel et d'améliorer la prise en charge des patients.

RECOMMANDATION..... 23

Il conviendrait de réfléchir à un assouplissement de l'organisation des équipes de soignants afin de faciliter les accompagnements de patients à l'extérieur de l'unité.

RECOMMANDATION..... 25

Il convient d'assurer la continuité de la prise en charge somatique durant les congés du médecin généraliste.

RECOMMANDATION..... 26

Le placement en chambre d'isolement et la contention doivent être tracés dans un registre spécifique.

RECOMMANDATION..... 28

L'hôpital doit engager une réflexion avec l'administration pénitentiaire afin d'élaborer un protocole visant à une meilleure prise en charge des patients détenus par les services du centre de détention.

Rapport

Contrôleurs :

- Ludovic Bacq, chef de mission ;
- Dominique Bigot ;
- Cédric de Torcy ;
- Cécile Legrand.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée au centre hospitalier de Roanne du 15 au 18 février 2016.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 15 février 2016 à 15h et l'ont quitté le jeudi 18 février à 11h30. Ils ont été accueillis par le directeur de l'hôpital et il a été procédé à une présentation de la mission devant une dizaine d'auditeurs dont le président de la commission médicale de l'établissement [CME], la directrice des soins, un directeur adjoint, le chef de pôle de psychiatrie ainsi que le cadre supérieur et les deux cadres de santé des services.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet de la sous-préfecture, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Roanne, le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) et le député-maire de Roanne. Les contrôleurs ont rencontré le président du conseil de surveillance de l'établissement. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un téléphone. Tous les documents demandés par l'équipe ont été regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 18 février en fin de matinée en présence des personnes qui étaient présentes à la réunion de présentation.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de l'établissement le 6 avril 2017, lequel a répondu et ses réponses sont prises en compte dans le présent rapport.

2. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE ROANNE TRAVAILLE EN COOPERATION AVEC LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES DU TERRITOIRE.

Le département de la Loire, de configuration longitudinale, se compose de trois zones : au Sud le bassin de population de Saint-Etienne, au centre le bassin de population des Monts du Forez (Montbrison et Feurs) et au Nord le bassin de population de Roanne.

Chacune de ces trois zones géographiques est dotée d'une offre hospitalière spécifique : le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Saint-Etienne au Sud, le Centre Hospitalier (CH) de Montbrison-Feurs dans les Monts du Forez et le CH de Roanne au Nord. Toutefois, ces établissements tendent à mutualiser leurs moyens dans le cadre d'un Groupement Hospitalier de Territoire regroupant, sous l'égide du CHU de Saint-Etienne, les hôpitaux du département.

Le CH de Roanne est l'hôpital de référence du bassin de santé roannais. Il s'adresse à une population de 150 000 habitants. Le champ de ce bassin couvre le Nord du département de la Loire jusqu'à la zone frontalière Nord-Est du département du Rhône et s'étend sur le Sud de la Saône-et-Loire, jusqu'aux environs de Paray-le-Monial.

Le bassin de population est caractérisé par un vieillissement, un tassement démographique et une paupérisation due aux restructurations économiques des deux dernières décennies.

La conjonction d'un état de santé moins favorable et d'une population plus âgée que la moyenne régionale entraîne des besoins en soins accrus, ce qui confère au CH un rôle de recours et de référence dans l'organisation des soins du bassin de santé ; il assure la permanence des soins au sein de ce bassin et occupe une place très importante dans la prise en charge des populations précaires (permanence d'accès aux soins de santé, service social, boutique santé).

Le réseau des établissements sociaux et médico-sociaux est particulièrement riche sur le Nord du département, ce qui a facilité la création de filières de prise en charge entre le sanitaire et le médico-social. De fait, les services d'hospitalisation psychiatrique accueillent très peu de patients chroniques ou âgés. Ceux-ci sont pris en charge dans les établissements médico-sociaux, notamment dans le cadre de la filière gériatrique.

Le travail des deux secteurs de psychiatrie est marqué par une forte implication de psychiatres dans les établissements pour personnes âgées et handicapées avec lesquels les coopérations sont nombreuses.

2.2 LE POLE DE PSYCHIATRIE EST INTEGRE A L'HOPITAL GENERAL ET OUVERT SUR LA CITE

Le CH de Roanne a une capacité de 980 lits et places sur deux sites : l'un, en centre-ville, a été reconstruit et est ouvert depuis 2014 ; l'autre est situé à Bonvert sur la commune de Mably.

Le site principal, en centre-ville, comprend, outre les services administratifs, logistiques et techniques, les services de médecine, chirurgie, obstétrique et le pôle de psychiatrie de l'adulte.

Le pôle de psychiatrie, a été intégralement reconstruit en face du nouvel hôpital. Depuis 2012, cette relocalisation avec reconstruction complète des locaux, associée à un nouveau projet de prise en charge, a amélioré les conditions de prise en charge des patients.

Le pôle de psychiatrie est organisé en deux secteurs de psychiatrie générale (secteur 1 et secteur 2) auxquels s'ajoute un intersecteur de pédopsychiatrie. Pour les adultes, le pôle de psychiatrie prend en charge deux secteurs de 70 000 habitants chacun. L'un à l'Est, le secteur « 42.G.01 », l'autre à l'Ouest, le secteur « 42.G.02 ». La ville de Roanne est partagée par une ligne médiane qui répartit sa population sur ces deux secteurs.

La capacité d'hospitalisation en psychiatrie adulte est de 50 lits répartis sur les deux secteurs. Chaque secteur dispose de 25 lits d'hospitalisation dont 4 chambres sécurisées et 5 chambres « intermédiaires » plus 1 chambre d'isolement. Le service d'hospitalisation est ainsi partagé en deux unités : l'une ouverte de 15 lits et l'autre fermée modulable de 5 à 10 lits selon les besoins.

Les services d'hospitalisation d'adultes et le dispositif de soins ambulatoires (hôpital de jour, Centre médico-psychologique [CMP], Centre d'activité thérapeutique à temps partiel [CATTP]), sont regroupés au sein d'un même bâtiment, reconstruit et ouvert en 2012.

Un dispositif intersectoriel pour adulte complète l'offre de soins. Il comprend : l'unité d'intervention en milieu carcéral, une unité mobile de psychiatrie du sujet âgé (UMPSA) qui

intervient dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une unité psychiatrique de liaison (UPLI), un centre de thérapies familiales, une plateforme de suivi des auteurs d'infractions à caractère sexuel (AICS) et une unité de réhabilitation psychosociale.

2.3 LE POLE DE PSYCHIATRIE EST BIEN RECONNU AU SEIN DE L'HOPITAL GENERAL

Du fait de la proximité immédiate avec l'hôpital général, le pôle de psychiatrie est très intégré à son fonctionnement. Une équipe de psychiatrie de liaison composée de médecins psychiatres et d'infirmiers se rend, à la demande, dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour répondre à des besoins de consultations spécialisées en psychiatrie.

Les liens avec le service d'urgence de l'hôpital sont étroits. La grande majorité des admissions en service de psychiatrie se fait à la suite d'un passage dans le service des urgences. Ceci permet, outre l'examen somatique, d'assurer une prise en charge de la période de crise pendant les premières heures, conformément aux recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé (HAS).

L'activité du pôle de psychiatrie se caractérise par une file active ambulatoire de 2 600 personnes en 2013 et de 2 850 en 2014, soit une progression de près de 10 %. Parallèlement, on constate une diminution du nombre de journées d'hospitalisation complète avec 16 066 journées en 2013 et 14 385 journées en 2014.

L'existence d'un réseau d'établissements médico-sociaux peut expliquer les durées moyennes de séjour très basses dans le domaine de la psychiatrie (16 jours pour la psychiatrie de Roanne à comparer à la moyenne nationale qui est de 25 jours).

Le taux d'occupation des services d'hospitalisation est de 86 %.

Pour l'année 2015, l'activité par statut d'hospitalisation en psychiatrie se répartit de la manière suivante : 20 mesures de soins sous contrainte sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) dont 7 en urgence, et 13 détenus ; 145 soins sous contrainte à la demande d'un tiers et 17 périls imminents. Le taux de mesures pour périls imminents est faible, ce qui met en évidence le travail de recherche d'un tiers, partie prenante de la démarche thérapeutique.

Bonne pratique :

La recherche d'un tiers et l'invitation à l'impliquer dans la démarche thérapeutique est encouragée dans la pratique des services au moment des admissions. Le recours aux mesures de périls imminents est exceptionnel.

2.4 LA SITUATION FINANCIERE S'AMELIORE GRACE AU PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE

La nécessaire reconstruction de l'hôpital a conduit l'établissement à s'endetter en contractant des emprunts qui pèsent aujourd'hui sur les coûts de fonctionnement. Par ailleurs, le coût de construction, initialement prévu à hauteur de 83 millions d'euros est passé à 148 millions d'euros en fin de travaux.

Le CH de Roanne dispose d'un budget de fonctionnement d'environ 162 millions d'euros pour le budget principal. Face à un risque de déficit de 6 millions d'euros en 2014, l'établissement a été placé, par les autorités de tutelle, sous administration provisoire le 9 juin 2014 pour une durée d'un an. Les deux objectifs essentiels assignés aux trois administrateurs étaient de fixer les orientations stratégiques de l'établissement et de mettre en œuvre un plan de retour à l'équilibre à l'horizon 2016.

L'action de l'administration provisoire a amené un déficit divisé par deux. L'encours de dette a également diminué et certains emprunts toxiques ont été renégociés.

En 2014, l'activité en nombre de séjours a progressé de + 3,2 %, une augmentation principalement concentrée sur le pôle médecine et en particulier sur la cancérologie. L'activité externe a connu une hausse de + 11,4 %.

Depuis juin 2015, la poursuite du redressement de l'hôpital est confiée au nouveau chef d'établissement qui a succédé aux administrateurs.

L'administration provisoire a permis de relancer la dynamique stratégique, en mobilisant la communauté hospitalière autour d'un nouveau projet d'établissement pour les cinq années à venir qui réaffirme le rôle d'établissement de référence du CH de Roanne sur le Nord du département de la Loire.

Il est notamment prévu de conforter les activités de référence du CH : mise en place d'une unité neuro-vasculaire, augmentation du nombre de places de dialyse, développement de l'activité de cancérologie, tout en enrichissant l'offre des soins d'accompagnement (psychologiques, sociaux, nutritionnels, sportifs, esthétiques...), développement de la gamme de la réponse aux pathologies du rythme cardiaque, modernisation du service de médecine physique et de réadaptation.

Dans cette période de redressement financier du budget de l'établissement, une attention toute particulière a été portée au maintien de la dynamique du pôle de psychiatrie et à son développement par ajustement et redéploiement de ses ressources.

Bonne pratique

En période de difficulté financière de l'établissement, les crédits alloués pour le pôle de psychiatrie (dotation globale de financement) ont été sanctuarisés. Il y a eu renfort de personnel dans le cadre du transfert de l'activité dans le nouveau bâtiment.

2.5 LE PERSONNEL IMPLIQUÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET FORME.

Avec 2 123 professionnels dont 268 professionnels médicaux, le CH de Roanne est un employeur majeur du bassin Roannais.

Le pôle de psychiatrie compte dans sa globalité (hospitalisation et soins ambulatoires) 165 agents dont 10 équivalents temps plein (ETP) de personnels médicaux et 155 ETP de personnels non médicaux.

Pour l'hospitalisation complète en psychiatrie, les effectifs médicaux sont de 5,3 ETP. Les effectifs non médicaux sont de 61 ETP : 36 infirmiers, 10 aides-soignants, 9,5 agents des services hospitaliers, 1,5 assistants sociaux, 1,5 psychologues, 0,5 ergothérapeute. Deux cadres de santé assurent le management général des équipes. Les effectifs sont répartis équitablement sur les deux secteurs d'hospitalisation.

Chacune des unités d'hospitalisation bénéficie de la présence d'une assistante sociale. Le travail de liaison entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier en est facilité.

L'absentéisme est relativement faible dans les effectifs non médicaux (4,9 %). En revanche, pour le personnel médical, le taux d'absentéisme était de 30 % au moment de la visite de contrôle. Cet absentéisme important a été expliqué par des longues maladies et un congé maternité.

Le plan de formation du pôle de psychiatrie comprend des thèmes variés, axés sur le respect des patients et la prévention des situations de violence et d'agressivité. Pour le plan de formation 2015, il est relevé que plus des deux tiers des personnels du pôle ont pu bénéficier d'une action de formation.

2.6 LA TRAÇABILITE DE LA SUPERVISION ET DES CONTROLES EST PERFECTIBLE ET LES VISITES DES AUTORITES LIMITEES

2.6.1 Les registres de la loi

Un registre des SDRE (n° 9, ouvert le 06 janvier 2014) et deux registres des SPDT (n° 40 et 41 ouverts les 31 janvier 2015 et 1er décembre 2015) étaient consultables au bureau des admissions du service, dans un placard fermé à clé. Aucune mesure ne concernait un mineur.

a) Les SDRE

L'année 2015 a enregistré 21 hospitalisations en SDRE, dont 16 concernaient des personnes détenues ; l'année 2016, deux hospitalisations relatives à des personnes détenues.

Concernant cette dernière catégorie, les hospitalisations ont duré en moyenne 7,6 jours en 2015 (hospitalisation la plus courte 2 jours et la plus longue, 21 jours). 10 patients détenus ont réintégré leur établissement pénitentiaire à l'issue, 6 ont été transférés à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) du Vinatier à Lyon (Rhône).

Une personne a en outre été hospitalisée plusieurs mois en 2015, transférée fin 2014 de l'UHSA à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale, la mesure a été levée en décembre 2015 à la suite d'une arrestation dans le cadre d'une nouvelle procédure pénale. Elle avait, entretemps, bénéficié d'un programme de soins durant environ trois mois.

Concernant les autres patients, tous hospitalisés en urgence sur arrêté municipal, la durée moyenne d'hospitalisation a été de 14 jours (hospitalisation la plus courte 1 jour et la plus longue 48 jours). Un patient est resté, après la levée de la mesure en hospitalisation, en soins libres. Deux patients ont en outre été ré-hospitalisés durant l'année 2015, à la suite de la rupture de leur programme de soins (une mesure initiale de 2001, faisant suite à une décision d'irresponsabilité pénale et une mesure initiale de janvier 2012, avec remise en œuvre d'un programme de soin courant 2015).

b) Les SDD (soins sur décision du directeur)

L'année 2015 a enregistré 145 hospitalisations en SDD, dont 125 à la demande d'un tiers (SPDT), 3 en urgence (SPDTU) et 17 en péril imminent (SPPI). L'année 2016 a enregistré 23 hospitalisations en SDD, dont 14 SPDT, 3 SPDTU et 2 SPPI.

Les plus anciens malades présents dans l'établissement au moment du contrôle, sous un régime de soins contraints, comptaient 145 jours d'hospitalisation pour les SPDT et 45 jours pour les SDRE.

c) La tenue des registres

La première page de chaque folio n'est pas intégralement renseignée. Ainsi, les mesures de protection ne sont jamais précisées, les contrôles du JLD très rarement, de même que l'orientation du patient à la levée de la mesure. Un tampon, apposé en dernière page de chaque folio, comporte quasi systématiquement la mention « HL », qui ne signifie pas que la personne demeure librement hospitalisée mais que la mesure de soins contraints est levée. Il convient donc, pour contrôler la situation de chaque personne, de consulter les diverses décisions et avis médicaux qui, s'ils sont tous agrafés et côtés, gagneraient, pour une meilleure lecture, à être réduits dans leur format et classés chronologiquement.

En conclusion, la consultation de la page 1 de chaque folio ne permet pas de retracer le parcours d'hospitalisation des personnes admises en soins sans leur consentement.

De plus, le terme « HO » est encore utilisé dans certains documents récents (certificat médical du service des urgences générales etc.).

Recommandation :

Il convient de renseigner toutes les rubriques de la page 1 de chaque folio des registres de la loi et de réduire et classer chronologiquement les décisions afin de permettre un contrôle plus efficace de la situation des patients admis en soins sans consentement.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que la mesure de protection est désormais retranscrite sur les registres de la loi.

2.6.2 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et la visite des autorités.

La CDSP, présidée par un membre de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), se réunit mensuellement, en son siège à Saint-Etienne ou dans un établissement psychiatrique du département. Elle se déplace une fois par an dans les services de psychiatrie de l'hôpital de Roanne. Il a été indiqué aux contrôleurs que les cadres des services affichent et informent individuellement les patients de ces visites et que quelques-uns ont sollicité un entretien. Le rapport annuel de la CDSP mentionne treize entretiens avec des patients, sur les trois établissements habilités que compte le département. Les membres de la CDSP ont confirmé rencontrer des patients dans les services de l'hôpital de Roanne et apprécient la présentation qui leur est faite, lors de leurs visites, de l'état annuel des soins contraints dans l'établissement. Les rapports 2013 et 2014 de la CDSP (rapport 2015 non établi à la date du contrôle) rappellent, d'une manière générale à l'échelon départemental, la nécessité de certificats médicaux circonstanciés et déplorent un désinvestissement « de l'aspect animation pour se recentrer sur les soins ». Dans le département, le nombre des hospitalisations sans consentement a augmenté de 3,19 % en 2014, avec une hausse de 39 % pour les SDD et une diminution de 25 % pour les SPDRE. Aucune mention notable ne concerne spécifiquement l'hôpital de Roanne. La CDSP a enregistré quatre réclamations de patients en 2013 et six en 2014. Dans certains cas, la commission a sollicité des précisions auprès des médecins.

La CDSP a visé les registres les 30 juin 2014 et 15 juin 2015. Le procureur du TGI de Roanne visite chaque année le service et le 17 décembre 2015, il a rencontré le personnel du pôle de psychiatrie et quelques patients. Sa venue avait été annoncée oralement quelques jours avant et une note avait été affichée dans les unités. Aucun autre visa ni observation ne figurent sur les registres consultés.

Recommandation :

Il conviendrait que les autorités préfectorales et le président du TGI, notamment, visitent l'établissement, contrôlent et visent les registres de la loi.

Cette recommandation a été transmise aux autorités préfectorales et au TGI par le directeur du CH, suite au rapport de constat d'avril 2017.

2.6.3 Le comité d'éthique

L'hôpital a mis en place un comité d'éthique depuis trois ans, auquel participe un médecin du service de pédopsychiatrie. Aucun sujet propre à la psychiatrie n'y a été abordé. La réflexion sur les pratiques, l'éthique, la prise en charge des patients est développée dans les réunions de synthèse au sein du pôle.

3. LE DEROULEMENT DE L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

3.1 L'ADMISSION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST BIEN ORGANISEE ET RESPECTUEUSE DE LA PERSONNE

3.1.1 Les modalités d'admission

Environ 95 % des admissions en soins psychiatrique sans consentement sont réalisées par le service des urgences de l'hôpital avec le concours d'un médecin psychiatre et d'un infirmier de l'unité de psychiatrie de liaison (UPLI), unité également chargée de suivre en psychiatrie des patients hospitalisés dans un service de soins somatiques de l'hôpital. Quelques patients déjà suivis par les services de psychiatrie peuvent être admis directement dans leur secteur.

Le patient est revêtu d'une chemise de nuit d'hôpital avant d'être examiné par le médecin urgentiste, qui, s'il constate un trouble psychique, fait appel au médecin psychiatre de l'UPLI puis rédige le certificat d'admission et explique oralement au patient son état de placement en soins sans consentement après que l'administrateur de garde a entériné le mode d'hospitalisation.

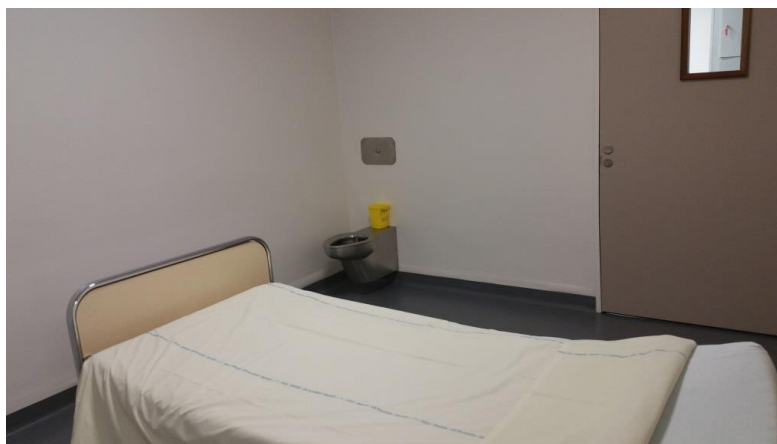
Durant le passage aux urgences, un contact est pris avec la famille du patient, notamment pour rechercher un tiers en cas de placement en SPDT.

Le patient est placé dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) avant d'être conduit au service de psychiatrie. Il y reste quelques heures en cas d'arrivée dans la journée et une nuit s'il arrive en fin de journée ou dans la nuit.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les patients admis aux urgences pour troubles psychiatriques étaient sédatisés dans plus de la moitié des cas; il peut alors arriver qu'une contention soit nécessaire mais cela resterait exceptionnel.

L'UHCD comporte dix chambres dont deux chambres dites d'isolement qui sont destinées essentiellement à recevoir les personnes en attente de placement en service de psychiatrie et les personnes en état d'ébriété avancé. Si le patient est particulièrement calme, il peut être placé dans une chambre normale de l'UHCD, mais c'est rapporté très rare. Durant son séjour à l'UHCD, il fait l'objet de rondes du personnel soignant au moins une fois par heure. Il n'a pas la possibilité de fumer ni de téléphoner.

Chaque chambre d'isolement est équipée uniquement d'un lit fixé au sol, d'un WC à l'anglaise et d'un bouton d'appel ; elle ne comporte pas de point d'eau –il est remis une bouteille d'eau à la demande–et l'occupant n'a aucune possibilité de voir l'heure ni la date.



Une chambre d'isolement du service des urgences

Une fois les procédures administratives d'admission réalisées, les brancardiers conduisent le patient en véhicule sanitaire jusqu'au bâtiment du centre médico psychologique, où il est pris en charge par le personnel soignant du service d'hospitalisation psychiatrique.

Recommandation

L'équipement des chambres d'isolement des urgences de l'hôpital doit permettre à leurs occupants de se désaltérer et de connaître l'heure sans avoir besoin d'appeler.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique qu'une horloge a été installée et des bouteilles d'eau mises à disposition dans les chambres d'isolement des urgences.

3.1.2 La notification de la décision d'admission et les voies de recours

La notification est réalisée, oralement, par la cadre de santé, à l'issue de la phase d'observation, sans remise de document. Selon les déclarations faites aux contrôleurs, il arrive qu'en l'absence de cadre de santé, la décision d'admission et les droits y afférents soient notifiés par un infirmier ; il peut alors arriver que celui-ci ne le fasse pas : certains soignants considèrent que cette démarche peut porter atteinte à la qualité de leur relation avec le patient.

La notification est présentée à la signature du patient puis remise au bureau des admissions ; une copie est insérée dans le dossier du patient. Lorsque ce dernier refuse de signer ou qu'il n'est pas en mesure de le faire, soit un tiers des cas, elle est signée par deux soignants.

3.1.3 La désignation d'une personne de confiance

Dans le cadre de la procédure d'admission dans le service d'hospitalisation, le soignant explique au patient le rôle de la personne de confiance et lui demande s'il souhaite en désigner une. Il a été déclaré aux contrôleurs que cette demande était correctement réalisée dans la majorité des cas – environ 90 % des cas en 2015 – mais que le patient désignait très rarement une personne de confiance et que celle-ci n'était quasiment jamais tenue informée des soins. Il existe parfois une confusion entre le proche et la personne de confiance.

La notion de personne de confiance a été intégrée dans le livret d'accueil suite au rapport de constat mais la définition qui en est donnée est trop limitée et succincte.

Recommandation

Il convient d'améliorer la désignation des personnes de confiance et de les associer davantage aux soins.

3.1.4 La période initiale de soins et d'observation

Arrivé dans son unité de soins, le patient est conduit dans sa chambre, où le soignant lui explique les règles de vie. Dans cette chambre, il trouve un livret d'accueil, du linge de toilette, une télécommande pour le téléviseur et les clés de la chambre et du placard. Comme il arrive revêtu d'une chemise de nuit d'hôpital, il est invité à remettre un pyjama, qu'il conserve jusqu'au moment de la consultation par un médecin psychiatre ; cette consultation a lieu sans délai dans la journée ou le lendemain si l'admission se produit en fin de journée ou durant la nuit.

Le patient admis en soins sans son consentement est systématiquement placé dans le service de soins intensifs ; par la suite, il peut être déplacé vers le service ouvert si le médecin l'estime possible. Il reste enfermé dans sa chambre jusqu'à la visite du médecin psychiatre.

C'est le médecin psychiatre qui, lors de sa première consultation, prescrit éventuellement le placement en chambre d'isolement, le port du pyjama, l'interdiction provisoire de téléphoner et/ou des visites. En cas d'admission tardive dans la journée ou la nuit, ces prescriptions sont réalisées par le médecin psychiatre des urgences. Il arrive qu'un patient particulièrement agité

lors de son passage aux urgences soit placé dans sa chambre avec des contentions et une sédation durant la première nuit.

Le médecin généraliste l'examine le lendemain de son arrivée.

3.1.5 Les cas de sur-occupation et de transfert

Il arrive que le service du secteur auquel est rattaché le patient ne dispose pas de chambre libre. Dans ce cas, la priorité est donnée à l'arrivant : un patient dont l'état est suffisamment stabilisé est invité à aller dans le service de l'autre secteur et le patient arrivant peut s'installer dans la chambre ainsi libérée. Si cette solution n'est pas possible, c'est l'arrivant qui est placé dans l'autre secteur ; en dernier recours, il est placé dans une chambre d'isolement après accord de la direction de l'hôpital. De telles situations restent rares, de l'ordre de moins de dix par an. Le patient déplacé continue à être suivi par son psychiatre référent.

3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS EST OBSOLETE ET INCOMPLETE

3.2.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil de l'hôpital ne comporte aucune rubrique spécifique aux soins psychiatriques. Il n'évoque pas les différents types de soins – SPDRE, SPDT, péril imminent, soins libres– ni les procédures et droits y afférents et les adresses.

Recommandation

Le livret d'accueil de l'hôpital devrait comporter l'ensemble des informations nécessaires au patient hospitalisé en psychiatrie : les types de placement, les droits y afférents, le rôle du JLD et le déroulement des audiences, les règles propres aux services.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que le livret d'accueil du patient a été complété en septembre 2016 en intégrant la notion de personnes de confiance, une information sur les types de placement, les droits y afférents, le rôle du JLD, le déroulement des audiences et les règles propres aux services. Ce nouveau livret d'accueil qui a été transmis ne permet pas néanmoins de lever la recommandation ; les définitions et informations données restent très partielles et n'apportent pas une information claire et appropriée aux patients.

3.2.2 Le règlement intérieur

Un règlement intérieur de l'unité de soins est affiché dans les couloirs. Il est identique entre les deux secteurs. Une plaquette de présentation unique serait à l'étude.

3.2.3 Les informations relatives au juge des libertés et de la détention

Le rôle du JLD et le déroulement des audiences ne sont mentionnés dans aucun des documents d'information remis au patient. Celui-ci reçoit des explications orales par le cadre au moment de la notification de la convocation à l'audience.

3.2.4 Le recueil des observations des patients

L'article L 3211-3 du code de la santé publique dispose en son deuxième alinéa : « *Avant chaque décision prononçant le maintien des soins (...) ou définissant la forme de la prise en charge (...) la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état* ».

Cette disposition n'est pas indiquée dans le livret d'accueil et ne fait pas l'objet d'une procédure particulière permettant de la systématiser et de la tracer.

Recommandation

Une procédure doit assurer une invitation systématique du patient à formuler des observations conformément à l'article L3211-3 du CSP.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique qu'une procédure permettant d'assurer ce recueil systématique d'observations du patient est en cours.

3.3 LA VOLONTE DU PATIENT SUR LA CONFIDENTIALITE DE SES SOINS EST RECUEILLIE ET RESPECTEE

La politique de l'hôpital est d'impliquer la famille dans les soins autant que possible et avec l'accord du patient. Il a été indiqué aux contrôleurs que toute demande d'information des proches était soumise au patient avant d'y répondre.

Les demandes par téléphone ne sont pas honorées sauf si la personne est déjà connue comme étant un proche, auquel cas il lui est donné une réponse sur l'état de santé et elle est invitée à venir rencontrer le médecin référent.

3.4 LES SORTIES FONT PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS

Les sorties, accompagnées ou non, de moins de 12 heures ou moins de 48 heures, sont pratiquées régulièrement. Il n'a pas été fait état aux contrôleurs d'oppositions de la part du représentant de l'Etat, sous réserve cependant qu'une sortie non accompagnée d'un patient en SPDRE ait été précédée d'une sortie accompagnée.

Il peut arriver qu'une sortie accompagnée ne puisse être organisée en raison d'un effectif insuffisant du personnel soignant.

Les sorties de patients en SPDT ne sont pas signalées au tiers concerné.

3.5 LES INCIDENTS TRACES SONT PEU NOMBREUX

3.5.1 Le traitement des plaintes et réclamations

L'enregistrement et le traitement des plaintes et réclamations sont centralisés au service qualité de l'hôpital. Il a reçu et traité 164 réclamations en 2015 (pour 169 en 2014) dont 4 pour les services de psychiatrie (pour 10 en 2014). Les réclamations font l'objet d'un accusé de réception, en général le jour même, et reçoivent une réponse définitive dans un délai moyen de trente-deux jours. Aucune réclamation n'a donné lieu à médiation dans le pôle de psychiatrie où les plaignants sont généralement reçus par un médecin du service.

3.5.2 La commission des relations avec les usagers et la qualité de la prise en charge

La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPEC) est réunie quatre fois par an et tenue informée des réclamations, demandes de dossiers médicaux et études de satisfaction. Ses recommandations, en 2014, ont porté sur l'amélioration du traitement des réclamations et des délais de transmission des dossiers médicaux aux patients.

3.5.3 Les violences et événements indésirables

Les événements indésirables (EI) peuvent être signalés directement par les soignants au service qualité et gestion des risques, en renseignant une fiche adéquate. L'établissement a enregistré 750 EI en 2015 contre 899 en 2014, dont 60 pour le pôle de psychiatrie, avec une majorité

d'événement relatifs à la sécurité des biens et des personnes (agressivités verbales et physiques) (36), fugues (4), vols, introduction par d'anciens patients de médicaments, drogues, parfois armes blanches, prise en charge de patients non adaptée momentanément par manque de chambres sécurisées, problèmes d'effectifs sur une période donnée.

Aucun suicide ou tentative au cours des deux dernières années n'a été signalé, ni aucun autre événement grave.

Une très grande partie du personnel a suivi une formation sur la prise en charge de la violence ; les pratiques professionnelles sont discutées en séances d'analyses de pratiques et réunions de synthèse. Il a été indiqué aux contrôleurs que des incidents mineurs trouvaient souvent une solution en interne, sans donner lieu au renseignement d'une fiche d'EI.

3.5.4 La gestion des sorties sans autorisation

Les sorties sans autorisation sont rares (quatre en 2015) et donnent systématiquement lieu à une fiche d'EI. Une fiche de procédure sur la conduite à tenir en cas de sortie à l'insu du service est commune à tout l'hôpital. Concernant les patients en soins contraints, il est systématiquement rempli une fiche d'avis de disparition inquiétante et l'administrateur de garde informe sans délai les forces de l'ordre. Il est toutefois précisé aux contrôleurs que les sorties concernent la plupart du temps des patients admis en soins libres ou surviennent lors de sorties d'essai. Aucune sortie de personne détenue n'a été signalée au cours de deux dernières années.

3.5.5 Les questionnaires de satisfaction

Un questionnaire de sortie comportant dix-neuf rubriques est inséré au livret d'accueil et recueille un taux de réponse de 10 %. L'appréciation globale du séjour est excellente dans 43 % des réponses et bonne dans 50 %.

3.6 LA LEVEE DES MESURES D'ADMISSION EST SOUVENT RAPIDE, FONDEE SUR DES CERTIFICATS MEDICAUX CIRCONSTANCIÉS

Les avis des médecins psychiatres n'appellent pas d'observations particulières ; ils sont circonstanciés et permettent au JLD d'apprécier l'évolution de la situation du patient.

Le préfet a sollicité une fois, en 2015, l'avis d'un second médecin avant de lever une mesure à l'issue de cinq jours d'hospitalisation.

Le collège des professionnels de santé s'est réuni cinq fois en 2015, dont deux fois pour des programmes de soins en SPDRE concernant des patients déclarés pénalement irresponsables. Les médecins soulignent qu'il s'agit bien d'un temps d'échange sur la situation du patient et non pas d'une instance simplement formelle.

Les JLD soulignent la bonne qualité des certificats médicaux produits ; ce qu'ont constaté les contrôleurs à la lecture des registres de la loi.

Bonne pratique :

Les certificats médicaux sont circonstanciés et rendent compte de l'évolution du patient.

3.7 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION S'EXERCE DANS DES CONDITIONS SATISFAISANTES POUR LE PATIENT

3.7.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les audiences se tiennent au sein du pôle depuis son installation dans les locaux actuels il y a trois ans. Une pièce d'une quinzaine de m² est équipée de bureaux pour le magistrat et le greffier devant lesquels peuvent s'asseoir le patient et son avocat. En deuxième rang, cinq chaises

permettent aux personnels soignants accompagnants et à un éventuel public d'assister à l'audience. Celles-ci sont organisées selon les requêtes de l'hôpital, en moyenne une ou deux fois par semaine, à jour variable. Quatre vice-présidents intervenaient jusqu'au mois de septembre 2015, désormais deux. Un petit bureau indépendant, adjacent à la salle d'audience et assurant la confidentialité des échanges, est réservé aux entretiens avec les avocats.

3.7.2 Le déroulement de l'audience du juge des libertés et de la détention

Les patients sont accompagnés de personnels soignants ; le hall équipé de bancs permet, le cas échéant, de patienter. Parfois le tiers ou un membre de la famille assiste à l'audience. Un membre de l'hôpital, en la personne d'un attaché d'administration ou d'un cadre supérieur de santé, prend systématiquement la parole, le procureur remet des réquisitions écrites. Tous les avocats du barreau de Roanne, soit une quarantaine, interviennent dans le cadre d'une permanence d'urgence. Ils peuvent rencontrer leur client dans le bureau dédié ou dans leur chambre lorsqu'ils sont hospitalisés en service ouvert, ils reçoivent les éléments du dossier au plus tard la veille de l'audience.

3.7.3 Les décisions rendues

Les décisions ne sont pas rendues sur le siège : elles sont transmises par fax à l'hôpital pour notification en général dans la journée. Sur la période du 31 mai au 30 décembre 2015, les contrôleurs ont relevé quatre décisions de levée de mesures de SDD par les JLD, dont l'une pour motif exclusivement procédural, les autres en raison d'une adhésion aux soins qui permettait d'envisager une hospitalisation en soins libres ou un programme de soins.

Les juges de la liberté et de la détention ont tenu, en 2015, 65 audiences au cours desquelles ont été traités 109 dossiers. Ils ont levé onze mesures d'hospitalisation, deux décisions ont été frappées d'appel. Les JLD n'ont ordonné aucune mesure d'expertise.

3.7.4 Le passage en programme de soins

Les contrôleurs ont relevé une dizaine de programmes de soins sur l'année 2015. Il s'agit en général de retour à domicile avec un accueil en activités thérapeutiques et des rendez-vous dans les services ou à domicile. Il a également été relevé des retours à la forme d'une hospitalisation complète, suivis de remise en place de programmes de soins dès que l'état du patient le permettait.

4 LES DROITS DES PATIENTS

4.1 L'INFORMATION DES MANDATAIRES DE JUSTICE EST BIEN ASSURÉE PAR LE SERVICE SOCIAL.

Les relations avec les tuteurs sont fréquentes et appréciées. Notamment, il arrive qu'un tuteur soit invité à participer à une réunion de synthèse lorsqu'il est concerné par une question, par exemple une recherche de solution d'hébergement à l'extérieur.

Au moment de la visite des contrôleurs, dans une des deux unités, trois des dix patients en soins sans consentement étaient sous tutelle.

Les assistantes sociales du pôle disposent de bureaux en rez-de-chaussée du bâtiment. Elles participent aux réunions pluridisciplinaires hebdomadaires et se rendent quasi quotidiennement dans les services afin d'échanger avec les soignants et de rencontrer les patients.

Elles assurent le lien avec les familles et les mandataires de justice, qu'elles informent de l'hospitalisation et associent aux projets de sorties, temporaires ou définitives. L'hôpital ne dispose pas de service de gérance de tutelle pour les patients de psychiatrie, et les mandataires dépendent de trois organismes habilités. Les assistantes de service social estiment qu'un quart

environ des patients bénéficie d'une mesure de protection, et être à l'origine d'une vingtaine de mesures par an. Les liens avec les mandataires judiciaires ne sont pas protocolisés mais de bonne qualité et constants. Ils rendent visite à leur protégé, en chambre ou dans un bureau mis à leur disposition.

Bonne pratique :

Les assistantes de service social participent aux réunions de service et rencontrent un grand nombre de patients. Elles assurent le lien avec les familles et les mandataires judiciaires.

4.2 LES BIENS DES PATIENTS SONT CORRECTEMENT GERES

A son arrivée dans le service de psychiatrie, le patient est invité à déposer au bureau des admissions les liquidités, documents et objets de valeurs qu'il détient. Un inventaire contradictoire est réalisé et les biens en question sont placés dans un coffre de sûreté ; l'argent est remis à la trésorerie. La nuit ou en l'absence de la secrétaire, un système de trappe permet de glisser les biens du patient dans le coffre. Si le patient tient à conserver certains de ces objets, il signe une décharge.

Durant l'hospitalisation, il peut récupérer des sommes d'argent auprès du bureau des admissions.

Au sein de l'unité de soins, certains objets sont retirés au patient, considérés comme pouvant être dangereux : flacons en verre, objets coupants, ceinture, etc. Ils sont placés dans un casier personnel dans le bureau des soignants ou dans le placard de la chambre si le patient n'a pas accès à la clé. Il est réalisé un inventaire non contradictoire.

Recommandation

Il convient de réaliser un inventaire contradictoire des effets retirés au patient.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique qu'une réflexion est en cours pour redonner les objets ou préciser la localisation des objets une fois le patient stabilisé et prêt à sortir. Ce qui ne répond pas à la recommandation.

4.3 LES RARES DEMANDES D'ACCES AUX DOSSIERS MEDICAUX SONT SATISFAITES

Les demandes d'accès au dossier médical sont très rares – moins d'une demande par an – et font l'objet de la procédure réglementaire.

Si le patient n'est pas en mesure de payer les photocopies, celles-ci sont réalisées gratuitement.

4.4 LA PARTICIPATION DES REPRESENTANTS DES USAGERS ET DES FAMILLES EST LIMITEE A UNE SEULE ASSOCIATION

Des représentants de l'UNAFAM sont membres suppléants de la CRUQPC, membres du comité local de santé mentale de Roanne, vice-président de l'association de santé mentale de Roanne et président de la Commission départementale des Soins Psychiatriques (CDSP). Il a été indiqué aux contrôleurs que l'UNAFAM avait été associée à l'élaboration du projet de construction des services et qu'il avait été envisagé d'organiser une permanence mensuelle de l'association au sein des unités. Toutefois ce projet n'a pas abouti.

Un représentant de la Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie (FNAPSY) est membre de la CDSP. Toutefois les usagers ne sont associés à aucune instance locale.

Recommandation :

Il convient de solliciter une association d'usagers de la psychiatrie, pour participer aux instances locales.

Le directeur a indiqué le 7 juin 2017, avoir adressé un courrier à la FNAPSY afin de les solliciter pour participer au conseil de santé mentale

4.5 LA SEXUALITE EST PRISE EN COMPTE DANS UNE OPTIQUE DE PROTECTION ET DE SENSIBILISATION DU PATIENT VULNERABLE

Des regroupements affectifs ont parfois lieu dans les unités communes mais sont très vite décelés par le personnel soignant, qui s'assure de la discrétion des échanges.

Une mise en garde est donnée concernant surtout les personnes hospitalisées vulnérables afin d'éviter toutes transactions illégales ou toutes offres de service.

Une information par le médecin généraliste sur la contraception et l'usage du préservatif est mise en place pour les patients qui le souhaitent.

4.6 LE DROIT DE VOTE EST ORGANISE MAIS PEU EXERCE

En cas d'élections, le bureau des admissions de l'hôpital transmet une note, précisant notamment les modalités de vote, qui est affichée et commentée dans les services. Les cadres sollicitent individuellement les patients pour recueillir leur demande et la gendarmerie envoie un agent pour procéder aux procurations. En principe, les patients admis en soins sans consentement peuvent demander une permission de sortie.

Très peu de patients votent, que ce soit par procuration ou en se déplaçant, pour ceux qui en ont la possibilité. Aucune demande n'a été recueillie pour les dernières élections.

4.7 DES AUMONIERES CATHOLIQUES INTERVIENNENT DANS LES UNITES A LA DEMANDE DES PATIENTS

Deux aumôniers catholiques, dont les coordonnées téléphoniques figurent dans le livret d'accueil, reçoivent les patients dans un bureau situé à proximité de la chapelle ou dans les services. Concernant les patients hospitalisés en psychiatrie, ils interviennent à leur demande, relayée par les soignants et rencontrent les malades dans leur chambre ou dans un bureau de soins. Ils indiquent intervenir très rarement dans les unités fermées des services et, dans cette hypothèse, laisser la porte ouverte. Aucun autre culte n'est représenté mais les aumôniers catholiques et les cadres disposent d'une liste de représentants d'autres religions qu'ils peuvent solliciter si besoin. Ils mentionnent n'avoir pas eu de demande en ce sens émanant des patients hospitalisés en psychiatrie.

5 LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

5.1 LES LOCAUX SONT RECENTS, ACCUEILLANTS ET ADAPTES.

Les deux secteurs adultes du pôle de psychiatrie ont intégré des locaux neufs, situés en face de l'hôpital général, en centre-ville, depuis trois ans. Les personnels ont été associés au projet de construction ; les locaux sont fonctionnels, propres, décorés et accueillants, offrant des conditions de séjour et de travail satisfaisantes.

Les services sont identiques et communicants, répartis sur un seul niveau en rez-de-chaussée. Ils comportent chacun 25 lits, répartis dans 21 chambres individuelles dont une médicalisée et deux chambres à deux lits, plus une chambre d'isolement. Chaque chambre dispose d'un placard avec

clé, d'un téléviseur protégé, d'un poste de téléphone fonctionnant uniquement en mode réception et d'un cabinet de toilette avec WC et douche. Les services comportent une aile fermée, unité de soins intensifs, et une aile ouverte, réparties de part et d'autre du poste des infirmiers.

Les unités de soins intensifs comportent quatre chambres de soins intensifs équipées de hublots qui permettent la vue du patient depuis le couloir et dont les lits sont scellés, ainsi qu'une chambre d'isolement.

Recommandation :

Il convient d'occulter la vue des chambres de soins intensifs par le public qui passe dans le couloir.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que les hublots ont été occultés par des parties amovibles.

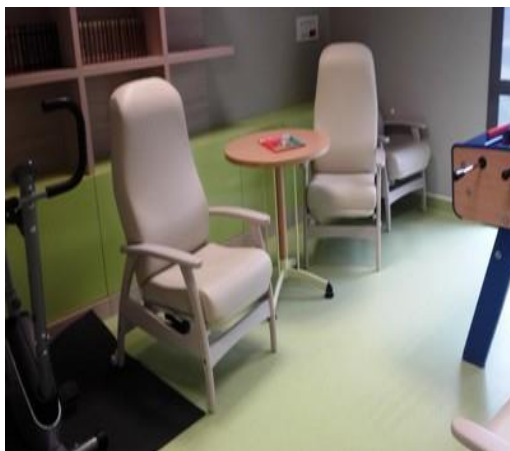
A la partie fermée de chaque service peuvent être rattachées cinq chambres intermédiaires, grâce à une porte dans le couloir, offrant ainsi aux unités de soins intensifs une capacité variable de quatre à neuf lits en fonction des besoins.

Bonne pratique :

Le caractère modulable des unités permet de s'adapter aux besoins des patients.

Ces unités disposent d'un patio sur lequel peut s'ouvrir une chambre, utilisée notamment pour les patients détenus qui peuvent ainsi sortir à l'air libre en toute sécurité. La chambre d'isolement, située à côté du PC infirmier, est également équipée d'un hublot et d'une caméra de surveillance pour le sas. Elle dispose d'un bouton d'appel et le patient peut entre-ouvrir la fenêtre, qui donne sur le patio sans toutefois permettre la vue depuis l'extérieur. La lumière s'actionne depuis le sas, le matelas en mousse qui constitue l'unique mobilier est équipé de draps ; aucune pendule ne permet de se repérer dans le temps. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'une horloge doit prochainement être posée au mur dans le sas, visible par le hublot depuis le lit. Les patients des ailes fermées disposent d'un salon et d'une salle à manger.

Les patients des ailes ouvertes disposent d'une salle de télévision, de deux salons dont un équipé d'un baby-foot, d'un salon pour les visites équipé de quelques éléments mobiliers pour enfants, d'une salle à manger, de deux WC et d'une salle de bain.



Salon dans une unité



Le parc

Les patients autorisés peuvent disposer du parc, équipé de tables, chaises et d'une table de ping-pong.

5.2 L'ORGANISATION DES PERSONNELS, ADAPTEE AUX BESOINS ET AUX LOCAUX, PEUT CEPENDANT RESTREINDRE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DU FAIT DES CLOISONNEMENTS.

Le pôle de psychiatrie est composé, dans sa fonction hospitalisation, de deux unités qui fonctionnent de manière autonome. Aux deux secteurs de psychiatrie correspondent deux services d'hospitalisation.

De fait, chaque unité comprend 25 lits. Sur ces 25 lits, il y a un secteur ouvert de 21 lits et un secteur fermé de 4 lits plus une chambre d'isolement.

Ce secteur fermé est extensible en fonction des besoins et ceci grâce à l'architecture et la disposition de locaux. Sa capacité peut être portée à 9 lits plus une chambre d'isolement.

La gestion des personnels nécessite de ce fait des ajustements correspondants à la capacité d'accueil du secteur fermé. Ainsi, l'effectif d'infirmier est généralement de deux le matin pour le secteur ouvert et un infirmier et une aide-soignante pour la partie fermée.

Si cet effectif est suffisant lorsque l'accueil en secteur fermé est limité à 4 ou 6 lits, il peut être insuffisant lorsque la capacité du secteur fermé est portée à 9 lits. Dans ce cas de figure, ce sont les personnels du secteur ouvert qui apportent leur aide au secteur fermé.

Une réflexion pourrait être conduite sur une organisation de l'hospitalisation plus mutualisée entre les deux services permettant ainsi la création d'une unité fermée commune intersectorielle dotée d'un effectif soignant plus conséquent et ainsi plus contenant pour la prise en charge des patients.

Recommandation

Une réflexion pourrait être conduite sur la mutualisation des deux unités fermées afin d'optimiser la gestion du personnel et d'améliorer la prise en charge des patients.

5.3 LA FILE ACTIVE EST DYNAMIQUE

a) Psychiatrie secteur 1

Le nombre de patients hospitalisé le jour de la visite était de vingt-quatre, avec une répartition de dix hommes et quatorze femmes, la chambre d'isolement n'était pas utilisée. 75 % des patients étaient en soins libres, 25 % en soins à la demande d'un tiers.

Selon les propos recueillis, vingt-trois patients reçoivent des visites et ont accès au téléphone.

Les patients sont tous autorisés à sortir accompagnés par du personnel soignant pour une durée n'excédant pas douze heures. Sept sont autorisés à sortir pour une durée n'excédant pas quarante-huit heures.

Le patient le plus âgé a 82 ans, le plus jeune, 17 ans.

b) Psychiatrie secteur 2

Le nombre de patients hospitalisés le jour de la visite était de vingt-cinq, avec une répartition de quatorze hommes et onze femmes, et dont un patient placé en chambre d'isolement. 56 % des patients étaient en soins libres, 36 % à la demande d'un tiers, 4 % en péril imminent et 4 % en SDRE.

Selon les propos recueillis, dix-huit patients reçoivent des visites et dix-huit ont accès au téléphone. Dix-sept patients sont autorisés à sortir accompagnés par du personnel soignant pour une durée n'excédant pas douze heures. Trois patients sont autorisés à sortir pour une durée n'excédant pas quarante-huit heures. Quatre sont inscrits aux activités.

Le patient le plus âgé a 87 ans, le plus jeune, 21 ans.

5.4 LE PROJET THERAPEUTIQUE, AXE SUR LA GESTION DE LA CRISE, EST INDIVIDUALISE ET ASSOCIE L'APPROCHE AMBULATOIRE ET LE SEJOUR HOSPITALIER

5.4.1 La vie quotidienne et les activités

Durant la journée, les patients peuvent circuler dans l'ensemble de leur service. Le personnel soignant est présent dans les petits salons, où il peut participer à des jeux de société ou simplement discuter avec les patients.

Les chambres sont accessibles en permanence ; chaque patient détient la clé de sa chambre. La nuit, les chambres du service de soins intensifs sont fermées.

Les règles de vie sont affichées dans les couloirs.

Des activités de médiation sont organisées à l'intérieur de l'unité. Elles dépendent du soignant animateur : sport (ping-pong, baby-foot, ou parfois dans la salle du CATTP), cuisine, soins esthétiques ou corporels, activités manuelles, musique, art-thérapie, informatique, jardinage. Elles dépendent de la disponibilité du personnel et ne sont pas affichées à l'avance ; au moment de lancer une activité, le soignant l'annonce oralement aux patients. Il a été indiqué aux contrôleurs que, durant l'année 2015, il avait été organisé en moyenne deux à trois activités chaque semaine.

Au sein du pôle de psychiatrie, les patients autorisés à sortir de leur unité peuvent se rendre à la cafétéria. Si l'effectif présent le permet et après autorisation du médecin psychiatre, les patients du service de soins intensif peuvent également s'y rendre, accompagnés par un soignant.

Les activités à l'extérieur – notamment des achats en ville – sont plus rares.

L'accès au parc, fermé, est permanent durant la journée pour les patients placés dans le service ouvert ; ceux-ci peuvent se rendre dans leur patio de jour comme de nuit. Les patients placés dans le service de soins intensifs ont accès à leur patio toute la journée ; il est fermé la nuit mais il peut être ouvert sur la demande d'un patient.

L'organisation de chaque unité en deux services – un service ouvert et un service de soins intensifs – avec deux équipes de soignants indépendantes entraîne des effectifs limités dans chaque service, avec pour conséquence une réduction des possibilités d'accompagner un patient à l'extérieur. Il a été indiqué aux contrôleurs que cette limitation était à relativiser en raison de la politique de réduction de la durée moyenne de séjour.

Recommandation

Il conviendrait de réfléchir à un assouplissement de l'organisation des équipes de soignants afin de faciliter les accompagnements de patients à l'extérieur de l'unité.

5.4.2 Les soins

Le psychiatre référent rencontre chaque patient deux à trois fois par semaine au minimum.

Les médicaments sont distribués dans les chambres au moment du petit déjeuner et avant les repas de midi et du soir : les patients sont invités à retourner dans leur chambre une demi-heure avant le déjeuner et le dîner. Un soignant passe dans chaque chambre avec le chariot informatisé qui contient les piluliers.

Tous les lundi matin, la relève de l'équipe est prolongée par un staff médical destiné à faire le point de la situation et préparer la semaine.

Bonne pratique

La prise de médicaments en chambre assure une parfaite confidentialité et un temps d'échange entre le soignant et le patient.

5.4.3 Le téléphone

Il a été indiqué aux contrôleurs que la plupart des patients du service ouvert avaient leur téléphone portable. Par ailleurs, chaque chambre est équipée d'un branchement téléphonique ; le patient a la possibilité de se faire remettre un téléphone, mais ne peut que recevoir des appels. Dans le service de soins intensifs, le téléphone n'est pas autorisé ; c'est un soignant qui reçoit l'appel ou compose le numéro puis remet le combiné au patient.

5.4.4 Le courrier

Les patients ont la possibilité de recevoir et d'envoyer du courrier en passant par le service du vaguemestre de l'hôpital. Une assistante sociale peut éventuellement fournir les timbres. Compte tenu des nouvelles technologies, cet usage est de moins en moins utilisé.

5.4.5 La télévision

Le coût de la télévision est totalement pris en charge par l'hôpital. Les patients peuvent accéder à toutes les chaînes du bouquet TNT.

5.4.6 L'informatique et l'accès à internet

Les patients peuvent conserver un ordinateur mais l'établissement n'est pas équipé de la Wifi ; un accès individuel à internet est donc impossible.

Cependant, un poste informatique avec un accès internet est à la disposition des patients dans les services, leur permettant de pouvoir se connecter sous contrôle afin d'effectuer des démarches administratives (Pole emploi, recherche de logement).

5.5 LA CAFETERIA, SEUL LIEU COLLECTIF, EST UN ESPACE D'ÉCHANGES TRÈS APPRÉCIÉ DES PATIENTS

La cafétéria est gérée par un personnel soignant et est ouverte pendant les horaires de visites. S'ils le souhaitent, les patients peuvent y recevoir leurs visiteurs.

Plusieurs patients ont fait part aux contrôleurs que bien souvent la cafétéria était fermée faute de personnel.

5.6 LA POSSIBILITÉ DE FUMER EST PRÉVUE DANS LES ESPACES EXTÉRIEURS

Les patients ne sont pas autorisés à conserver leurs briquets ; aucun allume-cigarette mural n'est installé dans les espaces extérieurs. Un briquet est prêté à la demande.

Le tabac est interdit dans les locaux. Seuls le parc extérieur et les patios sont autorisés pour fumer.

5.7 LES FONCTIONS LOGISTIQUES SONT CORRECTEMENT ASSURÉES

5.7.1 La restauration

A l'exception du petit déjeuner qui est pris en chambre, les repas sont pris en commun dans les réfectoires des services, sauf contre-indication médicale ; dans ce cas, le patient prendra ses repas en chambre avec des couverts en plastique.

Les horaires sont à 8h pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner et 19h pour le dîner. Une collation est proposée à 16h. Les patients doivent être présents dans leur chambre 30 minutes avant l'heure du repas pour la dispensation des médicaments.

Les repas sont en liaison froide et sont réchauffés dans la cuisine du service.

Les patients sont unanimes sur la qualité des repas qu'ils trouvent bonne.

5.7.2 L'hygiène

Tous les locaux ont paru très bien entretenus. Les protocoles d'hygiène sont mis en place et affichés, tant pour le nettoyage des surfaces que pour celui du linge.

Concernant le linge des patients, il est bien souvent géré par les familles. En cas d'indigence ou si le patient n'a pas de visite, il a la possibilité d'utiliser la machine à laver du service.

5.7.3 Les transports

Il a été déclaré aux contrôleurs que les services n'avaient aucune difficulté à trouver des véhicules de service pour le transport des patients.

5.8 LES SOINS SOMATIQUES PERMETTENT LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DU PATIENT

Un médecin généraliste, recruté et rémunéré à mi-temps pour les deux secteurs d'hospitalisation, assure, de fait, un travail à temps complet. Il est disponible chaque jour pour les deux services à la demande de ses confrères psychiatres ou des personnels infirmiers. Il dispose d'un accès informatisé au dossier patient. Particulièrement connu et reconnu pour sa compétence dans l'ensemble de l'établissement, il facilite l'accès des patients aux spécialités somatiques. Pour ce faire, il sollicite ses confrères spécialistes en tant que de besoin.

Ses missions portent sur l'examen somatique général pendant les vingt-quatre premières heures d'hospitalisation, avec une prise en charge directe ou une orientation vers des confrères spécialistes. Une attention toute particulière est portée au sevrage tabagique et aux actions de prévention en santé, pour exemple la mise à jour des vaccinations.

Associé au Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le médecin généraliste a participé à un programme d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur « l'amélioration et la prise en charge de la douleur somatique chez les adultes souffrant de troubles psychiatriques », en lien avec les personnels médicaux et infirmiers.

Seul praticien généraliste du pôle, il ne peut assurer une permanence des soins 7/7 jours ni durant ses congés.

Grâce à la proximité avec l'hôpital général, l'accès au plateau technique (biologie, radiologie, soins dentaires, rééducation...) est facilité. Par ailleurs, le centre hospitalier de Roanne dispose de conventions avec les autres établissements de la Région, notamment le centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne.

Recommandation

Il convient d'assurer la continuité de la prise en charge somatique durant les congés du médecin généraliste.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que la procédure de continuité de la prise en charge somatique durant les congés du médecin généraliste est en cours de formalisation.

En ce qui concerne les médicaments, le service de psychiatrie est approvisionné quotidiennement. En cas d'urgence, l'approvisionnement se fait par la pharmacie centrale de

l'hôpital général par le biais d'un système pneumatique arrivant dans la salle de soins infirmiers du service. Aucun incident particulier n'est à signaler. Le logiciel « Pharma » assure la gestion informatisée des médicaments à partir des prescriptions médicales tracées informatiquement. La collecte des examens biologiques se fait quotidiennement et les urgences peuvent être traitées 24h/24. Le transfert des prélèvements du service au laboratoire se fait par pneumatique. Les résultats sont transmis de manière informatisée.

5.9 L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION RESTENT EXCEPTIONNELS MAIS SONT INSUFFISAMMENT PROTOCOLISES ET TRACES

La faible utilisation de la chambre d'isolement et de la mise sous contention a été expliquée aux contrôleurs notamment par l'existence du service de soins intensifs qui rassure et calme certains patients agités ou angoissés.

Le placement en chambre d'isolement et la mise sous contention ne font pas l'objet d'une traçabilité sur un registre spécifique comme le précise la loi du 26 janvier 2016. Une fiche de prescription et une fiche de suivi quotidiennes sont renseignées pour l'isolement et seule une fiche de suivi est réalisée pour la mise sous contention. Ces documents sont peu détaillés ; des nouveaux formulaires étaient à l'étude.

Recommandation

Le placement en chambre d'isolement et la contention doivent être tracés dans un registre spécifique.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que le placement en chambre d'isolement et la contention sont désormais tracés par des fiches de prescription et de suivi, et dans un registre.

5.9.1 L'isolement

Les services de soins intensifs des deux secteurs comportent chacun une chambre d'isolement. Cet espace est composé d'un sas, d'une salle d'eau et d'une chambre.

La porte d'accès au sas est pleine, sans hublot ; une caméra permet de visionner ce local depuis le bureau des soignants. Le sas dispose d'un placard, d'un banc et d'un coussin en forme de table ; il est ouvert lorsque le patient prend son repas et lorsqu'il fait sa toilette. La salle d'eau comporte une douche à l'italienne, un WC avec siège en inox et un lavabo avec mitigeur surmonté d'un miroir.

La chambre est séparée du sas par une porte avec hublot qui peut être verrouillée depuis le sas ; elle est meublée d'un matelas spécifique pouvant recevoir des moyens de contention. Le seul WC est dans la salle d'eau ; pour y accéder, le patient doit appeler. Un bouton d'appel est placé à l'aplomb de la tête du lit. Une fenêtre intérieure permet aux soignants de voir la chambre depuis leur bureau ; elle comporte un store du côté du bureau. Une porte-fenêtre aux verres opaques donne sur le patio ; elle comporte une partie étroite qui peut être ouverte par le personnel soignant ; ainsi, sauf contre-indication médicale et après déverrouillage de la porte par le personnel soignant, l'occupant de la chambre peut sortir dehors. Le patient n'a aucune information sur la date et l'heure ; il a été déclaré aux contrôleurs qu'une horloge – qu'ils ont vue dans un bureau – allait être installée dans le sas de façon à être visible depuis le hublot. Le directeur a confirmé cette installation dans son courrier du 7 juin 2017.



*Une chambre d'isolement en haut à gauche
Avec fenêtre intérieur et porte fenêtre
donnant sur le patio (en haut à droite)
et salle de bain.*

Selon les déclarations faites aux contrôleurs, les placements à l'isolement sont rares et de courte durée, de l'ordre de quelques heures, exceptionnellement deux ou trois jours. Au moment de la visite des contrôleurs, les deux chambres d'isolement étaient inoccupées : un patient était allé dans une des deux chambres pendant moins d'une heure, de sa propre volonté. Depuis le début de l'année 2016, un patient chronique et un patient admis en SPDT avaient été placés à l'isolement plusieurs fois pour des périodes de l'ordre d'une heure. Dans une des deux unités, la durée cumulée d'utilisation de la chambre d'isolement pour l'année 2015 était de neuf jours.

5.9.2 La contention

La contention est peu pratiquée, en particulier lorsque le patient est placé en chambre d'isolement : elle serait réalisée de préférence dans la chambre du patient. Les contentions de patients placés dans le service ouvert sont exceptionnelles et entraînent alors son placement provisoire dans une chambre du service de soins intensifs. Un patient placé dans la chambre médicalisée est parfois mis sous contention la nuit pour prévenir une chute pendant son sommeil.

Au moment de la visite des contrôleurs, dans une des deux unités, une patiente était mise sous contention régulièrement, parfois pendant quelques heures.

5.10 L'APPROCHE DES SOIGNANTS EST BIENVEILLANTE POUR LES PATIENTS DETENUS, HOSPITALISES AU CENTRE HOSPITALIER PAR DEFAUT.

Les patients détenus viennent essentiellement du centre de détention de Roanne. Leur hospitalisation au CH reste à la marge et par défaut de place à l'UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée) de l'inter-région souvent complète. Le CH offre ainsi des hospitalisations d'attente sur l'un des deux pôles du centre hospitalier.

L'anonymat des patients détenus est respecté.

Les problèmes rencontrés lors de ces hospitalisations, bien souvent de courtes durées, sont le suivi des paquetages et de la correspondance des patients détenus.

Les services sont toujours en mesure de fournir un trousseau d'hygiène ou du linge de corps.

Recommandation

L'hôpital doit engager une réflexion avec l'administration pénitentiaire afin d'élaborer un protocole visant à une meilleure prise en charge des patients détenus par les services du centre de détention.

Dans ses observations en date du 7 juin 2017 répondant au rapport de constat du 6 avril 2017, le directeur du CH indique que le CH va engager une réflexion avec l'administration pénitentiaire pour élaborer un protocole visant à une meilleure prise en charge des patients détenus.