



---

## Rapport de visite :

11 au 14 septembre 2017 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre Hospitalier du Forez  
De Montbrison

*(Loire)*

## Synthèse

Trois contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de libertés (CGLPL) ont effectué une mission inopinée du 11 au 14 septembre 2017 au centre hospitalier du Forez.

Le centre hospitalier du Forez (CHF) a été créé le 1<sup>er</sup> janvier 2013 suite à la fusion administrative des centres hospitaliers de Feurs et de Montbrison, villes distantes de 22 km. Le CH du Forez compte 429 lits et places dont 34 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie, pour l'ensemble des deux secteurs distincts de Montbrison et de Feurs.

Créées en 2002, ces deux unités d'hospitalisation sont installées sur un même site géographique, au CH de Montbrison, et dans un même bâtiment. Elles sont placées sous la responsabilité d'un même chef de service.

Les contrôleurs ont constaté **de graves carences organisationnelles du pôle de psychiatrie à l'origine de pratiques hétérogènes entre les unités de soins.**

Il n'existe pas de projet de pôle définissant une politique avec des objectifs et un organigramme. La communauté médicale n'est pas structurée dans un schéma de prise en charge des patients et de responsabilisation. La coopération interdisciplinaire entre médecins et soignants n'est pas organisée. Aucun compte-rendu de réunions institutionnelles n'a pu être produit. **L'absence d'implication de l'équipe médicale à tous les niveaux du pôle semble être à l'origine de cette situation.**

Les deux unités d'hospitalisation à temps complet ont un fonctionnement et des pratiques hétérogènes. À titre d'exemple, les activités culturelles, sportives ou thérapeutiques sont quasi inexistantes dans une unité, au motif d'un manque de personnel compétent, et totalement absentes dans l'autre, par volonté délibérée des médecins, qui considèrent qu'il s'agit d'une unité d'urgence. En conséquence, les patients, quel que soit leur statut, sont abandonnés quotidiennement au désœuvrement.

Les statistiques dont dispose l'hôpital ne sont pas cohérentes, voire contradictoires. Il semble néanmoins que la proportion des patients accueillis en soins sans consentement soit supérieure à la moyenne nationale, et que, parmi ceux-ci, le recours à des procédures d'urgence représente, selon les années 40 à 50% des admissions. Ces procédures, moins respectueuses que les autres droits des patients, doivent, conformément à la loi, demeurer exceptionnelles.

**La méconnaissance des articles L. 3211 à L. 3216 du Code de la santé publique conduit l'établissement à faire usage de contraintes sans titre.**

Le personnel médical, soignant et administratif n'a jamais reçu de formation sur les règles législatives applicables aux soins sans consentement qui constituent pourtant le statut d'admission de plus de 50 % des patients.

La notification des décisions et l'information sur la situation juridique, les droits, les voies de recours et les garanties offertes par l'intervention du juge des libertés et de la détention, condition de la régularité de la mesure d'admission en soins sans consentement, s'en trouvent considérablement affectés.

Les décisions d'admission prises par le directeur de l'établissement sont systématiquement postérieures à l'hospitalisation du patient. En effet, outre les certificats médicaux initiaux, elles visent toutes le certificat des 24 heures ; **cette situation est constitutive d'une période d'hospitalisation sous contrainte sans titre.**

**La méconnaissance de l'art. L. 3222-5-1 du Code de la santé publique est à l'origine d'un recours à l'isolement qui n'est maîtrisé ni dans son principe ni dans ses modalités.**

Aucune formation n'a été dispensée et il n'existe pas de procédure actualisée rédigée à l'intention du personnel. La pratique de l'isolement est pourtant loin d'être exceptionnelle ; elle est souvent couplée à une contention. Selon les données communiquées par le CHF sur les 196 mesures de soins sans consentement déclarées 77, soit 40 % ont fait l'objet d'une mesure d'isolement.

**Certaines mesures d'isolement peuvent durer plusieurs mois** avec des mises sous contention intermittentes de plusieurs jours selon l'appréciation du médecin. La justification clinique de ces mesures de privation de liberté est souvent peu argumentée dans les dossiers. Au premier semestre 2017, 307 mesures de contention ont été répertoriées, concernant 48 patients. Rien ne permet donc de penser que l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours ni que tout est mis en œuvre pour qu'elles soient le plus brèves possibles ; certains témoignages recueillis évoquent même des mesures d'isolement à caractère punitif.

De surcroît, si les contentions « cinq points » sont les plus utilisées, des contentions « huit points » ont été répertoriées par les contrôleurs, pratique que le CGLPL n'avait jusqu'alors jamais observée. Les chambres d'isolement ne disposent d'aucun système d'appel, le patient est donc contraint de crier ou de frapper à la porte pour se signaler s'il n'est pas attaché.

Il n'existe aucune réflexion collective partagée sur le recours à l'isolement et à la contention, ce qui est à l'origine d'un désarroi du personnel soignant qui ne sait à qui s'adresser, mais a conscience de ne pas exercer sa fonction de manière satisfaisante. La prise en charge d'une patiente en soins sans consentement a ainsi donné lieu plusieurs mois de suite à des décisions médicales d'isolement de quinze jours à trois mois et de contention de cinq points voire huit points de plusieurs jours, créant un malaise du personnel soignant partagé sur la nécessité de ces soins. *A priori* aucune discussion n'a eu lieu avec les médecins.

**Enfin les services des urgences pratique la contention de manière systématique, sans justification clinique ni traçabilité.**

Les services d'accueil des urgences des deux sites du centre hospitalier du Forez sont les points d'entrée quasi exclusifs de l'admission en psychiatrie, notamment pour toutes mesures de soins sans consentement. Sur le nombre de mesures prises en 2016 **plus de 65 % sont des mesures de soins à la demande d'un tiers relevant de la procédure d'urgence** ; or cette procédure, qui permet de se dispenser, pour prononcer l'admission du patient, de la présence dans les dossiers d'un premier certificat médical d'un médecin n'exerçant pas doit être exceptionnelle et être justifiée par un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du patient ; elle ne doit en aucun cas être utilisée dans le seul but d'alléger la procédure d'ASDT.

Ainsi presque toutes les tentatives de suicide font l'objet de ce type de placement. Le patient est immédiatement contenu au sein de ce service un lit est d'ailleurs pré-équipé avec du matériel de contention et transféré en secteur d'isolement sous réserve de la disponibilité d'une chambre.

**En l'absence de disponibilité le patient est gardé contenu dans le couloir des urgences** et admis, dans l'attente d'un lit disponible en psychiatrie, dans l'unité d'hospitalisation de soins de courte durée, la contention étant maintenue. Le recours à la contention aux urgences se pratique quatre à cinq fois par semaine. Il ne fait l'objet d'aucune traçabilité. Les praticiens évoquent l'engagement de leur responsabilité en cas de passage à l'acte pour justifier cette pratique.

## OBSERVATIONS

### RECOMMANDATIONS

#### 1. RECOMMANDATION ..... 12

La rédaction d'un projet de pôle définissant une politique de soins commune aux deux unités et précisant les objectifs à court et moyen terme est une urgence. La mise en place de réunions de pôle, espaces d'échange avec l'ensemble du personnel médical et soignant, doit permettre le suivi et l'évaluation de ces actions.

#### 2. RECOMMANDATION ..... 13

Les conditions de travail du personnel soignant du service de psychiatrie doivent faire l'objet d'une prise en compte réelle par la direction et le corps médical au regard d'indicateurs d'alerte non pris en compte à ce jour.

#### 3. RECOMMANDATION ..... 13

L'établissement doit mettre en place des formations pour les médecins et les soignants relatives aux droits du patient et aux restrictions de liberté.

#### 4. RECOMMANDATION ..... 14

Les admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers (ASDT) selon la procédure d'urgence doivent être exceptionnelles et justifiées par un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du patient ; elles ne peuvent être prononcées dans le seul but d'alléger la procédure d'ASDT.

#### 5. RECOMMANDATION ..... 15

L'information des patients doit être correctement assurée, notamment par la remise, tout au long de l'hospitalisation, de documents listant l'ensemble des droits, garanties et voies de recours.

#### 6. RECOMMANDATION ..... 16

Le recueil des observations des patients doit être effectivement mis en place ; l'administration doit être en mesure d'indiquer comment l'information a été donnée et les observations du patient recueillies et justifier, le cas échéant, des difficultés rencontrées pour les recueillir.

#### 7. RECOMMANDATION ..... 17

La distribution du formulaire de désignation de la personne de confiance doit être systématique ; en cas de désignation, l'acceptation de la personne désignée doit être recueillie par le personnel soignant.

#### 8. RECOMMANDATION ..... 19

La décision d'admission en soins sans consentement prise par le directeur doit être concomitante à l'hospitalisation effective du patient et ne peut intervenir 24h après cette dernière sans être constitutive d'une période d'hospitalisation sous contrainte sans titre.

#### 9. RECOMMANDATION ..... 19

Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé pour arrêter les modalités selon lesquelles le juge des libertés et de la détention statue dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein du centre hospitalier

**10. RECOMMANDATION ..... 20**

L'organisation des procédures de saisine du juge des libertés et de la détention ainsi que celle des audiences de ce magistrat doivent être revues afin de respecter la chronologie des étapes des mesures d'admission en soins sans consentement et les dispositions du Code de la santé publique.

**11. RECOMMANDATION ..... 21**

Le règlement intérieur des deux unités doit préciser les conditions de circulation des patients hospitalisés en soins libres et en soins sans consentement précisant les motifs de restriction aux droits de circulation

**12. RECOMMANDATION ..... 22**

Les conditions de la vie quotidienne des patients hospitalisés en psychiatrie doivent être revues afin de respecter les droits et libertés de ces personnes.

**13. RECOMMANDATION ..... 23**

Les chambres d'isolement doivent être aménagées de façon à respecter la dignité et la sécurité des patients qui y sont hébergés.

**14. RECOMMANDATION ..... 26**

Les conditions d'utilisation des locaux, de gestion des biens des patients, de prise des repas, d'accès aux activités sont autant de conditions de vie qui doivent être gérées de façon harmonieuse entre les deux unités de soins et faire l'objet de procédures intégrées au projet de service.

**15. RECOMMANDATION ..... 27**

L'établissement doit développer une organisation intra et extra-hospitalière permettant d'éviter les hospitalisations au long cours de patients ne relevant plus d'une hospitalisation en psychiatrie ; les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme lit d'hospitalisation traditionnelle.

**16. RECOMMANDATION ..... 27**

Les activités thérapeutiques font, en psychiatrie, partie intégrante du soin, et l'établissement doit assurer leur mise en place de manière pérenne.

**17. RECOMMANDATION ..... 27**

Afin d'améliorer la prise en charge des patients et d'accompagner les soignants dans un travail relationnel souvent délicat avec les personnes hospitalisées et leurs proches, des séances de supervision professionnelle doivent être organisées au profit des personnels volontaires.

**18. RECOMMANDATION ..... 28**

L'établissement doit établir des procédures relatives aux prestations médicales permettant d'assurer des soins somatiques au sein des unités d'hospitalisation de psychiatrie.

**19. RECOMMANDATION ..... 29**

Une analyse annuelle des prescriptions doit être mise en place et un échange organisé selon la même périodicité avec les praticiens de ce pôle. La sécurisation du circuit du médicament, de la préparation à la distribution, doit être mise en place.

**20. RECOMMANDATION ..... 31**

L'établissement doit revoir les procédures de prise en charge des admissions aux urgences pour des soins psychiatriques et mettre en place un recueil de données exhaustif et fiable.

**21. RECOMMANDATION ..... 32**

La méconnaissance de l'article L.3222-5-1 du Code de sante publique est à l'origine d'un recours à l'isolement qui n'est maîtrisé ni dans son principe ni dans ses modalités conduisant l'établissement à faire usage de la contrainte sans fondement précis.

Les pratiques d'isolement et de contention doivent respecter les critères établis par la loi et les recommandations de la haute autorité de santé, et n'être que des mesures de derniers recours.

**22. RECOMMANDATION ..... 33**

Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place, conformément aux règles imposées par l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>7</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>9</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>9</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>10</b>
2.1 La psychiatrie : une absence de pilotage et de suivi.....	10
2.2 L'organisation du pôle de psychiatrie : de fortes carences organisationnelles.....	11
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>14</b>
3.1 Les personnes en soins sans consentement : une forte proportion des patients hospitalisés et une procédure d'urgence très largement utilisée .....	14
3.2 L'information des patients sur leur statut et leurs droits : de graves carences ....	14
3.3 Le dispositif des plaintes et réclamations : une gestion satisfaisante.....	16
3.4 Le recours à la personne de confiance : inégalement accessible au sein des unités	17
3.5 Le droit au culte : une absence de garantie.....	17
3.6 L'exercice du droit de vote : une procédure non respectée.....	17
<b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES .....</b>	<b>18</b>
4.1 les contrôles institutionnels : la commission départementale des soins psychiatriques et le parquet seules institutions se déplaçant à l'établissement ..	18
4.2 Les registres de la loi : une tenue correcte qui permet de déceler des dysfonctionnements dans les procédures d'admission sur décision du directeur	18
4.3 le juge des libertés et de la détention : des procédures à revoir .....	19
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>21</b>
5.1 La liberté de circulation n'est pas respectée .....	21
5.2 Les conditions de la vie quotidienne : une situation contrastée .....	21
<b>6. LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>23</b>
6.1 Les locaux et les chambres : un ensemble immobilier de qualité mal utilisé .....	23
6.2 Les biens des patients : un dispositif satisfaisant .....	24
6.3 Les repas : une curieuse dichotomie .....	25
6.4 L'accès aux activités et à la télévision : l'indigence érigée en dogme .....	25
6.5 Une absence totale de réflexion sur la sexualité .....	25
<b>7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT.....</b>	<b>27</b>
7.1 Les soins psychiatriques : des pratiques à moderniser.....	27

7.2 Les soins somatiques : un non-respect de la réglementation .....	28
7.3 La distribution des médicaments : un système qui ne protège pas des erreurs médicamenteuses .....	28
<b>8. LES PRATIQUES VIS-A-VIS DU RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE .....</b>	<b>30</b>
8.1 Le processus d'admission des soins sans consentement (SSC) et des urgences psychiatriques : une restriction aux libertés individuelles .....	30
8.2 Le recours aux mesures d'isolement et de contention : des abus inacceptables .	31



---

# Rapport

Contrôleurs :

- Dominique PETON KLEIN ; cheffe de mission
- Céline DELBAUFFE ; contrôleure
- Bruno REMOND ; contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, trois contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier du FOREZ (Rhône) du 11 au 14 septembre 2017.

Un rapport de constat a été adressé dans le cadre d'une procédure contradictoire le 13 novembre 2017 au directeur du centre hospitalier de Montbrison, au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS), au préfet du département de la Loire ainsi qu'à la présidente du tribunal de grande instance (TGI) de Lyon.

Le directeur du CH du Forez a répondu le 18 décembre 2017, la présidente du TGI le 19 décembre 2017 et le directeur général de l'ARS le 26 décembre 2017.

Les principaux éléments de réponse ont été intégrés dans le présent rapport de visite.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

La visite, inopinée, du centre hospitalier du Forez, s'est déroulée du 11 au 14 septembre 2017.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 11 septembre à 15h30. Ils l'ont quitté le 14 septembre à 15h30. Ils ont été accueillis par le secrétaire général en l'absence de la directrice par intérim ce jour-là.

Une réunion a été organisée le jour même associant les cadres de santé, la directrice des finances, le secrétaire général, un psychiatre du pôle de psychiatrie, un médecin des urgences, le pédopsychiatre responsable de l'unité. Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de la Loire, le directeur général adjoint de l'agence régionale de santé, la présidente du tribunal de grande instance, le procureur de la République, le président de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le juge des libertés et de la détention (JLD).

Les contrôleurs n'ont pu assister à une audience du JLD, celle-ci ne se tenant qu'une fois par semaine le lundi après-midi et ayant été annulée faute de dossiers à examiner. Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés ont été communiqués en fin de mission. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 14 septembre 2017 en présence de la directrice par intérim, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et du chef de pôle de psychiatrie.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier du Forez (CHF) a été créé le 1<sup>er</sup> janvier 2013 suite à la fusion administrative des centres hospitaliers de Feurs et de Montbrison, villes distantes de 22 km. Il est rattaché au groupement hospitalier de territoire de Saint-Etienne.

Le CH du Forez compte 429 lits et places dont 34 en psychiatrie. Le site du CH de Feurs accueille 82 lits et places

Le directeur du centre hospitalier précise les capacités actuelles de l'établissement s'établissant à 369 lits et places dont 28 lits d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte et 6 chambres d'isolement.

Chaque centre hospitalier dispose de services cliniques de court séjour et d'un service d'accueil des urgences (SAU).

En 2002 ont été créés des lits d'hospitalisation complète pour la psychiatrie sur le CH de Montbrison communs à deux secteurs distincts, Montbrison et Feurs. Le pôle de psychiatrie inclut donc deux unités de psychiatrie de seize lits plus trois chambres d'isolement pour l'une (Montbrison) et de douze lits et trois chambres d'isolement pour la seconde (Feurs).



*Vue générale et accès aux bâtiments de psychiatrie*

En 2010, les deux secteurs de psychiatrie ont fusionné en un seul service tout en respectant la sectorisation.

En 2011, les activités de pédopsychiatrie ont été rattachées au pôle de psychiatrie du CH de Montbrison. En 2015, la pédopsychiatrie a rejoint le pôle mère/enfant.

### 2.1 LA PSYCHIATRIE : UNE ABSENCE DE PILOTAGE ET DE SUIVI

Un contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé avec l'agence régionale de santé (ARS) le 18 décembre 2013, qui priorise le renforcement de la qualité de l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie, en réduisant le taux d'hospitalisations inadéquates et en préparant mieux la sortie des personnes hospitalisées y compris sans leur consentement.

Le calendrier de réalisation fixé fin 2014 pour les soins sans consentement et fin 2018 pour renforcer la qualité de l'hospitalisation n'a pas été respecté. Aucun élément de suivi n'a été communiqué aux contrôleurs sur l'effectivité de ces actions.

Dans sa réponse le directeur du CH fait observer que la fiche n° 2.1.7 pour la réalisation des objectifs de la psychiatrie dans le CPOM est l'année 2018.

Cette remarque est exacte et corrobore au demeurant les observations du rapport mais obère une seconde fiche n°3.3.2 concernant les soins sans consentement et dont le calendrier de réalisation est bien 2014.

Les conclusions de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) ont été rendues en décembre 2016. Le rapport de certification mentionne deux points concernant la psychiatrie : l'absence de remontées d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins en santé mentale pour adulte (IPAQSS) et l'absence de procédures actualisées concernant l'application de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. **Ces observations n'ont toujours pas été prises en compte.**

Le directeur du CH précise que les indicateurs IPAQSS sont disponibles depuis 2016 et que les procédures sont en cours d'actualisation.

Aucun projet d'établissement récent n'a été remis aux contrôleurs. Le dernier projet d'établissement date de 2006 et n'a, *a priori*, jamais été revu. Un projet médical, qui doit être la base du projet d'établissement, a été soumis et approuvé par le conseil de surveillance du CHF du 14 décembre 2016.

Ce projet médical conforte les pôles de référence existants au nombre de sept, dont celui de psychiatrie. Deux autres pôles sont concernés par les soins en psychiatrie : celui des urgences qui accueille tous les patients non programmés relevant d'une prise en charge psychiatrique (y compris les soins sans consentement) et le pôle mère-enfant qui intègre la pédopsychiatrie. Les soins en psychiatrie sont de même peu développés dans ce projet médical.

Le CHF est en difficulté financière avec un plan de retour à l'équilibre en cours.

## 2.2 L'ORGANISATION DU POLE DE PSYCHIATRIE : DE FORTES CARENCES ORGANISATIONNELLES

### 2.2.1 L'activité du pôle

L'activité du secteur ambulatoire en 2016 représentant 83 % de la file active totale serait en augmentation d'environ 7 %, les actes n'augmentant que de 1,3 %. La file active du secteur hospitalier est en diminution sur les deux unités d'hospitalisation de plus de 8 %, le nombre de séjours étant en revanche identique.

Le rapport annuel 2016 indique à partir d'une étude comparative entre 2015 et 2016 que le nombre de séjours et de patients pris en charge en hospitalisation complète diminue fortement (moins 29 % pour les patients et 8 % pour les séjours) mais que la durée moyenne de séjour (DMS) continue de progresser de plus de 9 %, ainsi que le nombre de jours d'isolement se chiffrant à plus de 25 %. Les taux d'occupation de ces unités avoisinent 100 %.

La fiabilité de ces chiffres est très relative, tout séjour étant considéré, comme terminé en fin d'année et comptabilisé comme nouveau séjour au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. De même les contrôleurs notent que, selon les documents qui leur ont été communiqués, des mêmes données diffèrent selon leur dénomination administrative.

Il est nécessaire que le département d'information médicale (DIM) mette en place un contrôle qualité sur la remontée des données colligées.

Le directeur du CH indique dans sa réponse que des mesures de correction sont en place pour améliorer la fiabilité des données et mettre en place un contrôle qualité par le DIM.

### 2.2.2 La politique intra et extra hospitalière

Les deux secteurs concernent un bassin de population de 180 700 habitants et connaissent la plus forte augmentation de population du département. Ils intègrent, hors hospitalisation complète, trois centres médico-psychologiques (CMP), deux hôpitaux de jour, six places d'appartements thérapeutiques à Montbrison et trois dans le secteur de Feurs. Aucun document n'acte précisément de la répartition de ces structures entre les deux secteurs de Montbrison et de Feurs.

Le pôle de psychiatrie inclut deux unités d'hospitalisation adultes dont les locaux sont situés dans un même bâtiment.

Le contrat de pôle remis n'est pas validé par les instances mais sur le fond n'apporte aucune information sur son historique, sa composition et son fonctionnement. Par ailleurs, les axes déclinés, les objectifs et indicateurs mentionnés sont à quelques nuances près identiques pour tous les pôles cliniques. Aucun projet de pôle n'est rédigé.

Les contrôleurs notent une hétérogénéité de fonctionnement importante entre ces deux unités d'hospitalisation appartenant pourtant à un même pôle et dirigé par un seul chef de pôle. Celle-ci est liée en grande partie à la politique médicale conduite par les praticiens de ces unités. Il n'y a pas de réunion de pôle qui permettrait de définir les grandes lignes d'une politique commune entre ces deux unités, d'échanger sur son fonctionnement, ni aucun espace de réflexion avec le personnel soignant. Les différents médecins rencontrés par les contrôleurs ne se sont nullement élevés contre cette absence de politique et ce manque de pilotage, chacun souhaitant conserver sa propre autonomie.

#### **Recommandation**

*La rédaction d'un projet de pôle définissant une politique de soins commune aux deux unités et précisant les objectifs à court et moyen terme est une urgence. La mise en place de réunions de pôle, espaces d'échange avec l'ensemble du personnel médical et soignant, doit permettre le suivi et l'évaluation de ces actions.*

Le directeur du CH précise dans sa réponse que cette recommandation a été prise en compte et que le projet de pôle est en cours de rédaction.

### 2.2.3 Les ressources humaines

Les médecins psychiatres sont au nombre de sept équivalents temps plein (ETP) dont six praticiens hospitaliers (PH) et un praticien attaché associé (PAA). Quatre de ces praticiens sont affectés sur le secteur de Montbrison et trois sur le secteur de Feurs. La pédopsychiatrie compte deux ETP de praticiens hospitaliers.

Le directeur du CH indique que le nombre de pédopsychiatre est de trois et non de deux.

Il n'y a pas de temps de praticien généraliste mentionné. Un poste d'interne de médecine générale a été autorisé pour ce service mais n'a pas été mis au choix du dernier semestre.

Les effectifs de personnel non médical incluent un cadre supérieur de pôle à 0,4 ETP, quatre cadres de santé pour 3,43 ETP dont deux affectés aux unités de soins, 70,75 ETP d'infirmiers, dont 62 % sont affectés aux unités de soins dans les mêmes proportions, dix ETP d'agents des services hospitaliers (ASH), 7,52 ETP de personnel socio-éducatif et 6,76 ETP de personnel administratif.

Le directeur du CH communique dans sa réponse un tableau rectificatif des effectifs. Les effectifs mentionnés dans le rapport ont été communiqués par la direction des ressources humaines. Les contrôleurs prennent acte de ces nouveaux chiffres sans en connaître la provenance.

Aucun bilan social n'a pu être fourni aux contrôleurs.

Le directeur général de l'ARS indique que le bilan social 2016 a été rédigé et validé par le CH le 8 août 2017.

Il leur a été rapporté des difficultés importantes au niveau de l'unité B (secteur Montbrison) se traduisant par un encadrement très mouvant se traduisant par un changement de cadre tous les 18 mois, un *turn-over* du personnel important (plus de 50 % en trois ans). Cette situation a conduit à faire intervenir auprès des équipes de soins un psychologue de la médecine du travail en 2016.

Plus globalement, les contrôleurs ont constaté un mal-être persistant du personnel soignant, insuffisamment pris en compte par le corps médical. Ceci d'autant qu'une analyse des pratiques professionnelles (APP), conduite en 2013 a relevé un certain nombre de carences du fonctionnement du pôle portant notamment sur le manque de lisibilité de l'orientation de celui-ci, sur l'absence d'espace de réflexion et de communication et relevait qu'un grand nombre de personnes était déjà à cette époque en souffrance professionnelle.

### **Recommandation**

*Les conditions de travail du personnel soignant du service de psychiatrie doivent faire l'objet d'une prise en compte réelle par la direction et le corps médical au regard d'indicateurs d'alerte non pris en compte à ce jour.*

Concernant la formation médicale, aucune évaluation des pratiques professionnelles (EPP) propres aux médecins ne semble avoir été mise en place au cours des quatre dernières années notamment sur les privations de liberté et les droits des patients. Par ailleurs, un dispositif de tutorat espéré fin 2014 pour les soignants, n'a finalement pas été mis en œuvre. Le plan de formation 2016/2017 proposé aux agents correspond au plan de formation du CHF n'intégrant que quelques propositions propres à la psychiatrie.

Figure notamment dans les actions complémentaires de 2016, l'organisation d'une table ronde sur la contention physique organisée par le CHF mais sans précision sur le conférencier ni sur les suites de celle-ci.

Les agents des unités de soins en psychiatrie n'ont bénéficié d'aucune formation sur la loi du 5 juillet 2011 et sa mise en place ni sur la loi du 26 janvier 2016 portant sur les procédures d'isolement et de contention.

Le comité d'éthique du groupement hospitalier de territoire n'a jamais été saisi d'aucune question sur les soins psychiatriques et la commission médicale d'établissement du CHF n'a jamais abordé ces sujets.

### **Recommandation**

*L'établissement doit mettre en place des formations pour les médecins et les soignants relatives aux droits du patient et aux restrictions de liberté.*

Le directeur du CH communique une liste des formations organisées au cours du 4<sup>ème</sup> trimestre 2017 et celles prévues dans le plan de formation 2018

### 3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT : UNE FORTE PROPORTION DES PATIENTS HOSPITALISES ET UNE PROCEDURE D'URGENCE TRES LARGEMENT UTILISEE

Les deux unités d'hospitalisation accueillent une part de patients en soins sans consentement supérieure à la moyenne nationale. Cette pratique ne donne lieu à aucune réflexion spécifique notamment relative aux alternatives possibles à l'hospitalisation à temps plein et sur des partenariats dynamiques avec les structures sociales et médico-sociales du secteur afin de fluidifier le parcours des patients.

**Le jour du contrôle, 54,8 % des patients hospitalisés l'étaient sans leur consentement.** Dix-sept patients étaient hospitalisés au sein de l'unité Montbrison dont sept en SSC (deux ASDRE<sup>1</sup> et cinq ASDT) ; à l'unité Feurs, seuls quatre des quatorze patients hospitalisés étaient en soins libres, quatre étaient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et six à la demande d'un tiers.

Les chiffres relatifs à l'activité de l'établissement fournis par le département d'information médicale (DIM), les secrétaires administratives de psychiatrie et le rapport d'activité du centre hospitalier, sont contradictoires et ne peuvent constituer des données fiables. Il ressort cependant d'un bilan, établi par le DIM en mars 2017, relatif à l'activité de la psychiatrie adulte qu'en 2016, que 444 mesures d'hospitalisations à temps complet ont été prises dont 196 en SSC (159 ASDT et 37 ASDRE), soit 44,1 % des mesures.

D'autres chiffres fournis aux contrôleurs font état de **180 ASDT en 2016 dont 130 en urgence** (soit 72,2 %) et 5 en péril imminent. L'ensemble des informations recueillies et des documents consultés permet de confirmer que les ASDT en urgence qui devraient, aux termes de l'article 3212-3 du code de la santé publique, être prises « à titre exceptionnel » sont en réalité la norme au sein de l'établissement et que la majorité ne répond pas à l'exigence de l'existence d'un « *risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du patient* » posé par la loi. L'usage de la procédure d'urgence permet de se dispenser, pour prononcer l'admission du patient, de la présence dans le dossier d'un premier certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

#### **Recommandation**

*Les admissions en soins sans consentement à la demande d'un tiers (ASDT) selon la procédure d'urgence doivent être exceptionnelles et justifiées par un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du patient ; elles ne peuvent être prononcées dans le seul but d'alléger la procédure d'ASDT.*

#### 3.2 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS : DE GRAVES CARENANCES

##### 3.2.1 La notification des décisions et l'information sur les droits

La notification des décisions et l'information sur la situation juridique, les droits, les voies de recours et les garanties offertes par l'intervention du juge des libertés et de la détention, condition de la régularité de la mesure d'admission en soins sans consentement, sont considérablement affectées

<sup>1</sup> ASDRE : admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ; ASDT : admission en soins psychiatriques sur demande d'un tiers



par l'absence de procédures exhaustives et actualisées relatives à l'application de la loi du 5 juillet 2011 et par le défaut de formation de l'ensemble des professionnels de santé.

Ce sont les infirmiers des secteurs qui procèdent à la notification des décisions d'admission et de maintien et, supposément, à l'information des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers ; ils sont cependant dans l'incapacité de le faire puisqu'ils ignorent eux-mêmes les informations qu'ils sont supposés délivrer.

Les infirmiers font signer aux patients un accusé de réception de la décision du directeur ou de l'arrêté et lui remettent une copie de chacun de ces documents. Un autre document intitulé « *information aux hospitalisés* » est semble-t-il parfois également remis à la personne sans que la preuve du caractère systématique de cette remise ait pu être apportée aux contrôleurs. Quoi qu'il en soit, les informations contenues dans ce document sont parcellaires et peu claires (notamment celles relatives à l'intervention du juge des libertés et de la détention) et, de surcroît, le texte énonce que les droits évoqués ne pourront s'exercer que « *si votre état de santé ainsi que la mise en œuvre de votre traitement le permettent* » ce qui est contraire à l'article 3211-3 du Code de la santé publique.

Le livret d'accueil remis aux patients est celui de l'hôpital général, sans aucun développement propre à une hospitalisation dans une unité psychiatrique. Il en découle que, mis à part ce qui concerne les formalités administratives et financières, ce document ne peut en rien éclairer un patient sur ses conditions de vie durant son séjour. Il comporte même des données en contradiction totale avec les règles de vie propres aux unités psychiatriques, par exemple en matière d'accès libre aux publiphones ou à la liberté de se promener dans le bâtiment comme dans ses environs.

Le règlement intérieur commun aux deux unités psychiatriques A et B, daté du 29 avril 2016, se résume à une seule page. Ses rédacteurs ont adopté un style coercitif : en effet, à l'exception des quelques lignes traitant du tabac, des visites ou de l'argent, il ne recense que des interdictions et ne comporte aucun développement relatif aux droits des patients. Il indique qu'en fonction du "cadre de soins" défini par le médecin, les restrictions peuvent être adaptées. C'est le seul document affiché dans l'une et l'autre de ces deux unités.

### **Recommandation**

*L'information des patients doit être correctement assurée, notamment par la remise, tout au long de l'hospitalisation, de documents listant l'ensemble des droits, garanties et voies de recours.*

### **3.2.2 Le recueil des observations des patients**

Le recueil des observations des patients avant chaque décision prononçant l'admission et le maintien en soins sans consentement ou définissant la forme de la prise en charge, conformément à l'article L 3211-3 alinéa 2 du Code de la santé publique, n'est pas effectif au CHF.

Si les trames des certificats médicaux précisent que les observations du patient « *ont pu être recueillies* », cette assertion est purement formelle et ne suffit pas à garantir la mise en œuvre du principe du contradictoire posé par la loi.

**Recommandation**

*Le recueil des observations des patients doit être effectivement mis en place ; l'administration doit être en mesure d'indiquer comment l'information a été donnée et les observations du patient recueillies et justifier, le cas échéant, des difficultés rencontrées pour les recueillir.*

**3.3 LE DISPOSITIF DES PLAINTES ET RECLAMATIONS : UNE GESTION SATISFAISANTE****3.3.1 La commission des usagers**

La commission des usagers (CDU) se réunit quatre fois par an ; au jour de la visite, la dernière réunion datait du 8 juin 2017. Elle est notamment composée de deux représentants des usagers mais de services autres que la psychiatrie. Les usagers sont informés de son existence et de son rôle par le biais du livret d'accueil et du site internet de l'établissement.

La CDU examine les principales plaintes et réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital. Chaque plainte ou réclamation fait l'objet – dans un délai moyen inférieur à trois jours – d'un accusé de réception qui mentionne la possibilité de rencontrer un médiateur médical avec la présence éventuelle d'un représentant des usagers. En 2016, soixante-seize plaintes ont été adressées à la CDU (dont cinq relatives au service de psychiatrie) ; le médiateur a été sollicité vingt-deux fois et le délai moyen de réponse était de vingt-sept jours. Les principaux motifs de plainte sont relatifs à l'information du malade et de sa famille (onze cas), aux relations avec le personnel médical (onze cas) et à la qualité des soins (huit cas). Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2017 et le jour de la visite, aucune plainte ou réclamation concernant la psychiatrie n'était parvenue à l'établissement.

**3.3.2 Les questionnaires de satisfaction**

Les informations relatives à la mesure de la satisfaction des usagers sont recueillies par le biais de questionnaires de sortie qui sont distribués aux patients au moment de leur sortie de l'unité. Le taux de retour de ces questionnaires complétés est nettement plus élevé que celui que les contrôleurs ont l'habitude de constater ; au premier semestre 2017, ce taux s'élevait à 35,4 % au sein des deux unités de psychiatrie, soit soixante-neuf questionnaires retournés. Quarante-quatre d'entre eux étaient accompagnées de remarques manuscrites dont onze relatives au manque d'activités et treize à l'insatisfaction des soins médicaux ou infirmiers et au manque d'information.

L'analyse de ces questionnaires de satisfaction est effectuée par le service qualité. Au premier trimestre 2017, les insatisfactions portent principalement, outre les prestations hôtelières, sur le manque d'explications sur l'état de santé fourni par le médecin et sur l'amabilité et la disponibilité du personnel dans le service. Si 84,9 % des personnes hospitalisées en psychiatrie notent entre 6 et 10 leur satisfaction globale, 12,1 % d'entre elles ne recommanderaient pas le CHF à un ami ou un membre de sa famille.

**3.3.3 La place des représentants des familles et des usagers**

Aucune association représentative des familles ou des usagers en psychiatrie n'intervient au centre hospitalier.

**3.3.4 Les événements indésirables**

Sous l'impulsion de la direction de la qualité, une procédure de signalement et de gestion des événements indésirables était en cours d'élaboration au moment du contrôle ; un travail de



sensibilisation des équipes de psychiatrie à la déclaration de ce type d'événements commençait à porter ses fruits bien que, selon les informations fournies, les médecins ne soient jamais à l'origine des déclarations mais qu'elles émanent systématiquement des soignants.

En 2016, 12,6 % des fiches d'événements indésirables recensées par la direction de la qualité provenaient des services de psychiatrie et 14,3 % entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 2017. En 2017, la majorité des événements indésirables signalés sont relatifs au manque de linge ou de matériel d'entretien des locaux. Les contrôleurs ont cependant pu constater que tous les événements indésirables, même graves, n'étaient pas signalés ; ainsi, l'incident d'un patient déclaré en fugue alors qu'il s'était endormi dans le patio de l'une des unités d'hospitalisation après une erreur de prescription – survenu quelques semaines avant la visite selon les informations fournies – n'apparaît pas dans le bilan des fiches d'événements indésirables mis à jour le 12 septembre 2017.

Par ailleurs, depuis 2016, des comités de retour d'expérience (CREX) et des revues de mortalité et de morbidité (RMM) ont été mis en place à l'issue de déclarations d'événements indésirables graves. En 2016, trois RMM étaient relatives à deux suicides et une tentative de suicide survenus dans l'unité de Montbrison et au sein de l'unité hospitalisation de courte durée du site de Feurs, concernant des patients atteints de troubles psychiatriques.

### 3.4 LE RECOURS A LA PERSONNE DE CONFIANCE : INEGALEMENT ACCESSIBLE AU SEIN DES UNITES

Le livret d'accueil expose le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance ; il précise que cette désignation « doit s'effectuer par écrit à l'aide d'un formulaire mis à disposition par le personnel soignant ».

Si au sein du secteur de Montbrison la remise de ce formulaire est systématique au moment de l'arrivée dans le service, au sein du secteur de Feurs, il n'est que très occasionnellement distribué aux patients. De fait, le 14 septembre 2017, quatorze des seize patients hospitalisés au sein de la première unité avaient désigné une personne de confiance alors qu'ils n'étaient que trois sur treize à l'avoir fait dans la seconde.

De surcroît, le personnel soignant ne s'assure pas que la personne enregistrée dans le dossier du patient comme personne de confiance, a effectivement donné son accord pour endosser ce rôle. Le formulaire prévoit en effet qu'il revient au patient d'informer la personne de confiance de sa désignation et de rechercher son accord, ce qui dans les faits n'est jamais effectué.

#### **Recommandation**

*La distribution du formulaire de désignation de la personne de confiance doit être systématique ; en cas de désignation, l'acceptation de la personne désignée doit être recueillie par le personnel soignant.*

### 3.5 LE DROIT AU CULTES : UNE ABSENCE DE GARANTIE

Il n'y a aucune information des patients ni aucune organisation sur les modalités d'accès au culte.

### 3.6 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE : UNE PROCEDURE NON RESPECTEE

Il n'y a eu aucune information ni aucune organisation lors des dernières échéances présidentielles et législatives du printemps 2017.

## 4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEURS CONTROLES

### 4.1 LES CONTROLES INSTITUTIONNELS : LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LE PARQUET SEULES INSTITUTIONS SE DEPLAÇANT A L'ETABLISSEMENT

La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) est composée conformément aux termes de l'article L.3223-2 du code de la santé publique. Un bénévole de l'UNAFAM (union nationale des amis et familles de malades et/ou handicapés psychiques) et un de la fédération nationale des patients en psychiatrie (FNAPSY) en sont membres.

La CDSP, compétente sur les trois établissements habilités à recevoir des patients en soins sans consentement du département de la Loire, se réunit tous les mois et visite le CHF une fois par an. La dernière visite datait du 3 avril 2017. Les contrôleurs n'ont pas pu se procurer le compte-rendu de cette dernière visite ni les rapports d'activité 2015 et 2016 de la CDSP.

**Le directeur général de l'ARS mentionne dans sa réponse que** la CDSP n'est pas tenue de transmettre les comptes rendus aux établissements.

Les visites durent environ trois heures au cours desquelles la CDSP rencontre des membres de l'équipe administrative et médicale de l'établissement ainsi que les patients ayant sollicité un entretien et contrôle les registres de la loi ; elle ne consulte pas les dossiers médicaux des patients.

Selon les informations recueillies, la CDSP n'a pas, en 2016 et 2017, reçu de réclamation de patients hospitalisés au centre hospitalier du Forez.

Il n'existe pas de conseil local de santé mentale (CLSM) dans les agglomérations de Montbrison et de Feurs.

Parmi les autorités supposées visiter le centre hospitalier en application de l'article L.3222-4 du Code de la santé publique, seul le représentant du parquet se rend dans l'établissement chaque année et visite les unités d'hospitalisation.

### 4.2 LES REGISTRES DE LA LOI : UNE TENUE CORRECTE QUI PERMET DE DECELER DES DYSFONCTIONNEMENTS DANS LES PROCEDURES D'ADMISSION SUR DECISION DU DIRECTEUR

Les registres de la loi sont tenus par deux secrétaires administratives dont le bureau est situé à l'entrée du bâtiment d'hospitalisation en psychiatrie. Un unique registre regroupe les mesures d'ASPDRE et d'ASPDT.

Les contrôleurs ont examiné plus particulièrement les deux derniers registres ouverts, l'un le 13 février et l'autre le 17 juillet 2017. Leur tenue est correcte, la plupart des informations qui doivent y figurer aux termes de l'article L.3212-11 du Code de la santé publique y sont reproduites à l'exception des éventuelles mesures de protection et de la désignation de l'autorité qui a arrêté la mesure de SDRE (préfet ou maire), informations devant figurer en première page de chaque folio.

**L'examen de ces registres permet de constater de graves dysfonctionnements dans les procédures d'admission en soins à la demande d'un tiers.** D'une part, les décisions d'admission prises par le directeur de l'établissement sont systématiquement **postérieures à la date d'hospitalisation effective du patient**. En effet, outre le ou les certificats médicaux initiaux, elles visent toutes le certificat des 24 heures ; **cette situation est constitutive d'une période d'hospitalisation sous contrainte sans titre**. D'autre part, les contrôleurs ont pu constater qu'une mesure d'ASPDT classique (folio 1 du registre ouvert le 17 juillet 2017) avait été prise sur la base d'un seul certificat médical au lieu des deux nécessaires, et qu'une mesure d'ASPDT en péril imminent (folio 50 du registre ouvert le 13 février 2017) avait été prononcée sur la base d'un certificat établi par un médecin exerçant dans

l'établissement accueillant le malade (en l'occurrence, un médecin de l'hôpital de Feurs), en infraction avec les dispositions de l'article L.3212-1 du Code de la santé publique.

#### **Recommandation**

*La décision d'admission en soins sans consentement prise par le directeur doit être concomitante à l'hospitalisation effective du patient et ne peut intervenir 24h après cette dernière sans être constitutive d'une période d'hospitalisation sous contrainte sans titre.*

### **4.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION : DES PROCEDURES A REVOIR**

Aucune convention n'a été établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé, contrairement aux dispositions prévues à l'article L.3211-12-2 du Code de la santé publique.

#### **Recommandation**

*Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé pour arrêter les modalités selon lesquelles le juge des libertés et de la détention statue dans la salle d'audience spécialement aménagée au sein du centre hospitalier.*

**Dans sa réponse le directeur General de l'ARS** indique que « *dès lors que les établissements d'accueil disposaient d'une salle aménagée sur leur emprise et à la charge de ces derniers il n'y avait pas lieu de prévoir une convention* ». Ce point aurait été acte au cours d'une réunion le 18 juin 2014 organisée au TGI de St Etienne.

**Le CGLPL maintient sa recommandation.** La convention à conclure entre le TGI et l'ARS relève de l'article L.3211-12-1 du CSP.

Les audiences se tiennent dans une vaste salle de réunion située à l'entrée du bâtiment de psychiatrie, il n'existe pas de salle des délibérés ni de bureau d'entretien pour les avocats qui reçoivent leurs clients dans l'un des bureaux médicaux situés à proximité. La salle d'audience ne fait l'objet d'aucune signalisation au sein de l'établissement.

Une seule audience est organisée le lundi après-midi à laquelle siège un unique juge des libertés et de la détention (JLD). Les contrôleurs n'ont pas pu assister à une audience du JLD, aucune n'ayant exceptionnellement été organisée le lundi de la semaine de visite. La tenue d'une seule audience hebdomadaire pose un problème de sens du délai de douze jours accordé par le législateur avant le contrôle du JLD afin notamment de permettre une amélioration de l'état de santé du patient et une levée de la mesure de soins sans consentement. En effet, l'ensemble des patients admis à l'hôpital entre le jeudi 0h et le mercredi 23h59 seront convoqués à l'audience organisée le lundi suivant. Les secrétaires administratives faxent au greffe du JLD le jeudi matin les documents relatifs aux entrées de patients en SSC pendant cette période (du jeudi précédent à la veille 23h59) afin que ce dernier puisse retourner au CHF les convocations à l'audience. Ainsi, un patient hospitalisé le mercredi pourra être enrôlé à l'audience prévue le lundi suivant avant même d'avoir été vu par un médecin en prévision de l'établissement du certificat médical des 24h et comparaître devant le JLD uniquement cinq jours après le début de son hospitalisation. **La saisine du JLD et la notification au patient de sa convocation interviennent très souvent avant la décision de prolongation de la mesure de soins sans consentement et donc également avant la rédaction du certificat médical des 72h.** Dès lors, compte tenu de l'absence de respect de la chronologie des actes, mesures et décisions supposées ponctuer les procédures d'admission en soins sans consentement jusqu'au passage devant le juge, il

est permis de s'interroger sur la possibilité offerte au patient de comprendre le sens de la mesure dont il fait l'objet.

Par ailleurs, la plupart des avis motivés se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation à temps complet sont rédigés en même temps que le certificat des 72h ce qui les vide de leur sens puisqu'ils ne peuvent rendre compte d'une quelconque évolution de l'état de santé du patient à une période la plus rapprochée possible de l'audience. De plus, l'organisation au sein de l'établissement de la saisine du JLD par le directeur est contraire à l'article 3212-11-1 II du Code de la santé publique qui prévoit que cette saisine doit être accompagnée de l'avis motivé du psychiatre, ce qui est très rarement le cas, cet avis étant fréquemment adressé au JLD le jour même de l'audience.

### **Recommandation**

*L'organisation des procédures de saisine du juge des libertés et de la détention ainsi que celle des audiences de ce magistrat doivent être revues afin de respecter la chronologie des étapes des mesures d'admission en soins sans consentement et les dispositions du Code de la santé publique.*

**Dans sa réponse, la présidente du tribunal de grande instance (TGI) indique rejoindre**, sur le plan des principes, les observations faites sur ce point mais considère inenvisageable en l'état des ressources humaines dont dispose la juridiction de prévoir deux audiences par semaine.

La proximité des unités d'hospitalisation et de la salle d'audience permet à certains patients en SDT, en fonction de leur état de santé, de se rendre seuls à l'audience ; les patients en SDRE en revanche sont toujours accompagnés par un soignant qui, selon les informations fournies, n'assiste pas le plus souvent à l'audience.

Selon les informations recueillies, l'avocat commis d'office est toujours présent à l'audience et l'organisation des permanences par l'ordre, satisfaisante.

Les décisions de mainlevées sont rares et toujours fondées sur des motifs procéduraux. Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 août 2017, 138 dossiers ont été audiencés et trois mainlevées prononcées. En 2016, seules deux ordonnances de mainlevées ont été prises par le juge. Il convient de relever que les ordonnances du JLD s'intitulent de façon surprenante : « *ordonnance relative aux hospitalisations sous contrainte en milieu psychiatrique* ».

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION N'EST PAS RESPECTEE

Ces deux unités, contiguës, architecturalement similaires et situées dans le même bâtiment sont ouvertes, les portes d'accès n'étant fermées que la nuit. En conséquence, *a priori*, tous les patients, même ceux placés en soins sans consentement, pourraient facilement sortir, ne serait-ce que pour se promener autour des bâtiments de l'hôpital général ou se rendre à la cafétéria, la boutique ou poster du courrier dans la boîte aux lettres de *La Poste*.

Dans les faits il n'en est rien, **tous les patients, même ceux en soins libres, ayant l'interdiction de quitter leur unité.**

Des restrictions supplémentaires à la liberté de circulation sont même imposées à certains patients en fonction du « cadre de soins » défini par leur médecin traitant : ainsi, il a été constaté, dans l'unité A, que deux patients, enfermés à clé dans leur chambre n'avaient le droit d'en sortir que sept heures par jour pour l'un, neuf heures par jour pour l'autre. Qualifiée de « semi isolement » par le personnel soignant, cette situation ne donne lieu à aucun enregistrement précis, ni à aucune procédure de nature juridique.

Un élément positif mérite cependant d'être signalé : les patients peuvent accéder librement au patio de leur unité de 6h45 à 22h30, ce qui leur offre une grande latitude temporelle pour s'aérer comme pour fumer, et cela dans un cadre agréable (pelouse, arbres, fauteuils, auvents permettant de s'abriter). De même, les patients placés en chambre d'isolement peuvent « bénéficier » de trois sorties quotidiennes d'un quart d'heure chacune dans un patio fermé qui leur est réservé.



Vues du patio d'une des unités

#### **Recommandation**

*Le règlement intérieur des deux unités doit préciser les conditions de circulation des patients hospitalisés en soins libres et en soins sans consentement précisant les motifs de restriction aux droits de circulation*

### 5.2 LES CONDITIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE : UNE SITUATION CONTRASTEE

Des différents éléments ou moments qui composent et ponctuent la vie quotidienne des personnes hospitalisées, trois sont organisés et peuvent être considérés comme respectant le droit des patients :

- les modalités d'accès au tabac sont très libérales : facilité d'acquisition des cigarettes par l'intermédiaire du personnel soignant, sans restrictions quantitatives; possibilité de conserver



tabac et briquet dans les chambres ; grande liberté d'accès au patio – le seul espace où il est permis de fumer ;

- l'accès des patients à leur chambre n'est pas limité : si les chambres sont munies de serrures, elles ne sont pas fermées sauf en cas de restriction liée à une prescription médicale ;
- les visites, possibles entre 14h et 19h, peuvent se dérouler librement dans les chambres (toutes individuelles), le patio ou les espaces communs.

Pour d'autres droits des contraintes rigoureuses sont imposées :

- les téléphones portables sont confisqués dès l'arrivée des patients et interdits durant tout leur séjour. Cette interdiction est applicable également pour les patients en soins libres. Il est néanmoins possible – exceptionnellement – de relever le contenu de la messagerie dans le local infirmier et en présence d'un membre du personnel soignant ; la seule possibilité de communiquer téléphoniquement proposée est d'utiliser un *Publiphone* mural installé dans le couloir, donc ne permettant pas des échanges confidentiels, et qui, au demeurant, ne peut être activé, tant pour appeler que pour être joint, que par l'intermédiaire du téléphone portable d'un des membres du personnel soignant ;
- il n'existe aucun accès internet sauf, dans l'unité B, par l'intermédiaire de l'ordinateur se trouvant dans le local infirmier, en présence et sous le contrôle du personnel soignant ;
- le courrier « départ » doit être oblitéré, alors même que les patients ne peuvent sortir pour acheter des timbres, et il est remis au personnel soignant ce qui interdit toute confidentialité dans les échanges épistolaires ;
- tous les patients n'ont pas un accès libre à leur placard : dans l'unité A, dix des treize patients présents lors de la visite dépendaient pour ce faire du personnel soignant, et il en était de même dans l'unité B pour deux des seize patients présents ;
- tous les objets électroniques sont interdits ;
- tous les objets qualifiés de « dangereux ou coupants », sont interdits sans précision du type d'objets concernés ;
- le recours au port du pyjama est très fréquent, soit pour empêcher les patients de s'échapper, soit de façon perceptive ou punitive. Ce recours inclut l'utilisation dans les chambres d'isolement de pyjama en papier.

Indiscutablement, l'idée générale qui prévaut dans la conception et l'organisation de la vie quotidienne des patients est fondamentalement de nature coercitive.

### **Recommandation**

*Les conditions de la vie quotidienne des patients hospitalisés en psychiatrie doivent être revues afin de respecter les droits et libertés de ces personnes.*

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES LOCAUX ET LES CHAMBRES : UN ENSEMBLE IMMOBILIER DE QUALITE MAL UTILISE

Construit en 2002, le bâtiment qui abrite les deux unités d'hospitalisation en psychiatrie est avenant et les locaux qu'il comporte sont spacieux, clairs et bien entretenus, qu'il s'agisse des halls, des couloirs, des espaces communs ou des chambres, toutes individuelles, et disposant d'un cabinet de toilette moderne et propre.

Chaque unité dispose d'un « secteur d'isolement » qui contraste avec l'aspect agréable de l'aménagement du reste des locaux de l'unité. L'accès à ces secteurs s'effectue par une porte ouvrant sur le bureau infirmier, une affiche apposée sur cette porte précise que cet accès est règlementé et qu'un professionnel ne peut y pénétrer seul.

Chaque secteur d'isolement est doté d'une chambre d'isolement classique – équipée d'un sas d'accès, d'un lit fixé au sol et d'un bloc sanitaire en aluminium – et de deux chambres dites « d'apaisement », identiques à la chambre d'isolement à la seule différence qu'elles ne disposent pas de sas d'entrée et que le bloc sanitaire est placé dans un espace séparé de la chambre mais dépourvu de porte. Une salle de douche est également installée dans chaque secteur.

Les patients hébergés dans ces chambres ne peuvent librement allumer ou éteindre la lumière ni actionner le volet roulant, les interrupteurs étant situés à l'extérieur de la chambre. Le premier jour de la visite à 15h45, une patiente en « chambre d'apaisement » était enfermée dans le noir complet, volet baissé et lumière éteinte, sans indication thérapeutique et sans qu'une explication puisse être apportée à cette situation. A l'exception des deux chambres d'isolement, les chambres sont dépourvues d'horloge permettant de se repérer temporellement. **Elles sont également dépourvues de bouton d'appel ; les patients sont donc contraints de tambouriner à la porte de leur chambre pour se signaler ou de hurler lorsqu'ils sont sous contention.** Selon les informations recueillies et les constatations des contrôleurs, ces deux méthodes ne sont pas toujours suffisantes pour alerter le personnel soignant.

#### **Recommandation**

*Les chambres d'isolement doivent être aménagées de façon à respecter la dignité et la sécurité des patients qui y sont hébergés.*



*Une des deux chambres d'isolement*



*Une « chambre d'apaisement »*

Les locaux communs, à l'exception des deux salles de télévision – une par unité – et des deux petites pièces – là aussi, une par unité – dédiées aux jeux de société, sont mal utilisés et ne remplissent pas les fonctions qui leur étaient initialement dévolues :

- les quatre salles de thérapie, à raison de deux par unité, sont fermées et servent soit de bureau d'appoint soit de garde-meubles ;
- les salles d'activités des deux unités sont, pour l'une, dédiée à des activités de dessin mais de fait non utilisée et, pour la seconde, pourrait être assimilée à une bibliothèque si le nombre d'ouvrages était plus important ;
- enfin les deux unités, incluent une salle manger servant également d'espace de détente mais si elle est effectivement utilisée comme tel dans l'unité A, les patients pouvant prendre leur repas en commun, l'unité B a fait le choix de repas servis en chambre cette espace ne servant que de salle de télévision.



*Salles de télévision des unités B et A*

## **6.2 LES BIENS DES PATIENTS : UN DISPOSITIF SATISFAISANT**

Les biens matériels des patients sont conservés dans un casier placé dans une armoire qui se trouve dans la pièce affectée au personnel soignant. Les biens financiers font l'objet de trois modalités de gestion :

- possibilité de les garder dans les chambres en-dessous d'un montant de 30 € ;



- dépôt au coffre de l'unité dans une enveloppe – triplement paraphée (lors de chaque dépôt et chaque retrait) par le patient, la secrétaire administrative et un membre du personnel soignant – pour un montant supérieur mais n'excédant pas une centaine d'euros ;
- enregistrement et gestion par le Trésor public des sommes supérieures.

S'il n'est pas original, ce dispositif est robuste et satisfaisant.

### 6.3 LES REPAS : UNE CURIEUSE DICHOTOMIE

La prise des repas diffère dans les deux unités. Dans l'unité A, les patients peuvent, à leur convenance, déjeuner et dîner soit en commun dans la salle à manger où se trouve aussi le téléviseur, soit sur un plateau dans leur chambre. Dans l'unité B, aucune communauté de vie, aucun échange lors des repas ne sont possibles : il a été décidé qu'il n'y aurait pas de salle à manger et que, par voie de conséquence, de manière obligatoire, les patients devaient prendre tous leurs repas dans leur chambre.

Alors même que les locaux de ces deux unités sont semblables, alors même que les modalités de restauration sont identiques – les plats provenant de la cuisine centrale arrivent dans chacune des deux unités dans des chariots permettant de les réchauffer –, alors même que nombre des médecins psychiatres sont présents dans l'une ou l'autre de ces deux unités – même si chacun d'entre eux est tout particulièrement affecté à l'une ou à l'autre –, on ne peut que se perdre en conjectures sur les raisons qui ont conduit – sans explication ni justification, médicale ou sociale – les responsables de l'unité B à prendre une telle décision et à imposer à leurs patients ce mode de vie.

### 6.4 L'ACCES AUX ACTIVITES ET A LA TELEVISION : L'INDIGENCE ERIGEE EN DOGME

Regarder la télévision est possible, dans chacune des deux unités de 8h du matin à 22h30 le soir. Il est sans doute plus agréable de regarder un programme télévisé dans l'unité B, où se trouvent des fauteuils confortables et un grand écran, que dans l'unité A qui ne dispose, dans cette salle, que de chaises et d'un petit écran.

Mais, mis à part le tennis de table (possible l'après-midi seulement dans l'unité A, difficile à pratiquer dans l'unité B car la table de ping-pong est rangée dans une pièce fermée à clé), les possibilités pour les patients d'avoir, durant leur séjour, des activités culturelles, sportives ou thérapeutiques s'arrêtent là. Par manque de personnel compétent, semble-t-il, dans l'unité A et par volonté délibérée des médecins dans l'unité B, aucune activité, qu'il s'agisse d'ateliers organisés sur place ou de sorties en ville, n'est proposée aux patients, quelle que soit la durée de leur séjour.

En conséquence, ils sont livrés quotidiennement et à longueur de temps à leur désœuvrement, sauf s'ils feuilletent les revues éparses posées sur une table basse dans le hall de leur unité.

### 6.5 UNE ABSENCE TOTALE DE REFLEXION SUR LA SEXUALITE

Cette question n'a fait l'objet d'aucune réflexion, d'aucune décision, d'aucune action. Rien n'a été prévu pour un éventuel accès des patients à des préservatifs ou à des contraceptifs. Le personnel soignant s'attache seulement à éviter que des agressions se produisent ou à empêcher que des passages à l'acte consentis aient lieu.

**Recommandation**

*Les conditions d'utilisation des locaux, de gestion des biens des patients, de prise des repas, d'accès aux activités sont autant de conditions de vie qui doivent être gérées de façon harmonieuse entre les deux unités de soins et faire l'objet de procédures intégrées au projet de service.*

## 7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES NECESSAIRES A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

### 7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES : DES PRATIQUES A MODERNISER

Les deux unités d'hospitalisation accueillent des patients transférés par les services d'urgence de Feurs ou Montbrison pour des situations d'urgence psychiatrique ou des mesures de soins sans consentement (SSC) et des patients admis directement dans le cas d'hospitalisations programmées.

Le taux d'occupation est important, avoisinant 100 %, et pouvant se traduire par des mises en isolement en chambre ordinaire voire des admissions en soins libres placées en secteur d'isolement par manque de chambre ce qui est contraire au cadre légal.

Paradoxalement, certains patients sont présents depuis de plusieurs années faute de structures d'accueil en aval (un patient est présent depuis plus de quinze ans) ou de possibilité de sortie (irresponsabilité pénale). **Ces patients représentent approximativement 25 % de l'ensemble.** Aucun projet finalisé n'a été remis concernant les modalités de sortie.

#### **Recommandation**

*L'établissement doit développer une organisation intra et extra-hospitalière permettant d'éviter les hospitalisations au long cours de patients ne relevant plus d'une hospitalisation en psychiatrie ; les chambres d'isolement ne doivent pas être utilisées comme lit d'hospitalisation traditionnelle.*

Les patients hospitalisés ne bénéficient d'aucun atelier thérapeutique quelle que soit l'unité de soins. L'explication apportée fait référence à l'orientation de ce service considéré par le chef de pôle comme service d'urgence, et qu'en conséquence la prise en charge de ces patients ne justifierait pas la mise en place de ce type d'activité. Pour les mêmes raisons aucune sortie de courte durée n'est planifiée. La prise en charge se limite à des consultations médicales, des entretiens infirmiers et des consultations de psychologues.

Selon les praticiens rencontrés, seule une augmentation des lits d'hospitalisation permettrait de ré-envisager cette politique de soins. Le personnel soignant ne bénéficie d'aucune séance de supervision professionnelle.

#### **Recommandation**

*Les activités thérapeutiques font, en psychiatrie, partie intégrante du soin, et l'établissement doit assurer leur mise en place de manière pérenne.*

#### **Recommandation**

*Afin d'améliorer la prise en charge des patients et d'accompagner les soignants dans un travail relationnel souvent délicat avec les personnes hospitalisées et leurs proches, des séances de supervision professionnelle doivent être organisées au profit des personnels volontaires.*

## 7.2 LES SOINS SOMATIQUES : UN NON-RESPECT DE LA REGLEMENTATION

Les soins somatiques étaient assurés jusqu'il y a trois ans par un médecin généraliste pour une quotité de temps de travail de 40 %. Le CHF a obtenu, à la suite du départ de ce dernier, la création d'un poste d'interne de médecine générale (IMG). Ce poste n'a pas été mis au choix pour le semestre mai/octobre 2017 faute d'un nombre de candidats suffisant au niveau régional et ne le sera probablement pas pour le semestre à venir novembre/avril 2018.

Toutes questions liées aux soins somatiques sont soumises aux psychiatres qui, soit les gèrent eux-mêmes, soit font appel à leurs confrères des services de médecine ou de chirurgie, soit les adressent aux urgences. Mais les psychiatres et le personnel soignant rencontrent de nombreuses difficultés pour obtenir des rendez-vous.

Les patients placés en isolement ou en contention n'ont aucun suivi sur le plan somatique tel que le préconise les recommandations de la HAS.

Le recours aux services d'urgence pour ces soins, qui semble être la procédure à suivre selon les soignants, procédure dont les contrôleurs n'ont pu obtenir d'écrit, n'est pas toujours bien accepté des médecins des urgences considérant que ces demandes ne relèvent pas de leurs missions. De plus le service des urgences du CH de Montbrison considère que les patients de l'unité d'hospitalisation de Feurs, patients pourtant hospitalisés sur le site de Montbrison, doivent être adressés au service des urgences de Feurs situé à 22 km.

### **Recommandation**

*L'établissement doit établir des procédures relatives aux prestations médicales permettant d'assurer des soins somatiques au sein des unités d'hospitalisation de psychiatrie.*

## 7.3 LA DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS : UN SYSTEME QUI NE PROTEGE PAS DES ERREURS MEDICAMENTEUSES

Les médicaments sont conditionnés de façon hebdomadaire et par patient à la pharmacie, ces préparations étant identifiées par le numéro de chambre du patient. Ces préparations sont adressées aux deux unités de soins qui disposent d'une pièce équipée d'armoires à pharmacie sécurisées. Il revient au personnel soignant de préparer les piluliers journaliers. Aucun contrôle n'est effectué par un pharmacien ou un préparateur en pharmacie.

La pharmacie est équipée du logiciel softway (Hôpital Manager) assurant l'informatisation de la prescription. Ce logiciel permet de visualiser par praticien (donc par patient) les prescriptions, d'identifier les interactions médicamenteuses et de repérer les contre-indications éventuelles par des alertes programmées. Le contrôle est assuré quotidiennement par un pharmacien.

En cas d'alerte le pharmacien peut contacter le prescripteur, celui-ci restant libre de maintenir sa prescription. Il n'y a pas de traçabilité formalisée sur ces échanges. Dans les faits, ces alertes donnent lieu à peu d'échanges et les psychiatres maintiennent leurs prescriptions.

Les contrôleurs n'ont pu se faire communiquer, pour l'année passée ni les deux années antérieures, de bilans quantitatifs sur les principales molécules prescrites et leur évolution dans le temps.

Il serait utile que les médecins psychiatres aient un retour d'information sur leurs prescriptions, que des échanges annuels sur ces données et les analyses qui pourraient en découler soient organisés et de mettre en place des échanges par praticien.

L'équipe de pharmacie est consciente de ces retards mais considère que le manque d'effectifs, le retard pris par l'informatisation pour conduire ces études et les conditions de travail sont autant d'éléments justifiant ces carences.

**Recommandation**

*Une analyse annuelle des prescriptions doit être mise en place et un échange organisé selon la même périodicité avec les praticiens de ce pôle. La sécurisation du circuit du médicament, de la préparation à la distribution, doit être mise en place.*

## 8. LES PRATIQUES VIS-A-VIS DU RESPECT DES DROITS DE LA PERSONNE

### 8.1 LE PROCESSUS D'ADMISSION DES SOINS SANS CONSENTEMENT (SSC) ET DES URGENCES PSYCHIATRIQUES : UNE RESTRICTION AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

Les admissions des patients en SSC, sur la base d'une procédure établie avant l'admission ou à la demande d'un médecin du SAU, se font dans les services d'urgence (SAU) des CH de Montbrison et de Feurs.

Les données communiquées par le CHF sur les trois dernières années montrent un nombre moyen de mesures de soins sans consentement (SSC) de 160, une moyenne de 86 % étant des soins à la demande d'un tiers (SDT) **dont 70 à 80 % sont des SDT demandés en urgence (SDTU) par le service des urgences. Or, ces mesures doivent être prises à titre exceptionnelle (cf. § 3.1).** Le nombre de mesures de SSC est nettement plus élevé sur le secteur de Montbrison représentant 67 % de ceux-ci. Il n'a pas été possible de connaître la répartition des mesures de SDTU entre les deux secteurs de psychiatrie, ces données n'ayant pas été détaillées dans les statistiques communiquées aux contrôleurs. L'analyse de ces données montrent néanmoins que la proportion SDRE/SDT est approximativement la même pour les deux secteurs avoisinant 80 %.

**Les patients admis aux urgences présentant un état clinique d'agitation, ou selon le motif de leur venue notamment pour les tentatives de suicide, sont quasiment systématiquement contenus dans un lit pré-équipé à cet effet, situé dans le couloir des urgences.**

Le médecin des urgences peut être amené à engager parallèlement une demande de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). Le psychiatre d'astreinte est sollicité pour acter (ou non) de la décision de la mesure de contention et des suites à donner à cette prise en charge. Dans la majorité des cas le patient est transféré dans le secteur d'isolement de l'unité de soins dont il dépend. En l'absence de chambre d'isolement disponible il est hospitalisé à l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SAU toujours contenu. Le nombre de patients ayant transité par l'UHCD en 2016 est de 227 (117 pour le 1<sup>er</sup> semestre 2017 ;) la durée moyenne de séjour étant approximativement de deux jours. Les contentions décidées aux urgences, au nombre de quatre à cinq par semaine selon le chef de service, ne sont pas tracées.

**Plusieurs cas ont été rapportés aux contrôleurs de patients s'étant rendu aux urgences de leur plein gré pour une aide et s'étant retrouvés contenus, placés en SDTU et admis en chambre d'isolement.** Les contrôleurs ont interrogé les praticiens sur ces pratiques qui contreviennent gravement aux droits des patients. Ceux-ci évoquent l'engagement de leur responsabilité en cas de passage à l'acte pour justifier cet état de fait.

Un poste d'infirmier de psychiatrie « référent liaison urgences et UHCD » a été créé au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2017 l'objectif étant d'assurer une meilleure continuité de la prise en charge de ces patients et d'éviter de trop longues attentes aux urgences. Aucun bilan n'a pour le moment été établi.

Les personnels des urgences et de l'UHCD, y compris les médecins, n'ont jamais eu de formation tant sur la loi de 2011 que de celle de janvier 2016 alors même qu'ils sont confrontés quotidiennement à ce type de situation. De même que pour le pôle de psychiatrie, le pôle des urgences ne dispose d'aucun projet de pôle qui définirait les règles organisationnelles et qui permettrait une harmonisation des fonctionnements des SAU de Montbrison et Feurs.

**Recommandation**

*L'établissement doit revoir les procédures de prise en charge des admissions aux urgences pour des soins psychiatriques et mettre en place un recueil de données exhaustif et fiable.*

**8.2 LE RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION : DES ABUS INACCEPTABLES****8.2.1 Le recours à l'isolement**

Depuis 2016, toute mesure d'isolement fait l'objet d'un suivi informatisé, des éléments de la fiche de surveillance recommandée par la haute autorité de santé (HAS) ayant été intégrés dans le dossier patient informatisé (DPI). Ces éléments sont renseignés par les infirmiers (IDE) et les médecins pour la partie médicale, portant sur la justification des décisions de ces mesures et de leur renouvellement. Tout patient placé à isolement est vu une fois par jour par un psychiatre qui décide du maintien ou non de cette mesure.

Les données figurant dans les tableaux ci-dessous sont extraites du rapport annuel 2016. Les contrôleurs émettent les mêmes réserves que précédemment sur celles-ci, d'autres données leur ayant été communiquées par les unités ne corroborant pas les précédentes, notamment sur le nombre de patients et de mesures qui seraient plus élevés.

Séjour	2015			2016		
	Secteur Montbrison	Secteur Feurs	Total	Secteur Montbrison	Secteur Feurs	Total
SSC	145	120	265	82	76	158
Isolement	50	29	79	47	30	77
% IT/SSC	35%	24%	29,8%	57,3%	39,5%	48,7%
Jours d'IT	710	373	1083	796	521	1317
DMS IT	14,2 J	12,8 J	13,7 J	16,9 J	17,3 J	17,1 J

L'analyse des données permet d'observer

- un nombre de mesures d'isolement pour les patients placés en SSC important atteignant le chiffre de **57 %** pour l'un des deux secteurs en 2016 ;
- un nombre de patients placés en secteur d'isolement lors de leur hospitalisation d'au moins 40 % ;
- une durée moyenne de séjour (DMS) en 2016 de dix-sept jours.

Ces données ne sont que des moyennes, la DMS pouvant en effet dépasser plusieurs mois. La consultation de quelques dossiers a fait apparaître **pour certains patients des durées de séjour de neuf à dix mois alternant des placements en isolement de quinze jours à trois mois, couplés à des mesures de contention d'une semaine à quinze jours.**

Ces consultations ont montré par ailleurs le manque de rigueur dans le recueil de ces données et la difficulté d'analyse de celles-ci. Ces données étant renseignées dans le dossier patient, il serait urgent que le département d'information médicale (DIM) mette en place un contrôle qualité.

Les praticiens peuvent décider de deux types d'isolement : les « isollements stricts », où les patients ne peuvent pas sortir de leur chambre, et les « isollements aménagés », où les patients peuvent sortir, à certaines heures, accompagnés. Cette distinction ne fait l'objet d'aucun protocole formalisant ces pratiques. Par ailleurs, l'isolement « aménagé » est en contradiction avec la définition figurant dans la recommandation de bonne pratique de la HAS.

Les contrôleurs ont recueilli le témoignage des psychologues qui regrettent que toute séance de psychothérapie soit suspendue pour ces patients lors de leur période d'isolement, et ce sans négociation possible avec les médecins.

### 8.2.2 Le recours à la contention

Le recours à la contention est une pratique fréquente concernant 65 % de patients placés en isolement, la mesure d'isolement est couplée à une mesure de contention dans au moins 62,5 % des cas.<sup>2</sup>

La justification clinique de ces mesures de privation de liberté est peu argumentée dans les dossiers patients y compris sur les motifs de renouvellement notant une absence de respect des délais fixés dans les recommandations de la HAS.

De surcroît, si les « *contentions cinq points* » sont les plus utilisées, des « *contentions huit points* » ont été répertoriées par les contrôleurs, **pratique jusqu'alors jamais observée par ces derniers**.

Les données auxquelles les contrôleurs ont eu accès sont issues :

- du rapport annuel rédigé par le secteur B (Montbrison) à l'initiative du cadre de santé. L'unité A (Feurs) n'a pas conduit d'analyse, le cadre étant absent pour cause de maladie. Les données recueillies portant sur un quadrimestre (septembre à décembre 2016) l'ont été manuellement à partir des dossiers des patients.

Ainsi pour cette seule unité de soins vingt-cinq mesures de contention ont été décidées pour dix-sept patients placés en isolement au cours de cette période de quatre mois. La DMS est de 10,76 jours, la durée minimale étant d'une journée et maximale de cinquante-sept jours. Les données ne précisent pas le type de contention utilisée cinq ou huit points ;

- du département d'information médicale (DIM). Celui-ci répertorie sur le 1<sup>er</sup> semestre 2017 307 mesures de contention concernant 48<sup>3</sup> pour les deux unités de soins sans précisions sur les modalités de recueil de ces données.

Ils notent également à la lecture du rapport annuel du secteur B des pratiques variables selon les psychiatres.

Ce document finalisé le 11 avril 2017 a été transmis pour la première fois à la direction du CHF et à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). Il n'a donné lieu à aucune observation pour le moment.

#### **Recommandation**

*La méconnaissance de l'article L.3222-5-1 du Code de sante publique est à l'origine d'un recours à l'isolement qui n'est maîtrisé ni dans son principe ni dans ses modalités conduisant l'établissement à faire usage de la contrainte sans fondement précis.*

*Les pratiques d'isolement et de contention doivent respecter les critères établis par la loi et les recommandations de la haute autorité de santé, et n'être que des mesures de derniers recours.*

<sup>2</sup> Source rapport annuel 2016 du Secteur B

<sup>3</sup> Source département d'information médicale (DIM)



### 8.2.3 La tenue d'un registre

Il n'existe pas de registre « *document administratif établi sous la responsabilité du directeur de l'établissement* ».

Les données concernant les mesures d'isolement et de contention sont recueillies dans le dossier informatisé du patient mais ne sont pas exploitées.

#### **Recommandation**

*Un registre opérationnel permettant de connaître en temps réel la pratique de l'isolement et de la contention doit être mis en place, conformément aux règles imposées par l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique.*