



---

## Rapport de visite :

3 au 14 septembre 2018 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier Sainte-  
Marie Ardèche-Drôme de  
Privas

*(Ardèche)*

## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme de Privas (Ardèche) du 3 au 14 septembre 2018. Il s'agissait d'une première visite de cet établissement par le Contrôle général des lieux de privation de liberté.

Un rapport provisoire avait été adressé le 5 février 2019 à la directrice de l'établissement, à l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance de Privas et au préfet de l'Ardèche, afin de recueillir leurs observations. La directrice de l'établissement et le directeur général de l'agence régionale de santé ont répondu par courrier en date des 11 mars et 21 mars 2019 et leurs observations ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

Le centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM), construit en 1827, est géré depuis 1974 par l'association hospitalière Sainte-Marie (ASHM). Sa reconstruction est programmée à l'horizon 2023 sur le même site, soit un terrain de 5,5 hectares au centre de la ville de Privas, après la destruction d'une dizaine de bâtiments vétustes, et un premier déménagement de certaines unités, prévu à partir de 2021 dans le cadre « d'opérations-tiroirs ».

Actuellement, les locaux de certaines unités sont très dégradés et surdimensionnés ; des travaux sont apparus indispensables sans attendre la reconstruction totale de l'établissement, afin de permettre aux patients de continuer à être soignés dans des conditions dignes.

Le CHSM de Privas, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) comprend huit unités de soins sur deux sites éloignés (Annonay et Privas) pour 231 lits et 15 chambres d'isolement, mais ne dispose pas d'un service d'urgences psychiatriques. En 2017, le taux d'occupation moyen pour l'hospitalisation à temps complet était de 89,68 %, avec une durée moyenne de séjour de 26 jours, mais avec par ailleurs plus de vingt patients accueillis depuis au moins 5 ans.

L'activité extra hospitalière continue à se développer largement, avec l'augmentation de structures spécialisées, permettant ainsi de limiter les besoins d'hospitalisation à temps plein pour de nombreux patients.

Les difficultés pour recruter des médecins psychiatres sont importantes, après le départ de cinq d'entre eux sur une période de huit mois.

S'agissant des effectifs non médicaux, le taux d'absentéisme est d'environ 9,04 %, et malgré la création d'un pool de suppléance et le professionnalisme des soignants, les effectifs ne sont pas apparus suffisants pour assurer une prise en charge complète des patients accueillis.

Les équipements installés dans les chambres d'isolement sont tout à fait inadaptés au regard de l'état de santé des patients. De plus, le recours aux pratiques d'isolement et de contention a lieu de façon manifestement excessive. Pour limiter le plus possible l'utilisation des chambres d'isolement, le registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être analysé régulièrement par les soignants, au sein de chaque unité, en réunion collégiale.

**Les restrictions au droit de circuler librement dans l'établissement sont apparues trop importantes pour l'ensemble des patients, admis en soins libres ou en soins sans consentement, et non justifiées par l'état clinique du patient.**

Le choix du placement systématique de la personne détenue en chambre d'isolement doit être réexaminé et discuté par les équipes soignantes, car les droits du patient s'en trouvent restreints.

La protection contre le risque incendie et les intrusions indésirables ne semble pas encore suffisante malgré l'attention portée à cette problématique.

Les contrôleurs ont constaté qu'à ce jour, l'établissement n'est toujours pas en mesure de mettre à la disposition du juge des libertés et de la détention une salle équipée au sein même de l'établissement pour tenir les audiences, comme le prévoit la loi.

Les activités proposées sont nombreuses et variées, mais trop peu connues de nombreux patients qui pourraient pourtant en bénéficier afin d'améliorer leur état de santé.

Les contrôleurs ont bénéficié d'un excellent accueil par l'ensemble des professionnels de santé de l'établissement. Les équipes soignantes qui travaillent déjà dans des conditions matérielles difficiles doivent être encouragées et soutenues pendant la période transitoire qui s'annonce longue jusqu'à la fin de la reconstruction de l'hôpital.

Les observations faites sur les questions essentielles, soit la liberté d'aller et venir et le recours à la pratique de l'isolement, ont retenu l'attention de tous nos interlocuteurs et leurs réflexions engagées sur ces thèmes doivent permettre rapidement de faire évoluer les modes de fonctionnement actuels.

## OBSERVATIONS

### BONNES PRATIQUES

#### 1. BONNE PRATIQUE .....52

Des facilités sont données aux patients par le bureau des biens des patients pour une mise à disposition rapide d'argent liquide.

### RECOMMANDATIONS

#### 1. RECOMMANDATION .....25

Les adresses des autorités que les patients admis en soins psychiatriques sans consentement peuvent saisir doivent être mentionnées dans les documents de notification et dans le livret d'accueil de l'établissement. Elles doivent aussi être actualisées.

#### 2. RECOMMANDATION .....27

Les membres de la commission des usagers doivent être présents lors des réunions. La désignation d'un titulaire et d'un suppléant et la planification des dates des réunions, annoncée bien en avance, doivent le permettre.

#### 3. RECOMMANDATION .....28

L'accès aux différents cultes doit être organisé pour que les patients qui le désirent puissent facilement contacter un représentant de leur religion. Les informations affichées dans les unités doivent permettre d'offrir cette pluralité de choix.

#### 4. RECOMMANDATION .....30

Il y a lieu de mettre en place une procédure visant à garantir à ceux des patients qui en font la demande expresse la confidentialité de leur hospitalisation.

#### 5. RECOMMANDATION .....31

L'établissement et l'autorité judiciaire doivent mettre en œuvre les dispositions prévues par la loi du 27 septembre 2013 et organiser les audiences au sein de l'établissement hospitalier sans attendre la fin des travaux prévue en 2023.

#### 6. RECOMMANDATION .....31

Les patients doivent pouvoir s'entretenir avec leur avocat dans un lieu qui respecte la confidentialité des entretiens.

#### 7. RECOMMANDATION .....34

La CDSP doit élargir son champ d'action à toutes les missions prévues par la loi du 5 juillet 2011. L'agence régionale de santé qui gère le secrétariat de la commission départementale des soins psychiatriques, doit veiller conformément à l'article L3223-1-6 du code de la santé publique, à transmettre au Contrôleur général des lieux de privation de liberté le rapport d'activité annuel de la CDSP.

**8. RECOMMANDATION .....35**

Les modalités choisies pour la tenue du registre de la loi n'apparaissent pas répondre à ce qui est défini usuellement comme un registre ; il faut créer un livre d'enregistrement chronologique, coté et paraphé, sans possibilités d'ajouts ou de retraits ultérieurs.

**9. RECOMMANDATION .....39**

L'établissement doit permettre l'application pleine et entière du principe de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés.

**10. RECOMMANDATION .....39**

Toutes les chambres doivent disposer d'un verrou de confort.

**11. RECOMMANDATION .....45**

Les travaux de démolition et le nouveau plan architectural ne doivent en aucun cas freiner les travaux de rénovation nécessaires aujourd'hui dans certaines unités.

**12. RECOMMANDATION .....50**

Pour une meilleure coordination des différentes activités occupationnelles et thérapeutiques, dans l'intérêt des patients et pour une meilleure information, complète, structurée et attractive sur les services et les activités à leur disposition :

- le poste de coordinateur doit être maintenu car la nécessité et l'intérêt de ses fonctions sont soulignés par les responsables des activités ;
- la page 9 du livret d'accueil traitant de cette question doit être revue ;
- l'information des patients doit être améliorée sur les activités auxquelles ils peuvent participer grâce, par exemple, à l'édition d'une brochure les recensant de manière détaillée et attractive (nature, noms des animateurs, photographies des lieux et des équipements, horaires).

**13. RECOMMANDATION .....54**

L'hôpital doit entamer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients ayant pour objet notamment de permettre au personnel de se positionner efficacement par rapport à l'existence de rapports avec les proches ou avec d'autres patients dans les unités, et également d'apporter aux patients la protection et l'information nécessaires.

**14. RECOMMANDATION .....61**

Un projet de soins infirmiers doit préciser les modalités concrètes d'organisation des soins au regard des stratégies définies par le projet médical.

**15. RECOMMANDATION .....63**

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins et permettre un échange sur la thérapie.

**16. RECOMMANDATION .....65**

L'accès libre aux toilettes doit être la règle le jour et la nuit ; les seaux hygiéniques doivent être supprimés afin de respecter la dignité des patients.

L'analyse du registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants en réunion collégiale. Cette analyse doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par des moyens alternatifs.

**17. RECOMMANDATION .....72**

La personne détenue hospitalisée ne doit être mise en chambre d'isolement que si son état clinique l'exige. Quand elle est menottée, sa dignité doit être préservée. Le respect de ses droits doit être assuré, notamment en ce qui concerne les visites. Un protocole entre la maison d'arrêt, le centre hospitalier et la préfecture doit encadrer les modalités de prise en charge des personnes détenues et garantir le respect de leurs droits.

**18. RECOMMANDATION : .....73**

La pratique de fermeture systématique des placards des patients doit cesser.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE .....</b>	<b>2</b>
<b>OBSERVATIONS .....</b>	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>7</b>
<b>RAPPORT .....</b>	<b>10</b>
<b>1. LES CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>10</b>
<b>2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET LA POLITIQUE ADOPTEE .....</b>	<b>11</b>
2.1 L'hôpital historique construit en 1827 s'engage dans un ambitieux programme de reconstruction à l'horizon 2021 .....	11
2.2 L'établissement sans service d'urgences psychiatriques est réparti sur deux sites très éloignés .....	13
2.3 Le projet d'établissement a été établi en 2016 pour intégrer la réorganisation territoriale .....	14
2.4 Le contexte général du département montre que l'activité extra hospitalière continue à se développer largement .....	15
2.5 Les effectifs cibles en personnel soignant sont atteints mais ils apparaissent insuffisants pour assurer une prise en charge complète des patients .....	16
2.6 La bonne situation financière de l'établissement permet de dégager une forte capacité d'autofinancement .....	22
<b>3. LES PATIENTS HOSPITALISES ET L'EXERCICE DE LEURS DROITS .....</b>	<b>24</b>
3.1 Les patients en soins sans consentement sont nettement moins nombreux que ceux en soins libres mais la part des modes dérogatoires à l'admission sur demande d'un tiers reste très importante .....	24
3.2 Si l'information des patients et la notification des droits sont correctement effectuées, les adresses manquent dans les différents documents pour rendre effectif le recours à certaines autorités .....	25
3.3 Les réclamations et les événements indésirables sont gérés avec attention ..	25
3.4 La commission des usagers se réunit au moins quatre fois par an mais des membres sont souvent absents .....	26
3.5 La désignation d'une personne de confiance est abordée dès l'arrivée .....	27
3.6 Les patients qui le souhaitent peuvent exercer leur droit de vote .....	28
3.7 L'accès au culte n'est organisé que pour la religion catholique .....	28
3.8 Les mesures de protection juridique sont gérées par différents organismes ..	29
3.9 Le changement de médecin est possible .....	29
3.10 La confidentialité de l'hospitalisation ne relève pas d'une procédure formalisée au niveau de l'établissement mais uniquement de la vigilance du personnel administratif ou médical. ....	30
<b>4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE .....</b>	<b>31</b>

4.1	Le contrôle du juge des libertés et de la détention dont les audiences se déroulent au palais de justice aboutit à un nombre élevé de mainlevées des mesures de soins sans consentement .....	31
4.2	La mission de la commission départementale des soins psychiatriques se réduit à la rencontre des patients sans produire d'analyse sur les soins sans consentement .....	33
4.3	Le registre de la loi est constitué de classeurs aux feuillets mobiles et non cotés	34
4.4	L'aménagement et la levée de la mesure ne font pas l'objet de blocage de la part du représentant de l'État .....	35
4.5	Le recours au collège des professionnels de santé s'effectue selon les prescriptions de la loi et en présence des patients .....	36
4.6	Les autorités administratives et judiciaires visitent régulièrement l'établissement.....	36
<b>5.</b>	<b>LES RESTRICTIONS DE LIBERTE .....</b>	<b>38</b>
5.1	Le droit de circuler librement n'est pas respecté .....	38
5.2	Les restrictions imposées dans la vie quotidienne sont très limitées .....	39
5.3	Les modalités de communication avec l'extérieur sont très libérales.....	40
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>42</b>
6.1	Les locaux sont vétustes et surdimensionnés et le nouveau plan architectural ne doit pas empêcher l'exécution des travaux qui sont nécessaires aujourd'hui dans certaines unités .....	42
6.2	Le niveau d'hygiène est quotidiennement maintenu .....	45
6.3	L'hygiène des personnes .....	45
6.4	Les activités occupationnelles et thérapeutiques sont très nombreuses et bien organisées mais insuffisamment coordonnées et connues.....	48
6.5	La gestion des biens des patients est souple .....	50
6.6	La restauration est considérée comme satisfaisante .....	52
6.7	La sexualité est un sujet qui n'est pas traité institutionnellement.....	54
6.8	Les patients ne sont pas totalement protégés contre le risque incendie et les intrusions indésirables .....	55
6.9	Les situations de violences sont évoquées immédiatement en réunions d'équipe .....	57
<b>7.</b>	<b>LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....</b>	<b>58</b>
7.1	La prise en charge initiale s'effectue majoritairement via les urgences de plusieurs autres hôpitaux.....	58
7.2	Les prises en charge médicales sont pertinentes mais ne se déclinent pas toujours dans l'organisation des soins infirmiers .....	59
7.3	Les soins somatiques sont intégrés à la prise en charge mais la dispensation des médicaments n'est pas confidentielle .....	62



<b>8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION .....</b>	<b>64</b>
8.1 Les locaux d'isolement doivent permettre un accès aux toilettes 24h/24.....	64
8.2 Les pratiques d'isolement et de contention sont encore excessives .....	66
<b>9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>70</b>
9.1 La psychiatrie infanto-juvénile : la prise en charge des mineurs en hospitalisation complète ne concerne que ceux âgés de plus de 16 ans.....	70
9.2 La prise en charge des personnes détenues se traduit systématiquement par un placement en chambre d'isolement .....	71
9.3 Le sujet âgé est pris en charge par une équipe soignante qui propose de nombreuses activités occupationnelles.....	72
<b>10. CONCLUSION.....</b>	<b>74</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Danielle PIQUION, cheffe de mission ;
- Luc CHOUCHKAIEFF, contrôleur ;
- Michel CLEMOT, contrôleur ;
- Philippe NADAL, contrôleur ;
- Bruno REMOND, contrôleur ;
- Dominique SECOUET, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Privas du 3 au 14 septembre 2018.

## 1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 septembre 2018 à 15h. Ils l'ont quitté le 14 septembre 2018 à 11h.

A leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice de l'établissement et la mission a pu se présenter devant une soixantaine de participants représentant toutes les catégories de personnel de l'hôpital : personnel administratif et technique, professionnels de santé médicaux et non médicaux. Des contacts téléphoniques avaient été préalablement établis avec le directeur de cabinet du préfet de l'Ardèche, la présidente du tribunal de grande instance de Privas, les secrétariats du procureur de la République et du bâtonnier de l'ordre des avocats.

Ont également été informés de la visite les secrétariats du maire de la commune de Privas et de la déléguée départementale de l'agence régionale de santé.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site, ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont demandé à être entendues.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une grande salle de travail parfaitement équipée avec notamment une imprimante et plusieurs ordinateurs. Tous les documents demandés ont été mis à disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

Des affiches signalant la visite de 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 membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 14 septembre 2018 en présence de la majorité des personnes qui étaient présentes lors de la réunion de présentation.

La qualité de l'accueil et la disponibilité de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

## 2. LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET LA POLITIQUE ADOPTEE

### 2.1 L'HOPITAL HISTORIQUE CONSTRUIT EN 1827 S'ENGAGE DANS UN AMBITIEUX PROGRAMME DE RECONSTRUCTION A L'HORIZON 2021

#### 2.1.1 Un hôpital historique et un ancrage fort dans la ville

Le centre hospitalier Sainte-Marie Ardèche-Drôme (CHSM A-D) de Privas est le plus ancien des cinq établissements (les quatre autres sont situés à Nice, Le Puy-en-Velay, Rodez et Clermont-Ferrand) qui sont gérés par l'Association hospitalière Sainte-Marie créée en 1974, dont le siège est installé à Chamalières (Puy-de-Dôme).

C'est en 1827 que les Sœurs de Sainte-Marie de l'Assomption et le père Joseph Chiron, aumônier à la prison de Privas, ouvrent un « asile » pour femmes « aliénées », lieu qui ne commencera à accueillir des hommes, qu'après le vote de la loi du 30 juin 1838 qui a imposé à chaque département de disposer d'un établissement public pour recevoir et soigner « les aliénés ». En 1840 c'est la société civile Sainte-Marie qui va poursuivre l'œuvre du père Chiron puis du père Bal, en ouvrant d'autres établissements dans les départements du Puy-de-Dôme, de la Corrèze, de la Haute-Loire et des Alpes-Maritimes.

C'est ainsi que la congrégation Sainte-Marie s'est déclarée à la préfecture du Puy-de-Dôme le 11 octobre 1974 comme association hospitalière Sainte-Marie (ASHM).

En 2011, les statuts de l'ASHM ont été modifiés, avec un nouveau mode de gouvernance reposant sur le conseil d'administration, son bureau et les cinq conseils locaux associatifs de surveillance. Le conseil associatif de surveillance est l'instance délibérative au niveau local qui agit par délégation du conseil d'administration ; ce dernier qui est seul détenteur de la personnalité morale, veille à la cohérence des activités de tous les établissements, au respect des valeurs fondamentales de l'association, et prend les décisions les plus importantes en matière de gestion financière et patrimoniale. Le conseil associatif de surveillance définit les orientations de chaque établissement, approuve ses budgets et ses comptes administratifs.

Une nouvelle directrice a été nommée au mois de juin 2016 pour l'ensemble des établissements Sainte-Marie Ardèche-Drôme qui comprennent : le CHSM, l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) Saint-Joseph, la maison d'accueil spécialisée (MAS) du Bois Laville, le centre de soins, d'accompagnement et de prévention des addictions (CSAPA) la Cerisaie, le foyer d'accueil médicalisé (FAM) Rose des Vents, le service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS), les appartements thérapeutiques, les places en accueil familial thérapeutique (AFT) et l'Institut de formation aux professions de santé (IFPS).

#### 2.1.2 Une reconstruction nécessaire

Le 27 avril 2018 le président de l'Association Sainte-Marie, et le représentant de la société *VINCI Construction France* ont signé le contrat qui va permettre d'engager les travaux pour la reconstruction du centre hospitalier, **sur le même site, à l'horizon 2023, avec un premier déménagement dès 2021.**

Alors que plusieurs établissements (les hôpitaux Drôme Nord, le CH Le Valmont, le CH Sainte-Marie, le CH de Montélimar) étaient présents sur les départements de l'Ardèche et de la Drôme, une réorganisation de la psychiatrie générale et infanto-juvénile sur le territoire Rhône-Alpes Sud était devenue nécessaire, mais aucun accord n'avait été trouvé entre ces différents acteurs.

La mission nationale d'appui en santé mentale rendait alors un rapport en juin 2008, dans lequel elle prévoyait la nomination d'un directeur de projet pour un nouveau système global de soins.

En 2012 l'agence régionale de santé (ARS) demandait la création d'un comité technique territorial pour redéfinir l'offre de soins sur le territoire. Et ce n'est qu'en 2013 que l'ARS prendra la décision de ne retenir que deux opérateurs pour prendre en charge les soins en psychiatrie sur le territoire concerné, à savoir l'hôpital Le Valmont de Montéluar et l'hôpital Sainte-Marie de Privas, qui feraient l'objet chacun d'une reconstruction quasi totale.

C'est ainsi que le CHSM voyait son territoire s'étendre sur le bassin de vie autour de Livron-Loriol, et Pierrelatte (Drôme) ainsi que sur la zone urbaine de Montélimar (Drôme), alors que les trois quarts de la population ardéchoise vivent dans une région à dominante rurale, avec une densité faible de 58 habitants au km<sup>2</sup> (145 h/km<sup>2</sup> dans la région). L'extension d'une partie du territoire permettait notamment pour chacun des binômes (binôme Sud avec Aubenas et Pierrelatte et binôme Centre avec Privas et Montélimar) de mélanger un secteur ardéchois, ayant une population plus âgée, et un secteur drômois ayant une population plus jeune et plus urbaine. Selon l'Observatoire régional de la santé Auvergne-Rhône-Alpes, la situation économique (petites entreprises, secteurs agricole et industriel importants) reste très fragile depuis 2008, avec une forte aggravation des indicateurs signes d'une grande précarité.

Pour l'ensemble des salariés, il s'en est suivi une longue période d'incertitude, et une instabilité pour le personnel soignant puisqu'en effet, le projet de reconstruction du nouvel hôpital sur site ne s'est définitivement concrétisé qu'au mois d'avril 2018.

Par ailleurs, les syndicats ont regretté que tous les salariés n'aient pas eu connaissance de façon complète des projets qui ont été discutés, lors des différentes réunions de préparation tenues pour la reconstruction du nouvel hôpital.

La direction a fait cependant remarquer aux contrôleurs qu'un certain nombre de salariés (création de groupes de travail) ont bien été invités à participer aux commissions techniques mises en place, depuis le mois de septembre 2016 jusqu'à maintenant, mais avec des règles strictes de confidentialité. Et c'est à partir du mois d'octobre 2018 que de nouvelles réunions et des débats vont être programmés, pour donner la parole aux futurs utilisateurs des locaux qui vont être construits.

En effet, l'hôpital construit au pied du Mont Toulon, est situé au centre de la ville de Privas sur un immense terrain de 5,5 hectares, sur lequel est implantée par ailleurs une chapelle imposante, ce qui valorise de façon importante le patrimoine de la ville. Le nouveau projet architectural a été élaboré en tenant compte de la nécessité de préserver cette chapelle, de l'existence de véritables réserves foncières et de la volonté de maintenir ce très ancien établissement au centre-ville de la commune (premier employeur).

Il est donc prévu, autour de la chapelle, la construction de nouveaux bâtiments comprenant quatre unités ouvertes de court et moyen séjour de vingt-cinq lits d'hospitalisation, avec des jardins extérieurs, des espaces végétalisés, et une vue particulière sur la vallée compte tenu du niveau du terrain naturel (pente accentuée). Une unité particulière sera créée comprenant, d'un côté une partie d'admission intersectorielle fermée de dix lits avec trois chambres d'isolement, un salon d'apaisement et un service d'accueil infirmier. L'autre partie de treize lits serait ouverte pour des patients stabilisés en attente de sortie, avec une équipe renforcée et un chef de service communs.

Un certain nombre de salariés ont indiqué leurs inquiétudes quant au nombre de lits prévus pour cette unité fermée et au recrutement du personnel commun, qui prendrait en charge des patients ayant des problématiques très différentes voire opposées.

Deux lits seraient réservés pour les adolescents. Les unités de réhabilitation et de gérontopsychiatrie seraient maintenues ainsi que l'unité fermée de longue évolution (actuellement il s'agit de l'unité Saint-Régis avec vingt-deux lits).

Tous les bâtiments qui sont inadaptés (une dizaine) seront donc détruits ; la vétusté de la plupart des bâtiments et l'existence encore de chambres à trois lits, rendaient indispensable la reconstruction, car les normes actuelles ne sont pas du tout respectées. Par ailleurs, compte tenu de la longueur de certains couloirs, de la distance qui existe entre les bâtiments, de l'implantation des services administratifs et des bureaux des médecins qui se situent très loin des unités et donc des patients, il était également nécessaire de construire un hôpital à taille humaine, pour au moins faciliter les contacts entre les différentes catégories de personnel entre elles d'une part et avec les patients d'autre part.

Le projet est de réduire le nombre de chambres d'isolement, qui passerait de quinze à onze, avec une superficie de 22 m<sup>2</sup> chacune, sans caméra de surveillance ; il y aurait par ailleurs des espaces d'apaisement dans chaque unité.

Les travaux se feront dans le cadre « d'opérations-tiroirs », les services administratifs devant déménager au mois de février 2019, puis les bureaux médicaux six mois plus tard, et ensuite les autres unités jusqu'en 2023.

La reconstruction de l'hôpital aura un coût global d'environ 60 M€. Pour l'aménagement et la construction des structures extra hospitalières (CMP-HDJ<sup>1</sup>) il est prévu une enveloppe complémentaire de 10 M€ pour la période 2018/2021.

Sur les exercices 2017 à 2026, les immobilisations corporelles et incorporelles de renouvellement sont estimées à 270 K€. Un emprunt de 31 M€ est prévu sur la période 2019 à 2022, avec des remboursements sur 30 ans. L'ARS devrait verser la somme de 25 M€ dans le cadre du programme d'aide à la recomposition de l'offre de soins sur le territoire Ardèche-Drome, qui a prévu la reconstruction des deux hôpitaux (accord-cadre).

Les ressources propres de l'association s'élèvent à environ 22 M€.

## 2.2 L'ETABLISSEMENT SANS SERVICE D'URGENCES PSYCHIATRIQUES EST REPARTI SUR DEUX SITES TRES ELOIGNES

Le CHSM de Privas est donc un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) qui assure le service public de psychiatrie pour les adultes et les enfants qui résident sur les communes de deux départements : tout le département de l'Ardèche (07) et le Sud de la Drôme (26), soit une population d'environ 400 000 habitants.

Il y a cinq secteurs de psychiatrie générale, trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, et trois services intersectoriels : la géronto-psychiatrie, l'unité de longue évolution Saint-Régis, le service de réhabilitation psychosociale et enfin une équipe de liaison en addictologie. Les secteurs de psychiatrie adulte sont les suivants : secteur 07G11 d'Annonay, secteur 07G12 de Privas, secteur 07G13 de Montélimar, secteur 07G14 d'Aubenas, et secteur 07G15 de Pierrelatte. Ces secteurs couvrent huit unités de soins, pour 231 lits et 15 chambres d'isolement, sur deux sites différents Annonay et Privas.

Les patients d'Annonay et du Nord du département sont accueillis dans la clinique Joseph Chiron, ouverte en 1994 sur la commune d'Annonay, située au Nord de Privas (une heure trente de route en voiture), avec une capacité de quarante lits d'hospitalisation à temps complet, sur deux unités. La filière de réhabilitation psychosociale, mise en place en 2009 comprend :

<sup>1</sup> CMP : centre médico-psychologique ; HDJ : hôpital de jour

- une unité d'hospitalisation de vingt-cinq lits (Rebond) ;
- un hôpital de jour de vingt-cinq places (villa Sophie) ;
- un réseau d'appartements accompagnés (fil d'Ariane) ;
- un accueil familial thérapeutique de quinze places ;
- une équipe mobile spécialisée psychiatrie et précarité ;
- un studio d'essai en ville ;
- une unité d'ergo-sociothérapie sur un plateau commun.

Le CHSM ne dispose pas de service d'urgences psychiatriques autorisé, mais il est amené naturellement à traiter des situations d'urgence lorsqu'un patient (parfois en crise) se présente spontanément à l'accueil, ou bien lorsqu'il est envoyé par son médecin traitant, ou encore la nuit lorsque que le SAMU a été appelé pour une intervention. Des conventions de coopération ont donc été passées avec les hôpitaux régionaux qui ont un service d'urgence : le centre hospitalier général de Privas, le centre hospitalier d'Aubenas, le centre hospitalier de Montélimar, le centre hospitalier d'Annonay.

L'importance de l'activité de l'établissement peut être analysée sur la base des chiffres suivants :

	<i>Année 2017</i>	<i>Premier semestre 2018</i>
File active totale	14 674	10 791
File active en ambulatoire	12 473	10 378
File active hospitalisation à temps complet	1 803	990
Nombre de journées : temps plein	82 161	37 610
DMS	25, 27	24 ,47
DMH	45, 57	37, 99
Taux d'occupation	89, 68 %	89 ,95 %

En 2017 le chiffre de la file active était de 14 674 patients, avec 85 % de patients suivis exclusivement en ambulatoire.

En 2017, le service d'accueil a enregistré 1 803 entrées, parmi lesquelles 569 personnes ont été admises pour des soins sans consentement soit une augmentation de 20,7 % par rapport à l'année 2016, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) étant de 43 jours. Le jour du contrôle, l'établissement accueillait soixante-dix-huit patients en soins sans consentement.

En cinq ans, l'activité de l'hôpital s'est fortement intensifiée, soit une augmentation de 87 % de séjours et de 117 % de journées d'hospitalisation entre 2012 et 2017.

En 2017, le nombre de journées d'hospitalisation, s'est élevé à 82 161 soit une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente.

Le taux d'occupation moyen pour l'établissement pour l'hospitalisation à temps complet était de 86,20 % en 2016 et de 89,68 % en 2017, chiffres en très légère augmentation en 2018. La durée moyenne de séjour (DMS) en 2017 est la même qu'en 2016 soit environ 26 jours, avec des écarts très importants soit 185 jours pour l'unité de longue évolution (pathologies lourdes) et 15 jours pour l'unité d'admission Saint Damien par exemple.

En 2017, ce sont vingt-deux patients qui étaient accueillis au CHSM depuis au moins 5 ans.

### 2.3 LE PROJET D'ETABLISSEMENT A ETE ETABLI EN 2016 POUR INTEGRER LA REORGANISATION TERRITORIALE

Au mois de juin 2016, compte tenu de la décision de l'ARS de réorganiser l'offre de soins sur le territoire de Rhône-Alpes Sud, les deux départements de l'Ardèche et de la Drome ont dû

modifier en profondeur leur organisation au sein de leurs établissements respectifs, le CH Sainte-Marie et le CH Le Valmont.

**Le projet d'établissement 2016-2020 a donc été établi pour redéfinir les nouveaux objectifs compte tenu de la nouvelle sectorisation.** En effet le CHSM couvre désormais un territoire qui comprend notamment une nouvelle zone urbaine, la ville de Montélimar (38 300 habitants), soit une augmentation de population de 17 %.

Un nouveau projet médical a été présenté le 8 juin 2018 en réunion plénière aux salariés de l'hôpital. (cf. paragraphe 7.2.1).

Trois constats avaient été mis en avant s'agissant de la psychiatrie adulte : une saturation des capacités d'hospitalisation complète, de nombreux séjours trop longs avec les patients chroniques, des admissions en géronto-psychiatrie non adaptées.

Un des objectifs fixés est de développer une meilleure politique du parcours du patient, pour garantir la même offre de soins sur tout le territoire et améliorer la coordination avec les partenaires extérieurs. Dans le projet médical il est prévu d'optimiser la qualité des soins en centralisant les lieux de soins, en créant des centres-pivot qui regrouperont un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), un centre médico-psychologique (CMP) et un hôpital de jour (comme à Annonay). Des constructions neuves sont prévues à Montélimar (Drôme), La Voulte-sur-Rhône, et Bourg-Saint-Andéol (Ardèche), et des extensions de locaux sur les communes d'Annonay et d'Aubenas (Ardèche).

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a indiqué que « *le projet médical initial a été revu au moment du partage des DAF entre les deux établissements du territoire ce qui a entraîné la suppression du projet de construction de La Voulte et des deux projets d'extension d'Aubenas et d'Annonay* ».

Par ailleurs, pour permettre aux patients autonomes de se rendre aux consultations du médecin généraliste, il est prévu la création d'une salle d'exams à l'entrée de l'établissement, mais extérieure aux unités de soins. Enfin, l'accent a été mis sur le renforcement du suivi social avec le recrutement d'un chef de service, au profit en priorité des patients hospitalisés au long cours ou en attente de sortie.

Le projet de soins prévoit notamment d'adapter le management soignant pour assurer la pérennité des savoirs professionnels et valoriser des approches plus innovantes.

#### **2.4 LE CONTEXTE GENERAL DU DEPARTEMENT MONTRE QUE L'ACTIVITE EXTRA HOSPITALIERE CONTINUE A SE DEVELOPPER LARGEMENT**

Dans le département de l'Ardèche, un tiers de la population vit en zone rurale, alors que dans le département de la Drôme le nombre d'habitants en zone rurale est un peu plus faible (environ 28 %).

La communauté d'agglomération Privas Centre Ardèche propose un réseau de transport collectif qui dessert quarante-deux communes, avec des transports scolaires ouverts à tous, deux lignes régulières, des transports à la demande sur réservation et un réseau urbain de quatre lignes à Privas.

Cependant, certaines communes de la montagne ardéchoise sont isolées car éloignées des voies de communication rapides. Les cantons dont la population augmente rapidement sont ceux situés autour des communes d'Annonay et d'Aubenas. Une extension du pôle extra hospitalier d'Annonay était prévue, mais elle a été abandonnée du fait du manque de financement. Le taux de progression démographique le plus important concerne le secteur Aubenas-Privas avec une augmentation de la population de 22,06 % à l'horizon 2040. La population âgée de plus de 60 ans

de la Drôme représente 25 %, celle de l'Ardèche 28 %, soit un peu plus que la moyenne nationale qui est de 24 %.

Il y a une forte activité ambulatoire, comme cela a été démontré dans le tableau précédent. Le maillage territorial est assuré au niveau de l'extra hospitalier par la présence de trente-huit lieux de soins répartis ainsi : six hôpitaux de jour pour adultes (quatre-vingt-sept places), huit centres médico-psychologiques (CMP) et cinq centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour adultes, quatre hôpitaux de jour pour enfants (quarante et une places), neuf CMP et 3 CATTP pour enfants. L'activité des hôpitaux de jour a augmenté de 5 % par rapport à 2016.

Le CHSM pilote en partenariat avec le centre hospitalier Le Valmont un centre d'évaluation et de diagnostic de l'autisme (CEDA) situé à Valence.

Le secteur libéral ne dispose pas, ou presque pas, de médecins psychiatres, ni de pédopsychiatres. En effet la densité de médecins psychiatres exerçant en libéral dans le département est très faible, selon l'Observatoire régional de la santé, soit en 2016 un total de neuf spécialistes, avec une densité de 2,8 pour 100 000 habitants alors qu'elle est de 10,2 au niveau de la région.

## 2.5 LES EFFECTIFS CIBLES EN PERSONNEL SOIGNANT SONT ATTEINTS MAIS ILS APPARAISSENT INSUFFISANTS POUR ASSURER UNE PRISE EN CHARGE COMPLETE DES PATIENTS

Les effectifs au 31 décembre 2017 pour l'intra et l'extra hospitalier sont de 913,79 équivalents temps plein (ETP) comprenant 45,95 ETP pour le personnel médical et 302,10 ETP pour les infirmiers (IDE<sup>2</sup>).

L'examen des plannings des différentes unités a montré que l'effectif-cible (personnel soignant) de trois personnes au minimum présentes par demi-journée est souvent atteint et que parfois il monte jusqu'à six. Mais le chiffre de six n'est jamais définitif, car des réorganisations peuvent être faites à tout moment. En revanche l'effectif de trois est apparu insuffisant, car il ne permet pas de gérer toutes les situations complexes qui peuvent survenir dans la journée (crises de plusieurs patients en même temps, arrivée d'une ou deux personnes en chambre d'isolement, accompagnement urgent non programmé, etc.).

### 2.5.1 Les effectifs médicaux

Les difficultés pour recruter des psychiatres sont réelles. L'établissement n'accueille pas d'internes. Les jeunes psychiatres se montrent réticents à venir à l'hôpital et font valoir souvent que le projet médical qui est proposé ne leur semble pas assez moderne (absence de projet de recherche par exemple). Par ailleurs les quelques candidats qui se présentent ont souvent d'autres offres dans la région (Saint-Etienne, Lyon, etc.) et se dirigent naturellement là où les conditions salariales sont les meilleures. Enfin, la situation géographique du CHSM n'est pas la plus favorable, puisqu'il n'y a ni autoroute, ni gare TGV après Valence.

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a indiqué que « *concernant le recrutement de psychiatres, le Conseil d'administration a prévu un accompagnement financier plus qu'honorable pour leur accueil et aucun n'a fait référence à une problématique salariale pour refuser une offre* ».

---

<sup>2</sup> IDE : infirmier diplômé d'Etat



Cinq psychiatres ont quitté l'établissement sur une période de 8 mois, dont un médecin-chef qui a démissionné en août 2018, un pédopsychiatre en juillet 2018 (départ outre-mer), un psychiatre en janvier 2018, et deux psychiatres en mai 2018 (désaccord sur les orientations prises).

Il a fallu dans l'urgence recourir à des intérimaires, mais actuellement le recrutement (difficile sur la région toute entière) de psychiatres sur des postes fixes est en cours et laisse penser, qu'en début 2019 la situation sera rétablie, avec une arrivée programmée pour le 1<sup>er</sup> novembre 2018 et le maintien d'un autre psychiatre (en intérim) qui sera salarié à temps partiel.

Le taux d'absentéisme du personnel médical a été relevé selon les chiffres suivants présentés par la direction des ressources humaines :

	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Aout	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre		
<b>Taux absentéisme mensuel 2016 dont médical</b>	7,02%	7,53%	6,93%	7,46%	5,29%	7,95%	7,74%	9,21%	8,55%	8,75%	7,51%	9,60%	7,80%	Evolution 2015-2016 28%
<b>Turn over 2016 mensuel dont médical</b>	1,44%	2,42%	1,59%	2,13%	1,76%	1,98%	3,31%	2,89%	1,77%	1,82%	1,05%	1,22%	23,38%	
<b>Taux absentéisme mensuel 2017 dont médical</b>	9,42%	9,79%	9,21%	9,72%	7,42%	7,35%	8,16%	8,94%	8,90%	9,96%	9,12%	10,53%	9,04%	Evolution 2016-2017 16%
<b>Turn over 2017 mensuel dont médical</b>	0,94%	0,80%	1,46%	0,94%	0,85%	1,33%	2,52%	2,06%	1,62%	0,96%	0,87%	1,06%	15,41%	
<b>Taux mensuel 2018</b>	10,29%	11,51%	9,19%	10,11%										
<b>Turn over</b>														

La direction a encouragé récemment deux médecins recrutés au départ comme généralistes, à se former pour devenir psychiatres. Au jour du contrôle, six médecins ont déjà suivi ce cursus.

Outre la convention collective de 1951 qui est appliquée, l'accord d'entreprise est très favorable pour l'ensemble des salariés et notamment pour les médecins (primes, prise en charge temporaire du loyer, etc.).

Le pôle de médecine générale est pris en charge par sept médecins généralistes salariés, soit 5,89 ETP et un poste de secrétaire soit 0,1 ETP. Les relations sont décrites comme satisfaisantes entre les généralistes et les psychiatres et les réunions de synthèse pluridisciplinaires sont régulières.

Les médecins intervenant aussi bien sur l'intra que sur l'extra hospitalier, le nombre de sites et les longues distances entre les uns et les autres et les temps de trajet, entraînent en fin de compte une diminution de leur temps réel de présence sur chaque site.

### 2.5.2 Les effectifs non médicaux

Les effectifs réels au sein du CHSM sur les deux sites (concernant seulement la réhabilitation psychosociale, la clinique Chiron, l'accueil infirmier, l'addictologie, les unités d'admission et de suite), sont ainsi répartis selon les différentes qualifications :

Statut	ETP
Infirmiers diplômés d'état (IDE)	125,10

Aides-soignants	53,8
Agents de service logistique (ASL)	44

Les effectifs cibles pour les unités d'admission sont de neuf infirmiers, quatre aides-soignants et quatre agents de service logistique et pour les unités de suite, ils sont de neuf infirmiers, cinq aides-soignants et quatre agents de service logistique, répartis ainsi : trois personnes le matin à partir de 6h30, trois personnes l'après-midi à partir de 13h et deux personnes la nuit à partir de 19h30, plus une personne supplémentaire pour la journée (de 8h à 16h ou de 9h à 17h du lundi au vendredi). Les effectifs sont composés pour les week-ends de trois soignants le matin et le soir. Dans certaines unités et pour tenir compte des pathologies des patients, il peut y avoir moins d'infirmiers et plus d'aides-soignants, ou des aides-médico-psychologiques (AMP). Ainsi au sein de l'unité Saint-Régis l'effectif se compose de huit infirmiers, huit aides-soignants et quatre agents de service logistique.

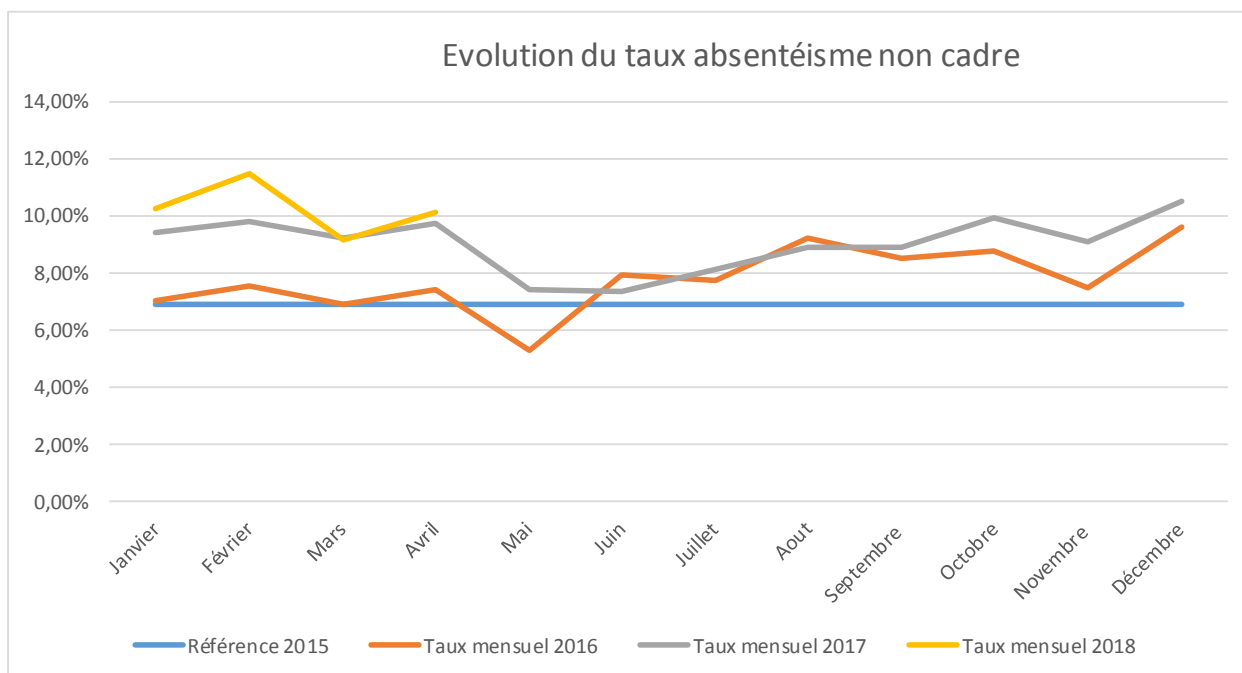
Les salariés bénéficient d'horaires variables dans un créneau de deux heures.

L'effectif de sécurité (hypothèse d'une grève ou mise en place du plan blanc) comprend deux soignants dont un infirmier de jour comme de nuit.

Les tensions avec les organisations syndicales sont réelles, car le dialogue est difficile et les désaccords sont profonds en ce qui concerne la détermination des effectifs nécessaires à la bonne prise en charge des patients. Il faut rappeler que jusqu'en 2016, l'effectif pour chaque unité de soins était de dix infirmiers.

Plus de 50 % des patients sont orientés dans les unités d'admission après 18h, et il faut donc prévoir les repas supplémentaires, la récupération des médicaments et la préparation des chambres. C'est donc à ce moment de la journée que les effectifs devraient être renforcés.

Pour lutter contre l'absentéisme, un accord collectif à durée déterminée avait été signé en septembre 2016 et instaurait une bonification supra-conventionnelle de la prime décentralisée pour l'année 2017 pour le personnel non-cadre, tous statuts confondus, à condition qu'il y ait une baisse conséquente du taux d'absentéisme. Cette bonification ne serait versée qu'au mois de février 2018.



Les chiffres relatifs au suivi du taux d'absentéisme montrent un taux moyen d'absentéisme qui progresse depuis deux ans ; ainsi le taux moyen pour l'année 2016 était de 7,80 %, passant à 9,04 % pour l'année 2017, jusqu'à atteindre 10,28 % pour les quatre premiers mois de l'année 2018.

Une nouvelle organisation est prévue avant la fin de l'année 2018 pour respecter les effectifs théoriques cibles mais avec un roulement pour les aides-soignants sur un cycle de quatre semaines et un roulement pour les infirmiers sur un cycle de huit semaines.

La direction estime que les personnels doivent évoluer dans leurs modes de fonctionnement et d'organisation et regrette la difficulté de certaines équipes à s'adapter au changement. Elle rappelle que l'établissement dispose de 8,91 ETP de plus que l'effectif fonctionnel sec et cette marge lui paraît donc suffisante pour gérer les aléas.

Les jeunes infirmiers qui arrivent ne sont pas assez formés. Pourtant, ils sont affectés directement dans les unités les plus difficiles, à savoir les unités d'admission, au lieu de leur permettre de se familiariser avec les pathologies des patients dans des unités de suite, d'où la nécessité d'un tutorat qui devrait être remis en place en 2019.

Il n'y a pas de réelle difficulté à recruter des infirmiers ou des aides-soignants car sur place se trouve un institut de formation des professionnels de santé (IFPS) qui délivre les diplômes chaque année au mois de juillet (300 étudiants).

Les équipes soignantes travaillent par roulement sur quatre semaines, soit un travail le matin pendant quinze jours (de 6h30 à 14h30), suivi d'un travail du soir (de 13h à 21h) sur les quinze jours suivants avec impérativement deux jours de repos consécutifs.

Les plannings fixés à l'avance sont modifiés très souvent par le cadre de santé, à la demande des professionnels dans le cadre d'arrangements au sein même du service pour des raisons personnelles, ce qui entraîne un nombre de salariés présents très variables d'un jour sur l'autre ; ainsi l'effectif peut être réduit à deux ou trois personnes dont un IDE, et passer le lendemain à

cinq personnes ; mais dans ce dernier cas, il existe un fort risque qu'au cours de la journée, l'un des salariés soit appelé en renfort dans une autre unité.

Certains jours, les effectifs doivent être renforcés, car sont programmées les audiences devant le juge des libertés et de la détention, des sorties thérapeutiques ou des rendez-vous de psychothérapie, qui nécessitent la présence d'au moins deux soignants pour accompagner un seul patient.

Si un ou deux patients ont été mis en chambre d'isolement, il est très difficile de faire face à la situation s'il n'y avait au départ que trois soignants ; en effet pour aller voir ces patients qui nécessitent plus de soins et une surveillance intensive, il faut au moins que deux personnes soient présentes.

Pour la nuit qui couvre la période de 20h45 à 6h45, c'est une équipe dédiée (soit des effectifs de 58,35 ETP au total) qui est présente toutes les nuits et comprend au moins deux personnes dont un IDE.

Dans certaines unités le nombre d'aides-soignantes est renforcé (plus une personne) compte tenu de la pathologie des patients et de leur manque plus important d'autonomie (exemples dans les unités Sainte-Agathe, Saint-Joseph et Saint-Régis).

Depuis la réorganisation géographique effectuée en juin 2016 et malgré quelques redéploiements, on ne peut que constater une baisse des effectifs, car les populations des communes de Montélimar (38 400 habitants), Pierrelatte (13 100 habitants) et Livron (8 900 habitants) ont été rajoutées. Il ne reste actuellement que quatre postes de cadres supérieurs de santé.

Les patients se plaignent de ne pas avoir suffisamment d'écoute de la part des équipes soignantes (peu d'entretiens infirmiers formalisés, moins de sorties accompagnées, moins de temps de présence et d'écoute en général et notamment dans les cours pour effectuer des promenades, etc.

Certains membres du personnel soignant ont déclaré se sentir un peu plus en insécurité, rappelant qu'il y a eu dans l'établissement trois agressions sur des salariés en l'espace de deux mois entraînant des incapacités de travail de plusieurs jours.

L'unité d'addictologie les Alizés a été fermée (vingt lits) au mois de janvier 2018 et le personnel (huit IDE, trois AS et deux ASL) a été redéployé.

L'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) qui a été créée en 2015, intervient aussi bien dans les unités de soins que dans le secteur extra hospitalier.

L'unité Saint-Régis (longue évolution) a été créée au mois de mai 2016. L'unité de suite Saint-Marc a été ouverte en mai 2016 pour accueillir plus particulièrement les patients du centre hospitalier de Montélimar (vingt et un lits), avec la reprise de six personnes du CH du Valmont.

La moyenne d'âge du personnel non médical est de 47 ans et depuis trois ans les départs à la retraite sont nombreux.

Les congés maternité et de longue durée sont systématiquement remplacés. Des professionnels sont recrutés sur des contrats à durée déterminée (ou exceptionnellement par l'intérim) si la durée de l'absence est supérieure à quinze jours. Il existe un pool de suppléance auquel font appel tous les quinze jours, les cadres de santé des unités et qui comprend 5,8 ETP d'infirmiers

et 3 ETP d'aides-soignants. Les professionnels du pool interviennent pour les arrêts de travail de plus de 10 jours, sans prévoir de remplacement pour les arrêts non programmés de moins de 3 jours. Mais exceptionnellement il peut être fait appel à un salarié en repos ou en congé pour ces absences de très courtes durées.

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a estimé que : « *ces effectifs permettent de faire face aux situations de soins qui ont cours dans les unités dans le cadre d'un fonctionnement normal. La gestion des aléas exceptionnels et des situations spécifiques est réalisée de façon adaptée notamment avec la collaboration de moyens supplémentaires spécifiquement sur les temps via les dispositifs d'entraide et de collaboration entre les services* ».

### 2.5.3 La formation et l'évaluation des pratiques professionnelles

La commission sur la formation se réunit trois fois par an et le budget pour l'année 2017 s'est élevé à 763 655 euros, soit 3,5 % de la masse salariale et un pourcentage beaucoup plus important que celui qui est prévu légalement (1,5 %).

Les formations proposées, notamment au personnel soignant ont donc été nombreuses en 2017 et 2018, soit un total de 163 offres.

On peut noter le nombre de participants sur certains thèmes particuliers comme :

- alternatives thérapeutiques en psychiatrie : quatre personnes en 2017 ;
- dispositifs de contention : 204 personnes en 2017 et 39 en 2018 ;
- gestion de la violence : vingt personnes en 2017 et onze en 2018 ;
- prise en charge de la douleur : neuf personnes en 2017 ;
- reconnaître la crise suicidaire : trente et une personnes en 2017 ;
- tutorat infirmier en psychiatrie : onze personnes en 2017 ;
- soins psychiatriques sans consentement : quatorze personnes en 2017 et trente en 2018.

Le tutorat va être à nouveau mis en place en 2019 avec la participation de personnes qui ont au moins cinq ans d'ancienneté.

Une formation intitulée « *analyse de la pratique* » est proposée au sein de l'unité Saint-Clément deux fois par mois au personnel soignant et organisée par une psychologue extérieure à l'établissement. L'unité de réhabilitation psychosociale en bénéficie également. Les autres unités doivent en faire la demande.

Avant leur première prise de fonction, les salariés doivent suivre la formation sur l'application Cariatides et l'accès au dossier informatisé du patient.

Pour les nouveaux arrivants une formation intitulée « *consolidation des savoirs* » est obligatoire après la première année de fonction. Leur parcours d'intégration comprend les journées d'accueil (deux fois par an) et la participation aux formations DATI (dispositifs d'alerte du travailleur isolé) et sécurité incendie. Des formations spécifiques sont également proposées tous les ans sur le thème « *droits des patients* » (313 personnes concernées en 2017 sur l'intra et l'extra hospitalier).

## 2.6 LA BONNE SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT PERMET DE DEGAGER UNE FORTE CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT

CHARGES	2016	2017
Personnel non médical	31 600 230, 86	31 473 828, 90
Personnel médical	7 326 975, 03	7 053 479, 43
Autres charges de personnel	5 215 294, 72	4 947 762, 91
Charges à caractère médical	1 000 350, 65	967 323, 65
Charges hôtelières et générales	7 412 177, 78	8 006 780, 73
Amortissements et provisions	1 627 663, 95	4 532 679, 18
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	<b>54 182 692, 99</b>	<b>56 981 854, 80</b>

PRODUITS		
Produits de l'activité hospitalière	1 930 292 ,47	1 909 376, 71
Autres produits	3 776 044, 64	5 339 528 , 19
DAF	48 540 100, 00	49 926 169, 00
<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	<b>54 246 437, 11</b>	<b>57 175 073 , 90</b>
<b><i>résultat</i></b>	<b><i>63 744 ,12</i></b>	<b><i>193 219, 10</i></b>

Le compte de résultat principal pour l'année 2017 qui est de 193 219,10 euros est en forte progression par rapport à celui de 2016 qui était déjà positif à hauteur de 63 744,12 euros.

Les charges de personnel (médical, non médical et autres charges) s'élèvent à 43,475 M€ et sont inférieures de 2,36 % aux prévisions qui avaient été faites, grâce notamment au crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires à hauteur de 801 884 euros. Il y a eu également une baisse au niveau du personnel médical, compte tenu des postes vacants non remplacés, avec le départ de 3 ETP de médecins psychiatres.

En revanche, les charges pour le personnel extérieur ont augmenté compte tenu des salariés qui ont été mis à disposition par les centres hospitaliers de Montélimar et de Montéleger. Les indemnités de départ en retraite ont également augmenté et représentent 617 000 euros bruts.

Le redécoupage territorial a été réalisé en 2016 avec un financement exceptionnel, dans le cadre d'un plan d'actions sur trois ans, ayant pour but notamment la réalisation d'une économie de 2,070 K€ sur le personnel non médical, avec trente-quatre départs à la retraite, et le non-remplacement de 26,60 ETP d'infirmiers, et 6,30 départs non liés à la retraite.

Les indemnités d'hébergement et d'entretien des familles d'accueil sont en augmentation de 12 K€, pour trente patients accueillis.

L'excédent des charges résulte notamment de dotations aux provisions pour le versement d'une prime pour les bas salaires et du renouvellement des immobilisations à hauteur de 2 575 K€. Globalement les charges dépassent l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (ERPD) de 2,44 %.

S'agissant des produits versés par l'assurance maladie, la dotation perçue progresse de 3,14 % par rapport à l'année 2016 et la dotation reconductible augmente de 0,16 %.

Le nombre de journées réalisées est en hausse de 5 % par rapport à 2016, la file active est en augmentation de 1,43 %, les prises en charge en ambulatoire sont en hausse de 4,2 % et les produits de l'activité hospitalière sont donc supérieurs de 54 K€ pour le forfait journalier.

L'ARS a estimé, au moment du redécoupage territorial en 2016, que jusqu'à présent, le CHSM bénéficiait d'un certain confort pour fonctionner, notamment au niveau de ses effectifs, et devait donc faire maintenant un effort financier, comme cela était demandé aux autres hôpitaux de la région Ardèche-Drôme. Le CHSM devait donc rationaliser la gestion de ses moyens financiers, pour assurer son plan de financement en vue de son opération de reconstruction.

Cependant compte tenu de la prise en charge à partir de juin 2016 de la population de Montélimar, la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) a été augmentée de 900 000 euros et pour l'année 2017 elle s'est élevée à 49,9 M€.

La capacité d'autofinancement de l'établissement qui s'élève à 4 519 534 euros est supérieure aux prévisions budgétaires, compte tenu du niveau des dotations aux provisions. Des achats de terrains n'ont pas été effectués à hauteur de 658 K€. L'acquisition de l'automate de pharmacie a été reportée jusqu'au déménagement dans les nouveaux locaux. En revanche, le parc de véhicules en location a été racheté pour un montant de 238 K€.

Le prélèvement sur le fonds de roulement de 1 128 491 € prévu sur l'ERPD a été remplacé par un apport au fonds de roulement de 3 562 798 euros.

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a tenu à préciser que « *la forte capacité d'autofinancement mise en exergue est un effet ponctuel et non pérenne, notamment dû à l'octroi en 2017 dans la DAF de 1 M€ au titre de 2018, 1.3 M€ au titre de 2017, et 916 K€ pour Montélimar (soit 3,3 M€), qui gonflent artificiellement la capacité d'autofinancement* ».

### 3. LES PATIENTS HOSPITALISES ET L'EXERCICE DE LEURS DROITS

#### 3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT NETTEMENT MOINS NOMBREUX QUE CEUX EN SOINS LIBRES MAIS LA PART DES MODES DEROGATOIRES A L'ADMISSION SUR DEMANDE D'UN TIERS RESTE TRES IMPORTANTE

Selon les statistiques fournies par le centre hospitalier pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et le 30 juin 2018 (soit 2 ans et demi), le nombre total des admissions a peu varié entre 2016 (2 920) et 2017 (2 968) mais est en baisse au premier semestre 2018 (1 296, soit 2 592 en année complète). Les patients en soins libres représentent 80,5 % des admissions.

Parmi les patients admis en soins sans consentement, ceux admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ASPDT) sont les plus nombreux (17,3 % des admissions) et leur nombre annuel évolue comme la tendance générale (498 en 2016 – 511 en 2017 – 237 au premier semestre 2018, soit 474 en année complète). Cependant, les ASPDT classiques, avec la demande d'un tiers et deux certificats médicaux, ne représentent que 29,3 % de ces entrées et les admissions selon un mode dérogatoire sont majoritaires : 25,4 % pour les ASPDT-U en urgence (avec la demande d'un tiers et un certificat médical) et 45,1 % pour les ASPPI, admission en soins psychiatriques pour péril imminent (sans la demande d'un tiers et avec un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement). Le nombre des admissions en ASPDT-U a eu tendance à augmenter au cours des dernières années (100 en 2016 – 128 en 2017 – 89 au premier semestre 2018, soit 178 en année complète) alors que celui des ASPPI a suivi une évolution inverse (285 en 2016, soit, cette année-là, plus de la moitié des ASPDT – 216 en 2017 – 60 au premier semestre 2018, soit 120 en année complète). Selon les informations recueillies, l'établissement a engagé des démarches auprès des services d'urgence des hôpitaux du département pour que des tiers soient identifiés.

Les patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRÉ) sont nettement moins nombreux (2,2 % des admissions) et la tendance est à la baisse (soixante-douze en 2016 – cinquante-huit en 2017 – vingt-sept au premier semestre 2018, soit cinquante-quatre en année complète). Parmi eux, les personnes détenues sont peu nombreuses (vingt-cinq en 2 ans et demi soit moins d'une admission par mois) et les personnes admises après une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale sont encore plus rares (quatre en 2 ans et demi). Seules deux transformations d'une ASPDT en ASPDRÉ ont été enregistrées.

Si la durée moyenne de séjour (DMS) des patients en soins libres a diminué (20,62 jours en 2016 – 19,72 jours en 2017 – 18,75 jours au premier semestre 2018), celle des ASPDT reste plus longue et oscille (24,26 jours en 2016 – 27,22 jours en 2017 – 26,68 jours au premier semestre 2018) ; celle des ASPPI est encore plus longue (35,46 jours en 2016 – 34,32 jours en 2017 – 34,02 jours au premier semestre 2018). La DMS des ASPDRÉ est nettement plus élevée, avec une tendance haussière : 34,76 jours en 2016 – 45,08 jours en 2017 – 55,4 jours au premier semestre 2018.

Parmi ces derniers patients :

- les personnes détenues restent très peu de temps (DMS de 4,75 jours en 2016 – 2,25 jours en 2017 – 4,6 jours au premier semestre 2018) ;
- les patients irresponsables pénaux effectuent les séjours les plus longs (DMS de 36,27 jours en 2016 – 102,33 jours en 2017 – 96 jours au premier semestre 2018).

A la date de la visite, 64,2 % des patients étaient en soins libres, 27,7 % en ASPDT et 8,1 % en ASPDRÉ. Seules 25 % personnes en ASPDT avaient été admises sous la forme classique alors que



27,08 % l'avaient été en procédure du péril imminent et que 47,92 % l'avaient été en procédure d'urgence, confirmant la tendance évoquée *supra*.

Selon les informations recueillies auprès de la direction, 62 des 230 patients hospitalisés étaient comptabilisés comme effectuant un long séjour par manque de structures d'aval. Les données transmises par les unités montrent que des personnes sont hospitalisées depuis plusieurs années.

### 3.2 SI L'INFORMATION DES PATIENTS ET LA NOTIFICATION DES DROITS SONT CORRECTEMENT EFFECTUEES, LES ADRESSES MANQUENT DANS LES DIFFERENTS DOCUMENTS POUR RENDRE EFFECTIF LE RECOURS A CERTAINES AUTORITES

La notification formelle de la décision d'admission en SPDRE ou en ASPDT et des droits, préparée et transmise par le bureau des entrées, est le plus souvent effectuée par le cadre de santé de l'unité lors de l'arrivée ou dès que l'état de santé du patient permet leur compréhension. En cas d'absence du cadre, un infirmier peut s'en charger. Les informations données à cette occasion sont également reprises verbalement par les psychiatres et par les infirmiers.

Tous ces patients, quel que soit leur statut, sont appelés à signer un accusé de réception qui accompagne l'arrêté préfectoral ou la décision du directeur. Le document rappelle l'ensemble des droits et énumère les voies de recours, mais ne mentionne pas les adresses postales des institutions concernées.

En cas de refus ou d'impossibilité de signer, la personne chargée de la notification et un témoin en attestent.

Une copie des documents (arrêté préfectoral, décision du directeur de l'établissement, droits y afférents) est remise au patient.

L'information du patient peut aussi être complétée par le livret d'accueil, document qui consacre plusieurs paragraphes aux soins psychiatriques sans consentement. Après une présentation générale des ASPDT et ASPDRE, le rôle de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), le contrôle exercé par le juge des libertés et de la détention (JLD) et les voies de recours sont abordés. L'adresse postale de la CDSP est précisée, celle du CGLPL n'a pas été mise à jour<sup>3</sup> et celle du JLD manque. De même, il est indiqué que les patients peuvent communiquer avec le représentant de l'Etat dans le département, avec le président du tribunal de grande instance, avec le procureur de la République et avec le maire de la commune mais aucune adresse n'est ajoutée.

#### **Recommandation**

*Les adresses des autorités que les patients admis en soins psychiatriques sans consentement peuvent saisir doivent être mentionnées dans les documents de notification et dans le livret d'accueil de l'établissement. Elles doivent aussi être actualisées.*

### 3.3 LES RECLAMATIONS ET LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT GERES AVEC ATTENTION

Le nombre des réclamations était de trente en 2016, de cinquante-quatre en 2017 et de quarante au cours des neuf premiers mois de 2018 (soit cinquante-trois en année complète). La directrice

<sup>3</sup> Adresse postale actuelle : CS 70 048 – 75921 Paris Cedex 19

de l'établissement en prend connaissance et ensuite, la responsable de la gestion des risques, de la qualité et des relations avec les usagers traite le dossier avec ses services.

En 2017, les sujets les plus fréquemment abordés portaient sur les divergences contenues dans les actes médicaux (neuf), la contestation du diagnostic médical (huit), les pertes, vols ou détériorations (six) et les relations avec les médecins (cinq). Le délai moyen de réponse était de 7,3 jours. Six actions correctives ont été menées et aucune médiation n'a été réalisée.

Pour les neuf premiers mois de 2018, les principaux sujets soulevés ont été le mécontentement sur les prestations hôtelières (huit), les relations avec les médecins (cinq), les divergences sur les actes médicaux (trois) et les modes d'hospitalisation (trois). Le délai moyen de réponse a été réduit à 4,83 jours.

Le taux de retour des questionnaires de satisfaction reste faible (19 % en 2016, 20 % en 2018) mais progresse en 2018 (30 % au premier trimestre et 24 % au deuxième trimestre). Le taux global de satisfaction, bien qu'en léger repli, reste élevé : 87 % en 2016, 85 % en 2017 mais 81 % et 83 % au premier et deuxième trimestres 2018. En 2016, 2017 et aux premier et deuxième trimestres 2018, les résultats les plus faibles portent sur les mêmes sujets : la prise en compte de la douleur physique (respectivement 82 %, 76 %, 79 % et 81 %) et la qualité des repas (respectivement 82 %, 88 %, 81 % et 88 %).

Les événements indésirables sont gérés avec des moyens informatiques anciens mais, à la date de la visite, un nouveau logiciel allait être mis en place. La remontée de ces informations a lieu par voie informatique, sur l'intranet, et un courriel d'accusé de réception est adressé en retour à chaque personne émettrice. Une analyse des causes est réalisée, si nécessaire, et une fiche de retour d'expérience est adressée à l'équipe qui a contribué à l'analyse. Une réunion de bilan est organisée tous les deux mois. Par ailleurs, une charte d'investigation dans le cadre d'un événement indésirable et une charte de non punition du salarié déclarant ont été mises en place :

- la première traite des investigations pouvant être menées par le service « qualité et gestion des risques » auprès des différents services de l'hôpital et de ses engagements quant à la méthode ;
- la seconde est un engagement de la direction : *« l'établissement n'entame pas de procédure disciplinaire à l'encontre d'un salarié qui aura spontanément et sans délai révélé un manquement aux règles de sécurité dans lequel il est impliqué et dont l'établissement n'aurait pas eu connaissance autrement, quel que soit le domaine ».*

L'établissement a également dressé une liste d'événements indésirables graves (suicide, tentative de suicide, décès inattendu, agression sexuelle, erreur médicamenteuse, etc.) devant être systématiquement déclarés et analysés.

En 2017, 287 événements indésirables ont été recensés et 257 l'ont été au cours des neuf premiers mois de 2018 (soit 343 en année complète). Durant cette dernière période, ces événements ont concerné essentiellement les matériels (42 fiches) et les locaux (42 fiches). Le bilan fait aussi apparaître 27 fiches sur la gestion du risque infectieux, 26 sur le circuit du médicament (dont 4 erreurs d'administration médicamenteuse), 26 sur des agressions du personnel et 20 sur la présence de produits stupéfiants.

### **3.4 LA COMMISSION DES USAGERS SE REUNIT AU MOINS QUATRE FOIS PAR AN MAIS DES MEMBRES SONT SOUVENT ABSENTS**

La commission des usagers (CDU) se réunit au moins quatre fois par an, conformément aux prescriptions de l'article R.1112-88 du code de la santé publique : cinq fois en 2016, quatre en

2017, trois fois au cours des neuf premiers mois de 2018. Une planification des réunions est arrêtée dès le début de chaque année pour que chacun s'organise. Malgré cela, les rapports annuels d'activité indiquent que des membres sont absents, notamment le médiateur médecin présent à deux réunions sur cinq en 2016 et à deux sur quatre en 2017.

### **Recommandation**

*Les membres de la commission des usagers doivent être présents lors des réunions. La désignation d'un titulaire et d'un suppléant et la planification des dates des réunions, annoncée bien en avance, doivent le permettre.*

La CDU est composée de la directrice des soins, responsable du service « qualité et gestion des risques », chargée des relations avec les usagers, représentante de la directrice du centre hospitalier, d'un médiateur médecin et de son suppléant, d'un médiateur non médecin et de son suppléant (l'un est infirmier et l'autre, cadre supérieur de santé), de deux représentants des usagers (l'un de l'UNAFAM<sup>4</sup> et l'autre de l'UDAF) et leur suppléant, du président de la commission médicale d'établissement (CME) et son vice-président, d'un représentant de la direction des soins et de la responsable du service qualité. Lors de la réunion du 9 mars 2018, la présidence de la CDU a été proposée aux représentants des usagers mais ceux-ci n'ont pas souhaité occuper ce poste et la directrice du centre hospitalier demeure la présidente.

Les représentants des usagers siègent également au conseil de surveillance, au comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au comité d'éthique, au comité qualité, au comité de gestion des risques et au comité de bientraitance.

La CDU examine les réclamations exprimées par les usagers de l'hôpital et dresse un bilan des questionnaires de sortie renseignés par les patients. Elle a formulé sept recommandations en 2016 (dont trois étaient traitées, trois étaient en cours de traitement et une devait l'être, à la date de la visite) et quatre en 2017.

### **3.5 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST ABORDEE DES L'ARRIVEE**

Lors de leur arrivée à l'hôpital, les patients sont reçus par le service d'accueil infirmier et, durant l'entretien, la désignation d'une personne de confiance est abordée. Ce sujet figure dans la *check-list* des opérations à effectuer lors de l'accueil et les actions menées durant cette phase sont ainsi tracées. La question est posée même si la personne admise y a répondu lors d'une précédente hospitalisation.

Lorsque le patient ne transite pas par le service d'accueil infirmier mais arrive directement dans une unité en raison de son état de santé, la question lui est normalement posée dès qu'il est stabilisé. Il a été indiqué que des oublis étaient possibles mais, comme à l'unité Saint-Clément, des dispositions sont prises pour les éviter et des contrôles sont effectués sur dossier.

Il a été indiqué que, souvent, la personne accompagnant le patient à son arrivée était désignée comme personne de confiance.

---

<sup>4</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques ; UDAF : union départementale des associations familiales

Le document servant à recueillir la décision du patient et sa signature contient un paragraphe expliquant le rôle de la personne de confiance et précise qu'il peut mettre fin à tout moment à son choix.

Les contrôleurs ont dénombré les patients ayant désigné une personne de confiance dans trois unités, regroupant cinquante-sept patients : les trois quarts l'avaient fait ; les autres soit n'étaient pas en capacité d'en désigner un, soit n'avaient pas voulu le faire ; dans un seul cas, l'absence de désignation ne correspondait à aucun de ces motifs.

### 3.6 LES PATIENTS QUI LE SOUHAITENT PEUVENT EXERCER LEUR DROIT DE VOTE

Lors des élections, l'établissement s'organise pour diffuser une information au sein des unités de soins et les noms des patients souhaitant établir une procuration sont regroupés par la cheffe du service d'information et de gestion. Cette liste est ensuite communiquée au commissariat de police de Privas et un fonctionnaire se déplace à l'hôpital pour établir ces procurations. Tel a été le cas lors des élections de 2017. Le nombre de patients concernés est toutefois faible : sept lors du 2<sup>ème</sup> tour des élections présidentielles. Il a été indiqué que des patients peuvent aussi bénéficier d'autorisations de sortie, si leur état le permet, pour aller voter.

### 3.7 L'ACCES AU CULTE N'EST ORGANISE QUE POUR LA RELIGION CATHOLIQUE

Le livret d'accueil indique, au paragraphe intitulé « religion » : « *un membre de l'équipe soignante peut, à votre demande, faire venir un membre de l'équipe d'aumônerie ou un ministre du culte de votre religion* ». L'article 34 du « règlement intérieur destiné aux usagers de soins en hospitalisation temps plein » précise que « *des représentants du culte de leur choix peuvent être sollicités* ».

Le culte catholique est bien représenté. Un aumônier laïc, qui intervient à mi-temps, dispose d'un local pour recevoir des patients et il se déplace dans les unités. Un prêtre vient célébrer la messe chaque mercredi et lors des fêtes religieuses dans une grande chapelle ornée de vitraux, située au cœur de l'hôpital.

Dans les unités, seules des informations relatives au culte catholique sont affichées, notamment avec les jours et heures des messes.

Aucune autre religion n'est représentée sur place et aucun contact ne semble avoir été établi pour le permettre. Aucune information n'est disponible au sein des unités. Les soignants ignorent qui contacter s'ils étaient sollicités mais indiquent n'avoir reçu aucune demande.

Pourtant, à Privas, un temple protestant est installé dans la même rue que l'hôpital, au 12 de la rue du temple (alors que l'hôpital est au 6) et une mosquée est située à 500 m. Par ailleurs, une aumônière protestante intervient à l'hôpital général.

#### **Recommandation**

*L'accès aux différents cultes doit être organisé pour que les patients qui le désirent puissent facilement contacter un représentant de leur religion. Les informations affichées dans les unités doivent permettre d'offrir cette pluralité de choix.*

### 3.8 LES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE SONT GERÉES PAR DIFFÉRENTS ORGANISMES

Lors de leur admission au centre hospitalier, certains patients sont déjà sous protection juridique et bénéficient d'un suivi. D'autres ne le sont pas et sont détectés au sein des unités par les assistantes sociales, en lien avec les soignants. Ce sont elles qui établissent et suivent le dossier soumis au juge des tutelles. Ainsi, lors de la visite, à l'unité Saint-Clément, six patients faisaient déjà l'objet d'une mesure et des demandes étaient en cours d'instruction pour deux autres.

Le centre hospitalier dispose d'une structure assurant la protection juridique d'un nombre limité de patients hospitalisés ou suivi en extra hospitalier. Ce service, au sein duquel est affectée une seule personne, suivait, lors de la visite, vingt-deux patients dont six étaient hospitalisés (trois d'entre eux étaient en soins sans consentement). Cette salariée travaille en binôme avec celle employée au bureau des biens des patients, assurant une continuité du service, mais limitant aussi le nombre des prises en charge. L'emplacement de son bureau, près du hall d'accueil, contigu à celui des biens des patients et dans un couloir menant à des unités, facilite les contacts directs avec les patients protégés. La salariée remet un « livret d'accueil de la personne protégée » aux patients dont elle assure le suivi. Ce document comprend notamment une notice d'information et la charte des droits et libertés de la personne majeure protégée<sup>5</sup>. Elle accompagne aussi les patients lors des audiences du JLD.

L'union départementale des associations familiales (UDAF) de l'Ardèche et celle de la Drôme assurent la protection juridique de nombreux patients, dont certains sont hospitalisés au centre hospitalier Sainte-Marie. Un autre organisme, l'association départementale de la sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence (ADSEA) de l'Ardèche, prend également en charge des patients, hospitalisés ou non. Des mandataires libéraux complètent le dispositif de prise en charge.

Selon les informations recueillies, les contacts des unités et du bureau des biens des patients avec les mandataires ont lieu essentiellement par téléphone. Ces derniers se déplacent aussi dans les unités, rencontrent les équipes soignantes, les assistantes sociales et, en fonction des indications fournies par les soignants, les personnes protégées. En accord avec les mandataires, des avances sont facilement consenties pour régler des situations d'urgence, notamment pour faire face à une rupture d'approvisionnement en cigarettes, peu avant le week-end. En revanche, selon des informations recueillies dans une unité, des patients se plaignent de difficultés à échanger avec leur mandataire.

### 3.9 LE CHANGEMENT DE MEDECIN EST POSSIBLE

Le nombre des psychiatres affectés dans chaque unité permet des changements lorsque des demandes sont présentées. Même s'ils interviennent en extra hospitalier, ces médecins assurent une présence constante dans les unités. Lorsqu'un patient est déjà suivi par un psychiatre en extra hospitalier, ce dernier le prend en charge durant l'hospitalisation.

Il arrive que des patients demandent un changement. Les psychiatres de l'unité évaluent la demande et s'organisent. Dans une unité, il a été indiqué que ces changements n'étaient pas rares.

---

<sup>5</sup> Cette charte figure à l'annexe 4-3 du code de l'action sociale et de la famille.

### **3.10 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION NE RELEVE PAS D'UNE PROCEDURE FORMALISEE AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT MAIS UNIQUEMENT DE LA VIGILANCE DU PERSONNEL ADMINISTRATIF OU MEDICAL.**

Lors de la visite dans les unités, il est apparu aux contrôleurs que la notion de confidentialité de l'hospitalisation était mal connue et peu utilisée, même si nombre de soignants ont indiqué qu'ils étaient très prudents dans les informations qu'ils étaient amenés à fournir à des tiers sur le sujet. C'est ainsi qu'il a pu être précisé qu'aucune indication d'aucune sorte n'était fournie aux forces de l'ordre au niveau des unités.

Au niveau de la direction de l'établissement, il a été précisé qu'aucune procédure de confidentialité de l'hospitalisation n'avait été mise en place notamment par une mention sur les registres administratifs informatiques. Les standardistes ne répondent jamais à une question visant un patient, en adressant les demandes extérieures de renseignements au bureau des entrées et les autres appels dans les unités concernées.

Il apparaît cependant que la question de la confidentialité est posée à tout arrivant mais la transmission de l'information ou son enregistrement ne sont pas formalisés. Au bureau des entrées, la confidentialité est un souci permanent et fait l'objet d'une véritable attention, sans cependant pouvoir s'appuyer sur un support écrit.

#### **Recommandation**

*Il y a lieu de mettre en place une procédure visant à garantir à ceux des patients qui en font la demande expresse la confidentialité de leur hospitalisation.*

## 4. LA MISE EN ŒUVRE DES DROITS DES PATIENTS ET LEUR CONTROLE

### 4.1 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION DONT LES AUDIENCES SE DEROULENT AU PALAIS DE JUSTICE ABOUTIT A UN NOMBRE ELEVE DE MAINLEVEES DES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 4.1.1 La tenue de l'audience

##### a) Organisation

Aucune convention n'a été signée entre l'établissement et le tribunal de grande instance (TGI) de Privas pour l'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention (JLD). Elles se tiennent les lundi, mercredi et vendredi non pas au sein d'un établissement hospitalier comme le prévoit la loi du 27 septembre 2013 mais dans une salle d'audience du palais de justice de Privas.

L'établissement a indiqué qu'il y avait une réticence des magistrats à venir siéger dans l'établissement où aucune salle n'a été préparée à cet usage. Cependant dans le cadre des travaux futurs, la réalisation d'une salle d'audience a été programmée.

La présidente du TGI nommée sur ce poste en février 2018 a indiqué d'une part avoir découvert la situation à son arrivée et d'autre part vouloir y remédier dans un court délai.

#### **Recommandation**

*L'établissement et l'autorité judiciaire doivent mettre en œuvre les dispositions prévues par la loi du 27 septembre 2013 et organiser les audiences au sein de l'établissement hospitalier sans attendre la fin des travaux prévue en 2023.*

##### b) Déroulement des audiences

Les patients du centre hospitalier Sainte-Marie se rendent, pour ceux qui sont en état de le faire, à pied au tribunal, ce qui nécessite environ dix minutes de marche. Ils sont accompagnés d'un ou plusieurs soignants. Le transport peut aussi s'effectuer en véhicule.

La salle d'audience du JLD se trouve dans un couloir ouvert sur la salle des pas perdus. Il ne s'agit pas d'une salle réservée à l'usage exclusif des patients qui attendent donc dans le couloir avec l'ensemble des autres justiciables de la justice civile ou pénale. Les entretiens avec les avocats ont lieu dans ce couloir sans autre confidentialité que celle induite par la nécessité de parler bas.

#### **Recommandation**

*Les patients doivent pouvoir s'entretenir avec leur avocat dans un lieu qui respecte la confidentialité des entretiens.*

La salle est composée d'un vaste bureau derrière lequel se tiennent le magistrat et sa greffière. Le patient et son avocat sont assis sur des fauteuils. Il n'y a pas de « barre » derrière laquelle s'installerait le comparant.

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mercredi 5 septembre 2018 et échangé avec le juge des libertés et de la détention ainsi qu'avec l'avocat présent. Le déroulement de l'audience de ce jour-là correspond en tout point aux usages de cette juridiction.

Pour fluidifier les comparutions et éviter des attentes inutiles avant et après l'audience, les convocations des patients du CH de Privas s'échelonnent de demi-heure en demi-heure à partir de 9h. Ceux d'Annonay arrivent et partent en groupe en raison de la longueur du trajet, de ce fait, ils sont prioritaires sur ceux de Privas.

Le magistrat siège systématiquement en civil tandis que les avocats portent leur robe. Les soignants accompagnants assistent à l'audience et interviennent si le juge les sollicite. Le magistrat s'assure en début d'audience que la porte de la salle soit ouverte pour garantir la publicité des débats. Pendant l'instruction du dossier, le magistrat recueille systématiquement la parole du patient et s'informe notamment des éléments de fait qui n'auraient pas été rapportés dans le dossier. Aucun représentant de l'établissement n'assiste jamais à l'audience pour y porter la parole institutionnelle. La présence des tuteurs ou curateurs est rarissime.

Toutes les décisions sont rendues et notifiées sur le siège.

L'avocat présent a indiqué que, conformément à la loi, tout patient appelé devant le juge des libertés et de la détention était défendu par un avocat soit choisi, soit le plus souvent désigné par le barreau. Vingt avocats, tous volontaires, sur un total de cinquante-six assurent la défense des patients. Aucune formation spécifique n'a été dispensée par le barreau. Leurs honoraires sont pris totalement en charge par l'aide juridictionnelle sans prise en compte de la situation financière du patient.

Lors de l'audience du mercredi 5 septembre, deux dossiers ont été évoqués. Dans le premier, le patient était comparant. Le magistrat a prononcé la mainlevée de la mesure de soins sans consentement (péril imminent) et a longuement expliqué la motivation de sa décision au patient. Dans le second dossier, pour un patient non comparant, la mesure a été confirmée.

### *c) Observations*

L'accompagnement des patients depuis la clinique Jacques Chiron d'Annonay pose un problème d'organisation largement évoquée auprès des contrôleurs tant par les soignants et leur hiérarchie que par les organisations syndicales. La présentation d'un seul patient, s'il est accompagné d'un seul soignant nécessite quatre heures fonctionnaires, en raison de la longueur du trajet et ce malgré la priorité systématique donnée à l'audience aux patients d'Annonay.

Ainsi pour l'année 2018 en cours, 174 heures fonctionnaires ont été consacrées à l'accompagnement des patients depuis Annonay jusqu'au TGI de Privas. Il n'a pas été possible en revanche, d'évaluer l'impact statistique de la fatigue du trajet sur le nombre de certificats médicaux d'inaptitude à se présenter à l'audience du JLD.

#### 4.1.2 Un nombre important de mainlevées

Le bureau des entrées a été en mesure de présenter aux contrôleurs des statistiques très précises sur la tenue des audiences et les décisions rendues.

381 dossiers ont été évoqués en audience en 2016, 460 en 2017 et 219 au premier trimestre 2018. La part de contrôles facultatifs (à la demande du patient) reste minimale même si on constate en 2018 dix saisines pour le seul premier trimestre contre cinq ou six en moyenne par an les années précédentes.

Les chiffres traduisent également que le nombre de mainlevées apparaît très élevé, constat largement porté à la connaissance des contrôleurs par l'établissement tant au niveau administratif que médical, que par les magistrats,

Ainsi :



- en 2015, 17 décisions de mainlevée pour 243 dossiers, soit 7 % ;
- en 2016, 55 mainlevées sur 380 dossiers soit 14,47 % ;
- en 2017, 86 mainlevées pour 460 dossiers soit 18,7 % ;
- en 2018 (premier semestre), 22 mainlevées pour 219 dossiers soit 10,04 %.

Il a été indiqué que le juge des libertés et de la détention avait changé au deuxième semestre de l'année 2016.

L'examen des motivations de l'ensemble des ordonnances de mainlevées de 2017 révèle que dans la moitié environ des cas, l'usage détourné de la procédure du péril imminent est retenu par la juridiction, parfois à la demande des défenseurs mais le plus souvent d'office.

Dans les autres cas, sont souvent retenues les rédactions incomplètes, insuffisantes ou insuffisamment motivées des certificats médicaux initiaux établis par les médecins des urgences.

Ce contentieux relativement atypique par rapport aux autres juridictions nationales n'a pas donné lieu à des appels particulièrement fréquents. En deux ans et demi (2016, 2017 et 2018) la cour d'appel de Nîmes (Gard) n'a été saisie qu'à vingt-six reprises et très majoritairement par les patients :

- les décisions de maintien du JLD de Privas ont été confirmées dans dix-neuf cas ;
- les mainlevées ont été confirmées à deux reprises et censurées une seule fois ;
- les autres appels ont abouti à des décisions purement techniques (irrecevabilité, mainlevée préalable à l'audience ou désistement du patient).

#### 4.1.3 Les mesures prises par l'établissement

L'établissement a précisé avoir totalement pris la mesure des carences relevées par les magistrats et a présenté aux contrôleurs des courriers datés du 13 décembre 2016 adressés aux directeurs des hôpitaux de Montélimar, Privas, Annonay et Aubenas et du 3 octobre 2017 à l'agence régionale de santé ainsi qu'aux directeurs des hôpitaux de Privas et Montélimar.

Ces courriers complets demandent aux destinataires une meilleure attention aux conditions juridiques des décisions de soins sans consentement, en citant de nombreux exemples ainsi que des extraits significatifs des motivations de mainlevées relevées dans les ordonnances.

Ces efforts semblent avoir porté puisqu'en 2018, le pourcentage de mainlevées est en baisse significative comme le nombre de soins sans consentement selon la procédure dite du « péril imminent ».

## 4.2 LA MISSION DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES SE REDUIT A LA RENCONTRE DES PATIENTS SANS PRODUIRE D'ANALYSE SUR LES SOINS SANS CONSENTEMENT

La composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Ardèche a été modifiée récemment<sup>6</sup> à la suite de la nomination de la présidente du tribunal de grande instance de Privas qui préside également la commission.

En 2018, la CDSP s'est réunie à deux reprises le vendredi 23 mars et pendant la visite, le vendredi 7 septembre.

Les visites de la commission sont annoncées à l'avance et largement diffusées dans les différentes unités comme en témoigne le nombre conséquent de patients qui ont sollicité et obtenu un

<sup>6</sup> Arrêté préfectoral du 30 mars 2018.

entretien. Les dossiers des patients auditionnés sont mis à disposition des membres de la commission.

Il semble cependant, des informations recueillies et des comptes rendus portés à la connaissance des contrôleurs, que les autres missions ou prérogatives que le législateur a conférées à cette commission ne soient pas prises suffisamment en considération.

Ainsi, alors que le nombre important de soins sans consentement selon la procédure dite « du péril imminent » est devenu pour cet établissement une vraie problématique comme le nombre important de mainlevées le met en évidence, la CDSP de l'Ardèche n'a jamais émis dans ses écrits la moindre remarque ou réflexion sur le sujet.

### **Recommandation**

*La CDSP doit élargir son champ d'action à toutes les missions prévues par la loi du 5 juillet 2011. L'agence régionale de santé qui gère le secrétariat de la commission départementale des soins psychiatriques, doit veiller conformément à l'article L3223-1-6 du code de la santé publique, à transmettre au Contrôleur général des lieux de privation de liberté le rapport d'activité annuel de la CDSP.*

## **4.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST CONSTITUE DE CLASSEURS AUX FEUILLETS MOBILES ET NON COTES**

### **4.3.1 La tenue du registre**

Le registre de la loi est tenu au bureau des entrées. L'établissement a fait le choix depuis de nombreuses années de ne pas tenir un registre papier sur lequel sont collés les documents relatifs au suivi des soins sans consentement.

Le registre de la loi est constitué d'une série de classeurs format A4, avec un classement séparé pour les soins sur décision du chef d'établissement et ceux sur décision du représentant de l'État. Chaque classeur correspond à une période. Pour chaque patient, avec la date de début de la mesure, le classeur concerné est identifié, il suffit alors de retrouver le dossier du patient pour prendre connaissance des copies des documents relatifs au déroulé de la mesure. L'original est classé, comme dans tous les hôpitaux, dans le dossier administratif du patient. Dans le registre de la loi, les copies sont intégrées dans les classeurs par ordre chronologique.

Ce choix permet une consultation plus rapide et surtout exhaustive puisque à l'inverse d'un registre papier, un classeur n'oblige pas à des reports sur un autre support quand les pages consacrées à un patient sont toutes utilisées.

Cette méthode évite aussi le travail fastidieux et peu gratifiant, constaté dans de nombreux établissements, de photocopier en réduction, puis de coller page après page des documents.

Mais, même si le législateur est muet sur les modalités de la tenue du registre de la loi<sup>7</sup>, le choix du classeur apparaît en contradiction avec la notion de « registre ». Un registre a pour objet « d'enregistrer » sous une référence chiffrée tout événement relatif aux soins sans consentement, pour en garder trace chronologiquement, sans possibilité d'ajouts ou de retrais postérieurs.

---

<sup>7</sup> Article L3212-11 du code de la santé publique

Le registre papier permet aussi aux autorités de contrôle désignées par la loi d'apposer leurs paraphes lors des visites, disposition elle bien explicitée dans la loi. L'établissement pallie cette impossibilité en invitant chaque autorité à parapher un registre ouvert à cet effet en 1911 ; cela constitue certes une source d'informations intéressante, mais qui ne permet pas d'établir si le registre de la loi a bien été contrôlé.

Il convient de mentionner que ce choix d'un classeur à feuillets mobiles pour la tenue du registre de la loi a fait l'objet dès sa mise en place d'une consultation auprès du procureur de la République de Privas par un courrier daté du 10 juillet 1992. Un tampon « *vu au parquet sans opposition le 9 octobre 1992* » a valu approbation. Plus récemment le 25 avril 2018, l'accord du préfet de l'Ardèche a été sollicité sur le même sujet. Datée du 11 mai 2018, la réponse favorable du préfet a été présentée aux contrôleurs.

Nonobstant le mode de tenue du registre, il apparaît que les informations voulues par le législateur y apparaissent, que la traçabilité des mesures de soins sans consentement est totale car en définitive le « registre-classeur de la loi » collationne les mêmes informations que le dossier administratif.

### **Recommandation**

*Les modalités choisies pour la tenue du registre de la loi n'apparaissent pas répondre à ce qui est défini usuellement comme un registre ; il faut créer un livre d'enregistrement chronologique, coté et paraphé, sans possibilités d'ajouts ou de retraits ultérieurs.*

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a tenu à indiquer que désormais toutes les pages du registre sont numérotées.

## **4.4 L'AMENAGEMENT ET LA LEVEE DE LA MESURE NE FONT PAS L'OBJET DE BLOCAGE DE LA PART DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT**

### **4.4.1 Les sorties**

Les sorties font partie intégrante de la prise en charge médicale et sont globalement accordées dès lors que l'état clinique du patient le permet. Les sorties sont préparées lors des réunions cliniques hebdomadaires qui sont pluridisciplinaires. Pour certaines unités de secteur, le lien avec l'extra hospitalier est plus compliqué du fait de l'éloignement géographique, mais les praticiens hospitaliers assurent le suivi.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les visites préalables aux domiciles des patients n'étaient pas toujours possibles en raison de la tension sur les effectifs mais que les tiers (familles, curateurs, tuteurs) étaient toujours avisés. Les indications recueillies font apparaître que pour les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, les refus de permissions de sortie émanant des services préfectoraux sont relativement rares, sauf pendant les périodes de congés annuels en raison semble-t-il, de la frilosité ou de la méconnaissance de la matière par les fonctionnaires qui assurent les remplacements.

#### 4.4.2 Les programmes de soins

Les contrôleurs ont examiné les contenus des programmes de soins pour vérifier leur conformité avec l'arrêt de la cour de cassation<sup>8</sup> qui rappelle « *qu'il incombe au juge de vérifier si l'hospitalisation mise en place constitue une hospitalisation à temps partiel au sens de l'article R. 3211-1 du code de la santé publique et non une hospitalisation complète* ».

Extraits des registres de la loi, quatorze programmes de soins initiaux – soit ceux mettant fin aux soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète – ont été examinés. Seuls, deux programmes de soins, émanant du même psychiatre, ne posaient pas dans leur contenu le principe d'une hospitalisation à temps partiel, mais apparaissaient non comme un moyen d'éviter la censure du juge des libertés et de la détention mais comme une première étape vers la fin programmée de l'hospitalisation complète.

A ce sujet, le JLD rencontré lors de l'audience (cf. § 4.1) a précisé à la demande des contrôleurs que malgré le nombre important de mainlevées prononcées par son tribunal, il n'avait jamais constaté d'usages détournés du programme de soins destiné à maintenir un patient en hospitalisation complète malgré sa décision.

#### 4.4.3 Les demandes préfectorales de second certificat

Des entretiens effectués avec les praticiens hospitaliers, il a été indiqué que les services préfectoraux n'usaient pas de façon systématique de la possibilité ouverte par la loi au représentant de l'État de demander un second certificat lors d'une demande de levée de soins sans consentement.

L'examen du registre de la loi a fait apparaître qu'effectivement de juillet 2017 à août 2018, seulement six demandes de second certificat ont été formulées.

### 4.5 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE S'EFFECTUE SELON LES PRESCRIPTIONS DE LA LOI ET EN PRESENCE DES PATIENTS

Les dates de tenue des collèges des professionnels pour les prolongations après un an de soins sans consentement sur décision du chef d'établissement, font l'objet d'un suivi particulier de la part du bureau des entrées afin d'éviter toute erreur ou oubli.

L'unité concernée est invitée à fournir les renseignements relatifs aux médecins et soignants qui composeront le collège, afin d'établir les convocations.

Concernant les patients, il a précisé qu'ils étaient présents aux collèges et aucun élément contredisant cette affirmation n'a été relevé tant dans les entretiens avec les soignants qu'avec les patients.

A la date de la visite, il a été dénombré cinquante-sept patients (en hospitalisation complète ou en programmes de soins) pour lesquels le collège s'est réuni.

### 4.6 LES AUTORITES ADMINISTRATIVES ET JUDICIAIRES VISITENT REGULIEREMENT L'ETABLISSEMENT

L'établissement a ouvert le 11 janvier 1911 un registre collationnant les visites des autorités administratives ou judiciaires. Il est ainsi possible de prendre connaissance pendant plus d'un

---

<sup>8</sup> Cass, 1e ch civ, 4 mars 2015, n°14-17824

siècle de la qualité des visiteurs, mais aussi souvent de leurs observations qui sont la plupart du temps très élogieuses.

De l'examen des pages de la période récente, il apparaît que l'établissement a été visité au moins une fois par an par le président du tribunal de grande instance et le procureur de la République côté judiciaire et par le préfet de l'Ardèche côté administratif.

Seule ne figure pas la mention des visites du maire de Privas, mais il a été indiqué aux contrôleurs, qu'il venait lui aussi dans l'établissement au moins une fois par an.

Au-delà des paraphes sur le registre, l'intérêt porté par les autorités locales au fonctionnement et au devenir de l'établissement est réel et constant comme les contrôleurs ont pu le mesurer lors de la visite.

## 5. LES RESTRICTIONS DE LIBERTE

### 5.1 LE DROIT DE CIRCULER LIBREMENT N'EST PAS RESPECTE

Après l'intervention de la Haute autorité de santé, en 2016, dénonçant la fermeture de toutes les unités, il a été décidé que celles-ci seraient dorénavant déclarées ouvertes, mais fermables en tant que de besoin, en fonction des caractéristiques, éminemment variables, des patients hébergés dans les différentes unités – la présence d'un seul patient pouvant poser des problèmes de sécurité obligeant à fermer toute l'unité. La situation est rendue ainsi complexe et quelque peu confuse.

Aussi, lors de la visite des contrôleurs, si l'unité Rebond dite de réhabilitation, a toujours été ouverte – et *a priori* l'est toujours – et si, *a contrario*, l'unité Saint-Régis qui accueille des patients en soins de longue durée et l'unité Sainte-Agathe dont les patients sont en géronto-psychiatrie avec une moyenne d'âge de 75 ans sont toujours fermées, les autres unités étaient soit ouvertes (Sainte-Luce, Saint-André, Saint-Clément) ou fermées toute la semaine comme, par exemple, Saint-Damien. Et cela alors même que ces différentes unités accueillent indifféremment, compte-tenu de la sectorisation, des patients en soins libres et d'autres admis sans leur consentement, présentant des troubles psychiatriques mineurs ou graves.

Pour que cette pratique, qui contredit le principe adopté de l'ouverture des unités, ne prête pas à critique, les patients admis en soins libres : sont contraints – il n'y a pas d'autres termes puisqu'ils ne peuvent choisir un autre lieu d'hospitalisation – de signer à leur arrivée, un document précisant que si l'unité dans laquelle ils seront hébergés est ouverte, elle peut être fermée à tout moment, et qu'ils acceptent les contraintes qui découleront de cette fermeture.

Le règlement intérieur de l'hôpital, en son article 40, n'évoque pas ces dispositions puisqu'il indique seulement que, sauf prescription médicale contraire, « *les usagers en soins libres ou en programme de soins disposent de la liberté de circuler hors de l'unité de soins après simple information au personnel soignant* ». Pour les personnes hospitalisées sans leur consentement, il est simplement indiqué qu'elles « *ne disposent pas obligatoirement des mêmes modalités de déplacement* ».

En outre, l'hôpital étant entouré d'une enceinte complète et infranchissable, qualifiée de « *rempart* », ne comportant qu'un point d'entrée et de sortie, muni d'un sas à double porte vitrée dont l'ouverture et la fermeture en deux temps dépendent du personnel d'accueil, aucun patient même en soins libres, ne peut sortir sans autorisation de l'hôpital Sainte-Marie.

Bien plus, il est exigé de tout patient désireux d'aller en ville, la présentation à l'accueil d'un document intitulé « *autorisation de sortie* » qui mentionne son nom, l'heure de sortie, celle prévisible de retour et, du fait de sa signature, l'accord d'un membre du personnel soignant. Exceptionnellement, ce document, normalement conservé par le poste d'accueil, n'est pas exigé, un échange téléphonique avec l'unité concernée remplaçant l'autorisation écrite.

En conséquence, même un patient en soins libres doit obtenir du personnel soignant « *l'autorisation de sortir* » et en apporter la preuve au personnel en fonction à l'accueil de l'hôpital s'il désire en sortir temporairement. La liberté d'aller et venir est ainsi sinon des plus réduites, du moins des plus encadrées, surtout si, de manière aléatoire, l'état d'un ou deux patients difficiles conduit les responsables de l'unité dite ouverte à la fermer quasiment constamment. Ceci explique sans doute partiellement pourquoi, hormis pour ceux qui se rendent à des activités – accompagnées ou non –, on rencontre fort peu de patients durant la journée, dans les différents jardins et espaces extérieurs nombreux et agréables, dont dispose l'établissement.

L'ensemble de ce dispositif – fermeture fréquente des unités ouvertes, sas de sortie de l'hôpital, document autorisant la sortie – entrave concrètement la correcte application du principe suivant lequel, sauf prescription médicale personnalisée, les patients hospitalisés peuvent aller et venir librement.

La direction de l'hôpital est consciente que cet état de fait n'est pas satisfaisant. En effet, dans le document élaboré à l'attention des contrôleurs du CGLPL, au paragraphe consacré à la cartographie des risques, le « *risque de non-respect de la liberté d'aller et venir* » est considéré comme un risque majeur (risque R2 indiqué en rouge). Et, pour sibylline qu'elle soit, la réponse à une question formulée par l'ARS, en prévision d'une mission que cette administration devait effectuer en juillet 2018 et qui finalement n'a pas eu lieu, ne contredit pas cette appréciation. En effet, à l'interrogation : « *les portes de l'unité sont fermées et les patients doivent demander qu'on leur ouvre pour sortir ?* », la direction de l'établissement indiquait : « *non* » (*car la porte est en grande partie ouverte*).

À la clinique Joseph Chiron, à Annonay, la situation est tout à la fois plus simple et plus normale. Les deux unités –quarante lits au total– sont réellement ouvertes et, quel que soit l'état ou le statut des patients accueillis, le contrôle des entrées-sorties d'un ensemble hospitalier doté d'un mur d'enceinte complet s'effectue, à la porte d'entrée, les agents du poste de garde connaissant bien les personnes hospitalisées compte-tenu de leur petit nombre.

### **Recommandation**

*L'établissement doit permettre l'application pleine et entière du principe de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés.*

## **5.2 LES RESTRICTIONS IMPOSEES DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT TRES LIMITEES**

### **5.2.1 Le port du pyjama**

Le recours au pyjama est très rare, étant strictement lié au processus de mise en chambre d'isolement et uniquement si cela s'avère nécessaire.

### **5.2.2 L'accès aux chambres**

Dans toutes les unités, les patients peuvent accéder librement à leur chambre, quels que soient l'heure et le moment de la journée. En revanche, les portes de ces chambres ne sont pas munies d'un verrou de confort, ce qui interdit aux patients de les fermer à leur convenance, sauf dans quatre unités.

Les placards, de dimensions correctes et à peu près similaires dans toutes les unités, sont ouverts et les patients peuvent disposer d'une clef, moyennant le dépôt d'une caution de 5 euros, leur permettant de les fermer. Il y a une seule exception à cette situation commune à toutes les unités : à l'unité de géronto-psychiatrie Sainte-Agathe, les placards des chambres sont fermés à clef et leur ouverture ne peut s'effectuer qu'avec l'intervention d'un membre du personnel soignant.

### **Recommandation**

*Toutes les chambres doivent disposer d'un verrou de confort.*

### 5.2.3 Les horaires

Le cadencement horaire de la journée n'appelle pas de remarques : après le lever, petit déjeuner à 9h, déjeuner à midi et dîner à partir de 19h. Il n'y a pas de goûter, ni en soirée de tisane. Les unités sont fermées à partir de 20h30, mais l'espace extérieur (terrasse ou jardin) dont elles disposent toutes, reste ouvert même la nuit ainsi que la ou les salles de télévision, notamment pour les patients insomniaques, en accord avec les infirmiers de nuit (à l'exception de l'unité Saint-Joseph).

### 5.2.4 L'accès au tabac

Dans les deux implantations, à Privas comme à Annonay, l'accès au tabac est des plus faciles sauf dans l'unité Saint-Régis qui accueille des patients en soins de longue durée et où la consommation de tabac est médicalement régulée, les cigarettes et les briquets étant conservés par le personnel soignant.

Dans toutes les autres unités, les patients conservent dès leur arrivée leurs cigarettes et leurs briquets et les lieux où ils peuvent fumer sont ouverts 24 heures sur 24.

Rédigé de manière très libérale, le livret d'accueil se contente d'indiquer qu'il faut « *ne pas fumer dans les lieux fermés et respecter les espaces prévus à cet effet* ».

### 5.2.5 La télévision

Chaque unité comporte au moins une salle équipée d'un poste de télévision, la plupart d'entre elles en ayant en fait deux. À Annonay, les patients peuvent même faire installer dans leur chambre un écran de télévision à condition d'en régler la location.

## 5.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT TRES LIBERALES

### 5.3.1 Le courrier

La distribution du courrier est effectuée par le vaguemestre de l'hôpital. Le courrier entrant n'est pas ouvert mais si un paquet apparaît quelque peu suspect, le personnel soignant demande à son destinataire s'il est possible d'en « regarder » avec lui le contenu.

Pour le courrier sortant, les patients peuvent soit le remettre au vaguemestre, soit le poster eux-mêmes dans la boîte aux lettres se trouvant dans l'enceinte de l'hôpital, ce qui assure la confidentialité de leur correspondance.

L'affranchissement des lettres est à la charge des patients.

### 5.3.2 L'accès au téléphone et à Internet

Sauf cas particulier, médicalement fondé, tous les patients conservent leur téléphone mobile et peuvent s'en servir à tout moment. Dans l'unité Sainte-Agathe dont les patients sont très âgés, un téléphone mobile appartenant au service est mis à leur disposition au cas où ils n'en disposeraient pas eux-mêmes.

Par ailleurs, chaque chambre est équipée de prises murales (une par lit) permettant d'installer un téléphone filaire et dans chaque unité se trouve un poste téléphonique mural permettant de recevoir des appels, mais ces deux installations ne sont guère utilisées.

Quant aux connexions Internet, elles sont totalement libres – sauf sur les quatre postes informatiques dont dispose le centre social, l'accès à certains sites étant impossible –, les patients pouvant conserver leur ordinateur ainsi que tout autre objet électronique.



### 5.3.3 Les visites des familles et des amis

Les horaires des visites sont très respectueux des difficultés d'emploi du temps que peuvent connaître les membres des familles ou les amis des patients, puisque celles-ci peuvent s'effectuer quasiment toute la journée, après le petit déjeuner et jusqu'au dîner, sauf au moment des repas. En revanche, seul l'établissement d'Annonay dispose pour accueillir les visiteurs de salons, trois au total, agréablement aménagés. A Privas, aucune des unités n'offre cette commodité. Il existe seulement, près du poste d'accueil, une salle permettant d'accueillir les familles avec enfants, des jeux étant à la disposition de ces derniers. En conséquence, les visites se déroulent soit dans les chambres, soit dans les pièces communes ou encore, si le temps le permet, sur la terrasse ou dans le jardin de l'unité.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES LOCAUX SONT VETUSTES ET SURDIMENSIONNES ET LE NOUVEAU PLAN ARCHITECTURAL NE DOIT PAS EMPECHER L'EXECUTION DES TRAVAUX QUI SONT NECESSAIRES AUJOURD'HUI DANS CERTAINES UNITES

Les locaux du centre hospitalier Sainte-Marie, répartis en onze unités, sont vétustes et surdimensionnés.

#### 6.1.1 Les chambres

Les unités comprennent, en moyenne, une dizaine de chambres individuelles (treize à Sainte-Lucie, sept à Saint-Clément) et quatre à cinq chambres doubles (ou triples à Sainte-Agathe : trois) ainsi que deux chambres d'isolement (CI). Mais les disparités sont nombreuses : à Rebond, unité de réhabilitation sociale, toutes les chambres sont individuelles et il n'y a pas de CI. A Saint-Joseph on compte seulement quatre chambres individuelles et dans certaines unités une seule CI est installée (Saint-Marc).

Les chambres sont équipées de lits parfois médicalisés, de tables de nuit, d'une table et de chaises, d'une poubelle, d'un placard fermant à clé (caution de 5 euros), d'un bouton d'appel, d'un bouton incendie, parfois d'un téléphone fixe comme à l'unité Saint-Damien (caution de 15 euros pour recevoir des appels). Certaines disposent d'un verrou de confort comme à Rebond, Annonay et en expérimentation à Saint-Régis, mais dans certaines unités des patients, qui ont peur la nuit, demandent à être enfermés. Dans la journée, les chambres demeurent ouvertes. A l'unité Rebond, les clés sont analogues à celles de chambres d'hôtel, déposées et reprises au tableau du bureau infirmier.

L'ouverture et la fermeture des fenêtres et des volets roulants est généralement faite par les soignants. Quand il y a un grillage, celui-ci est parfois léger (Saint-André) mais à Saint-Marc on a vraiment une impression d'enfermement ; certaines fenêtres s'ouvrent complètement.

L'hôpital, étant situé en pleine ville, certaines de ses chambres donnent directement sur la rue et les immeubles voisins.

Sur le site d'Annonay, toutes les chambres sont équipées d'un téléviseur (en location) et de balcons donnant sur le parc.



#### *Chambres à un lit à Rebond, trois lits à Sainte-Agathe et deux lits à Saint-André*

Elles sont toutes pourvues d'un cabinet de toilette avec WC et lavabo, miroir, patères, barres d'appui, porte-serviettes (pas toujours de tablettes au-dessus du lavabo) et en moyenne, une dizaine par unités, possèdent des douches ; mais il existe aussi des douches collectives (quatre

par unité) et des WC communs. A Sainte-Agathe, Saint-Damien et Rebond, toutes les chambres ont des douches. Parfois une baignoire pour soins spécifiques est installée dans l'unité (Saint-Clément).

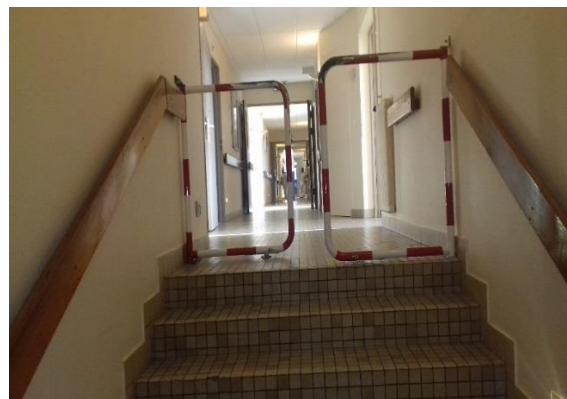
### 6.1.2 Les autres locaux

Chaque unité dispose d'une salle à manger avec office attenant, d'un bureau « infirmier », d'un local pharmacie, de bureaux de cadres ou de médecins, d'un salon avec télévision, livres, jeux de société, magazines et parfois d'une salle d'activités avec baby-foot et ping-pong. Certaines unités proposent un deuxième petit salon, une terrasse parfois, et un second poste de télévision est installé dans la salle à manger. Une chambre pour personne à mobilité réduite (PMR) se trouve à proximité du salon et de la salle à manger.

Les couloirs sont longs et les déplacements interminables, les ascenseurs souvent utilisés.

Le tout donne une impression de labyrinthe.

Dans deux unités (Saint-André et Saint-Clément), un petit escalier, protégé par des barrières, coupe l'unité en deux et oblige certains patients, peu mobiles ou en situation de handicap, à utiliser l'ascenseur pour rejoindre leur chambre.



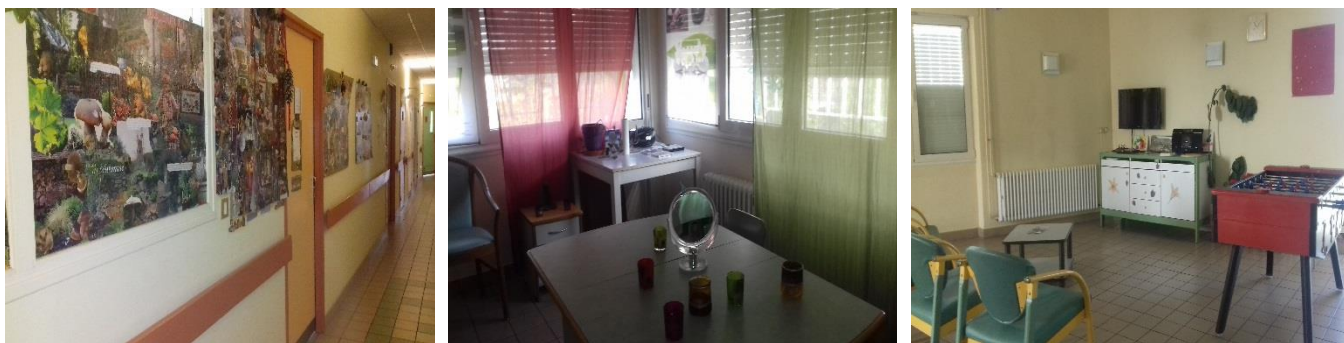
#### *Grillage aux fenêtres et escalier protégé coupant en deux les unités Saint-André et Saint-Clément*

Dans l'hôpital qui ne dispose pas du wifi, seul un accès à internet est possible sur les quatre ordinateurs du centre social, près de la médiathèque.

Dans l'ensemble des unités, ni les chambres, ni les couloirs ou lieux communs ne sont décorés et les contrôleurs ont noté que souvent seuls sont affichés les menus, la charte du patient hospitalisé, une note de l'UNAFAM ou le prochain loto, ainsi que de rares informations concernant l'hygiène des mains ou la canicule. On ne trouve dans l'ensemble que très peu de panneaux sur les activités du centre social ou les droits du patient.

Cependant à Saint-Marc, un patient artiste peintre a pu accrocher ses nombreux tableaux dans le couloir de l'unité, et à Rebond, unité de réhabilitation sociale, les patients peuvent apporter des objets du quotidien dans leur chambre : cafetière, poste de radio, réveils, ordinateurs. Ainsi les couloirs sont décorés et les chambres de transition du rez-de-chaussée ressemblent tout à fait à des studios en ville. Il existe, à l'étage, un salon de relaxation et de bien-être et la salle à manger est aussi un salon de détente avec un affichage important, qui permet aux patients d'être informés de ce qui existe *intra-muros* et à l'extérieur (lieux de vie, associations, lieux d'entraide) ;

un tableau blanc est installé en salle de séjour pour s'inscrire aux différentes activités. Des conférences sur la maladie mentale, des questionnements, des informations de toutes sortes font de ce lieu une unité à part dans l'hôpital.



*Unité Rebond : couloirs décorés, salon de bien-être et salle à manger-détente*

### 6.1.3 Les espaces extérieurs

L'unité Saint-André est la seule à n'avoir aucun espace extérieur, ni cour dédiée, ni galerie et les patients doivent emprunter l'ascenseur pour parvenir jusqu'à la petite cour puis accéder à la grande cour centrale. Dans la plupart des autres unités, des galeries-terrasses permettent aux patients de fumer et de prendre l'air. Mais comme à l'unité Saint-Marc, la proximité avec les bâtiments d'habitation tout proches a conduit à la fermeture de la galerie-terrace à la suite de plaintes du voisinage.

Les cours sont généralement arborées, équipées de bancs ou de gradins et parfois un espace jardinage est possible (unités Sainte-Agathe et Saint-Régis). Elles sont parfois communes à plusieurs unités : Saint-André, Saint-Clément, Saint-Joseph ou Sainte-Agathe et Rebond. Dans certaines cours, on joue à la pétanque (Saint-Damien).



*Cour de l'unité Ste-Agathe et cour partagée à St-André, St-Clément et St-Joseph*

Ce sont souvent des espaces apaisants où les patients se retrouvent pour fumer. Dans certaines unités, il est possible d'y aller aussi la nuit (Rebond, Saint-André).

Toute une aile (bâtiments 8 et 9 respectivement Sainte-Jeanne-d'Arc et Notre-Dame) est désormais dédiée au centre social, médiathèque, ergothérapie, atelier de vie quotidienne, salle de musculation en rez-de-chaussée, les étages étant vides. Un gymnase est situé au bout de cette aile.

Il est à craindre que les travaux de démolition et de reconstruction des unités entre 2018 et 2023 ne bloquent les travaux de rénovation aujourd'hui nécessaires pour les unités, qui ne seront concernées, par le nouveau plan architectural, que dans quatre ou cinq ans. Les contrôleurs ont été frappés par l'état des sorties de secours dans certaines unités ne disposant que d'escaliers extérieurs mal entretenus, impossibles à utiliser en cas d'urgence par des personnes handicapées ou en fauteuil roulant.

Dans d'autres unités, les problèmes d'inondation sont récurrents. D'après certains témoignages, des problèmes thermiques se posent pour les chambres « *en fin de circuit* ». De plus, malgré de nombreux locaux vides, il manque des espaces de rangement et souvent les chariots d'entretien sont remisés dans des WC qui ne peuvent plus être accessibles.

### **Recommandation**

*Les travaux de démolition et le nouveau plan architectural ne doivent en aucun cas freiner les travaux de rénovation nécessaires aujourd'hui dans certaines unités.*

## **6.2 LE NIVEAU D'HYGIENE EST QUOTIDIENNEMENT MAINTENU**

Malgré la vétusté des locaux, ceux-ci ont paru corrects et propres dans l'ensemble. Quatre ASL ou agents hôteliers, par unité, et en roulement ont en charge l'entretien des locaux et la distribution des repas. Deux autres agents s'occupent des cours, des poubelles, des cages d'escalier. Il est fait appel à une entreprise extérieure pour les locaux administratifs, la pharmacie, l'agora (centre social, ergothérapie et locaux sportifs) et les espaces extérieurs. En 1998, les patients s'occupaient des espaces verts. Il ne reste plus aujourd'hui qu'un petit jardin floral à Sainte-Agathe et à Saint-Régis des plantes aromatiques.

Il y a peu de dégradations dans les bâtiments : ni tags, ni locaux abîmés mais les cours sont parfois jonchées de mégots, de gobelets ou de pots cassés. On peut cependant noter l'état indigne des WC communs dans la cour près du distributeur de boissons, à la turque et sans lumière.

Les locaux sont surdimensionnés et la rénovation depuis les années 2000 a surtout permis d'améliorer l'isolation des combles, de refaire certaines peintures et d'entreprendre des travaux contre les problèmes d'inondation en cas de dégel.

## **6.3 L'HYGIENE DES PERSONNES**

Dans le livret d'accueil, il est demandé aux patients et aux visiteurs « *de maintenir une bonne hygiène corporelle et une tenue, de se désinfecter les mains, de ne jamais stocker de nourriture périssable dans les chambres, d'éliminer les déchets dans la poubelle de la chambre et d'éviter de venir en visite en cas de maladie contagieuse* ».

La plupart des chambres sont équipées de sanitaires avec WC et lavabos ; miroirs, (pas toujours des tablettes), radiateurs, patères, sièges, rampes sont installés. Certaines chambres sont équipées de douches. En général dans des unités de vingt ou vingt-deux lits, dix douches sont individuelles (ou partagées pour les chambres doubles) et quatre douches sont collectives. Dans certaines unités, elles sont accessibles toute la journée pour les patients les plus autonomes ; dans d'autres les horaires sont limités ou les douches ouvertes à la demande. Parfois lorsqu'il y a une chambre double, deux lavabos sont prévus dans le sanitaire et les WC sont séparés. On trouve aussi des WC communs mais parfois ces derniers sont utilisés comme locaux de rangement entre autres pour les chariots et produits d'entretien.



*Photos du haut : chambre sans douche avec WC et lavabos et chambre double  
Photos du bas : douche collective et sanitaire utilisé comme local de rangement*

Certaines unités sont dotées d'une baignoire pour des soins spécifiques et d'une douche spéciale pour les personnes à mobilité réduite.

L'établissement ne fournit pas de kits d'hygiène mais les patients peuvent acheter des produits de toilette au centre social (savon, shampoing, mousse à raser). En général, les rasoirs et les ciseaux sont gardés par le personnel soignant et redonnés à la demande, mais à l'unité de réhabilitation sociale Rebond, les patients peuvent garder ce matériel dans leur placard.

Les ateliers de vie quotidienne (AVQ), près du centre social, qui ont recréé au sein de l'établissement un véritable appartement avec cuisine, salon, buanderie, permettent à certains patients, sur prescription médicale, de découvrir ou de redécouvrir tous les gestes quotidiens d'hygiène : toilette, lavage du linge, de la vaisselle, du ménage.

On peut citer aussi la présence d'une esthéticienne qui, par le maquillage, le soin des ongles, des mains et la coiffure, participe à l'hygiène et à la bonne tenue corporelle des patients.

### 6.3.1 Le linge

Depuis la fermeture récente de la blanchisserie de l'établissement, deux prestataires extérieurs ont en charge l'entretien du linge plat, des vêtements de travail et du linge personnel des patients.

Celui-ci est lavé par la famille, quand famille il y a, mais comme beaucoup de patients sont seuls, leur linge est pris en charge *via* l'établissement. Il doit être marqué, il est ensuite déposé dans un filet avec le numéro de l'unité et le numéro d'identification du patient et mis dans les sacs de tri placés dans les couloirs des unités. Un inventaire du contenu a été fait auparavant. Le linge propre est de retour au bout de 3 ou 4 jours. Mais de nombreuses réclamations font état de linge perdu.

Le linge plat est en quantité suffisante et ne manque pas. Il est changé quand c'est nécessaire (patients qui se souillent) et de façon régulière : toutes les semaines comme pour les couvertures, les draps housses, les draps plats, les draps de maintien, les taies d'oreiller ou de traversin ; les housses de couette, sont changées toutes les deux semaines et dès que nécessaire pour les serviettes éponge, les draps de bain, les gants et bavoirs. Les couettes sont en PVC lavable et comme les matelas et les oreillers, sont nettoyées dans les unités à l'aide de désinfectants et de chiffonnettes. Certaines unités de longue évolution ou de suite (Saint-Marc, Saint-Régis, Saint-Joseph et l'unité de réhabilitation sociale Rebond) autorisent l'usage de couettes personnelles.

Il n'existe au CHS de Privas que deux buanderies avec lave-linge, sèche-linge et table de repassage : à l'unité Rebond et à l'atelier de vie quotidienne en ergothérapie. Sur le site d'Annonay, les deux unités sont pourvues de buanderies mais la lessive est payante.

Le personnel de la blanchisserie fermée récemment est, soit parti à la retraite, soit a été réaffecté dans les unités ou à la cafétéria. Trois lingers demeurent : ils trient le linge sale, réceptionnent le linge propre et livrent le linge plat dans les unités.

Un projet de création de blanchisserie est en cours, pour 2020, avec l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT).



*Sacs de tri pour la lingerie de l'établissement et la buanderie à l'unité Rebond.*

### 6.3.2 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Une équipe opérationnelle en hygiène hospitalière (EOH) et un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) organisent un programme annuel d'actions de prévention, de surveillance, d'information et de formation dans le domaine de l'hygiène, programme défini et suivi par la commission médicale d'établissement (CME). Un compte rendu des activités de lutte contre les infections liées aux soins, figure dans le rapport annuel de l'établissement.

### 6.3.3 Les formations spécialisées

Des formations sont proposées au personnel : risques infectieux, précautions standard, bionettoyage, hygiène alimentaire, gestion des excréta, gestion de l'eau, tri des déchets, maîtrise des gestes invasifs, sondage urinaire, protocoles de conduite à tenir en cas de poux et de punaises de lit, en cas de suspicion de tuberculose, en cas de rougeole, légionellose, bactériologie.

En 2017, 398 personnes ont été formées.

Des simulations sont réalisées : tri du linge, port des équipements de protection individuelle (EPI), épidémies de gale.

Lors de la semaine de sécurité des patients, de nombreuses expériences sont menées : hygiène des mains par friction, chambre des erreurs, chariot des erreurs, chambre d'isolement avec des erreurs avec la contention.

Plusieurs éléments importants ont été relevés par les contrôleurs :

- des réponses trop lentes apportées par la direction aux problèmes de chauffage, d'eau, de légionellose avec demande de réunion du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- les agents ASL ne sont pas associés aux relèves infirmières ni aux synthèses de l'équipe alors que proches du quotidien des patients, ils connaissent souvent des aspects de leur hospitalisation que ne décèlent pas les médecins ou soignants.

Il est prévu notamment dans le plan architectural futur de traiter les points suivants : l'hygiène des locaux de service, la lumière naturelle et les vues, le confort thermique.

#### **6.4 LES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES SONT TRES NOMBREUSES ET BIEN ORGANISEES MAIS INSUFFISAMMENT COORDONNEES ET CONNUES**

Le « centre social » est implanté depuis peu au rez-de-chaussée d'un long bâtiment de l'hôpital, dont les étages supérieurs actuellement inutilisés étaient antérieurement occupés par les sœurs – mais ils devraient servir prochainement dans le cadre de l'opération-tiroirs liée au programme de reconstruction de l'hôpital Sainte-Marie – ; le « centre social » regroupe dorénavant en un même lieu sous cette appellation générale, toutes les activités occupationnelles et thérapeutiques proposées aux patients.

S'y trouvent en effet :

- la cafétéria, dans un espace assez exigu mais équipé d'un comptoir, d'un lieu de vente de quelques produits – principalement pour les soins du corps –, d'une table basse, d'étagères accueillant des livres, DVD et jeux de société, d'un canapé, de fauteuils ainsi que d'un poste de télévision ;
- la médiathèque où l'on retrouve aussi des bibliothèques exposant des livres thématiquement classés – provenant pour l'essentiel de dons –, des DVD et des exemplaires de trois revues auxquelles l'hôpital est abonné –, un poste de télévision avec lecteur de DVD, deux canapés ainsi que des fauteuils et un baby-foot, le tout dans un espace lui aussi exigu ;
- les différents ateliers : art graphique et élaboration du journal Réhab ( quatre numéros par an ), musique (mais la salle est peu utilisée faute de personnel compétent), poterie, décoration (peinture, couture, tissage), bois (remarquablement équipé), esthétique (deux petits salons), ateliers de la vie quotidienne dénommés AVQ .Les responsables de ces ateliers ont même inventé un jeu permettant aux patients de réapprendre les processus et les gestes de la vie quotidienne, y compris en cas de problème (« *Que faire si la porte de l'appartement est fermée et si les clés se trouvent à l'intérieur de celui-ci ?* », par exemple) (cf. paragraphe 6.2.).
- une table de ping-pong en bon état et une grande salle de musculation très bien équipée.

Plus loin se trouvent un très grand gymnase et, à l'extérieur, deux terrains de basket-ball. Les séances de natation ont lieu à la piscine municipale (trois créneaux horaires par semaine l'été, un seul le reste de l'année du fait des activités scolaires).

Par ailleurs, de nombreuses sorties sont organisées : vélo, randonnée, escalade, pétanque, tournoi de basket-ball.



Le livret d'accueil de l'hôpital décrit en des termes très succincts ce centre social comme « *un lieu à la disposition des patients qui regroupe un service de vente de produits de première nécessité, des produits alimentaires, des revues. C'est aussi un lieu d'échange avec des animations diverses telles que café, photo, bois, karaoké, partie crêpes, jeux de société* ».

Il est heureusement plus que cela puisque, à part la cafétéria, la médiathèque et les salons d'esthétique, toutes les autres activités proposées sont organisées dans un cadre médical et avec une finalité thérapeutique. En effet, les patients s'y rendent sur prescription médicale dans le cadre d'un protocole précis : demande émanant de l'équipe médicale et du patient, choix de l'activité en lien avec le patient, prescription médicale d'activité, rencontre avec l'équipe du plateau technique (ergothérapie ou sport), définition d'un planning d'activités, prise en charge du patient qui, au début, sera accompagné par un membre du personnel soignant pour se rendre à l'activité retenue. Le suivi thérapeutique est assuré tant par des observations mentionnées dans le dossier médical du patient (Cariatides) que par la participation des responsables de ces activités aux réunions de synthèse que les équipes soignantes consacrent régulièrement à tel ou tel patient.

Hormis la cafétéria et la médiathèque, ouvertes aussi le samedi et le dimanche matin, les autres activités ne fonctionnent que du lundi au vendredi avec, pour certaines d'entre elles, des plages horaires étendues, tant le matin que durant l'après-midi. Ainsi, l'atelier bois est ouvert tout au long de l'année le matin et l'après-midi et la salle des sports accueille chaque jour les patients de 8h30 à 11h45 et de 13h30 à 18h45. Il en est de même pour l'atelier AVQ, mais pas pour les ateliers graphisme et décoration, ouverts seulement le matin ou l'après-midi.

La fréquentation de ces différentes activités est relativement conséquente : soixante à quarante-deux patients par semaine pour les ateliers de la vie quotidienne et environ vingt-cinq patients par jour pour les activités sportives. Au total, durant les cinq premiers mois, de janvier à mai inclus de l'année 2018, 497 patients ont participé à l'une ou à l'autre de ces différentes activités pour un total d'actes – c'est-à-dire de séances – s'élevant à 7 460, ce qui donne en moyenne une présence de chaque patient concerné à quinze séances sur cinq mois, soit toujours en moyenne, trois séances par mois.

Les moyens consacrés par l'hôpital au centre social sont loin d'être négligeables : 13 ETP toutes fonctions confondues. La prise en charge, hors du budget du centre social, des frais d'entretien et de fonctionnement des locaux, comme des dépenses de déplacement et de carburant, et un budget annuel de 16 000€ permettent de réaliser différentes acquisitions et de régler les frais afférents aux sorties.

Aux activités organisées dans le cadre du centre social, s'ajoutent les actions mises en œuvre dans le cadre du contrat santé et culture, ce qui permet à l'hôpital de bénéficier avec un contrat de trois ans d'une subvention annuelle de 23 500 € (par les deux ministères concernés, la région, le département et la ville de Privas) et de la mise à disposition d'une personne à mi-temps. Ces ressources permettent de financer partiellement l'édition du journal, des concerts, des pièces de théâtre, la venue d'artistes et des sorties. Mais, malgré des demandes réitérées des contrôleurs, il n'a pas été possible d'obtenir de plus amples informations, relatives notamment à la fréquentation par les patients de ces différentes manifestations qui, de toute façon, ne sont pas considérées comme des activités thérapeutiques.

Enfin, il faut évoquer en particulier le journal Réhab dont la 23<sup>ème</sup> livraison est en cours de préparation. Remarquable de conception et de réalisation, fort bien imprimé avec une maquette très originale et très ludique, traitant de thèmes choisis par les patients et présentés avec beaucoup d'humour (« *le don, la dette et le truand* », « *trans-a-parence* »), il est préparé par un

petit nombre de patients qui se réunissent pour cela deux fois par semaine avec la participation de deux membres du personnel soignant.

Si la conception et la réalisation de ces différentes activités occupationnelles et thérapeutiques au profit des patients apparaissent bien être de qualité, il est dommage que leur efficacité soit entravée par l'absence d'un coordonnateur – celui qui était en poste jusqu'à l'été dernier ne devrait pas être remplacé – ; cette situation est regrettée par tous les acteurs du centre social, comme par la responsable de la mise en œuvre du contrat santé et culture.

Il est dommage aussi qu'il n'existe pas de document complet et attractif, permettant à tous les patients de découvrir les différentes caractéristiques des activités auxquelles ils pourraient participer.

### **Recommandation**

*Pour une meilleure coordination des différentes activités occupationnelles et thérapeutiques, dans l'intérêt des patients et pour une meilleure information, complète, structurée et attractive sur les services et les activités à leur disposition :*

*- le poste de coordonnateur doit être maintenu car la nécessité et l'intérêt de ses fonctions sont soulignés par les responsables des activités ;*

*- la page 9 du livret d'accueil traitant de cette question doit être revue ;*

*- l'information des patients doit être améliorée sur les activités auxquelles ils peuvent participer grâce, par exemple, à l'édition d'une brochure les recensant de manière détaillée et attractive (nature, noms des animateurs, photographies des lieux et des équipements, horaires).*

Dans son courrier en réponse du 11 mars 2018, la directrice de l'établissement a précisé que la mission de coordination des activités était maintenant assurée par un cadre supérieur de santé et un cadre de santé.

## **6.5 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS EST SOUPLE**

Dès l'arrivée, chaque patient hospitalisé reçoit un livret d'accueil et toutes les informations relatives au déroulement de son séjour par les professionnels du service d'accueil infirmier (SAI) Si son état le permet, on lui fait visiter les lieux.

Il peut, s'il le souhaite, déposer les objets de valeur (carte bancaire, chéquier, argent, bijoux, montre, documents personnels) qu'il a sur lui, au coffre qui se trouve au bureau des entrées. On lui remet plusieurs formulaires, dont un inventaire à remplir qui comprend trois parties :

- *je déclare ne rien détenir sur moi susceptible d'être déposé ;*
- *je décide de conserver auprès de moi mes objets de valeur et mon argent durant mon séjour au CH Ste Marie. J'énumère les objets non déposés ;*
- *je souhaite faire un dépôt au service Biens Des Malades en présence de monsieur et madame X (deux personnes de l'équipe du SAI seront présentes et nommées).*

L'inventaire cosigné est donné en copie au patient. Il sera scanné et placé dans son dossier d'admission. Le tout est tracé dans le registre des objets qui est placé dans le coffre au bureau des entrées.

Le dépôt des biens et valeurs n'est pas obligatoire mais il est recommandé en raison de vols possibles dans l'unité où la personne sera affectée.

Le patient est également, tenu de remettre des objets contondants ou dangereux : armes, ciseaux, rasoirs, ainsi que des produits interdits : alcool, drogue.

Il pourra ensuite, à sa sortie, récupérer après accord de son médecin référent, les objets laissés, hormis les armes remises à la direction ou au cadre d'astreinte. Dans ce dernier cas, la direction établit par la suite un procès-verbal et procède au dépôt de l'arme à feu auprès des services de police sans que l'identité du l'utilisateur de soins ne soit révélée. Il en est de même pour les produits illicites.

Beaucoup ne souhaitent pas laisser au coffre d'objets, d'argent ou de documents personnels et un deuxième inventaire a lieu quand le patient est conduit dans son unité. Il se verra remettre, contre 5 euros de caution, une clé de placard de chambre et pourra déposer ses biens dans ce placard. Les objets contondants, non remis au coffre des entrées, seront dans ce cas-là, gardés au bureau infirmier pour des raisons de sécurité et redonnés au patient à la demande.

Les soignants ne gardent pas d'argent dans leur office. Pour obtenir des espèces, le patient se rend au bureau des biens des patients, situé au rez de chaussée à gauche du hall d'entrée de l'établissement. Selon son état ou si c'est la première fois, un soignant peut l'accompagner dans cette démarche.

La caisse est ouverte de 10h à midi et de 13h à 17h du lundi au jeudi. Le matin est réservé aux retraits d'espèces ou d'objets (même à partir de 8h en cas de départs définitifs) et l'après-midi aux dépôts. Le vendredi jusqu'à 16h est consacré à la caisse.

La responsable consulte le compte du patient ; elle est en relation étroite avec les assistants sociaux des unités, les curateurs et les tuteurs qu'elle peut joindre par téléphone ou plus souvent par mails. Selon les indications données, et à partir du fonds de caisse prévisionnel approvisionné par les virements des curateurs ou les pécules des patients, elle remet les espèces demandées, les trace sur le logiciel de comptabilité Vax et donne au patient la fiche qu'il a signée de remise d'espèces.

En dehors des heures d'ouverture, les week-ends et jours fériés :

- c'est l'équipe du SAI qui est en charge des dépôts, de l'inventaire et de la traçabilité sur registre. Tout cela est placé dans une enveloppe, elle-même déposée dans la boîte à lettres derrière la conciergerie et récupérée ensuite par la responsable du bureau des biens des patients ; le tout est enfermé au coffre ;
- pour la remise au patient d'objets ou d'espèces, c'est en revanche, l'administrateur de garde (toujours un membre de la direction) qui en a la responsabilité. Il fait signer le patient à qui il donne la fiche de remise et trace le tout dans le registre et sur le logiciel.

Les contrôleurs ont pu assister à plusieurs entretiens entre des patients et la responsable et ont constaté le sérieux et la souplesse du système.

Ainsi, un patient qui avait réclamé sa carte bancaire pour retirer de l'argent, ne savait pas si son compte avait été approvisionné par des virements. Il a pu recevoir une petite somme d'avance pour des achats importants. Il a ensuite, quand son compte a été approvisionné, remboursé la caisse.

Ce sont des pratiques basées sur la confiance, assez fréquemment utilisées au bureau des biens des patients.

Selon les IDE et les cadres de santé, il est parfois très difficile de joindre les curateurs institutionnels (UDAF et ADSEA) pour avoir une somme d'argent ou une réponse à une question urgente.

### **Bonne pratique**

*Des facilités sont données aux patients par le bureau des biens des patients pour une mise à disposition rapide d'argent liquide.*

## **6.6 LA RESTAURATION EST CONSIDEREE COMME SATISFAISANTE**

Dix-sept personnes travaillent en cuisine dont le responsable restauration et la chef de production tous deux appartenant à *MEDIREST*. L'équipe est composée de douze postes en cuisine, un poste de plongeur, un poste de magasinier et deux postes dédiés au self pour le personnel, les visiteurs ou les étudiants de l'institut de formation qui se trouvent sur le site. C'est une équipe motivée et dynamique.

Ce sont 1 200 repas patients servis dans les unités, soit seize repas par jour en liaison froide J-3. Et J+1 pour les pâtisseries. Les produits frais et locaux sont valorisés. Tout est fait sur place : pâtisseries, pain de mie, pizzas, quiches. Le petit déjeuner est préparé la veille, le pain frais livré tous les jours. Des plateaux repas, à réchauffer dans la cuisine de l'unité, sont prévus pour les arrivées tardives. Une diététicienne supervise les menus et les différents régimes (diabétiques, hypocaloriques, sans graisses, sans sel, végétalien, végétarien, riche en fibres, hyper protéinés, hachés, mixés, lissés) sont pris en compte, de même que les allergies et les régimes sans porc. Il a été signalé que les patients pouvaient aussi indiquer ce qu'ils n'aimaient pas afin qu'il y ait des produits de remplacement.

Chaque unité est équipée d'une salle à manger et tous les repas sont pris collectivement ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'un patient, compte tenu de son état, mange dans sa chambre. Les repas ont lieu à 8h, entre 11h45 et 12h15 et entre 18h15 et 19h. Les menus sont affichés sur la porte.

Excepté à l'unité Sainte-Agathe, unité de longue évolution, où le plan de table est strict, chacun peut choisir sa place. Les couverts sont en métal et le repas est servi dans des assiettes. Les plats sont mis sur les tables et les patients se servent. Certains sont aidés dans leurs mouvements par les aides-soignants présents. Cependant les soignants ne déjeunent pas avec les patients.

Un référent repas-linge est désigné dans chaque unité. Ce peut être le responsable IDE ou un IDE, un aide-soignant ou le cadre.

Des prestations annexes ont permis d'organiser des repas plus riches pour la fin de l'année (unités Saint-Clément, Sainte-Agathe et Sainte-Lucie), une vente de crêpes pour la Chandeleur au centre social, la semaine du goût à base de miel en octobre, un concours de pâtisseries, un goûter le 28 décembre au centre social pour une centaine de patients, un menu « allo pizza » en mars (participation de 138 patients et 65 accompagnants) dans toutes les unités, un repas celtique en extérieur pour la fête de la musique.

Un questionnaire de satisfaction est distribué dans chaque unité. Les résultats en 2017 sont :

- à la question : l'alimentation proposée prenait-elle en compte vos besoins, vos difficultés, 87 % de personnes satisfaites, 10,6 % de personnes mécontentes ;

- à la question : la qualité du service à table (horaires, présentation), 93 % se déclarent satisfaites et 6,3 % sont mécontentes.

Une commission « restauration » se réunit trois fois par an avec le responsable production, la responsable exploitation, des cadres de santé et des IDE mais avec seulement trois patients d'unités diverses : en 2017 Sainte-Lucie, Sainte-Agathe, Saint-Joseph. Cependant des aides-soignants et des agents hôteliers ont fait remonter des remarques, critiques et suggestions de Saint-André, Saint-Damien, les Alizés. Ce qui ressort donc de la moitié des unités se traduit par ceci : une alimentation non variée (les mêmes menus reviennent toutes les quatre semaines), trop de béchamel, des repas peu appétissants, pas assez de soupes, pas de céréales au petit déjeuner, des repas expédiés trop vite, pas de goûter. Mais il n'y a aucune réclamation quant à la quantité.

Les contrôleurs ont constaté que la collation de 16h n'est plus servie (sauf pour les diabétiques) ; elle est remplacée par des viennoiseries le dimanche matin et les jours fériés.

Les patients peuvent garder des biscuits, des glaces, des fruits dans le réfrigérateur de l'unité mais ne peuvent emporter dans leur chambre que les produits non périssables. Les produits frais doivent être consommés dans la journée. Ils peuvent les acheter à l'extérieur ou à la cafétéria du centre social ouverte aussi le week-end et les jours fériés. Un distributeur situé dans la cour centrale, près de l'unité Rebond, propose des boissons froides (entre 1,30 et 1,80 euro), des boissons chaudes (potage, thé, chocolat ou café à 0,50 euro) des biscuits et friandises (entre 1,10 et 2 euros).



*Cuisine à l'unité Rebond et salle à manger à l'unité Saint-André*

Un point sensible sur lequel travaille l'équipe cuisine concerne les mixés délices, afin que ces plats peu appétissants de couleur et de forme se révèlent plus attractifs.

Dans certaines unités, des ateliers cuisine sont organisés, le week-end, pour améliorer la présentation du repas et à l'atelier de vie quotidienne, la démarche de réhabilitation sociale consiste à faire le marché, préparer un menu, le réaliser et le déguster en réapprenant les gestes du quotidien.

Certains patients, plus autonomes, participent également au rangement des tables après le repas : débarrasser, jeter les déchets, trier les couverts.

En chambres d'isolement (CI), les couverts sont en plastique à usage unique et seules les cuillères sont utilisées. Le patient est toujours accompagné durant ses repas par deux soignants. Mais dans les sorties séquentielles de CI, ces patients peuvent parfois déjeuner dans le salon, toujours accompagnés. A Saint-André, un patient en CI a même pu venir déjeuner avec les autres en salle

à manger. Il arrive aussi que des familles partagent le repas de leur proche dans le salon. Elles doivent en avertir l'équipe.

Le comité de liaison alimentation-nutrition (CLAN) définit chaque année un programme d'actions pour la prévention, la surveillance, l'information dans le domaine de la nutrition et de l'hygiène alimentaire et présente le bilan annuel de ses activités. Il se préoccupe de l'équilibre des repas qui sont servis tant au point de vue quantitatif que qualitatif.

### 6.7 LA SEXUALITE EST UN SUJET QUI N'EST PAS TRAITÉ INSTITUTIONNELLEMENT

Comme dans de nombreux établissements, la sexualité ne fait pas l'objet d'une réelle réflexion institutionnelle et l'équilibre est difficile à tenir entre vigilance à l'égard des personnes vulnérables, attention portée aux comportements exhibitionnistes ou aux harcèlements divers et non interdiction des rapports sexuels entre personnes consentantes. Cependant, si le sujet n'est pas vraiment abordé dans certaines unités (Saint-Régis, Sainte-Lucie, Saint-Damien), il donne lieu dans beaucoup d'autres (Annonay 1 et 2, Saint-André, Saint-Marc, Saint-Joseph, Rebond) à des discussions au cas par cas, avec accès possible à des préservatifs, contraception proposée par les IDE ou le médecin, rendez-vous chez le gynécologue, discussions autour du consentement des personnes concernées et information de façon individuelle sur les maladies sexuellement transmissibles, le VIH et les risques (unité Saint-Damien, Rebond).

Certains couples existant à Saint-Régis, unité de longue évolution, prouvent que la question n'est pas neutre.

De façon générale, il est interdit pour les patients de se rendre dans la chambre d'autres patients. Le règlement a rayé de ses colonnes la mention d'interdiction des rapports sexuels. L'espace de réflexion éthique (ERE), qui se réunit trois fois par an avec une quinzaine de présents sur trente membres ou invités, n'évoque pas cette question dans les comptes rendus que se sont procuré les contrôleurs de 2016 à 2018. Ceux-ci abordent surtout les questions de privation de liberté, les chambres d'isolement et la contention mais aussi le refus de transfert entre unités, la maltraitance, les risques de déshumanisation, la place de la famille, les droits des patients, le mélange des pathologies dans une même unité, la culpabilité et le quotidien des soignants.

Une seule fois, en novembre 2016, la question du corps des patients a été évoquée mais jamais la sexualité.

Une seule formation sur les abus sexuels et l'inceste a été proposée en 2015 et il n'y a eu qu'une inscription.

#### **Recommandation**

*L'hôpital doit entamer une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients ayant pour objet notamment de permettre au personnel de se positionner efficacement par rapport à l'existence de rapports avec les proches ou avec d'autres patients dans les unités, et également d'apporter aux patients la protection et l'information nécessaires.*

## 6.8 LES PATIENTS NE SONT PAS TOTALEMENT PROTEGES CONTRE LE RISQUE INCENDIE ET LES INTRUSIONS INDESIRABLES

### 6.8.1 La sécurité incendie

Dans le livret d'accueil, on peut lire : « *le personnel est formé pour assurer votre sécurité. En cas de départ de feu, (...) il vous mettra en sécurité derrière les portes coupe-feu du service ou à l'extérieur du bâtiment (...). Les consignes de sécurité et les plans d'évacuation sont affichés dans chaque service. Nous vous conseillons d'en prendre connaissance et de les respecter* ».

La question de la sécurité des patients est donc essentiellement prise en compte en ce qui concerne la sécurité incendie. On signale cependant cinq débuts d'incendie en 2017 et de nombreux défauts de fonctionnement des systèmes de sécurité : en 2017, vingt, et pour le premier semestre 2018, deux.

Certes les consignes sont affichées dans toutes les unités, et certes, le nombre d'exercices, les alarmes et systèmes de détection, les commissions diverses, les rondes de vérification et la régularité des formations sur la sécurité sont conséquents ; mais le surdimensionnement des locaux, leur vétusté, la non-rénovation de certaines zones en prévision des prochaines démolitions et reconstructions, le labyrinthe des couloirs, la complexité des trajets en ascenseur pour atteindre le rez-de-chaussée inquiètent à juste titre ; on peut s'interroger sur de possibles conséquences graves dues à un état de panique, quand on voit certaines issues de secours, non entretenues depuis des années, peu utilisables par des personnes handicapées ou en fauteuils roulants.



*Sortie de secours non entretenue unité Saint-André*

La sécurité incendie n'est pas seule en cause : il n'y a pas d'équipe de sécurité au sens propre du terme et il convient de souligner le travail « multifonctions » de l'équipe de l'accueil qui (en plus de la sécurité incendie) a en charge :

- le plan Vigipirate ;
- la surveillance des écrans des quatorze caméras situées au niveau des espaces de circulation ;
- les rondes ;
- l'examen des bons d'entrée et de sorties des patients ;
- l'achat des cigarettes.

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a rappelé deux éléments. D'une part l'établissement classé en 2<sup>ème</sup> catégorie type U a depuis plusieurs années un avis favorable de la commission de sécurité et d'autre part « *ce classement ne prévoit pas d'obligation de mise en place d'une équipe de sécurité dédiée. Pour autant les moyens en terme de sécurité ont été renforcés sur ces dernières années avec 1 ETP supplémentaire* ».

#### 6.8.2 L'entrée d'alcool et de drogues

De nombreux témoignages (IDE, AS) font état d'entrées d'alcool et de drogues dans les locaux et au sein même des unités, de trafics et de reventes, le tout étant connu à Privas où paraît-il, « *le meilleur endroit pour se procurer de la came, c'est l'hôpital psy* ».

Bien que soucieux de déclarer ces événements comme indésirables et même si des groupes de travail sont en place pour chercher des solutions, le personnel soignant se trouve un peu désemparé face à cette question. Des salariés ayant posé la question des troubles de comportement et le non-respect du cadre à la suite de l'usage de stupéfiants ou d'alcool se sont vu répondre au comité hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT) du 16 mars 2018 (désapprouvé à l'unanimité le 22 Juin 2018) « *qu'il n'y avait pas de solutions actuellement et qu'il appartenait au corps médical de se saisir de la question* ».

Dans son courrier en réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a rappelé que : « *un groupe de travail sur les addictions a été mis en place, il est piloté par le médecin psychiatre coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins* ».

#### 6.8.3 La sécurité pendant la nuit

Les contrôleurs ont relevé un certain nombre de dysfonctionnements, en particulier la nuit :

- dans les cours : comme il n'y a pas d'équipe dédiée pour la sécurité, la surveillance la nuit dans les différentes cours paraît bien incertaine, d'autant plus que certains patients peuvent descendre pour fumer. De même les abords extérieurs ne sont pas surveillés ;
- dans les unités : les équipes n'étant constituées que de deux personnes la nuit, si un patient nécessite leur présence en chambre d'isolement, le reste de l'unité est laissé à lui-même ;
- le non-signalement parfois des personnes enfermées la nuit soit en CI, soit dans leur chambre ;
- l'absence de formation en ce qui concerne la psychiatrie et les diverses pathologies pour le personnel de l'accueil (la conciergerie).



Dans son courrier de réponse en date du 11 mars 2019, la directrice de l'établissement a précisé que chaque jour, l'accueil infirmier édite le document établi sur Cariatides qui indique le nom des patients qui passent la nuit en chambre d'isolement. Par ailleurs il est indiqué que les cours sont surveillés par le personnel de la conciergerie qui effectue une ronde pendant une heure quarante-cinq.

#### **6.9 LES SITUATIONS DE VIOLENCES SONT EVOQUEES IMMEDIATEMENT EN REUNIONS D'EQUIPE**

Lorsqu'il y a violence, les soignants et le médecin cherchent à régler le problème immédiatement sur place, après éventuellement une réunion d'équipe sauf cas grave ou événement indésirable.

La gestion des sorties sans autorisation, les indisciplines, les violences sont en général l'objet d'un dialogue entre les soignants et le patient concerné.

Un patient qui souhaite déposer plainte est accompagné dans sa démarche.

Il n'y a pas d'équipe de sécurité mais si nécessaire, il est fait appel aux concierges hommes de l'accueil qui ont un système de protection du travailleur isolé (PTI) comme les équipes soignantes. Des renforts d'autres unités peuvent également intervenir en soutien à leurs collègues.

En ce qui concerne les événements indésirables, un tableau de 2017 indique que 217 fiches de qualité et prévention des risques (QPR) ont été signalées avec notamment les motifs suivants : alcool (5), drogue (15), tentative de suicide (2), agression de patient sur un autre patient (7), agression de patient sur le personnel (53), défaut de fonctionnement de sécurité (20), début d'incendie (5), intrusion (2).

Pour 2018, le chiffre communiqué pour trois mois pour la période de juin à septembre est de 92 événements indésirables signalés, dont 52 qui sont en lien avec des faits de violence et 4 pour des suicides et tentatives de suicide).

Les chiffres cités ci-dessus indiquent donc un niveau de violence relativement élevé à l'hôpital de Sainte-Marie.

## 7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

### 7.1 LA PRISE EN CHARGE INITIALE S'EFFECTUE MAJORITAIREMENT VIA LES URGENCES DE PLUSIEURS AUTRES HOPITAUX

Le centre hospitalier (CH) Sainte-Marie de Privas ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et ce sont essentiellement les services des urgences des CH de Privas, de Montélimar, d'Aubenas et d'Annonay qui assurent cette mission. Concernant les deux unités d'Annonay, seuls 5 % des entrées au CHS s'effectuent directement après consultation au CMP et la plupart arrivent des urgences du CH d'Annonay. Des conventions indiquent que les urgences sont traitées entre l'urgentiste, le psychiatre d'astreinte 24h/24 du CHS et l'accueil infirmier du CH de Privas.

Les moyens ambulatoires ne sont pas organisés actuellement pour la prise en charge d'urgences purement psychiatriques et ne nécessitant pas une prise en charge somatique immédiate.

Seules les urgences du CH d'Annonay et du CH d'Aubenas bénéficient de la présence physique d'un psychiatre du CH Sainte-Marie tous les matins et d'un infirmier deux jours par semaine à Aubenas. A Montélimar, quatre infirmiers assurent les urgences et la psychiatrie de liaison de 8h à 16h.

Un service d'accueil infirmier (SAI) est présent au sein du CH à Privas 24h/24 au rez-de-chaussée près de l'entrée principale ; ce service exerce un contrôle qualité sur l'ensemble des documents nécessaires à l'admission et prend en charge les objets du patient ; neuf patients sur dix transitent par ce service avant d'être hospitalisés en unité. Lors des admissions, chaque patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre rapidement, souvent dans l'heure qui suit.

Enfin, l'évolution du projet médical de juin 2018 évoque, à l'occasion du projet architectural, la création d'une unité d'admission fermée de dix lits et trois chambres d'isolement (CI) couplée avec une unité ouverte de patients stabilisés en attente de sortie de treize lits, une seule équipe soignante gérant les deux. Enfin, une unité de courts et moyens séjours serait créée pour les adolescents. Une nouvelle répartition des binômes de secteurs est également envisagée afin d'équilibrer les bassins de populations.

A Annonay, l'admission est réalisée sur le site par une secrétaire présente au niveau de l'accueil ; celle-ci vérifie les documents et les aspects juridiques. 95 % des patients sont préalablement examinés aux urgences du CH de la ville et amenés en véhicule sanitaire léger ou ambulance ; les patients ne font jamais l'objet de contention pendant le transport. Là aussi les patients bénéficient d'un entretien avec le psychiatre dans les heures qui suivent, y compris le week-end, ainsi que par le somaticien qui passe dans les services.

Les locaux du service des urgences d'Annonay sont relativement bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins relevant de la psychiatrie. Un bureau individuel permet des entretiens confidentiels et la venue tous les matins (et plus si demande) d'un psychiatre du secteur permet une prise en charge rapide et une orientation adaptée. Les patients restent ainsi peu de temps aux urgences du CH où n'est pas installée de chambre d'isolement. Sur décision du psychiatre, des contentions sur brancard ou lit peuvent occasionnellement y être placées. Trois jeux de contention sont à disposition. Un protocole de mise en contention est rédigé à destination des soignants. Lors des contentions, le box individuel n'est pas fermé à clef. Les décisions sont inscrites dans le logiciel Cristalnet des urgences et renouvelées toutes les vingt-quatre heures.

Lorsque la demande d'hospitalisation dépasse les capacités de prises en charge de l'établissement, une sur occupation des places s'effectue par placement en chambre d'isolement d'une unité en laissant la porte ouverte (unités Saint-Clément, Sainte-Lucie, Saint-Joseph, Chiron 1 et 2) ou par le placement de patients en unités hors secteur ; dans ce cas le psychiatre du secteur d'origine continue à effectuer le suivi du patient en lien avec les infirmiers du secteur d'hébergement.

## **7.2 LES PRISES EN CHARGE MEDICALES SONT PERTINENTES MAIS NE SE DECLINENT PAS TOUJOURS DANS L'ORGANISATION DES SOINS INFIRMIERS**

### **7.2.1 Le projet médical et les pratiques psychiatriques**

Le projet médical 2016-2020 structure sa stratégie autour des axes suivants : poursuivre les réponses aux besoins des patients de la prévention à la réinsertion, répondre à certains besoins non encore pris en charge comme les adolescents désocialisés ou les personnes souffrant d'addictions, résoudre les difficultés liées à la saturation des capacités d'hospitalisation complète dans le contexte d'une augmentation de la population desservie, s'interroger sur les pratiques dans un but d'excellence, renforcer les partenariats en amont et en aval de l'hospitalisation et développer l'attractivité pour les jeunes médecins et internes, prendre en compte le droit des malades (notamment sur les restrictions de liberté), développer encore l'éducation thérapeutique du patient, et mettre en place des projets de soins individualisés.

Le projet d'établissement prévoit, dans le cadre de la refonte architecturale du site, la détermination d'une répartition équitable des moyens entre les différents secteurs de psychiatrie. Le secteur d'Annonay établit une demande d'extension de cinq lits supplémentaires. Aucun service n'a établi un projet de service et certains sont en cours. Concernant les deux unités d'Annonay, une répartition des prises en charge affecte les séjours prévisibles de moins de vingt jours sur l'unité Chiron 1 et les séjours plus longs à l'unité Chiron 2, souvent par transferts de patients nécessitant des soins plus longs de l'unité 1.

Les pratiques sont ainsi assez diversifiées d'un service à l'autre mais les savoir-faire spécifiques à certains services sont peu partagés et un véritable travail en collège médical est souhaitable.

La prise en charge dans la majorité des services est conséquente y compris pour les personnes présentant un état clinique sévère et les équipes soignantes et médicales sont mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante.

Lors de leur visite dans les unités, les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient régulièrement et au moins une fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font très souvent avec les infirmiers, voire un aide-soignant si l'infirmier est indisponible. Des entretiens infirmiers de même que des entretiens avec des psychologues sont partout proposés ; l'éducation thérapeutique est un peu engagée au sein de l'atelier de la vie quotidienne et des ateliers d'éducation en santé.

Seules quelques unités comme l'unité Rebond et Saint-Marc ont mis en place des réunions soignants-soignés.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre. Une attention particulière est portée sur le respect des choix du patient dans la communication avec ses proches.



qualité animé par une IDE. Cependant, les patients peuvent aussi avoir accès aux activités thérapeutiques pour l'ensemble du site au rez-de-chaussée de l'établissement, où sont proposés des ateliers cuisine, des sorties au lac, et en mutualisation avec l'hôpital de jour et le CATTP, de la musculation, de l'équitation, de la marche, de l'ergothérapie, des jeux et des ateliers cuisine. Les patients ont également une salle avec un ping-pong à disposition et dans le hall, deux distributeurs de boissons, mais aucun distributeur de friandises et gâteaux, celui-ci ayant été ôté « *pour ne pas que les patients en abusent* ». Ce distributeur aurait dû plus utilement servir de prétexte au développement d'une éducation thérapeutique sur l'alimentation et la prévention de l'obésité, dans le cadre de traitements médicamenteux perturbant les sensations de faim.

### 7.2.3 La cohésion des équipes par les synthèses et projets de soins

S'il n'y a pas de projet de service dans les unités, toutes ont cependant mis en place des réunions cliniques et synthèses, la plupart du temps au rythme d'une réunion clinique par semaine et toujours avec l'ensemble des soignants et intervenants participant du soin : psychiatres, infirmiers, assistantes sociales, psychologues, médecins généralistes, ergothérapeutes.

Ces réunions cliniques permettent l'élaboration des projets de soins individualisés. Quelques unités ont des IDE référents (unités Rebond, Saint-Marc), les autres non.

Quelques unités organisent également des *staffs* restreints entre cadres et médecins chaque matin.

Seuls les soignants des deux unités d'Annonay peuvent bénéficier de séances de supervision par une psychologue extérieure qui vient tous les mois et demi réaliser des séances collectives appelées analyses de pratique professionnelle. Cependant, une véritable supervision touchant aux mécanismes de transferts et contre-transferts dans les relations soignants-soignés ne peut être abordée qu'individuellement. La possibilité doit être offerte par l'institution de ce type d'accompagnement pour l'ensemble des personnels soignants, médicaux mais aussi administratifs au contact direct avec les personnes hospitalisées.

Enfin, malgré la présence médicale effective au sein de l'établissement, l'organisation des soins semble rester indépendante du projet médical en cours, ce qui provoque des incohérences de soins pour le patient, certaines décisions médicales n'étant pas mises en œuvre par la filière paramédicale, soumise à d'autres procédures. Il n'y a pas de projet de soins infirmiers définissant le besoin qualitatif et quantitatif de soignants auprès des patients chaque jour de la semaine, permettant la mise en œuvre du projet médical dans l'ensemble des composantes de la prise en charge (entretiens infirmiers, consultations, activités, sorties et préparation à la sortie, surveillance et gestion des violences, etc.).

#### **Recommandation**

*Un projet de soins infirmiers doit préciser les modalités concrètes d'organisation des soins au regard des stratégies définies par le projet médical.*

### 7.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT INTEGRES A LA PRISE EN CHARGE MAIS LA DISPENSATION DES MEDICAMENTS N'EST PAS CONFIDENTIELLE

#### 7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités

Une équipe de six médecins généralistes assurent les soins somatiques pour l'ensemble des unités du site de Privas, sur la base d'une affectation préférentielle sur les unités. Une réunion d'organisation du travail a lieu régulièrement et permet l'établissement du tableau de service. Ils disposent tous d'un bureau au sein d'une même entité géographique ce qui permet des échanges professionnels permanents et une secrétaire les assiste deux demi-journées par semaine. Un médecin passe ainsi dans chaque unité tous les jours. Le praticien gère également le dépistage des cancers du côlon et la contraception.

Dans les deux unités du site d'Annonay, un somaticien est également présent tous les jours. Il voit tous les patients entrants et ceux placés en chambre d'isolement. Lors de ses absences, les urgentistes du CH situé à toute proximité sont appelés.

Une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est en charge des problèmes d'addictologie mais est actuellement en difficulté car dépourvue de médecin et comporte seulement une infirmière. Le projet d'établissement prévoit le regroupement du service spécialisé du CH de Privas avec celui du CH de Montélimar afin de créer un centre de référence pour la prise en charge des polyaddictions chez les adolescents, dans le cadre d'une fédération d'addictologie. Ce centre comprendrait quarante et un lits dont une unité de vingt lits gérée par l'équipe de Privas ; une ELSA interviendrait alors dans tous les services. Aucune ELSA ne fonctionne actuellement sur le site d'Annonay.

Dans son courrier en réponse en date du 11mars 2019, la directrice de l'établissement a indiqué que le regroupement prévu a été abandonné, compte tenu de l'absence de financement par « les tutelles ».

Les médecins généralistes assistent aux réunions de synthèse clinique. Ils utilisent le logiciel Cariatides pour y inscrire toutes leurs observations et prescriptions au niveau de l'onglet « somatique ». Lors de la sortie du patient, les éléments somatiques sont associés aux éléments du psychiatre pour le courrier au médecin traitant. L'initiative de la demande de consultation peut émaner du médecin psychiatre ou directement du patient.

Les médecins généralistes organisent, le cas échéant, les rendez-vous avec d'autres spécialistes nécessaires, dans les centres hospitaliers de la région en fonction des spécialités et des places disponibles. Les rendez-vous sont parfois plus difficiles à obtenir rapidement pour la neurologie et la cardiologie, mais les praticiens ne rapportent pas de non accès aux soins en la matière.

#### 7.3.2 L'accès aux traitements

Alimenté par la pharmacie centrale, le circuit du médicament n'appelle pas de remarque particulière hormis la distribution des médicaments aux patients. En effet dans toutes unités sauf les deux d'Annonay et à Rebond, les médicaments sont distribués aux patients lors des repas, dans le réfectoire, à la vue des autres patients.

A Annonay, la distribution est assurée individuellement à la porte de la salle de soins, les autres patients devant se tenir en arrière d'une ligne de confidentialité inscrite sur le sol à distance de la salle. Les piluliers sont réalisés chaque jour par les IDE ; une dotation hospitalière de dépannage permet d'éviter toute rupture de traitement.

La distribution du médicament étant un soin essentiel dans la prise en charge du patient, elle peut être un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant.

**Recommandation**

*Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins et permettre un échange sur la thérapie.*

**7.3.3 Les prolongements des prises en charge**

Des prolongements aux prises en charge somatiques durant le séjour hospitalier sont recherchés afin que les patients psychiatriques puissent continuer leurs soins une fois sortis de l'établissement. Ainsi à l'unité Saint-Joseph, un patient reste suivi un mois après sa sortie de l'établissement par le médecin de l'unité.

Quelques patients relèvent d'une maison d'accueil spécialisée ou d'un foyer d'accueil médicalisé mais actuellement aucune place n'est disponible.

À Annonay, les capacités de prise en charge en CMP sont dépassées et le délai pour un primo rendez-vous avec un psychologue est de six mois ; les patients peuvent, une fois pris en charge, être vu chaque mois. Les pathologies psychiatriques moins lourdes sont parfois renvoyées vers les médecins généralistes.

## 8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

### 8.1 LES LOCAUX D'ISOLEMENT DOIVENT PERMETTRE UN ACCES AUX TOILETTES 24H/24

L'ensemble de l'établissement dispose de quinze chambres d'isolement (CI). Le projet d'établissement et architecturale en prévoit à terme onze. Les unités Saint-Clément, Sainte-Lucie, Saint-André, Saint-Joseph, Saint-Régis comportent deux chambres d'isolement ; les unités Saint-Damien, Chiron 1, Chiron 2, Sainte-Agathe Saint-Marc en comportent une. Cinq des quinze chambres sont occupées au moment du contrôle.



*Salle d'eau d'une chambre d'isolement avec bassin*



*Bloc sanitaire d'une chambre d'isolement*

Neuf sur les quinze CI ont une vidéosurveillance avec un déport des images dans le bureau des IDE. Les écrans ne sont pas visibles des autres patients sauf à l'unité Saint-Régis et Sainte-Lucie où ils devront être déplacés. D'autres chambres ont une petite fenêtre fermée donnant directement en salle de soins infirmiers (Saint-Marc, Saint-André, Chiron 1 et 2). A Annonay, une autre fenêtre de surveillance donne directement sur les lieux d'aisance sans être occultée.

Ces chambres sont sensiblement différentes les unes des autres en fonction de l'histoire architecturale des bâtiments ; toutes sont suffisamment spacieuses et comportent un affichage de la date et de l'heure.

Certaines ont un dispositif d'appel pour le patient comme à Saint-Joseph ou Saint-Clément, d'autres en ont un qui ne fonctionne plus comme à Saint-André, d'autres n'en disposent pas (Chiron 1 et 2, Sainte-Lucie, Saint-Marc, Saint-Régis). Il n'y a aucun bouton d'appel malade depuis le lit en cas de contention.

Aucune chambre d'isolement ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre sa lumière. Certaines fenêtres donnent sur un vis-à-vis ou sur un couloir (Saint-Clément, Saint-André), aucune ne dispose d'un patio privatif ou d'un accès à l'extérieur. Des stores permettent souvent l'occultation de la lumière pour la nuit mais ne peuvent être fermés par la personne placée en isolement.



Les chambres disposent d'une salle d'eau mais qui est fermée à clef et accessible que sur demande du patient (unités Saint-Joseph, Saint-André, Saint-Marc, Chiron 1 et 2, Saint-Régis, Saint-Clément, Saint-Damien, Sainte-Lucie). Un pot de chambre est observé à Saint-Régis, un pistolet et un bassin à Sainte-Lucie et un bassin à Saint-André, alors même qu'il existe une salle d'eau.

Les portes des sanitaires sont souvent fermées sur prescription médicale, par crainte de conduite suicidaire, obligeant le patient à se servir d'un bassin, d'un urinoir ou d'un seau hygiénique placés dans la chambre, qui peuvent ne pas être vidés immédiatement, alors même que, durant sa toilette, le patient peut rester seul, avec dans la pièce des patères non flexibles, un miroir et des tuyaux de douche, qui pourraient présenter un risque pour sa sécurité.

### **Recommandation**

*L'accès libre aux toilettes doit être la règle le jour et la nuit ; les seaux hygiéniques doivent être supprimés afin de respecter la dignité des patients.*

La plupart des chambres disposent d'un lit métallique fixé au sol et toutes proposent des draps et couvertures identiques au reste de l'unité.

L'usage du pyjama est parfois systématique en CI (unités Saint-Joseph, Sainte-Lucie) parfois non utilisé ou rarement (unités Chiron 1 et 2, Saint-Marc, Saint-André, Saint-Clément, Saint-Damien).

Toutes les unités proposent des couverts en plastique pour les repas pris en CI.

Quelques chambres permettent d'écouter de la musique ou la radio grâce à des haut-parleurs à l'intérieur de la chambre (unité Saint-Clément) ; le patient choisit ce qu'il souhaite écouter en sollicitant l'infirmier.

Aucune mauvaise odeur n'a été perçue au sein des unités ou dans les CI.

Le matériel de contention est constitué de sangles quatre points avec attache abdominale et aux deux bras et deux chevilles. Six jeux disposés dans six boîtes sont disponibles pour le site d'Annonay ; ils sont propres, rangés et font l'objet d'une démarche de vérification systématique. Dans de nombreuses unités, les lits des CI sont préinstallés avec les sangles de contention (Chiron 1 et 2, Sainte-Lucie, Saint-Régis).



### *Lit préparé avec contentions*

### *Patient en chambre d'isolement*

Quelques chambres disposent de la climatisation (Chiron 1 et 2, Sainte-Lucie, Saint-Damien).

L'accès au tabac est soit interdit durant tout le temps du placement en CI sans que le sevrage ne soit systématiquement pris en compte par un traitement de substitution nicotinique, soit autorisé au bord de la fenêtre ouverte de la CI.

## **8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT ENCORE EXCESSIVES**

### **8.2.1 Les modalités de décision**

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens remplissent tous et de manière assez exhaustive, le dossier informatique des patients du logiciel Cariatides, très bien administré et maîtrisé par le médecin du département d'information médicale.

L'isolement résulte d'une décision prise par le psychiatre qui ouvre dans le logiciel médical la feuille informatisée de prescription de la surveillance. L'inscription d'une décision de placement en chambre d'isolement dans le dossier médical daterait de 2006 au sein de cet établissement.

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas, sauf à Annonay, conservée lors de l'entrée du patient en CI et sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI.

#### ***Recommandation***

*Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée. Il ne doit pas y avoir d'entrée directe en chambre d'isolement d'un patient dans une unité où il n'est pas hospitalisé.*

Un groupe de personnes ressources « contention » est en place depuis 2016 à la suite de l'augmentation des événements indésirables de contention. Ce groupe, composé d'un cadre supérieur, un cadre de santé et quatre IDE, anime des séances d'entraînement à la pose de contentions, présente le dispositif, rappelle les risques, la traçabilité, la gestion du matériel. Tous les infirmiers ont ainsi été formés en 2017 et 2018 lors de plus de soixante séances de formation. Ce groupe n'est cependant pas en lien avec l'espace réflexion éthique. Seuls deux médecins sont venus se former à la contention.

En 2017, vingt personnes ont été formées à la gestion de la violence et au désamorçage de crise. Vingt-sept personnes ont été formées en 2016 et 2017 à la conduite des analyses des causes profondes des événements indésirables et sur la thématique isolement et contention.

### **8.2.2 L'analyse des pratiques**

Au moment du contrôle, cinq chambres d'isolement sur les treize étaient occupées, aucune contention n'était en cours. Il n'y a aucune contention sans isolement et il n'y a aucun isolement hors chambre d'isolement répertorié.

Les praticiens assurent une traçabilité complète informatique des mesures d'isolement et de contention sur le logiciel médical Cariatides.

L'ensemble des données, renseignées par les médecins sur Cariatides, permet dorénavant la conception du registre, avec des données par unité fiables depuis l'année 2017.

Un rapport annuel, rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, a été établi pour 2017 et présenté au conseil associatif de surveillance le 3 avril 2018, à la commission des usagers et au comité de pilotage des vigilances des risques et de la qualité stratégique le 4, et à la CME le 6. Ce rapport rappelle les démarches entreprises depuis 2016 sur la diminution des mesures d'isolement et de contention et la diffusion de procédures et de fiches techniques. Il rappelle que les personnes en soins libres sont libres d'aller et venir ; il précise que l'isolement séquentiel n'est plus pratiqué sauf pour un patient spécifique. Enfin, l'évaluation des pratiques est analysée par unité et enregistre une diminution des pratiques sur l'année entre les deux semestres.

La thématique isolement et contention mais également celle de l'enfermement ont intégré l'ordre du jour de l'espace éthique réflexion (ERE) depuis début 2016. Cet ERE se réunit trois fois par an et en écrit un compte rendu détaillé. Un peu plus de dix membres sont régulièrement présents aux séances. Les débats retranscrits sont riches et témoignent d'une réelle réflexion depuis deux ans sur les pratiques d'isolement et de contention. Le compte rendu de la réunion du 10 novembre 2017 revient sur l'enfermement et l'isolement ; il évoque que « *la mise en chambre d'isolement est peu souvent thérapeutique car elle peut se résumer à pallier le manque de personnel* ». Ce rapport conclut sur le fait que le respect de la liberté des patients nécessite que le projet médical réexamine globalement les possibilités de regrouper les patients qui ne peuvent jouir de la liberté de circulation dans l'hôpital, afin de ne pas pénaliser les autres.

La pratique de l'isolement et de la contention, analysée à l'échelle de l'établissement, gagnera à être analysée par les équipes soignantes à ce jour.

Une extraction informatique effectuée à la demande des contrôleurs a permis d'analyser les décisions prises.

La thématique isolement et contention a été prise en compte au niveau de l'établissement et apparaît treize fois à l'ordre du jour des CME entre mars 2016 et novembre 2017 ; le rapport annuel 2016 et celui de 2017 ont été présentés et ont reçu un avis favorable du conseil de surveillance. Le projet d'établissement 2016-2020 comporte une fiche « *politique relative à la contention physique* » qui rappelle les recommandations de la Haute autorité de santé et s'engage pour évaluer la pertinence de la mesure de contention toutes les douze heures, évaluer la pratique de la contention, sensibiliser les soignants à la déclaration des incidents pendant la contention et systématiser l'analyse des causes en cas d'incident déclaré.

Un plan d'action isolement-contention mis à jour en juin 2018 détaille l'ensemble des objectifs de l'établissement, comme l'amélioration des moyens de protection du personnel face à la violence, améliorer les moyens de désamorçage de l'agressivité, favoriser les alternatives à l'isolement ou à la contention, accompagner les médecins dans les bonnes pratiques d'isolement et de contention, diminuer le nombre de recours à ces mesures, permettre des conditions d'isolement dignes avec appel malade, respect de l'intimité, surveillance adaptée.

Les données du registre d'isolement et de contention ne sont pas encore discutées collégalement dans les services.

Une extraction informatique effectuée à la demande des contrôleurs a permis d'analyser les décisions prises par unité du 1<sup>er</sup> janvier au 2 septembre 2018, soit 8 mois.

**Unité Sainte-Agathe** : sur une file active de 151 patients entrés dans le service, 2 patients (1,3 %) ont été isolés pour des durées de 12 et 84 heures. Un des deux patients a eu une contention associée de 10 heures.

**Unité Saint-André** : sur une file active de 298 patients entrés dans le service, 44 patients (14,8 %) ont été isolés. Pour ces patients, 51 (17,11 %) mesures d'isolement ont été prises pour des durées allant de 2 à 432 heures soit 18 jours (avec une moyenne de 83 heures soit 3,5 jours). 15 mesures ont des durées supérieures à 3 jours. 24 patients, soit 54,5 % des patients isolés, ont eu 33 mesures (47 % des mesures) de contention associées allant de 5 minutes à 240 heures ou 10 jours (moyenne de 33,9 heures). Sur les 33 mesures de contention, 6 sont d'une durée supérieure à 24 heures.

**Unité Chiron 1** : sur une file active de 72 patients entrés dans le service, 10 (13,9 %) ont été isolés lors de 21 mesures d'isolement pour des durées allant de 9 à 433 heures, soit 18 jours (moyenne de 122,4 heures soit 5,1 jours). 5 patients (50 % des patients isolés) ont eu une contention associée pour des durées allant de 2 à 181 heures soit 7,5 jours (moyenne de 48 heures). On observe un patient qui totalise un isolement total de 60 jours au cours de 5 mesures.

**Unité Chiron 2** : sur une file active de 162 patients, 18 (11,1 %) ont été isolés au cours de 19 mesures pour des durées allant de 0,5 à 254 heures soit 10,5 jours (moyenne de 89,2 heures soit 3,5 jours). 5 des 18 patients (27,7 %) ont eu 7 mesures de contention associées pour des durées allant de 6 à 80 heures (moyenne de 24 heures).

**Unité Saint-Clément** : sur une file active de 238 patients, 43 patients (18 %) ont été isolés lors de 53 mesures pour des durées allant de 6 à 671 heures soit 28 jours (moyenne de 90 heures soit 3,75 jours). 21 mesures dépassent 3 jours. 14 patients (32,5 %) ont eu une contention associée lors de 17 mesures de contention pour des durées allant de 2 à 255 heures soit 10,6 jours (moyenne de 42 heures).

**Unité Saint-Damien** : sur une file active de 249 patients, 36 patients (14,4 %) ont été isolés lors de 41 mesures pour des durées allant de 3 à 2 638 heures soit 109,9 jours (moyenne de 156 heures soit 6,5 jours, 94 heures si on ôte le cas du patient isolé). 8 patients (22,2 % des patients isolés) ont eu une contention associée lors de 9 mesures pour des durées allant de 1,75 à 190,5 heures soit 7,9 jours (moyenne de 30 heures) ; 5 des 9 mesures de contention sont inférieures à 8 heures.

**Unité Saint-Joseph** : sur une file active de 51 patients, 20 patients (39,2 %) ont été isolés lors de 43 mesures (un des patients compte à lui seul 18 mesures) pour des durées allant de 4 à 357 heures soit 14,9 jours (moyenne de 69 heures). Un patient a été isolé durant 70 jours (1 678 heures) lors de 18 mesures. Parmi les 20 patients isolés, 9 (45 %) ont eu une contention associée lors de 11 mesures pour des durées allant de 1 à 60 heures (moyenne de 12,5 heures) ; 10 des 11 mesures ont été inférieures à 16 heures).

**Unité Sainte-Lucie** : sur une file active de 186 patients, 27 patients (14,5 %) ont été isolés lors de 36 mesures (pour des durées allant de 2 à 1 242 heures soit 51,75 jours (moyenne de 104 heures soit 4,3 jours). Parmi les 27 patients isolés, 10 ont eu une contention associée lors de 13 mesures pour des durées allant de 1,4 à 85 heures (moyenne de 16 heures).

**Unité Saint-Marc** : sur une file active inconnue de patients, 5 patients ont été isolés lors de 13 mesures tracées (mais 7 mesures supplémentaires pour un même patient ne comportent aucune

date ou heure (pour des durées allant de 12 à 1 192 heures soit 53,8 jours (moyenne de 201 heures soit 8,3 jours). Parmi les 5 patients isolés, 1 a eu une contention associée lors de 0,5 heure. Le cas d'un patient isolé plus de 2 400 heures soit 100 jours (dont 809 en soins libres soit 33,5 jours), pour lequel la traçabilité n'a pas été suivie, doit être discuté en analyse de pratique.

**Unité Saint-Régis :** sur une file active inconnue de patients, 9 patients ont été isolés lors de 36 mesures (plus une mesure qui ne comporte aucune durée), pour des durées allant de 0,5 à 1 186 heures soit 49,4 jours (moyenne de 188 heures soit 7,8 jours). Parmi les 9 patients isolés, 4 ont eu une contention associée pour des durées allant de 2,5 à 46 heures.

L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement modérées et des durées de contention également modérées. Ces pratiques sont cependant variables selon les unités et avec des durées longues qui ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. D'autre part plusieurs patients placés en CI depuis plusieurs jours ont été rencontrés alors même que leur situation clinique ne relève manifestement pas d'une situation de crise.

Ainsi sur un patient, l'isolement dit séquentiel est pratiqué ; un homme n'est placé en chambre d'isolement que la nuit mais il circule normalement la journée et sans aucune agressivité, pour une prévention du suicide.

Un patient a été rencontré par les contrôleurs dans sa CI. Il y était placé depuis quarante-deux jours et n'avait plus de chambre normale à sa disposition. Un urinal était dans sa chambre car sa salle d'eau était fermée à clef. Depuis quinze jours, il se rendait avec l'éducateur sportif une fois par semaine faire de la musculation ; il prenait ses repas en salle le midi et le soir. Son discours était cohérent et il n'était en aucune façon agité ou agressif. Ses vêtements et affaires étaient entassés à terre dans le sas devant la chambre d'isolement. L'isolement depuis quarante-deux jours n'a pu être expliqué par les soignants.

Ces modalités d'isolement ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

### **Recommandation**

*L'analyse du registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants en réunion collégiale. Cette analyse doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par des moyens alternatifs.*

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LA PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE : LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS EN HOSPITALISATION COMPLETE NE CONCERNE QUE CEUX AGES DE PLUS DE 16 ANS

Il y a trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile : secteur 07131 du Nord du département (Annonay) secteur 07132 du Sud (Aubenas) et secteur 07133 du Centre (Montélimar).

Au total on peut recenser sur le secteur d'Annonay quatre CMP, un CATTP, deux hôpitaux de jour, sur le secteur d'Aubenas trois CMP, un CATTP et un hôpital de jour et sur le secteur de Montélimar un CMP et un hôpital de jour, outre le CEDA (détection de l'autisme) à Valence.

Dans le projet d'établissement 2016-2020 les principales difficultés relevées étaient les suivantes :

- la difficile gestion de la crise chez les adolescents et l'absence de dispositif adapté ;
- un faible taux d'équipement en matière d'hospitalisation à temps partiel ;
- une demande importante au niveau des CMP et des délais d'attente importants pour les premiers rendez-vous.

Le CHSM n'est habilité qu'à recevoir des mineurs âgés de plus de 16 ans. Au cours de l'année 2017, trente-cinq mineurs de plus de 16 ans ont été hospitalisés, dont trois à la suite d'une ordonnance de placement provisoire d'un juge des enfants (assistance éducative). Deux mineurs ont été admis en soins sans consentement (SDT et SDTU).

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> juillet 2018, ce sont quinze mineurs qui ont été accueillis, dont un seul à la demande d'un tiers. La durée moyenne de séjour, qui diminue, est de 12 jours environ, toujours dans des chambres individuelles, dont certaines disposent d'un verrou intérieur. Les sorties à l'extérieur sont toujours accompagnées par un soignant. Le nombre de mineurs pris en charge dans les structures ambulatoires de Privas s'est élevé à 184 adolescents.

Pendant la seconde semaine du contrôle, deux mineurs ont été pris en charge, tous deux âgés de 17 ans. Pour l'un, la situation était plutôt classique, soit une admission à la demande des parents. Pour l'autre, la situation était beaucoup plus complexe, puisque la mère titulaire de l'autorité parentale avait signé la demande d'admission, alors que par ailleurs le mineur n'était plus domicilié chez elle. Ce mineur était pris en charge par le service de l'Aide sociale à l'enfance, mais un éducateur du service avait refusé dans un premier temps de communiquer à l'hôpital la décision administrative. Ceci confirmait que les relations avec les services départementaux de l'enfance n'étaient pas toujours faciles, ce qui rendait la prise en charge des mineurs difficile, notamment quand il s'agissait de préparer la sortie du mineur avec un hébergement adapté.

Dans le projet de reconstruction de l'établissement, il est prévu la création de deux chambres pour adolescents de plus de 16 ans.

Pour les mineurs âgés de moins de 16 ans c'est toujours l'unité d'hospitalisation complète de Saint-Vallier (dix lits), située dans le Nord du département de la Drôme, qui reste compétente.

L'activité des quatre hôpitaux de jour pour les mineurs est en hausse par rapport à 2016, puisqu'il y a eu une augmentation de 939 journées.

## 9.2 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES SE TRADUIT SYSTEMATIQUEMENT PAR UN PLACEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Chaque année une dizaine de personnes détenues sont prises en charge au centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM). En effet douze personnes ont été admises en 2016, mais seulement huit en 2017. Pendant la durée du contrôle (quinze jours) aucune personne détenue n'y a été accueillie.

Une fiche technique interne spéciale décrit les modalités de prise en charge au centre hospitalier Sainte-Marie des personnes détenues et rappelle qu'une convention a été signée avec le directeur de la maison d'arrêt de Privas et le directeur de l'hôpital général des Vals d'Ardèche.

La procédure impose donc que la personne détenue, dont l'état clinique nécessite des soins psychiatriques, soit prise en charge en priorité par l'Unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de l'établissement de santé mentale Le Vinatier à Lyon (Rhône). Ce n'est que si cet hôpital n'a plus de lit disponible ou refuse le patient, que ce dernier sera orienté vers l'hôpital de Privas. La personne détenue, qui devient un patient admis sur décision du représentant de l'Etat et doit subir un examen somatique, est soumise à une période initiale d'observation, comme les autres patients.

L'unité sanitaire de niveau 1 (USN1) qui est présente au sein de la maison d'arrêt de Privas comprend un psychiatre, un cadre supérieur de santé à temps partiel, deux infirmiers, une secrétaire médicale à temps partiel et une psychologue, qui font partie des effectifs du CHSM. Et les relations sont régulières avec les conseillers pénitentiaires d'insertion et de probation de la maison d'arrêt et avec le médecin inspecteur de l'ARS.

La fiche technique rappelle les règles de transfert, qui ont lieu de préférence en fin d'après-midi, pour une meilleure disponibilité des équipes soignantes.

Il y a deux procédures différentes à l'aller et au retour de l'hôpital ; c'est en effet le personnel soignant de l'hôpital (en général deux infirmiers) qui va chercher le patient à la maison d'arrêt, à moins d'un quart d'heure en ambulance privée, avec une escorte de police. Les menottes sont enlevées quand les personnes arrivent à l'entrée principale de l'hôpital. C'est le cadre supérieur de santé qui organise et coordonne les services.

Quand le patient est autorisé à sortir de l'hôpital, ce sont deux surveillants de la prison qui viennent le prendre en charge et le menotent systématiquement. Le patient est pris en charge dans un véhicule de police. Selon l'unité dans laquelle le patient a été admis, le menottage se fait devant les autres patients et le trajet jusqu'à la voiture est plus ou moins long. Ainsi l'unité Saint-Clément est proche de l'entrée principale et donc le patient croise peu les autres patients. Dans d'autres cas, le patient peut être pris en charge par une porte de sortie, qui est située à l'arrière de l'unité et qui correspond à l'accès pompiers. Une fois cependant, selon les indications recueillies, le patient a dû traverser toute l'unité en étant menotté et encadré par des surveillants pénitentiaires et des policiers. Le droit à la dignité de la personne détenue n'a donc pas été respecté.

L'infirmière qui travaille au sein de la prison a un rôle important puisqu'elle vient régulièrement voir la personne détenue hospitalisée, et elle est en contact permanent avec l'équipe soignante. Une fiche de liaison est en effet créée et circule facilement entre les services. Cependant peu d'informations judiciaires sont communiquées par l'administration pénitentiaire ; ainsi la qualification des faits reprochés au détenu, et le quantum de la peine ne sont pas communiqués,

mais son statut juridique (prévenu ou condamné) est indiqué, ainsi que l'état de dangerosité pour lui-même ou pour les autres. Mais les équipes ont indiqué aux contrôleurs, que souvent les personnes détenues parlent elles-mêmes des faits pour lesquels elles ont été incarcérées.

Certains membres du personnel semblent encore marqués par les évasions de deux personnes survenues dans les années 1990. Et on ne peut que constater que la personne détenue qui arrive à l'hôpital, est placée systématiquement en chambre d'isolement, et ses droits sont de ce fait largement restreints. Pourtant ces droits sont rappelés dans leur intégralité dans une fiche intitulée « *rappel des droits des personnes détenues hospitalisées en psychiatrie* » portant le numéro 17.022 rédigée sur deux pages, qui est un extrait du guide méthodologique 2017 produit par les ministères de la santé et la justice.

Dans certaines unités, le patient doit rester en pyjama toute la journée. Il n'a aucun accès à la télévision puisqu'il n'y en a pas en chambre d'isolement.

Le patient peut être autorisé à prendre un repas avec les autres patients et même à participer à des jeux de société, mais cela n'est pas pratiqué dans toutes les unités.

En ce qui concerne l'usage du téléphone, le patient n'a pas le droit de disposer d'un portable, mais il lui sera possible de téléphoner s'il y a une prescription du médecin.

Le patient n'a pas le droit de conserver de briquet, mais il peut exceptionnellement être autorisé à fumer en s'installant devant la fenêtre.

Le patient peut avoir accès à des journaux et écouter la radio (selon l'unité). Il peut aller se promener dans la cour privée de l'unité, en étant accompagné.

Il peut envoyer du courrier, mais celui-ci doit auparavant transiter par l'administration pénitentiaire.

Le patient ne reçoit en pratique jamais de visites, ni de sa famille, ni de son avocat, alors que sur la fiche transmise par l'administration pénitentiaire figure le nom des personnes qui sont autorisées à lui rendre visite.

### **Recommandation**

*La personne détenue hospitalisée ne doit être mise en chambre d'isolement que si son état clinique l'exige. Quand elle est menottée, sa dignité doit être préservée. Le respect de ses droits doit être assuré, notamment en ce qui concerne les visites. Un protocole entre la maison d'arrêt, le centre hospitalier et la préfecture doit encadrer les modalités de prise en charge des personnes détenues et garantir le respect de leurs droits.*

### **9.3 LE SUJET AGE EST PRIS EN CHARGE PAR UNE EQUIPE SOIGNANTE QUI PROPOSE DE NOMBREUSES ACTIVITES OCCUPATIONNELLES**

Unité intersectorielle fermée, compte-tenu de l'âge et des pathologies des patients qu'elle accueille, l'unité Sainte-Agathe, implantée au cœur de l'hôpital mais à un niveau plus bas que les autres unités, comprend dix chambres (deux à un lit, cinq à deux lits et trois à trois lits – ces dernières étant peu utilisées à plein), ce qui permet de recevoir éventuellement vingt et un patients, et une chambre d'isolement très rarement occupée (deux fois au cours des huit premiers mois de 2018).



Toutes ces chambres, récemment rénovées, sont climatisées et comprennent un ensemble sanitaire complet avec, pour les chambres à deux lits, deux lavabos et des toilettes séparées de la salle d'eau. Leur mobilier – chaque patient disposant d'un lit, d'une table de nuit, d'un petit bureau, d'une chaise et d'un grand placard – ainsi que les éclairages comme la possibilité d'ouvrir les fenêtres les rendent semblables aux chambres des autres unités de Sainte-Marie. En revanche, ce qui n'est pas le cas ailleurs, chaque tête de lit est munie d'un bouton d'appel. Des paravents sont disposés pour séparer les lits dans les chambres à deux ou trois lits.

Les salles communes – climatisées elles aussi – sont nombreuses et bien aménagées : un salon équipé d'un poste de télévision, un réfectoire, une grande salle d'activités équipée – elle aussi – d'un poste de télévision, une salle de soins, trois autres salles d'activités, des sanitaires et une salle de bains avec baignoire.

Enfin, cette unité dispose d'un très grand jardin, bien arboré, comportant de nombreux espaces de détente avec fauteuils et tables de jardin, une verrière permettant de s'abriter en cas d'intempéries. Trois des côtés du bâtiment de cette unité donnent sur ce jardin et les portes qui permettent d'y accéder sont constamment ouvertes.

Lors de la visite du contrôle général, dix-neuf patients étaient présents (dix hommes et neuf femmes), le plus jeune ayant 70 ans et la moyenne d'âge s'établissant à 75 ans et demi. Seuls deux patients étaient en soins sans consentement, à la demande d'un tiers, cette mesure ayant d'ailleurs été levée pour l'un d'entre eux par le JLD lors de l'audience tenue durant la même semaine.

La durée moyenne de séjour est de 30 jours et la file active s'établit à 220-230 entrées par an.

Les règles de vie, non écrites comme dans les autres unités de l'hôpital, sont les mêmes que dans celles-ci, sauf sur trois points dont deux ont déjà été signalés (cf. *supra*) :

- les cigarettes et les briquets sont conservés par le personnel soignant tant pour des raisons médicales que pour des motifs de sécurité (un incendie a déjà eu lieu) : en conséquence, les patients doivent les demander, mais cela ne pose pas de problème, d'autant moins qu'en général peu d'entre eux fument ;
- comme beaucoup de ces patients très âgés n'ont pas de téléphone mobile, le service en met un à leur disposition, en complément de deux postes muraux ;
- les placards sont fermés à clef et les patients ne peuvent y accéder que grâce à l'intervention d'un membre du personnel soignant, contrainte dont le fondement n'est pas évident puisqu'elle s'impose uniformément à tous et qu'il ne s'agit pas de la conséquence d'une prescription médicale individualisée.

Les activités proposées à ces patients se déroulent dans l'unité elle-même : contes, musique, cuisine avec préparation de repas, temps d'accueil sensoriel. Mais des sorties, en général accompagnées, peuvent avoir lieu, même en ville.

Quant au personnel, sa composition apparaît, quantitativement comme fonctionnellement, en rapport avec les spécificités du public accueilli à Sainte-Agathe. À titre d'exemple, l'équipe comprend deux psychiatres (1,8 ETP), un généraliste (0,8 ETP), un neuropsychologue (0,7 ETP) neuf infirmiers de jour (8,5 ETP), huit aides-soignantes et, pour la nuit, quatre infirmiers et deux aides-soignantes.

**Recommandation :**

*La pratique de fermeture systématique des placards des patients doit cesser.*

## 10. CONCLUSION

Le contrôle général visitait pour la première fois, le centre hospitalier de Sainte-Marie qui a connu en 2016 une importante réorganisation et qui va connaître dans les cinq prochaines années une profonde restructuration architecturale.

En effet, au début de l'année 2016, une modification des territoires a entraîné une augmentation de la population qui devait être prise en charge par l'hôpital Sainte-Marie. La réorganisation au sein de l'hôpital a été vécue difficilement puisqu'il y a eu la suppression d'une unité complète et en même temps la suppression de postes d'infirmiers. Aujourd'hui, les effectifs, aussi bien médicaux que non médicaux apparaissent insuffisants, car la prise en charge des patients est incomplète, le temps consacré à chaque patient étant limité sachant qu'il faut aussi gérer l'absentéisme de courte durée qui est important. Les infirmiers doivent par ailleurs être disponibles pour accompagner les patients aux audiences du juge des libertés et de la détention, car la salle d'audience n'a toujours pas été créée au sein de l'hôpital, comme le prévoit la loi.

La reconstruction complète de l'établissement à l'horizon 2023 va entraîner sans aucun doute de graves nuisances et impacter la vie quotidienne aussi bien des patients que celle du personnel. **En attendant la fin des travaux, les patients vivent dans des conditions matérielles difficiles (locaux très vétustes) et la configuration des lieux restreint de façon anormale leur liberté d'aller et venir, quel que soit leur statut juridique.**

Le placement des patients en chambres d'isolement est apparu encore trop fréquent et pour des durées particulièrement longues, même si la direction a entamé depuis plusieurs années une sérieuse réflexion sur cette question. En outre, les conditions de vie dans ces chambres d'isolement doivent être revues sans délai (toilettes fermées).

La question des effectifs et des conditions de travail est un sujet sensible et les désaccords importants créent une certaine tension entre les organisations syndicales et la direction.

Enfin la question essentielle de la liberté d'aller et venir des patients reste une préoccupation qui est toujours d'actualité.

Cependant les équipes soignantes, avec parfois des périodes de fort découragement, ont montré qu'elles continuent à faire leur travail avec dévouement et professionnalisme.