

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

2 au 6 décembre 2019 – deuxième visite
Pôle de psychiatrie du centre
hospitalier universitaire de
Saint-Étienne

(Loire)



SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté et six contrôleurs ont effectué une seconde visite du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Etienne (Loire) du 2 au 6 décembre 2019. Cette visite s'inscrivait dans les suites d'un premier contrôle opéré en janvier 2018, ayant conduit à la publication de recommandations en urgence au journal officiel du 26 janvier 2018. Ces recommandations concernaient principalement des conditions d'accueil indignes des patients aux urgences générales et des pratiques d'isolement et de contention non réglementaires.

A l'issue de cette visite, dans le cadre d'une procédure contradictoire, un rapport provisoire a été adressé au directeur général de l'établissement, au délégué départemental de la Loire de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, et aux autorités judiciaires et administratives du département. Les observations du directeur général du CHU et celles du préfet de la Loire, seuls à avoir répondu, ont été intégrées au présent rapport définitif.

Les contrôleurs ont relevé la bienveillance et les qualités humaines de tous les soignants des services de psychiatrie et d'urgences où ils ont été accueillis de manière sereine et professionnelle. Par rapport à 2018, ils n'ont plus ressenti le mal être de nombreux soignants, généré par les situations inacceptables d'alors.

Le CHU de Saint-Etienne constitue l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Loire depuis 2016, rassemblant vingt établissements de santé situés dans la Loire, le Nord de l'Ardèche et l'Ouest du Rhône, pour une population de 820 000 habitants. Le CHU, dispose de 1 795 lits et places dont 403 en psychiatrie (415 en 2017).

Les services de psychiatrie du CHU sont regroupés au sein d'un pôle qui comprend la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et des activités dites transversales (comme les urgences psychiatriques l'addictologie, la psychiatrie de liaison). La psychiatrie adulte a en charge quatre secteurs du département. La file active totale de patients suivis s'élève à 12 071 dont 600 patients en soins sans consentement (SSC). Chaque secteur dispose de moyens en hospitalisation complète (190 lits au total) et de structures extra hospitalières telles qu'hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centres médico-psychologiques (CMP). Les secteurs disposent également de 178 places en hôpital de jour (HJ) et 18 appartements thérapeutiques. Plusieurs équipes mobiles sont mises en place pour répondre à la précarité, aux premiers épisodes psychotiques des 16-25 ans et assurer une liaison avec les établissements médico-sociaux.

La pédopsychiatrie, avec ses deux unités de sept lits, permet la prise en charge intra et extra hospitalière des moins de treize ans, des treize à dix-huit ans, avec également une filière périnatalité et une prise en charge de l'autisme dont le CHU est centre ressource. Une équipe mobile périnatalité et une autre pour le secteur médico-social sont également en place.

Les constats des contrôleurs ont porté sur quatre grands thèmes.

1 La filière de soins psychiatriques

Tout d'abord, les conditions de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie aux urgences générales, qui présentaient une atteinte grave à la dignité et aux droits fondamentaux lors du contrôle de 2018, ont été modifiées et les dysfonctionnements, totalement corrigés. Les patients y sont désormais accueillis dans des boxes individuels s'ils sont attachés sur décision du psychiatre. La durée d'attente avant hospitalisation dans un service de psychiatrie, a été

fortement réduite. Les procédures médicales et soignantes sont claires et pertinentes. Les décisions de contentions sont bien inscrites dans le dossier médical des urgences ; toutefois il est regrettable qu'elles ne fassent pas l'objet d'un enregistrement sur le logiciel Cristalnet de la psychiatrie.

Par ailleurs il n'y a plus aux urgences, de contention systématique sur le seul critère du statut de soins sans consentement même si les contrôleurs ont observé de nombreux motifs de contention pour risque de fugue, ce qui n'est pas une indication admissible.

Cependant, la filière de soins reste insatisfaisante dans la mesure où le service d'urgences psychiatriques prend, quant à lui, en charge des situations très hétérogènes ; la nature de ce service est ambiguë, non définie par un projet de service, avec une confusion de prise en charge de patients qui relèveraient parfois d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), parfois d'une unité admission, avec aussi des personnes détenues refusées par les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA). Certes les mineurs et majeurs sont désormais séparés mais toujours pris en charge par la même équipe. L'absence de chambre d'apaisement au sein de ces urgences psychiatriques amène des soignants à des pratiques de contentions trop fréquentes. L'étayage médical est insuffisant pour permettre la conceptualisation des soins et l'amélioration des pratiques.

Enfin l'accès aux activités a été développé et des efforts ont été déployés sur la filière de soins extra hospitalière, que ce soit par le renforcement des équipes mobiles, ce qui a permis de travailler la prévention des hospitalisations et a sans doute contribué à la diminution du flux d'admission aux urgences, ou par le projet de permanence téléphonique 24h/24 permettant une réponse et un accès à un avis psychiatrique en phase de crise.

2 – L'organisation des soins

Les postes de médecins vacants ont fait l'objet d'une attention particulière mais leur nombre reste élevé (dix postes vacants sur cinquante-neuf). Le projet médical de pôle a été validé par les instances mais méritera d'être enrichi sur la prise en charge concrète des patients en intra hospitalier et sur la pratique de l'isolement et de la contention.

La question de l'isolement et de la contention a été investie par les soignants et les pratiques ont commencé à diminuer. Les modalités de suivi de ces pratiques permettent désormais la constitution d'une base de données d'observation complète mais qui reste insuffisamment exploitée par les services en termes d'analyse de pratiques. Pour autant, le nombre de mesures d'isolement reste élevé et le schéma directeur immobilier prévoit l'augmentation de deux chambres supplémentaires en service d'admission et aucun espace d'apaisement aux urgences psychiatriques.

Au-delà de ces éléments, la prise en charge médicale en psychiatrie reste empreinte de professionnalisme et de bienveillance dans les unités ; la présence médicale est assurée et les consultations avec les patients régulières et en binôme avec l'infirmier ; les cadres de soins sont établis et les projets de soins bien suivis de manière pluridisciplinaire. Les médecins travaillent avec les patients en bonne transparence et avec des rapports de confiance. L'accès aux soins somatiques a été préservé avec un renfort en médecins généralistes.

3 - le patient sujet de droit

Les formations et les analyses et évaluations des pratiques professionnelles ont été soutenues pour l'ensemble du personnel depuis la visite de 2018. Le tutorat, les modules de consolidations des savoirs et la supervision sont bien développés. Les procédures de notification des décisions,

d'information des patients, d'élaboration des programmes de soins et de consignation des données dans le registre de la Loi son désormais totalement respectueuses du droit des patients.

4 - les restrictions de la liberté dans la vie quotidienne

Enfin, concernant les restrictions de liberté, on relève toujours une seule unité fermée, avec la possibilité de sortir que pour ceux de ses patients qui en ont l'autorisation médicale. Il n'y a plus désormais de restrictions de liberté systématiques dans la vie quotidienne comme par exemple, l'accès au tabac, au téléphone portable, au courrier. Cependant, l'obligation de port du pyjama a encore été constatée dans certaines unités, au motif de prévenir des fugues ; elle est toutefois rediscutée. Les patients peuvent désormais partout se protéger en fermant leur porte de chambre à clefs.

Après une période de sidération collective qui a suivi la large et difficile médiatisation des constats de 2018, l'établissement a engagé l'ensemble des professionnels dans un important travail de correction des dysfonctionnements et atteintes aux droits qui avaient été constatés. Désormais au milieu du gué, le travail de modification des pratiques doit être poursuivi vers une meilleure prise en compte du respect des droits fondamentaux des patients sur les aspects développés supra.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 27

Le service des urgences a mis en place un outil d'analyse quotidienne de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie.

BONNE PRATIQUE 2 32

Les pratiques de supervision sont très investies et bénéficient de crédits conséquents.

BONNE PRATIQUE 3 37

Les rencontres et échanges avec des professionnels d'autres établissements permettent de confronter les expériences et de diffuser les plus fructueuses.

BONNE PRATIQUE 4 45

Le rôle de la personne de confiance est expliqué dans les livrets d'accueil et sur le site internet mais un film sur ce rôle est également diffusé sur le canal interne.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 18

Le pôle de psychiatrie doit approfondir son projet médico-soignant afin de préciser les modalités concrètes de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie et des soins sans consentement depuis la phase de crise jusqu'à la réhabilitation psychosociale, dans le respect des droits fondamentaux des patients.

RECOMMANDATION 2 20

Les moyens budgétaires pérennes comme exceptionnels attribués aux missions de psychiatrie doivent rapidement servir à développer le projet médico-soignant amené à faire respecter l'accès aux soins pour les personnes en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 3 21

Les médecins titularisés après une phase contractuelle doivent bénéficier du maintien de leur rémunération antérieure. La réglementation nationale doit être modifiée en ce sens.

RECOMMANDATION 4 22

Le recours, en psychiatrie, à des médecins intérimaires extérieurs à l'établissement pour des durées continues inférieures à trois mois, est à proscrire.

RECOMMANDATION 5 28

Le signalement de personnes « sorties sans autorisation » depuis les urgences à une autorité doit être compatible avec le respect du secret médical et ne répondre qu'aux dérogations réglementaires, d'autant si elles sont admises en soins libres.

RECOMMANDATION 6 40

La politique mise en œuvre pour diminuer le nombre de mesures d'isolement et de contention doit être poursuivie, particulièrement vis-à-vis des mesures effectuées hors d'un lieu dédié, qui doivent être bannies.

RECOMMANDATION 7 51

L'organisation du service des soins sans consentement doit permettre, par le nombre d'agents mis à disposition et la nature des tâches confiées, d'assurer une tenue des registres de la loi dans les délais prescrits par l'article L3212-11 du CSP.

RECOMMANDATION 8 57

L'établissement doit garantir la dignité de la personne et la solennité des audiences en invitant les soignants à veiller à la tenue des patients convoqués à l'audience du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 23

L'ouverture de lits supplémentaires dans les services doit s'accompagner de l'adaptation du nombre de soignants afin de pouvoir réaliser les soins de psychiatrie dans des conditions normales.

RECO PRISE EN COMPTE 2 34

Les possibilités matérielles d'activités thérapeutiques ont été développées mais leur utilisation appelle un investissement mieux structuré des équipes pour une intégration plus institutionnalisée dans la prise en charge individuelle, et un affichage des plannings proposés.

RECO PRISE EN COMPTE 3 50

Les registres de la loi doivent mentionner les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge. Les certificats médicaux comme les décisions d'admissions, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECO PRISE EN COMPTE 4 54

Conformément aux engagements pris en mars et avril 2018 en réponse à la recommandation faite par le CGLPL, la direction du CHU et les services de l'ARS, comme le préfet, doivent s'assurer avant toute décision de modification de forme de prise en charge d'un patient de la conformité du programme de soins établi par le médecin avec les dispositions de l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 5 56

Compte tenu de la brièveté des délais, les coordonnées (téléphone et adresse mail) des tiers demandeurs à la mesure devraient être mentionnées dans la requête adressée au JLD afin que le greffe puisse les aviser utilement de la date d'audience.

RECO PRISE EN COMPTE 6 61

Le port du pyjama ne peut être utilisé comme outil de prévention des sorties non autorisées.

RECO PRISE EN COMPTE 7 62

L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables.

RECO PRISE EN COMPTE 8 66

L'établissement doit se doter d'un vestiaire de dépannage pour les personnes les plus démunies.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1 66

L'organisation de la gestion des biens des patients lors de leur sortie doit leur permettre d'accéder à leur bien à tout moment.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SYNTHESE DES OBSERVATIONS | 5 |
| SOMMAIRE | 8 |
| RAPPORT | 10 |
| RAPPEL DES CONSTATS EFFECTUES LORS DU PREMIER CONTROLE DE JANVIER 2018.... | 11 |
| 1. CONDITIONS DE LA VISITE | 13 |
| 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT | 14 |
| 2.1 Le pôle de psychiatrie du CHU a un projet médico soignant inabouti..... | 14 |
| 2.2 Le CHU n'a pas encore affecté des moyens supplémentaires à l'offre de soin de psychiatrie..... | 18 |
| 2.3 Le manque de praticiens reste important malgré les efforts de l'établissement | 20 |
| 2.4 Le nombre de personnes en soins sans consentement prises en charge est stable | 25 |
| 3. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES..... | 26 |
| 3.1 L'accueil des patients de psychiatrie au service des urgences fait l'objet d'une attention particulière..... | 26 |
| 3.2 La prise en charge psychiatrique se développe en ambulatoire pour prévenir les hospitalisations | 30 |
| 3.3 Les soins somatiques sont bien assurés | 34 |
| 4. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION | 36 |
| 4.1 les quatre chambres d'isolement ne sont pas les seuls lieux où sont pratiquées les mesures | 36 |
| 4.2 une politique active de réflexion sur l'isolement et la contention est mise en œuvre depuis dix-huit mois | 36 |
| 4.3 Des outils diversifiés et désormais fiables permettent d'apprécier l'évolution des pratiques | 38 |
| 5. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS | 42 |
| 5.1 L'information des patients sur leurs droits au moment de l'hospitalisation est organisée et effective | 42 |
| 5.2 la gestion des incidents, des événements indésirables et des violences est en place..... | 43 |
| 5.3 La personne de confiance est peu désignée par les malades en psychiatrie malgré les efforts de l'établissement | 44 |
| 5.4 L'accès au droit de vote donne lieu à une information à chaque élection | 45 |
| 5.5 Les représentants des cultes sont à la disposition des patients | 45 |
| 5.6 Les mandataires judiciaires se mobilisent inégalement..... | 46 |

| | |
|--|-----------|
| 6. LE RESPECT DES DROITS..... | 48 |
| 6.1 La Commission départementale des soins psychiatriques assure son rôle de garante des droits des personnes en soins sans consentement..... | 48 |
| 6.2 La tenue du registre de la loi connaît des retard et n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales..... | 49 |
| 6.3 La confidentialité des hospitalisations est prise en compte et respectée | 52 |
| 6.4 Les sorties de courtes durée, fréquemment accordées, continuent parfois de l'être dans le cadre de programmes de soins non conformes à la loi..... | 52 |
| 6.5 Le contrôle du juge des libertés s'exerce au plus proche des patients..... | 55 |
| 6.6 L'avis du collège des professionnels de santé est rendu après audition du patient par l'ensemble de ces membres..... | 58 |
| 7. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES..... | 60 |
| 7.1 La liberté de circulation est la règle..... | 60 |
| 7.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont limitées | 60 |
| 7.3 Les modalités de communication avec l'extérieur sont satisfaisantes | 61 |
| 7.4 L'établissement n'a pas approfondi la question de la sexualité des patients..... | 62 |
| 8. LES CONDITIONS DE VIE..... | 63 |
| 8.1 Les locaux sont exigus à l'hôpital Nord et vétustes sur le site de Bellevue | 63 |
| 8.2 Les conditions d'hygiène sont satisfaisantes mais un vestiaire pour les plus démunis fait défaut | 65 |
| 8.3 les biens des patients ne peuvent pas leur être restitués le week-end | 66 |
| 8.4 Au sein des unités de Bellevue, les familles ont la possibilité de déjeuner avec les patients | 67 |
| 9. CONCLUSION..... | 68 |

Rapport

Contrôleurs :

- Adeline HAZAN, Contrôleure générale des lieux de privation de liberté ;
- Luc Chouchkaiëff, contrôleur chef de mission ;
- Chantal Baysse, contrôleure ;
- Anne Lecourbe, contrôleure ;
- Pierre Levené, contrôleur ;
- Bénédicte Piana, contrôleure ;
- Jean-Christophe Hanché, contrôleur photographe.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une seconde visite du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Etienne (Loire) **du 2 au 6 décembre 2019**. Cette visite s'inscrivait dans les suites d'un premier contrôle opéré en janvier 2018, ayant amené la publication de recommandations en urgence au journal officiel.

RAPPEL DES CONSTATS EFFECTUES LORS DU PREMIER CONTROLE DE JANVIER 2018

Lors de la première visite effectuée du 8 au 15 janvier 2018, les contrôleurs avaient d'abord constaté des qualités professionnelles et humaines chez tous les soignants, ainsi que le mal-être évident d'un certain nombre, généré par les situations inacceptables rencontrées.

La plus grave de celles-ci engendrait une atteinte avérée à la dignité et aux droits fondamentaux, puisque des patients relevant d'une hospitalisation en psychiatrie étaient accueillis aux urgences générales sur des brancards pendant plusieurs jours, avec des contentions systématiques pour les personnes en soins sans consentement. Cette prise en charge s'inscrivait dans des difficultés générales et chroniques de la filière de soins avec une offre extra hospitalière souvent insuffisante, une fermeture de lits insuffisamment anticipée, des postes de psychiatres vacants, et l'absence de projet médical de pôle.

Par ailleurs, les contrôleurs avaient constaté une pratique abusive de l'isolement et de la contention dans les unités d'hospitalisation complète, pour les patients en soins sans consentement comme pour certains patients en soins libres. L'isolement était encore décrit comme thérapeutique dans le protocole à destination des soignants, les formations spécifiques peu développées, et aucun registre opérationnel capable de suivre la pratique réelle des praticiens. S'y ajoutait le projet d'augmenter le nombre de chambres d'isolement dans le schéma directeur immobilier.

Pour autant, l'établissement avait développé des maquettes d'organisation par unité pour définir des effectifs moyens, le tutorat, des modules de consolidation des savoirs pour les infirmiers et une supervision forte.

Les contrôleurs avaient ensuite constaté des défaillances dans les conditions d'exercice des droits par les patients. Aucun document simple expliquant les droits n'était remis aux patients. L'explication des droits n'était pas systématiquement faite à l'arrivée. La notion de personne de confiance restait peu investie. Les programmes de soins n'étaient pas réglementaires et principalement intra hospitaliers.

Concernant les restrictions de liberté à proprement parler, les contrôleurs avaient regretté un enfermement en chambre assez habituel, et la quasi-absence d'accompagnement thérapeutique des patients à l'extérieur dans l'enceinte de l'hôpital. L'accès au tabac et au téléphone portable était bien géré, l'usage du pyjama restait très restreint.

Les locaux étaient plutôt satisfaisants avec beaucoup de chambres individuelles, des salles d'eau presque partout sauf à Bellevue, mais sur certains points assez inadaptés à la psychiatrie : Il n'y avait pas de lumière naturelle dans les couloirs étroits, en croix. Dans certaines unités, les patients ne pouvaient pas ouvrir leurs fenêtres et nulle part les chambres pouvaient se fermer de l'intérieur pour des patients qui le souhaiteraient.

La prise en charge psychiatrique en unité était empreinte de professionnalisme ; la présence médicale était assurée et les consultations avec les patients étaient régulières et le plus souvent en binôme avec l'infirmier ; les cadres de soins étaient établis et les projets de soins bien suivis en pluridisciplinaire. Les médecins travaillaient avec les patients en bonne transparence et avec les rapports de confiance. L'accès aux soins somatiques était bien organisé. Les efforts étaient objectifs sur la préparation à la sortie, principalement à Gier et U4 où étaient développées soit des prises en charge extra hospitalières plus adaptées soit des activités thérapeutiques comme

la médiation sportive, l'hortithérapie ou l'éducation thérapeutique du patient, mais dans les autres unités, c'était principalement l'ennui qui était rapporté par les patients comme par les familles.

Dès la fin du contrôle sur site et au regard des constats rapportés lors de la réunion de restitution, la direction générale du CHU avait pris la mesure des dysfonctionnements relevés par le contrôle général. Un plan d'action avait aussitôt été mis en place sur les recommandations d'urgence, puis sur l'ensemble des points soulevés par le présent rapport. Toutes les recommandations avaient ainsi été prises en compte et souvent corrigées dans des délais brefs. Ce plan d'action fut par ailleurs suivi de près par l'agence régionale de santé qui l'avait intégré dans la mission de l'inspection du CHU prévue en 2018.

Les atteintes à la dignité des patients aux urgences générales ainsi que les pratiques d'isolement et de contention abusives avaient fait l'objet de recommandations en urgence auxquelles la ministre de la santé avait répondu le 2 mars 2018 en indiquant les mesures prises par l'établissement.

Certaines mesures d'urgence prises par l'établissement devaient cependant s'accompagner d'une réelle réorganisation des filières de prise en charge avec des infrastructures pertinentes et disposant du personnel nécessaire à la qualité des soins.

Le présent rapport reprend au sein de chaque chapitre, les corrections apportées ou non dans les recommandations de 2018.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés de manière inopinée à l'établissement le **2 décembre 2019** à 14h et l'ont quitté le 6 décembre à 10h30. Ils ont été accueillis par la directrice générale adjointe du CHU et la mission a pu se présenter devant la médecin cheffe de pôle, le cadre supérieur de santé et les directeurs concernés.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le procureur de la République, le président du tribunal de grande instance (désormais tribunal judiciaire) de Saint-Etienne, le cabinet du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). La Contrôleure générale a également rencontré le préfet de la Loire et le maire de Saint-Etienne, président du conseil de surveillance. Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité bénéficier d'un entretien.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis et regroupés dans un dossier électronique.

Des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités. Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le 6 décembre 2019 en présence de la direction, des chefs de service et cadres de santé du pôle de psychiatrie et des urgences ainsi que le chef du pôle des urgences.

Le rapport provisoire a été adressé le 5 mai 2020 au directeur général de l'établissement ainsi qu'au préfet de la Loire, au délégué départemental de la Loire de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, et au président et procureur du tribunal judiciaire de Saint-Etienne. Le directeur général du CHU a répondu le 14 juin 2020 et le préfet de la Loire le 15 juin. Leurs observations sont intégrées dans le présent rapport.

2. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE DU CHU A UN PROJET MEDICO SOIGNANT INABOUTI

Le CHU de Saint-Etienne constitue l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) Loire depuis 2016, rassemblant vingt établissements de santé situés dans la Loire, le Nord de l'Ardèche et l'Ouest du Rhône, pour une population de 820 000 habitants.

Au sein du CHU, 7 588 personnels médicaux (PM) (dont 768 médecins seniors et 928 internes) et non médicaux ont permis la réalisation en 2018, de 81 811 séjours en médecine, chirurgie ou obstétrique (62 734 entrées en hospitalisation complète) **au sein de 1 795 lits et places dont 403 en psychiatrie** (415 en 2017).

Les services de psychiatrie du CHU sont regroupés au sein d'un pôle qui comprend la psychiatrie adulte, la pédopsychiatrie et des activités dites transversales.

Ce pôle a pris en charge en hospitalisation en 2018, 1 541 patients (1 533 patients en 2016, 1 530 en 2015), avec des durées moyennes de séjour qui diminuent depuis 2017 : 27 jours en 2018, 30 en 2017 et qui sont comprises actuellement entre 16 jours (pédopsychiatrie), 21 jours (Ondaine) et 42 jours (Saint-Etienne).

La psychiatrie adulte a en charge **quatre secteurs du département**, le secteur de Saint-Etienne (172 000 habitants), le secteur de la vallée du Gier (109 000 habitants), le secteur de la vallée de l'Ondaine (88 000 habitants) et le secteur Plaine (64 000 habitants). 11 544 patients ont été suivis en ambulatoire (CMP¹, CATTP) en 2018 (11 931 en 2017) ; 677 patients ont été pris en charge en hospitalisation de jour (595 en 2017). Au total, **la file active totale de patients s'élève à 12 071 dont 600 patients en soins sans consentement (SSC).**

Chaque secteur dispose de moyens en hospitalisation complète situés sur le site de l'hôpital Nord (sauf le secteur de Saint-Etienne dont une partie est située sur le site Bellevue à l'autre extrémité de la ville) et de structures extra hospitalières telles qu'hôpitaux de jour, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), centres médico-psychologiques (CMP). Les secteurs disposent également de 178 places en hôpital de jour (HJ) et 18 appartements thérapeutiques. Plusieurs équipes mobiles sont mises en place pour la précarité, les premiers épisodes psychotiques des 16-25 ans et les établissements médico-sociaux.

En termes de lits d'hospitalisation complète, les secteurs Gier, Ondaine, Plaine, Saint-Etienne disposent ensemble de 142 lits, les urgences psychiatriques de 16 lits, la pédopsychiatrie de 14 lits, la psychiatrie « transversale » de 18 lits (10 lits de sevrage complexe et 8 lits pour troubles compulsifs alimentaires), soit **au total 190 lits.**

Les activités transversales et intersectorielles renvoient à différentes entités : une unité pour les urgences psychiatriques, une équipe d'addictologie de liaison, une équipe de psychiatrie de liaison, des appartements thérapeutiques, un programme d'éducation thérapeutique, une prise en charge spécifique des troubles des comportements alimentaires. Une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) permet la prise en charge des populations en grande exclusion et demandeurs d'asile ; un centre de réhabilitation psychosociale « Rehaccor » permet des prises en charge en ambulatoire dans une démarche de santé communautaire. Cinquante places du programme d'« un chez soi d'abord » sont également proposées aux patients de psychiatrie,

¹ CMP : centre médico-psychologique ; CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

animées par l'association Renaître à laquelle un temps de psychiatre et d'infirmier diplômé d'Etat (IDE) sont détachés.

Parallèlement à cette activité de psychiatrie traditionnelle, une activité de psychiatrie « MCO psy » a pris en charge 186 patients (168 en 2017) pour 817 séjours dont 650 en hospitalisation de jour. La sismothérapie dispose ici de quatre lits.

La pédopsychiatrie, avec ses deux unités de sept lits, permet la prise en charge de l'urgence, une filière de prise en charge intra et extra hospitalière des moins de 13 ans, et une autre pour les enfants de 13 à 18 ans, une filière périnatalité et une prise en charge de l'autisme dont le CHU est centre ressource. Une équipe mobile périnatalité et une autre pour le secteur médico-social sont également en place.

Le CHU est engagé dans un schéma directeur immobilier préexistant au premier contrôle de janvier 2018, regroupant les activités sur l'hôpital Nord et l'hôpital Bellevue en libérant les sites Troussseau, l'hôpital de la Charité et le site du technopole. Il concerne la psychiatrie (secteur de Saint-Etienne, l'unité des troubles du comportement alimentaire, la pédopsychiatrie et la structure extra hospitalière de la Charité), la gériatrie, le secteur mère-enfant et les fonctions supports ; les unités de psychiatrie situées à Bellevue seront réinstallées à l'hôpital Nord.

Le projet immobilier consiste à regrouper les activités sur un même site à l'horizon 2023 afin d'améliorer l'organisation des prises en charge par une meilleure coordination et mutualisation entre les équipes médicales et soignantes et la continuité des soins somatiques des patients hospitalisés. Il permettra également d'améliorer la prise en charge des troubles des conduites alimentaires du fait des liens importants avec les services de pédiatrie et d'endocrinologie.

Le schéma directeur immobilier prévoit cependant l'augmentation du nombre de chambres d'isolement avec la construction du nouveau bâtiment d'hospitalisation complète et n'évoque pas le problème immobilier des urgences psychiatriques (cf. § 3.1).

Comme observé lors du contrôle de janvier 2018, le projet de regroupement physique des différentes unités de psychiatrie ne s'articule pas avec une stratégie médicale de détermination du besoin intra, extra hospitalier, ambulatoire et médico-social en psychiatrie, à travers un projet médical de pôle qui était inexistant lors du premier contrôle. À la suite des recommandations du CGLPL de réaliser un projet médical de pôle, celui-ci a finalement été élaboré, validé en septembre 2019.

Le projet médico-soignant 2019-2023 a fait l'objet de cinq réunions collégiales entre le 29 juin 2018 et le 22 novembre 2018, avec des réunions intermédiaires de groupes de travail. Les groupes ont associés les différents professionnels, médicaux et non médicaux, et les internes. Deux réunions collégiales de présentation de la synthèse du projet se sont tenues en avril et mai 2019 et les instances ont validé le projet en septembre 2019. Les groupes avaient pour thème, les hospitalisations complètes, l'extra hospitalier, le somatique en psychiatrie, les organisations externes, les organisations internes, la pédopsychiatrie.

Cinq actions prioritaires en psychiatrie générale ont été déclinées : le développement de l'ambulatoire, l'amélioration de la prise en charge hospitalière et la limitation du recours, la prévention et la gestion des situations de crise, le somatique en psychiatrie et la poursuite des coopérations entre la ville, l'hôpital et les établissements médico-sociaux.

Le projet médical a également mis l'accent sur la recherche médicale et paramédicale, et la formation, sur la qualité et sécurité des soins avec un accent sur la dispensation médicamenteuse, l'harmonisation des pratiques professionnelles, la place centrale du patient

usager et la culture de l'évaluation. Enfin, la prévention et la prise en charge des moments de violence pour un moindre recours à l'isolement et la contention y sont abordées mais se trouvent **en contradiction avec le schéma immobilier qui prévoit l'augmentation du nombre de chambre d'isolement.**

Ainsi le projet souhaite organiser et favoriser le maintien des patients dans leur milieu de vie en développant l'offre de soins ambulatoire, à travers des CMP aux plages d'ouverture élargies, des hôpitaux de jour reconfigurés, des équipes mobiles renforcées, et en prévenant les situations de crise et d'urgence. Ces objectifs ne sont cependant pas détaillés en termes opérationnels.

Concernant le secteur de pédopsychiatrie, la prise en charge a évolué à la fois vers une action de proximité assurée par des hôpitaux de jour, des CMP, des CATTP, une équipe mobile extra hospitalière et par le renforcement des liens avec le secteur médico-social : centre d'action médico-sociale précoce (CAMPS), association départementale des amis et parents de personnes déficientes intellectuelles (ADAPEI), institut médico-professionnel (IMPRO). Le projet médico-soignant indique le souhait de développer la prévention, la coordination des acteurs et l'intégration scolaire et sociale des jeunes patients.

Les différents groupes de travail du projet médico-soignant de psychiatrie ont élaboré des actions et perspectives sur de nombreux sujets touchant aux recommandations du CGLPL. Néanmoins, ces propositions ne sont souvent pas motivées par un diagnostic d'un défaut de prise en charge ou par une réflexion sur un besoin pertinent et clair de cette prise en charge. Le financement des actions n'est pas validé.

Le groupe en charge des soins somatiques indique la nécessité de l'embauche d'un mi-temps de kinésithérapeute pour raccourcir les délais de rendez-vous, le recrutement de médecins généralistes supplémentaires (ce qui a déjà été fait).

Le groupe en charge des partenaires extérieurs a préconisé un recensement des hospitalisations inadéquates, la mise en place d'une cellule des cas complexes et l'identification de référents ; le diagnostic et les besoins non couverts ne sont ainsi pas encore établis et quantifiés.

Le groupe en charge de l'organisation interne évoque le développement de la recherche médicale, la mise en place d'une *hotline* en psychiatrie sans en définir à ce stade le périmètre géographique (GHT ou CHU) qui serait à disposition des patients, familles, médecins généralistes ; cette permanence téléphonique permettrait un contact 24h/24 avec un IDE de psychiatrie et un médecin psychiatre, et une orientation du patient vers la structure la plus adaptée. Le groupe projette la mise en place de « référent parcours » pour les patients complexes, et la définition des rôles et indications respectives des services de psychiatrie et de gériatrie, sans que ce travail ne soit préalable à ce qui est attendu de l'offre de psychogériatrie.

Un projet plus détaillé concernant le pôle, daté du 17 mai 2019, détaille la mise en place d'une plate-forme téléphonique intersectorielle portée par une unité de consultation de crise. Un suivi ambulatoire intensif peut ainsi être proposé aux patients durant deux mois, par consultation et appels téléphoniques, de 8h à 20h, par une équipe de quatre IDE et d'un psychiatre. Cette permanence téléphonique n'est pas encore en fonction lors du contrôle.

Concernant le problème des urgences, le groupe préconise la mise en place de consultations rapides et post urgences, sous quarante-huit heures, constituant une alternative à l'hospitalisation complète, en liaison avec les autres structures ambulatoires ; quant au flux de patients hospitalisés dans les unités d'admission, le groupe préconise la transformation de chambres doubles en chambres individuelles par la construction d'extension dans chacune des

trois unités. Ce sont ces extensions qui semblent avoir été validées en place des travaux initialement prévus aux urgences générales. La réflexion sur la prise en charge des mineurs aux urgences psychiatriques s'est limitée à créer une séparation physique entre secteur adulte et mineur, sans définir clairement le besoin de soins de ces patients mineurs dans le cadre de la filière plus générale des urgences pédopsychiatriques.

Enfin, la mise en place d'aides-soignants au sein des unités d'hospitalisation est mentionnée mais sans que l'organisation globale des soins à l'échelle des unités ne soient revisitée ; il est donc impossible de savoir comment les aides-soignants s'inscrivent dans la mise en œuvre des projets de soins individuels des patients et ce qui est attendu de leur positionnement dans les équipes actuelles.

Le groupe de travail sur l'intra hospitalier ne précise pas non plus les moyens de répondre aux objectifs affichés de favoriser l'accueil, l'alliance thérapeutique, le travail pluridisciplinaire, les temps de travail en équipe, même si les organisations à mettre en œuvre sont citées : avoir des IDE disponibles pour l'accueil et l'explication des soins, l'accueil et l'implication des familles dans le soin, l'accompagnement dans la préparation à la sortie, faciliter les transmissions et les échanges entre professionnels. **Ce projet n'aboutit malheureusement pas à la définition d'une organisation de service capable de répondre à ces exigences de soins** : nombre et qualité de professionnels en contact avec les patients chaque jour, pour quelles missions et à quels moments, organisation de la surveillance des patients et de la gestion des allers et venues (cf. § 2.3.2).

Le développement des activités, ateliers et médiations intersectorielles est inscrit comme devant être priorisé, que ce soit en termes de locaux, de moyens humains et de formations ; mais là encore l'organisation concrète des unités n'est pas développée.

Le groupe de travail sur l'intra hospitalier évoque enfin la redéfinition des missions des urgences psychiatriques qui « *n'assurent plus leur mission d'origine* » ; le projet ne redéfinit cependant pas ces missions rappelant la nécessité de travailler sur la prévention en amont et l'hospitalisation en aval.

Enfin, le groupe pédopsychiatrie évoque lui aussi la filière des urgences sur les unités d'hospitalisation d'adolescent, l'hôpital de jour, l'équipe mobile de pédopsychiatrie, le centre de consultation pour adolescents (CCA). Pour les mineurs nécessitant malgré tout une hospitalisation, les modalités de consentement et de prise en charge au sein du CHU ne sont pas revisitées entre pédiatrie, psychiatrie et services d'urgences, le groupe précisant que cette offre de soins est inexistante aussi pour les moins de 12 ans sur le territoire.

Ainsi, si ce projet émet le souhait de développer la prise en charge extra hospitalière en amont des hospitalisations sans la définir de manière encore opérationnelle, il ne développe pas l'organisation intra hospitalière de la prise en charge des patients dans le respect des droits fondamentaux de manière concrète : comment prend-on en charge les patients, avec quel personnel, pour quelles prises en charge et avec quelle structure immobilière. **Le projet médical n'aborde pas le problème des missions du service des urgences psychiatriques et le schéma immobilier n'a pas été modifié.** Il y a ainsi deux chambres d'isolement dans une unité d'admission neuve mais aucune dans le service des urgences psychiatriques. Une unité de psychiatrie de vingt-deux lits se situe au premier étage du futur bâtiment sans qu'il ne soit indiqué s'il s'agira d'une unité ouverte permettant un accès libre au jardin, à la cafétéria, et aux activités. En pédopsychiatrie, le projet prévoit d'augmenter la capacité de deux fois sept lits à

deux fois neuf lits avec la création de deux chambres d'isolement et des espaces d'activité sans que le projet médical n'explique le besoin et l'utilité de ces deux chambres d'isolement.

RECOMMANDATION 1

Le pôle de psychiatrie doit approfondir son projet médico-soignant afin de préciser les modalités concrètes de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie et des soins sans consentement depuis la phase de crise jusqu'à la réhabilitation psychosociale, dans le respect des droits fondamentaux des patients.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU décrit schématiquement « le circuit de prise en charge du patient en situation de crise et hospitalisé sans son consentement », depuis l'arrivée aux urgences jusqu'à la sortie en ambulatoire.

Cette description très synthétique amène les contrôleurs à maintenir leur recommandation dans la mesure où le projet médico-soignant doit détailler, pour chaque phase de cette prise en charge en filière, les modalités concrètes de la prise en charge : lieux, personnels, protocoles, organisations des soins, etc.

2.2 LE CHU N'A PAS ENCORE AFFECTÉ DES MOYENS SUPPLÉMENTAIRES À L'OFFRE DE SOIN DE PSYCHIATRIE

Le CHU a fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre durant la période 2009-2013 puis d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) de 2013 à 2016. Le budget est passé d'un déficit annuel de 38 millions à un excédent de 4 millions en 2017, par une action à la fois sur le gel des effectifs redéfinis à travers l'instauration de maquette d'effectifs cibles par pôle et par unité, et sur une amélioration des recettes grâce à un meilleur codage des actes.

Lors du contrôle de janvier 2018, la capacité d'autofinancement avait toujours été positive et en augmentation ; en revanche, des emprunts toxiques faisaient peser un risque financier sur cet équilibre puisque le contentieux judiciaire à l'encontre de *Dexia* était toujours en cours pour un montant potentiel de pénalités de 100 millions. La dette était de 231 millions en 2016 contre 289 en 2012. Ce contentieux avec *Dexia* est toujours en cours auprès de la cour de cassation et la dette est, en 2018, de 225 millions.

En 2016, le CHU améliorait ainsi pour la 4^{ème} année consécutive ses résultats médico-économiques et atteignait les objectifs définis par l'agence régionale de santé et le ministère de la santé en 2012 dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre. De ce fait, le schéma directeur « CHU à deux sites », a pu être engagé en 2016, grâce au financement intégral des travaux à hauteur de 70 millions d'euros par l'agence régionale de santé, le budget étant bouclé par la vente de 6 millions d'euros d'actifs et une augmentation prévisionnelle de la dotation annuelle de fonctionnement de psychiatrie (un million par an pendant vingt-deux ans). 22 millions des 76 millions prévus concernaient la psychiatrie.

Concernant le budget annuel de fonctionnement de la psychiatrie seule, le directeur indiquait en mars 2018 que depuis 2017, tous les moyens de la dotation psychiatrie (DAF) étaient bien délégués au pôle et utilisés pour les activités de psychiatrie. La comptabilité analytique fournie 2017-2018 indiquait un niveau de dépenses effectivement en augmentation, à hauteur de 57,85

millions en 2017 et 58,8 millions d'euros en 2018, principalement en lien avec l'augmentation des dépenses de personnel médical et non médical.

Le compte de résultat analytique du pôle de psychiatrie a été poursuivi par l'établissement qui distingue un compte lié à la DAF et un autre pour la psychiatrie en tarification à l'activité MCO (addictologie, sismothérapie par exemple).

Le compte strictement DAF montrait ainsi, au moment du contrôle :

Des recettes 2018 à hauteur de 53 646 771 euros (52 891 425 euros en 2017) dont 45 726 681 euros de DAF (45 467 008 euros en 2017, 45 527 336 en 2016) et 2 442 990 euros de crédits d'intervention pour les activités d'intérêt général (MIG MERRI) (2 256 059 euros en 2017). Les recettes ont été augmentées de 259 673 euros au titre de la DAF.

Les dépenses se sont élevées en 2018 à 55 001 404 euros (54 835 106 euros en 2017) dont **37 537 639 euros de dépenses de personnel** médical et paramédical. (36 983 988 euros en 2017) soit une augmentation de 166 298 euros des dépenses et de 553 651 des dépenses de personnel. (les charges indirectes ont baissé de 347 703 euros). **La part des dépenses de personnel est de 68,24 % des dépenses ce qui est assez faible** par rapport aux établissements de psychiatrie.

Le résultat sur la seule partie DAF est ainsi négatif à - 1 354 633 euros. (- 1 943 681 euros en 2017). Un courrier de l'établissement du 18 décembre 2019 indique des montants différents sans en préciser les ventilations et l'explication : les recettes DAF y sont indiquées à 54 471 514 euros et les dépenses à 55 564 545 euros. Seuls les chiffres constatés au moment du contrôle sont ici reproduits.

Le compte de résultats analytique de la partie MCO de la psychiatrie, déduit des tableaux adressés le 19 décembre 2019, montre quant à lui des recettes à 4 117 584 euros et des dépenses à 1 737 320 euros soit un excédent de 2 380 266 euros.

L'association des deux parties recettes liées à l'activité de psychiatrie est ainsi excédentaire d'un peu plus d'un million d'euros, ce qui est proche du constat opéré début 2018, avec une aide médicale d'Etat non pérenne comptant en 2018 pour 695 000 euros (488 000 en 2017).

En décembre 2019, le projet d'espace dédié à la psychiatrie aux urgences générales a été abandonné au profit de l'extension de trois services de psychiatrie avec la transformation d'une chambre double en deux chambres individuelles dans trois unités d'admission, avec réaffectation des crédits initialement prévus pour ce projet soit **530 000 euros. Les travaux n'ont pas encore débuté.**

Le projet de création de nouvelles capacités de salons d'apaisement, sous condition de financement (coût de 444 000 euros), n'est pas repris dans le projet médico-soignant.

Les crédits de fonctionnement supplémentaires annoncés sont intégrés dans la DAF mais ne correspondent pas à une dépense nouvelle objectivable en termes de création de poste de personnel non médical (PNM) ; quant aux créations de postes médicaux (PM), elles se sont faites de manière « financièrement indolore » dans la mesure où de nombreux postes de médecins restent toujours vacants (cf.§.2.3).

RECOMMANDATION 2

Les moyens budgétaires pérennes comme exceptionnels attribués aux missions de psychiatrie doivent rapidement servir à développer le projet médico-soignant amené à faire respecter l'accès aux soins pour les personnes en soins sans consentement.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Les moyens budgétaires pérennes comme exceptionnels attribués aux missions de psychiatrie doivent rapidement servir à développer le projet médico-soignant amené à faire respecter l'accès aux soins pour les personnes en soins sans consentement.

Plusieurs dotations complémentaires ont été récemment attribuées à l'activité de psychiatrie du CHU :

En 2018 :

500k euros non reconductibles (investissement) : ces crédits permettent l'extension de trois unités (UA4, UA3, UAT) afin de disposer exclusivement de chambres individuelles. L'objectif consiste à améliorer l'offre de soins des patients hospitalisés et à faciliter l'entrée directe dans les unités. La réception de travaux est prévue pour juin 2021.

500k euros reconductibles (exploitation) : les membres du bureau de pôle ainsi que les instances du CHU se sont prononcés favorablement au recrutement d'1 ETP de médecin pour le secteur de Saint-Etienne et 2 ETP d'assistants pour la prise en charge somatique des patients hospitalisés en psychiatrie. Le médecin du secteur de Saint-Etienne a pris ses fonctions en novembre 2019. Les deux postes d'assistants somaticiens ont été transformés en poste de praticien hospitalier, depuis novembre 2019 (1,3 ETP de médecins recrutés). Le solde disponible de la dotation a fait l'objet de nombreux échanges entre les professionnels et les instances représentatives du personnel. Le projet retenu vise à renforcer la prise en charge en situation d'urgence et de crise. Le CMP de Saint-Etienne a modifié ses organisations en semaine pour permettre la prise en charge des patients en début de soirée (jusqu'à 19h).

En 2019 :

350k euros non reconductibles (investissement) : chaque secteur a été sollicité afin d'exprimer ses besoins en petits matériels permettant facilement et rapidement l'amélioration des soins ou des conditions de travail. Le bureau de pôle a validé les équipements transmis en pièces jointes. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements qui ne concernent néanmoins que partiellement l'organisation des soins par le personnel non médical.

2.3 LE MANQUE DE PRATICIENS RESTE IMPORTANT MALGRE LES EFFORTS DE L'ÉTABLISSEMENT

2.3.1 Les effectifs

Le CHU compte physiquement, en 2018, 7 588 professionnels dont 768 médecins seniors et 928 internes. La masse salariale représente une dépense réalisée de 251 689 000 euros (pour 254 513 000 prévue) pour le personnel non médical (PNM) et une dépense réalisée de 60 158 000 (pour 66 487 000 euros prévue) pour le personnel médical (PM).

Parmi ces agents, la psychiatrie compte 662 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) d'infirmiers en 2018 (pour 676 ETP budgétés) contre 670 ETPR en 2017 et 115 ETPR de PM (pour

116 budgétés) contre 110 fin 2017, **dont 52,9 ETPR de médecins seniors** (49 en 2017) auxquels s'ajoutent 61,2 ETPR juniors (pour 60,9 budgétés).

Les effectifs médicaux théoriques dans les différents secteurs sont :

- de 15,25 en pédopsychiatrie pour 10,6 réellement présents dans le secteur (5 de moins qu'il y a deux ans), avec 4,65 postes immédiatement vacants ;
- de 5,6 ETP dans le secteur Gier (UA1) pour 4 réellement dans le secteur (5,6 en 2018), avec 1,6 poste vacant ;
- de 3,2 ETP théoriques au secteur Plaine(UA3) pour 2,25 réellement présents dans le secteur (3,8 en 2018), avec aucun poste immédiatement vacant (personnes en maladie ou autre) ;
- de 5,6 ETP dans le secteur Ondaine pour 1,4 réellement dans le secteur (4,8 en 2018), avec 4,2 immédiatement vacants ;
- de 11,7 ETP sur les postes transversaux pour 11,72 réellement dans le secteur ;
- de 12,6 ETP dans le secteur de Saint-Etienne (13 ETP en 2018) pour 12,25 réellement dans le secteur (9,05 en 2018) ;
- de 5 ETP aux urgences psychiatriques (6,3 en 2018 ?) pour 5,25 réellement dans le secteur (4,25 en 2018).

Au total sur 60,05 ETP théoriques (58,85 selon l'établissement), 47,47 ETP sont réellement occupés dont un par un médecin associé et 10 postes immédiatement vacants car non pourvus (16,7 %). En 2019 2,6 ETP de médecins intérimaires ont été recrutés. Un seul médecin a le statut d'associé.

Les dix ETP immédiatement vacants de psychiatre au sein de l'établissement sont principalement sur le secteur de l'Ondaine, en pédopsychiatrie et aux urgences psychiatriques.

L'activité d'intérêt général équivaut en temps cumulé à 0,9 ETP (3,2 ETP en janvier 2018) et permet un lien avec l'extra hospitalier. Neuf médecins effectuent ainsi des activités d'intérêt général à 0,1 ETP, au sein d'un établissement et service d'aide par le travail (ESAT), d'une maison de retraite, d'un CMPP (centre médico-psychopédagogique), de la direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse (DDPJJ).

À la suite du contrôle de 2018, le CHU et l'ARS ont renforcé l'attractivité des services de psychiatrie et procédé à de nombreux recrutements de psychiatres grâce à des mesures incitatives (recrutement des psychiatres contractuels au 4^{ème} échelon de la grille des praticiens hospitaliers + 10 % ; dispositif de la prime d'engagement dans la carrière hospitalière). Les médecins contractuels bénéficiant de ces recrutements perdent cependant le bénéfice de l'échelon lors de leur titularisation ce qui crée un frein à l'emploi pérenne des praticiens.

RECOMMANDATION 3

Les médecins titularisés après une phase contractuelle doivent bénéficier du maintien de leur rémunération antérieure. La réglementation nationale doit être modifiée en ce sens.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique

« Le CHU applique les grilles indiciaires réglementaires pour chaque statut médical. Le CHU a mis en place une politique d'attractivité pour quelques spécialités, dont la psychiatrie, qui s'appuie

sur la prime d'engagement dans la carrière hospitalière d'un montant de 20 000 euros et le recrutement initial au 4^{ème} échelon+10% de la grille des praticiens hospitaliers. Ces deux modalités sont mises en place au niveau du CHU depuis 2018 avec cinq primes d'engagement versés sur les cinq autorisés. En 2019, seize primes ont été autorisées et huit ont été attribuées. Pour 2020, une nouvelle demande a été formulé à l'ARS début juin.

Toute pratique qui consisterait à verser des indemnités différentielles pour compléter les rémunérations est illégale et exposerait le bénéficiaire et l'institution à des poursuites. C'est pourquoi le CHU se refuse à déroger aux réglementations applicables. »

Les contrôleurs prennent acte des efforts de recrutement engagés mais maintiennent la recommandation qui s'adresse au ministère de la santé dans le but d'un opportun changement réglementaire.

Malgré ces dispositifs, les postes vacants sont aujourd'hui plus nombreux qu'il y a deux ans, dans des secteurs cependant différents d'alors. A l'UA3 et sur le secteur de Saint-Etienne (UA4, U52) tous les postes de médecins sont pourvus. En revanche, à l'UA2, il ne reste que 1,4 ETP et l'établissement emploie deux intérimaires pour des durées variables. Les durées d'intérim inférieures à trois mois ne permettent pas aux médecins extérieurs de s'investir dans le fonctionnement du service et d'assurer une réelle permanence des soins de psychiatrie. Pour cette spécialité, le recours à des médecins intérimaires n'est pas pertinent pour des périodes d'affilée inférieures à trois mois.

RECOMMANDATION 4

Le recours, en psychiatrie, à des médecins intérimaires extérieurs à l'établissement pour des durées continues inférieures à trois mois, est à proscrire.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Le recours à l'intérim est la dernière solution utilisée pour maintenir une offre de soins à la population. La cible des effectifs médicaux est de 55,2 ETP. Tant que des postes demeurent vacants, ils font l'objet de publications. Depuis décembre 2020, 1,55 ETP médicaux ont été recrutées. D'ici fin 2021, d'autres médecins ont confirmé prendre leur poste en psychiatrie au CHU de Saint-Etienne. »

L'absentéisme du personnel non médical de psychiatrie est à 8,54 % en 2018 (il était à 8,01 % en 2016). Les absences sont gérées grâce à une mutualisation des agents entre unités selon les besoins, et l'utilisation de l'application Whoog lorsqu'une suppléance n'est pas trouvée. Cette application est liée aux heures supplémentaires et propose les jours à effectuer à une liste de volontaires. **Le taux d'absentéisme du PM est quant à lui de 5,11 % en 2018** (3,43 en 2016).

Les heures supplémentaires ont été indemnisées en 2018 à hauteur de 1 659 000 euros pour le PM et 2 009 000 pour le PNM.

2.3.2 L'organisation du travail des soignants

Dans chaque unité les maquettes d'organisation étaient établies lors du premier contrôle en 2018 et donnaient une moyenne d'effectifs infirmiers à respecter par les cadres.

L'analyse des plannings infirmiers sur un mois donné (septembre 2019) montre certes le respect mensuel de cette moyenne d'effectif, mais cependant une **absence d'organisation des soins quotidiens au regard des besoins des patients**.

Ainsi les effectifs présents au contact des patients lors des soixante demi-journées de septembre oscillent entre quatre et onze soignants aux urgences psychiatriques : deux fois quatre soignants, onze fois cinq soignants, quatorze fois six soignants, dix fois sept soignants, seize fois huit soignants, cinq fois neuf soignants, une fois dix soignants et une fois onze soignants. Il est difficile au regard de ces variations d'effectifs au cours d'une même semaine d'en comprendre une organisation du soin au regard des besoins des patients de psychiatrie, même si la moyenne est à 6,8 personnes.

A UA3, les effectifs sont sur le même mois, six fois à deux soignants par demi-journées, trente-deux fois à trois soignants, treize fois à quatre soignants, sept fois à cinq soignants et deux fois à six soignants, avec là aussi des variations de deux à six soignants par demi-journée sans lien avec le besoin de soin, et une moyenne à 3,4 soignants par demi-journée (chiffre identique à celui observé en janvier 2018).

A l'unité 52C, moyenne de 3,8 avec deux fois deux soignants, vingt-huit fois trois soignants, quinze fois quatre soignants, onze fois cinq soignants, trois fois six soignants et une fois sept soignants.

A l'unité UA1, sur les soixante demi-journées de septembre, les soignants ont été cinq fois à deux, vingt-six fois à trois, seize fois à quatre, dix fois à cinq, une fois à six et deux fois à sept, avec une moyenne de 3,7.

A l'unité UA2, sur les soixante demi-journées, les soignants ont été trente-et-une fois à trois, dix-huit fois à quatre, huit fois à cinq et une fois à six, avec une moyenne à 3,5.

A l'unité UA4, sur les soixante demi-journées, les soignants ont été cinq fois trois, dix-neuf fois quatre, vingt fois cinq, quatorze fois six, et deux fois sept, avec une moyenne de 4,8.

L'analyse des planning en janvier 2018 montrait une moyenne d'infirmiers présents par demi-journée de 4,4 à 52C, 3,8 à 52A, 3,4 à UA3, 4,9 à UA4 ; 3,6 à UA2, 3,53 à UA1. Les unités du secteur de Saint-Etienne sous tension avaient un renfort d'infirmiers ; les autres secteurs comportaient entre trois et quatre personnes présentes par demi-journée. On trouvait de manière exceptionnelle (deux à quatre jours pendant le mois) des journées à deux IDE sur deux unités.

Les moyennes sont donc quasi identiques à celles observées en janvier 2018, **l'augmentation d'un ou deux lits dans les unités pour fluidifier le flux des patients aux urgences n'a pas été associée à une augmentation parallèle des effectifs auprès des patients**.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'ouverture de lits supplémentaires dans les services doit s'accompagner de l'adaptation du nombre de soignants afin de pouvoir réaliser les soins de psychiatrie dans des conditions normales.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Le pôle de psychiatrie dispose d'un pool d'infirmiers composé de 11 ETP (+0,6 pour remplacer les infirmiers affectés au projet de recherche « jardin des mélisses »), qui fonctionne ainsi : les agents font partie d'une équipe coordonnée par un cadre de santé sous la responsabilité des cadres supérieurs ; ce sont des infirmiers expérimentés qui interviennent dans toutes les unités du

pôle de psychiatrie, prioritairement en intra hospitalier, et plus ponctuellement au sein des hôpitaux de jour. Chaque agent se voit attribuer un service d'affectation pour une durée de deux à trois mois. Ces agents expérimentés suppléent leurs collègues des unités lors d'arrêts maladie courts ou de congés formation, complètent les équipes en fonction de la charge de travail ou des besoins d'accompagnement, en cas de pics d'activité. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

2.3.3 La formation

En 2018, la psychiatrie a totalisé 21 012 heures de formation (23 679 en 2017 et 21258 en 2016) avec un budget dépensé de 141 028 (141 834 euros en 2017) pour 72 900 euros prévus chaque année. Le budget « congrès » s'est élevé à 21 010 euros (21 656 euros en 2017) pour là aussi un budget prévu inférieur, de 11 300 euros; 197 infirmiers, 39 cadres et 19 psychologues ont pu participer à ces congrès.

De nombreuses formations ont été proposées sur les thématiques des droits des patients : une formation juridique sur les pratiques de contention et droits des patients pour médecins et paramédicaux a concerné soixante participants en mars 2018, cinquante en juin 2018, vingt-deux en mai 2019 et vingt en novembre 2019. Une formation « *gestion physique des situations de violence en psychiatrie* » a concerné douze nouveaux formateurs puis sur des formations de quatre jours, cinquante-quatre professionnels en 2018 et quatre-vingt-deux participants en juin 2019. D'autres formations ont porté sur « *la communication non violente et pleine conscience* », « *la notification des droits des patients hospitalisés sous contrainte* », « *être ASH en psychiatrie* ».

Un groupe « alternatives » s'est réuni trois fois par an depuis décembre 2018, débattant des alternatives à la contention, en partenariat avec la gériatrie.

La formation « consolidation des savoirs » déjà en place en 2018 a été poursuivie et treize agents ont suivi la formation en 2019. Dix-huit agents ont bénéficié de « *l'accueil des nouveaux recrutés en psychiatrie* » effectué sur une journée.

Une analyse des pratiques professionnelles est en cours de formalisation pour l'analyse tous les trois mois de cas complexes en intersectoriel, à partir de janvier 2020. **Des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sur les droits des patients ont été réalisées** : audits de pratiques de contention aux urgences (2018) ; audits de pratiques d'isolement et de contention mécanique en psychiatrie (2017 et 2019) ; audits de contention de la personne âgée aux urgences et en gériatrie.

Un comité de retour d'expérience (CREX) « *contention en psychiatrie* » a été mis en place.

Concernant les médecins, 36 % du PM avaient rempli en 2018 leur obligation de développement personnel continu (DPC) ; 14 % du PNM.

Ces formations s'ajoutent à celles habituelles depuis dix ans, **comme les journées de tutorat** (dont une journée sur la gestion de crise et de la violence). En 2017 et 2018, douze tuteurs avaient été formés et trente-six agents tutorés. En 2019, huit nouveaux tuteurs ont été formés et dix-huit personnes tutorées et en octobre 2019, deux demi-journées de formation ont été proposées pour douze personnes tuteurs sur le tutorat des jeunes IDE et AS en psychiatrie.

2.3.4 L'éthique

Un comité d'éthique dénommé terre d'éthique, créé en 2014, existe à échelle du GHT présidée par le chef de service des soins palliatifs du CHU. Il n'avait pas traité de sujet lié à l'isolement, la contention ou des droits des patients lors de la première visite de 2018.

La CHU a saisi ce comité à la suite de la venue du CGLPL ; le sujet des restrictions de liberté a été travaillé en juin 2018 avec l'aide d'une universitaire juriste et des propositions d'actions ont été réfléchies. Ce comité a par ailleurs été saisi du cas d'un enfant de 9 ans accueilli en pédopsychiatrie au printemps 2018 et présent aux urgences psychiatriques début septembre 2019 pour lequel des mesures d'isolement et de contention ont été prises dans un contexte de violence.

2.4 LE NOMBRE DE PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT PRISES EN CHARGE EST STABLE

2.4.1 Nombre de patients admis par statut d'hospitalisation

Les données statistiques portant sur l'activité de l'établissement ont été communiquées aux contrôleurs par le bureau des soins sans consentement. Pour le CHU de Saint-Etienne, le nombre de patients admis est stable entre 2018 et 2019 (janvier à septembre) :

| Mode légal | Patients 2018 | Patients 2019* |
|--|---------------|----------------|
| Soins psychiatriques libres (SL) | 11 621 | 9 547 |
| A la demande d'un tiers (SDT) | 417 | 307 |
| Sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) | 122 | 112 |
| Pour péril imminent (SPI) | 49 | 49 |
| Soins psychiatriques aux détenus | 7 | 5 |
| Ordonnance provisoire de placement (OPP) | 9 | 2 |
| Aux personnes jugées pénalement irresponsables | 3 | 3 |

En ce qui concerne les urgences psychiatriques, les chiffres recueillis sont ceux de l'année 2018. Il est apparu utile de les comparer aux chiffres 2017 figurant dans le précédent rapport du CGLPL lors de la visite de janvier 2018 :

| Mode légal | Patients 2017 | Patients 2018 |
|--|---------------|---------------|
| Soins psychiatriques libres | 339 | 524 |
| A la demande d'un tiers | 241 | 215 |
| Sur décision du représentant de l'État | 34 | 55 |
| Pour péril imminent | 22 | 23 |
| Soins psychiatriques aux détenus | 6 | 14 |
| Ordonnance provisoire de placement | | 1 |

3. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

3.1 L'ACCUEIL DES PATIENTS DE PSYCHIATRIE AU SERVICE DES URGENCES FAIT L'OBJET D'UNE ATTENTION PARTICULIERE

3.1.1 L'accueil des patients relevant de la psychiatrie aux urgences générales

52 006 passages ont été recensés aux urgences adultes en 2018 et 30 322 aux urgences pédiatriques (pour enfant de moins de 15ans et 3 mois). Il y avait eu 49 741 passages en 2017 aux urgences adultes. **Parmi ces 52 006 passages, 3 244 avaient un motif psychiatrique** (3 063 en 2017).

Les perspectives 2019 montrent, fin octobre, 42 862 passages dont 2 947 pour motif psychiatrique (6,88 % en 2019 contre 6,24 % en 2018), soit 142 entrées par jour. Le service dispose de trois salles de déchocage, vingt-six boxes pour les urgences. Au moment du contrôle, cinq patients sur les trente présents relèvent de la psychiatrie, aucun n'est en SSC. Le patient présent depuis le plus longtemps l'est depuis vingt-six heures, tous les autres étant en dessous de seize heures. Trois IDE, dites « de flux », aident à trouver des lits d'hospitalisation ou des prises de rendez-vous, donnent des nouvelles aux familles. Quatre seniors et deux internes sont présents chaque jour pour l'ensemble des urgences générales, deux seniors et deux internes la nuit.

Tous les patients de psychiatrie arrivant au service des urgences générales sont accueillis par un infirmier d'orientation et d'accueil (IOA) et mis en attente au sein de l'ensemble des urgences générales. A leur arrivée, les patients sont examinés par un médecin urgentiste afin d'identifier une pathologie somatique et au besoin, l'urgentiste demande un avis spécialisé au psychiatre.

A cet effet, un binôme (médecin-infirmier) des urgences psychiatriques est détaché à la consultation psychiatrique aux urgences tous les jours 24h/24. Ce binôme reçoit le patient dans le cadre d'une consultation dont le but est d'évaluer les besoins en soins psychiatriques, de le mettre en sécurité et de l'orienter si nécessaire. Si l'indication d'hospitalisation est retenue, le patient devrait être accompagné immédiatement aux urgences psychiatriques situées à l'étage du même bâtiment du service. Dans les faits, ce n'est pratiquement jamais le cas faute de place, même si les délais sont désormais maîtrisés.

Les retours de programmes de soins (rupture) pour les SSC se faisaient, en 2018, aux urgences générales et non directement dans les services de secteur d'origine ce qui accentuait la sur occupation du service. Ces retours de programmes de soins se font désormais dès que possible dans les services d'hospitalisation complète.

Au moment du contrôle, il n'y a pas d'atteinte à la dignité des personnes relevant de la psychiatrie prises en charge aux urgences. **Désormais les patients pris en charge au service d'urgence et relevant de soins psychiatriques sont examinés par le psychiatre qui décide des mesures de contrainte et restrictions éventuelles de liberté.** Les personnes en soins sans consentement (SSC) ne sont plus systématiquement contenues comme c'était le cas il y a deux ans.

Les contrôleurs ont constaté, au moment de la visite, la présence aux urgences générales du CHU de six patients (vingt en 2018) relevant de la psychiatrie en attente de place ; aucun n'était contenu.

Tous les matins, les cadres des urgences font remonter auprès de la direction la liste anonymisée des patients présentant une pathologie psychiatrique aux urgences présents le matin à 8h en indiquant leur statut, le temps d'attente, l'existence éventuelle de contentions. Une synthèse mensuelle est faite à partir de ces informations.

BONNE PRATIQUE 1

Le service des urgences a mis en place un outil d'analyse quotidienne de la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie.

Ainsi en juillet 2019, 105 patients relevant de la psychiatrie ont transité par les urgences dont 14 en SSC (tous en SDT) ; 13 patients ont été mis sous contention ; les durées de séjour aux urgences étaient les suivantes : 24 patients sont restés plus de vingt-quatre heures, 20 plus de trente-six heures ; le séjour le plus long a été de 111 heures pour une personne en soins libres, le plus long pour une personne en SSC a été de quarante heures avec contention ; un patient en soins libres a été attaché trente-six heures.

En août 2019, quatre-vingt-cinq patients relevant de la psychiatrie ont transité aux urgences ; quinze étaient en SSC dont deux en SDRE ; sept ont eu des contentions dont quatre en étant en soins libres avec des durées supérieures à vingt-quatre heures pour trois d'entre eux (25, 49 et 47 heures).

Un dernier exemple concernant le mois de novembre 2019 : 153 patients relevant de la psychiatrie sont passés aux urgences dont 16 en SSC (dont 3 SDRE) ; 12 ont eu des contentions dont 2 en étant en soins libres (durées de 9h et 24h). La durée de séjour la plus longue a été de trente-quatre heures pour les SSC.

Désormais une décision de contention se fait sur des considérations cliniques et non plus sur le statut ; néanmoins il conviendra d'être vigilant sur les durées de contention de patient en soins libres qui excèdent douze heures et doivent interroger sur leur nécessité et, le cas échéant, le basculement vers un régime de SSC.



Bureau de l'infirmière d'orientation et d'accueil



Entrée des urgences

Les patients placés sous contention aux urgences ne font malheureusement pas l'objet d'une inscription au registre prévu par l'article L3222-5-1 du code de la santé publique (CSP) alors même que l'existence d'un terminal informatique dans le bureau des psychiatres, aux urgences générales, leur permettrait de tracer sur le registre ces contentions, de la même façon qu'ils les tracent dans les dossiers médicaux. Le chef de service des urgences indique qu'une prochaine version informatique (en 2020) du logiciel de gestion des dossiers médicaux pourra tracer les

contentions ; actuellement elles sont indiquées en commentaire au sein du dossier médical des urgences (DMU) sans extraction automatique possible.

Des protocoles de soins ont été établis, datés du 4 mai 2018, pour la prise en charge aux urgences adultes d'un patient souffrant de troubles psychiatriques, en soins libres et arrivant sans contention mécanique et un autre pour les patients en soins sans consentement et arrivant sans contention mécanique. Une procédure rappelle aux soignants les conditions de contention mécanique des patients aux urgences et impose un avis du psychiatre pour le maintien de cette contention. Une feuille de surveillance infirmière de la contention a été établie indiquant la fréquence tracée, la réévaluation médicale, l'indication de la contention, le type et la surveillance paramédicale détaillée (efficacité de la contention, effet cutané, toilette, hygiène, hydratation, conscience et comportement).

Enfin, le document cadre d'organisation du service des urgences a été actualisé en septembre 2019 pour intégrer ces nouveaux protocoles.



Placard d'entrepôt des affaires personnelles des patients de psychiatrie aux urgences



Bureau de consultation de psychiatrie aux urgences

Les patients entrés aux urgences mais qui ne souhaitent pas y rester (sortie sans autorisation) font l'objet de signalement en qualité de « disparitions inquiétantes » aux forces de police, avec déplacement d'un soignant au commissariat, y compris pour des patients admis en soins libres. Ce protocole de signalement ne garantit pas la liberté des patients de psychiatrie hospitalisés en soins libres et ne souhaitant plus être pris en charge par le CH.

RECOMMANDATION 5

Le signalement de personnes « sorties sans autorisation » depuis les urgences à une autorité doit être compatible avec le respect du secret médical et ne répondre qu'aux dérogations réglementaires, d'autant si elles sont admises en soins libres.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Les médecins et les équipes du pôle sont très sensibles à la problématique de la conciliation du secret professionnel et de la transmission d'informations, en cas de sortie d'un patient à l'insu du service. Une fiche de déclaration inquiétante est modélisée en ce sens. »

La fiche annexée à ces observations, intitulée « formulaire de déclaration de sortie d'un patient à l'insu du service : fugue à caractère inquiétant » indique le signalement de « personne devant

être considérée comme dangereuse pour elle-même ou pour autrui » ou « personnes présentant des signes de tendances suicidaires », y compris si les personnes sont venues librement aux urgences. Une note de juillet 2018 destinée à l'ensemble des services définit le « caractère inquiétant de la sortie à l'insu du service », ses modalités d'appréciation et de mise en œuvre.

Ces points doivent être discutés au sein du comité d'éthique et la fiche ainsi que la note de juillet 2018 doit être soumise, pour avis, au conseil de l'ordre des médecins afin de vérifier que les conditions de dérogation au secret médical sont bien remplies.

Dans ses observations du 15 juin 2020, le préfet de la Loire indique :

« Sur la question du signalement des disparitions de patients, plusieurs réunions se sont tenues à la fin de l'année 2019, visant à rationaliser et fluidifier le circuit d'information entre le CHU, les services de police et, s'agissant des patients SDRE, les services préfectoraux. A cette occasion, l'accent a été mis sur la différence à opérer entre les sorties non autorisées, qui peuvent concerner un patient de n'importe quel service hospitalier, et les disparitions dites inquiétantes, au sens des critères des services de police, qui concernent un nombre de cas limité dont font notamment partie les patients sous mesure SPDRE. Ces cas de figure différents doivent donner lieu à des procédures de signalement distinctes. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais recommandent que des instructions claires soient données sur les différentes procédures de signalement et les cas de figure dans lesquels de tels signalements peuvent être faits.

3.1.2 Les urgences psychiatriques

Le service des urgences psychiatriques est situé au premier étage du bâtiment G, au-dessus des urgences somatiques. Il dispose de douze chambres individuelles accueillant des patients adultes pour lesquels sont réservés un petit salon et une terrasse, et quatre chambres pour mineurs ainsi qu'un salon de télévision et une autre terrasse spécifique. La salle de flux décrite lors du contrôle de 2018 est désormais une salle d'activité pour les mineurs.



Entrée du service



Chambre type pour mineur

La situation des urgences psychiatriques est nettement moins tendue que lors du contrôle de janvier 2018 mais reste insatisfaisante. Le service est désormais cloisonné par une porte vitrée entre majeurs (douze places en chambres individuelles) et quatre chambres individuelles pour les mineurs ce qui apporte une garantie pour la sécurité des mineurs. La salle de flux et ses quatre lits brancards a été transformée en une salle d'activité pour les mineurs, ce qui évite une sur

occupation du service. La fermeture provisoire de lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie amène cependant des adolescents à être enfermés dans leur chambre du côté des adultes lorsqu'aucune place n'est disponible côté mineur. Enfin, ce service accueille les personnes détenues en application de l'article D398 du code de procédure pénale (CPP) y compris pour des durées longues (plus d'un mois).

L'équipe chargée des soins est ainsi la même pour la prise en charge de mineurs de moins de 15 ans, d'adolescents en crise, de personnes souffrant de pathologies psychiatriques en phase aiguë et de personnes détenues.



Salle d'activité pour mineurs



Terrasse des mineurs

L'équipe de psychiatrie de liaison effectue la prise en charge des suicidants par rappels téléphoniques, l'après-midi, des personnes à une semaine, un mois et deux mois après la sortie.



Couloir des urgences psychiatriques



Personne attachée aux urgences psychiatriques

3.2 LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE SE DEVELOPPE EN AMBULATOIRE POUR PREVENIR LES HOSPITALISATIONS

3.2.1 Le projet de pôle

Le projet de pôle se donne pour objectif de limiter les hospitalisations : le recours et leur durée. Les unités reçoivent les patients en crise et la prise en charge vise à réintégrer ceux-ci le plus vite possible dans une prise en charge extra hospitalière, tout en veillant à diminuer les ré-

hospitalisations pour éviter les institutionnalisations au long cours. Ce projet repose donc sur une coordination des unités d'hospitalisation temps plein avec les structures extra hospitalières (CMP, HDJ, CATTP, équipes mobiles) et sur un partenariat de qualité avec les établissements médico-sociaux. La réflexion sur les droits des patients et le recours à l'isolement constitue également une priorité de l'établissement dans les pratiques soignantes.

Ce projet, en principe décliné dans tous les secteurs et unités, est inégalement intégré selon celles-ci. Certains interlocuteurs en explicitent spontanément les axes quand d'autres indiquent que le projet d'unité n'est pas formalisé et que l'objectif est de ne plus attacher et moins isoler.

Au moment du contrôle, les délais d'obtention d'un rendez-vous étaient nettement améliorés par rapport à 2018, de l'ordre de quinze jours à trois semaines avec un psychiatre en CMP hors urgence. **Un tableau de bord a, par ailleurs, été instauré pour suivre les délais d'accès aux soins ambulatoires. Des créneaux horaires spécifiques sont dédiés aux urgences au sein des CMP,** venant compléter l'hôpital de jour de crise.

Les soignants rapportent toujours des difficultés d'accès aux foyers d'accueil médicalisés (FAM) par manque de place et le départ de quelques malades dans des centres en Belgique.

3.2.2 Les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation

Les trois quarts des patients des unités du site de l'hôpital Nord passent par les urgences où ils bénéficient d'un examen somatique. Les autres entrées peuvent résulter de réintégrations ou d'orientations par les CMP, aux quels cas, l'examen somatique est effectué par le médecin généraliste ou l'interne de médecine générale, le jour de l'arrivée. Dans le secteur de Saint-Etienne, des patients dont l'état s'est stabilisé peuvent passer de l'unité fermée (A4) vers les unités du site de Bellevue, dont l'une avait vocation plus particulièrement à préparer la fin de l'hospitalisation ; l'inverse est également possible, notamment en cas de décision d'isolement.

La présence quotidienne d'au moins un psychiatre dans chaque unité assure un suivi médical régulier. Chaque patient bénéficie d'autant d'entretiens médicaux que nécessaire, et au moins un ou deux par semaine, avec souvent un binôme psychiatre-infirmier. Cependant, le suivi médical du secteur de l'Ondaine connaît des difficultés avec seulement 1,5 ETP de psychiatre pourvus pour l'intra et l'extra hospitaliers. Pour assurer une présence suffisante et un entretien médical au moins hebdomadaire pour chaque patient, il est recouru à des médecins intérimaires à diplôme étranger (roumains, tunisiens) dont la présence dans l'unité est limitée dans le temps ; un médecin parisien vient au moment du contrôle sur des périodes de quinze jours. Ces solutions, qui ne permettent pas un investissement institutionnel des praticiens, ne sont satisfaisantes ni pour les patients ni pour les équipes (cf. § 2.3.1).

Dans la plupart des secteurs, un infirmier référent est désigné permettant de centraliser et de fluidifier l'information utile à toute l'équipe soignante ; des entretiens infirmiers sont également réalisés. La possibilité est donnée aux patients de changer de médecin lorsqu'ils en font la demande. Le dossier informatisé du patient est bien tenu.

La cohérence de la prise en charge au quotidien repose sur des moments d'échanges suffisants entre professionnels.

Le temps des transmissions du matin et du soir est d'au moins trente minutes. A l'unité A4, chaque matin la situation de chaque patient est passée en revue lors d'une réunion entre médecins et internes.

Un *staff* réunit chaque semaine l'ensemble de l'équipe, dont les psychologues et les assistants des services sociaux, pour évoquer la situation de chaque patient. Les trois unités du secteur de Saint-Etienne utilisent la visioconférence trois mardis sur quatre de 12h à 12h30 pour passer en revue les isolements et contentions, faire le point sur les entrées, sorties et transferts des différentes unités.

Un temps de synthèse spécifique est également prévu avec les équipes mobiles. Celles-ci effectuent une activité importante de lien avec des structures extérieures et interviennent sur le secteur médico-social (EHPAD², FAM, MAS) où elles visitent les anciens patients, rassurent les professionnels de ces structures et évitent ainsi les ré hospitalisations.

Les soignants bénéficient d'une supervision assurée par un psychologue extérieur à l'unité, voire extérieur au centre hospitalier, six à huit fois par an, avec des séances de une heure trente à deux heures, pour tous les services.

BONNE PRATIQUE 2

Les pratiques de supervision sont très investies et bénéficient de crédits conséquents.

Seule l'unité A4 organise chaque semaine une réunion soignants-soignés, dirigée par un médecin affecté au service.

Les familles sont accueillies par les soignants et peuvent rencontrer le médecin au cours de l'hospitalisation. Par ailleurs, un accueil des familles est proposé lors de réunions « paroles de proches » animées par un infirmier du secteur de la Plaine et l'hôpital de jour mais ouvertes à toutes les familles du pôle. Cinq séances sont organisées chaque année.

Un dossier a été déposé en appel à projet en octobre 2019 : « *GCSMS REHACCOR : précocité : dispositif intégré de soins communautaires pour la prise en charge précoce et spécifique des troubles psychiatriques sévères* ».

La politique « qualité gestion des risques » 2018-2022 décline dans son premier axe : améliorer le respect des droits des patients, à travers une approche éthique des soins, favorisant son information, le dialogue soignant-soigné, dans une attitude bienveillante. L'évaluation sur le respect de ces droits s'effectue grâce, entre autres, à des visites d'audits annuelles, des patients traceurs, l'EPP « droits de patients », des enquêtes de satisfaction, des audits isolement contention. Des contrôles inopinés aux urgences sont effectués mais centrés sur la traçabilité des actes et décisions et non sur leur pertinence.

Sur les restrictions de liberté en général, plusieurs mesures ont été prises au décours de la visite de janvier 2018 : arrêt des isolements séquentiels, mise en conformité des programmes de soins, présence médicale les week-ends et jours fériés, plate-forme psychocorporelle et recrutement d'un professionnel d'activité physique adaptée. Un système de serrures aux portes des chambres a été généralisé, deux nouveaux espaces d'apaisement ont été expérimentés (UA4 et UA0), et trois lieux d'activité sportive (UA3 UA4 et Gier1). Les smartphones et le tabac ont été permis.

Le registre isolement contention a été mis en conformité et des procédures de bonnes pratiques diffusées. Une recherche PHRip sur l'isolement et la contention a été initiée, et le CHU participe à la mission de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur l'isolement et la contention.

² EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; MAS : maison d'accueil spécialisé ; FAM : foyer d'accueil médicalisé

Depuis février 2018, treize comités de retour d'expérience (CREX) et dix-neuf revues de mortalité morbidité (RMM) ont été réalisées, dont certaines relatives à une tentative de suicide aux urgences psychiatriques, une autre sur la prise en charge somatique, et plusieurs erreurs médicamenteuses.

3.2.3 Les activités

Chaque unité offre quelques matériels en libre utilisation : un ou deux téléviseurs, un baby-foot, une table de ping-pong et quelques livres et jeux de société, parfois inutilisables faute d'être complets. Dans les unités du secteur Saint-Etienne, des infrastructures (salle de sport avec matériel, salle d'activité) permettent des médiations.

Des activités à caractère thérapeutique peuvent être conduites par les infirmiers : ainsi, dans l'unité fermée du secteur de Saint-Etienne sont organisées de la musicothérapie, de l'art-thérapie, de la musculation ou encore une activité « apaisement ». Lors de la visite des contrôleurs, des infirmiers étaient allés acheter des jeux, un four à micro-ondes pour une activité culinaire qui devait se dérouler dans le réfectoire. Aucun planning n'est affiché et suivi auquel les patients pourraient se référer. Le jardin thérapeutique, animé par un soignant extérieur aux unités, est en face des locaux de l'unité ; certains patients peuvent participer à cette activité à condition de pouvoir sortir de l'unité. Un infirmier référent jardin peut aussi emmener des patients « *s'il a le temps* ».

Les activités de réhabilitation sociale de l'unité A4 se déroulent sur le site de Bellevue où les patients peuvent être transférés. Dans les unités de Bellevue, les infirmiers assurent également des médiations thérapeutiques : sport, groupe motion avec la psychologue, relaxation, ateliers cuisine, ateliers esthétique. Certaines sont régulières : séance de relaxation tous les jeudis de 11h30 à 12h ; sophrologie (avec psychologue) une fois par semaine ; sports en intérieur ou en extérieur (par exemple marche) tous les jeudis. Tous les patients ont accès à ces activités, dont certaines qui peuvent se dérouler à l'extérieur, sauf restriction médicale pour les personnes en soins sans consentement.

Pour les unités du site de l'hôpital Nord, c'est l'ALPHEE, lieu d'accueil et de détente ouvert aux patients comme aux familles, qui offre le plus d'activités. Ce lieu est accessible aux patients du lundi au vendredi de 9h30 à 11h30 et de 13h à 16h. Outre une cafétéria et des activités conduites par une équipe pluridisciplinaire : marche, jardin thérapeutique, relaxation, cuisine, il offre une bibliothèque avec magazines, journaux et prêt de livres, un accès internet et des jeux de société. Une dizaine d'associations y interviennent : l'UNAFAM, des associations intervenant en d'addictologie mais aussi culturelles. Des débats y sont organisés. Lors de leur visite, les contrôleurs ont pu assister à une soirée dégustation des légumes du jardin.

L'accès à Alphée suppose, pour les patients de l'unité fermée A4, une autorisation de sortie.

Lors du précédent contrôle, l'insuffisance d'activités proposées aux patients avaient été soulignée et l'établissement s'était engagé à inscrire le développement de celles-ci dans le projet médico-soignant, mais celui-ci n'est pas encore finalisé. Une salle supplémentaire pour les activités était également annoncée dans un bâtiment (L) dans le schéma directeur immobilier.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les possibilités matérielles d'activités thérapeutiques ont été développées mais leur utilisation appelle un investissement mieux structuré des équipes pour une intégration plus institutionnalisée dans la prise en charge individuelle, et un affichage des plannings proposés.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Les activités thérapeutiques sont structurées et planifiées pour les prises en charge en ambulatoire. Elles le sont également, en hospitalisation à temps complet, pour les interventions dans le jardin des mélisses ou auprès de l'éducateur sportif. Des plages horaires sont identifiées dans la semaine au sein des différentes unités. Pour valoriser ce travail et renforcer encore davantage cette offre de soins, les cadres travaillent actuellement à une formalisation de la planification de ces activités. »

3.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT BIEN ASSURES

3.3.1 Le recours aux médecin généraliste et aux autres spécialités médicales

L'établissement dispose d'une filière complète de prise en charge somatique au profit des personnes en soins psychiatriques hospitalisées dans l'établissement. Les services de psychiatrie bénéficient de la présence d'un médecin généraliste à 80 % et de deux internes de médecine générale sauf lors du semestre dernier où il n'y a plus eu d'interne en stage ; les effectifs ont récemment été renforcés par deux assistants généralistes.

Tous les patients de psychiatrie ont accès aux consultations spécialisées du CHU. Toutefois, le médecin généraliste doit intervenir auprès de ses confrères pour faciliter cet accès dans des délais compatibles avec l'hospitalisation. Les comptes rendus de consultation sont systématiquement intégrés dans le logiciel de gestion du dossier médical du patient et sont ainsi visibles par les acteurs de la prise en charge médicale, ce qui facilite la bonne coordination des soins. Les examens de radiologie et les examens de laboratoire sont traités par les services propres au CHU dans des délais normaux.

Par ailleurs, une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) est présente dans l'établissement.

La continuité de la prise en charge somatique est garantie par le recours, la nuit et les week-ends, aux internes de médecine générale assurant une garde, aidés des médecins seniors au service des urgences du CHU. Le personnel soignant est régulièrement formé aux gestes de première urgence.

L'accès au dentiste est toujours difficile, les patients devant être emmenés auprès des praticiens de ville.

Enfin, l'examen somatique par un médecin généraliste n'est pas encore systématique lors des placements en chambre d'isolement ou sous contention (cf. § 4).

3.3.2 Le circuit du médicament

La dispensation individuelle des médicaments est sécurisée et la distribution par les soignants, dans chaque chambre des patients, assure la confidentialité des traitements sauf au sein de l'unité U4 où la distribution est réalisée lors des repas à table.

4. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

4.1 LES QUATRE CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS LES SEULS LIEUX OU SONT PRATIQUEES LES MESURES

Quatre chambres d'isolement (CI) spécialement aménagées à cet effet sont répertoriées dans l'établissement : une dans chacune des unités d'admission des secteurs de Gier1 (A1), Ondaine (A2), Plaine (A3) et dans l'unité fermée de Saint-Etienne (A4). Ces quatre chambres sont d'organisation identique : l'accès à la chambre proprement dite est précédé d'un sas meublé d'une armoire et dans lequel est entreposé un adaptable. Ce sas dessert une salle d'eau comportant une douche. La chambre est meublée d'un lit fixé au sol ; l'intérieur en est visible à travers le fenestron dont est percée la porte. L'occupant peut voir l'heure à une pendule à affichage digital mais qui n'indique pas le jour de la semaine et la date. Un dispositif fixé à son poignet permet au patient attaché d'appeler les soignants.

Les deux unités du site de Bellevue (52A et 52C) ne disposent pas de chambre d'isolement mais l'unité 52A a installé une chambre « sécurisée ». Il s'agit d'une chambre standard dont la fenêtre et la porte des sanitaires peuvent être fermées par les soignants ; elle est dépourvue de dispositif particulier permettant la surveillance du patient. Les patients peuvent y être isolés, mais de façon moins importante depuis janvier 2018 a-t-il été indiqué.

Les isolements en chambre ordinaire sont pratiqués à l'unité 52C. Si le patient occupe une chambre double, l'autre patient est transféré dans une autre chambre. Une évaluation est faite dans l'heure qui suit et la surveillance est accrue, environ tous les quarts d'heure selon les soignants. Au-delà d'une durée prévisible de 24 heures, le patient est transféré vers l'unité A4 de l'hôpital Nord.

Le service des urgences psychiatriques, qui n'a pas non plus de CI, isole ses patients dans les chambres d'hébergement.

L'unité de pédopsychiatrie ne dispose pas de chambre d'isolement, les patients sont enfermés dans leur propre chambre, ils peuvent également y être contenus, une sonnette étant mise à leur disposition. Il a été indiqué que la durée de la contention dépassait rarement une heure.

En réalité, les isolements en chambre ordinaire ne sont pas exceptionnels, ce y compris dans les unités pourvues de chambre d'isolement, comme l'unité A4, ainsi que le montre l'analyse du registre (Cf. §. 4.3).

4.2 UNE POLITIQUE ACTIVE DE REFLEXION SUR L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION EST MISE EN ŒUVRE DEPUIS DIX-HUIT MOIS

A la suite des visites de la Haute autorité de santé, en octobre 2017, et du CGLPL en janvier 2018, l'établissement a modifié sa politique de qualité et de gestion des risques. La question de l'isolement et de la contention figure parmi les modifications, avec l'inclusion du thème « droit des patients » et l'installation d'un comité de pilotage *ad hoc* sur le suivi « isolement et contention ».

Un programme d'actions en vue de diminuer le recours à l'isolement et à la contention a été organisé. Le thème des restrictions des libertés en psychiatrie a été intégré au projet de pôle et les mesures d'amélioration portent sur trois axes : l'organisation de la prise en charge et la modification des pratiques, la formation des agents et la conduite de travaux d'aménagement

matériels. Lors de la visite, les travaux envisagés n'étaient pas tous réalisés, notamment la création d'espace d'apaisement était encore à l'état de projet.

Une note diffusée le 7 février 2018, signée par le directeur général du CHU, le président de la CME et la cheffe de pôle rappelle les conditions de la bonne utilisation de l'isolement et de la contention : décision médicale, mesure de dernier recours, motif exclusivement clinique, espace spécifique, statut d'admission en soins sans consentement, traçabilité et réflexion de fond afin d'éviter le recours, caractère exceptionnel des contentions au-delà de vingt-quatre heures. Un document « *décision et pratiques d'isolement et/ou de contention pour les patients hospitalisés en psychiatrie* » détaillant ces éléments était en voie de publication lors de la visite des contrôleurs.

Un groupe de réflexion sur un moindre recours à l'isolement et à la contention, dénommé « Alternatives », a été initié en décembre 2018 et fonctionne effectivement depuis juin 2019. Il est constitué d'infirmiers de chaque unité d'hospitalisation, d'un médecin psychiatre référent, de cadres supérieurs et cadres de santé et d'un agent missionné par l'ARS en appui aux réflexions sur le moindre recours. Les membres du groupe communiquent le résultat des échanges intersectoriels dans leurs unités respectives et rapportent au groupe les initiatives de chaque secteur.

La démarche, qui réunit toutes les catégories professionnelles, cherche à se nourrir des expériences extérieures, ce qui s'est traduit dans l'organisation d'une conférence de psychiatrie en novembre 2018 sur le thème « *réfléchir la contention et l'isolement pour agir autrement* », conférence où sont notamment intervenus des professionnels d'autres établissements témoignant de leurs expériences et de leurs démarches.

La réflexion sur les pratiques est stimulée par les formations qui ont été dispensées ou sont programmées notamment « *droits des patients et pratiques de contention* » (soixante-trois personnes formées en 2019), soins et violence (quatre-vingt-deux personnes en 2019).

Des actions de nature à limiter les tensions et les violences sont mises en œuvre comme le développement des activités – occupationnelles et thérapeutiques – avec notamment le recrutement à temps plein d'un éducateur spécialisé en activité physique adaptée qui intervient dans toutes les unités. L'activité sportive est un axe prioritaire pour mettre en place des solutions alternatives. Il a ainsi été prévu, dans le nouveau schéma directeur immobilier, de construire une salle de sport intersectorielle (cf.§ 3.2.3).

BONNE PRATIQUE 3

Les rencontres et échanges avec des professionnels d'autres établissements permettent de confronter les expériences et de diffuser les plus fructueuses.

À la suite du rapport de contrôle de 2018, un déplacement systématique du psychiatre a été mis en place pour la réévaluation des mesures de contention et isolement les dimanches et jours fériés, dans le cadre de l'astreinte.

Enfin, une thèse de doctorat en médecine, soutenue le 29 octobre 2019, a porté sur « *l'impact du passage du contrôleur général des lieux de privation de liberté sur les mesures d'isolement et de contention au CHU de Saint-Etienne* ». Entre autres, une des questions interrogeait les soignants de la sorte : *le passage/ rapport du CGLPL a-t-il modifié ou non les pratiques d'isolement et de contention au CHU de Saint-Etienne* ; 96,6 % ont estimé que cela avait modifié les pratiques.

4.3 DES OUTILS DIVERSIFIES ET DESORMAIS FIABLES PERMETTENT D'APPRECIER L'EVOLUTION DES PRATIQUES

Les outils d'analyse des risques et les indicateurs à disposition – audits internes notamment sur l'isolement et la contention, évaluation des pratiques professionnelles, enquêtes de satisfaction, contrôles inopinés, analyse des plaintes, réclamations et remerciements, rapports annuels, bilans des fiches d'événements indésirables etc. – sont mobilisés et croisés pour évaluer l'infléchissement attendu des pratiques d'isolement et de contention.

Le département de l'informatique médicale a élaboré le registre des isolements et contention prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique à partir des deux fichiers des dossiers patient informatisés, l'un tenu par le logiciel CRISTAL NET pour les patients de psychiatrie, l'autre par le logiciel Easily pour les autres patients dont ceux passant aux urgences. Dans un proche avenir, l'ensemble des dossiers devrait être géré par le logiciel Easily.

Le registre contient exactement les données requises par l'article susmentionné : l'identifiant permanent du patient (IPP), la date et l'heure de début de la mesure, la date et l'heure de sa fin, la durée, le nom du psychiatre décideur, le nom des professionnels chargés de la surveillance. Les professionnels peuvent à tout moment accéder au fichier pour avoir une vision objective de leurs pratiques.

Par ailleurs, les données du dossier patient relatives à l'isolement sont extraites pour être analysées par le médecin du DIM qui produit chaque mois une analyse des mesures. Chaque mois sont indiqués par secteur :

- nombre de mesures ;
- nombre de mesures d'une durée supérieure à 72 heures ;
- nombre de mesures d'une durée supérieure à une semaine ;
- durée maximum des mesures (en heures) ;
- durée minimum des mesures (en heures) ;
- durée moyenne des mesures (en heures) ;
- durée médiane des mesures (en heures).

Ces données sont fournies, d'une part, pour les mesures d'isolement, d'autre part, pour les contentions et pour chacune peuvent être distinguées celles qui sont pratiquées dans un lieu dédié (chambre d'isolement) ou hors d'un lieu dédié. Les équipes peuvent voir l'évolution de mesures qu'elles prennent, mois par mois.

Le médecin du DIM produit également tous les trimestres un rapport qui est analysé en bureau de pôle, ainsi que régulièrement en CME.

Les données sont considérées comme fiables depuis 2018. Il a tout de même été indiqué que rien ne garantissait qu'il ne puisse y avoir de confusion entre la saisie d'une mesure nouvelle et celle de la prolongation d'une mesure en cours. Par ailleurs, le statut juridique de la personne isolée n'est pas pris en considération, le codage effectué pour répondre aux demandes de remontées d'information de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ne distingue pas les statut de SDT et SDTU ; il n'est pas possible de vérifier si le statut d'admission des personnes en soins libre isolées a été modifié lorsque la durée de l'isolement dépasse douze heures et dans quel délai cette éventuelle modification a été opérée. Par ailleurs, il apparaît que lorsqu'une mesure de contention est enregistrée, une mesure d'isolement n'est pas toujours enregistrée également alors que la première implique la seconde. C'est notamment ce que l'on constate dans

le secteur Ondaine en mai 2019 où sont enregistrés cinq contentions mais seulement trois isolements en CI.

Ce travail de recension a permis de montrer une diminution de 5 % du recours à l'isolement et de 18 % des patients concernés entre 2017 et 2018, l'affirmation devant être relativisée par la fiabilité plus incertaine des données de 2017. Les chiffres sont, respectivement de 13% et 29 % pour les mesures de contention.

La comparaison, plus fiable, entre les résultats des premiers semestres 2018 et 2019 confirme la tendance :

| | ISOLEMENT | | | CONTENTION | | |
|--|-----------|-------|-----------|------------|------|-----------|
| | 2018 | 2019 | évolution | 2018 | 2019 | évolution |
| Nombre de mesures | 551 | 406 | - 26 % | 217 | 161 | - 26 % |
| Nombre de patients concernés | 259 | 192 | -26 % | 87 | 87 | 0 % |
| Durée médiane lieu dédié | 5,8 | 3,1 | - 47 % | 1,9 | 1,5 | - 21 % |
| Durée moyenne lieu dédié | 10,6 | 5,8 | - 45 % | 3,0 | 1,9 | - 37 % |
| Durée médiane autre lieu | 2,9 | 1,3 | - 55 % | 0,8 | 0,8 | - 4 % |
| Durée moyenne autre lieu | 6,2 | 3,7 | - 40 % | 1,5 | 1,4 | - 7 % |
| Durée maximale | 237,3 | 179,9 | - 24 % | 23 | 26,1 | 13 % |
| Nombre de mesures en lieu dédié d'une durée supérieure à une semaine | | | | 4 | 0 | |
| Nombre de mesures en lieu non dédié d'une durée supérieure à une semaine | | | | 6 | 2 | |

La baisse du nombre de mesures est significative mais plus importante sur l'isolement que sur la contention et si la durée moyenne des isolements en CI a été presque divisée par deux, la moitié des patients isolés le sont pour une durée supérieure à trois jours ce qui dépasse la notion de crise, la durée moyenne de 5,8 jours restant élevée.

De ces données, il ressort également que les mesures effectuées en lieu non dédié persistent, ce qui s'explique notamment par celles qui sont prises dans les unités dépourvues de chambre d'isolement.

Ainsi, les données des neuf premiers mois de 2019 en donnent une proportion :

| Secteur | isolement | | contention | |
|--------------------------------------|-----------|---------|------------|---------|
| | En CI | Hors CI | En CI | Hors CI |
| Gier (une CI pour deux unités) | 14 | 54 | 11 | 24 |
| Ondaine (une CI) | 24 | 50 | 14 | 19 |
| Plaine (une CI) | 24 | 27 | 11 | 4 |
| Pédopsychiatrie | | 44 | | 19 |
| Saint-Etienne (une CI pour 3 unités) | 24 | 97 | 4 | 26 |
| Urgences psychiatriques | | 227 | | 109 |
| total | 86 | 512 | 42 | 204 |

On constate que les isolements et les contentions sont encore largement pratiqués hors des CI, y compris dans les secteurs, comme Ondaine, qui disposent d'espace dédié ; dans cette unité, les isolements et contentions effectués hors CI sont plus nombreux que ceux effectués dans une CI. Les urgences psychiatriques sont également coutumières de ces pratiques puisqu'elles n'ont pas de CI.

On constate également que la durée de ces mesures hors CI peut être supérieure à 72 heures, tel est le cas pour au moins un isolement chaque mois dans chacun des secteurs (ainsi pour six mesures à Ondaine en janvier) et douze en mai aux urgences psychiatriques.

RECOMMANDATION 6

La politique mise en œuvre pour diminuer le nombre de mesures d'isolement et de contention doit être poursuivie, particulièrement vis-à-vis des mesures effectuées hors d'un lieu dédié, qui doivent être bannies.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Il convient de préciser que les isolements et contentions qualifiés d'hors espaces dédiés se déroulent majoritairement au sein du service des urgences psychiatriques. Afin de diminuer le recours à ces pratiques de prise en charge, il est proposé aux équipes, dont celles des urgences, des formations développant d'autres techniques. Ainsi en 2019, dix-neuf formations ont été offertes aux professionnels paramédicaux des urgences psychiatriques : la communication non violente (une formation), soin, violence, agressivité et psychiatrie (douze formations et une formation de formateur), les droits du patient (cinq formations), le Mindfulness (une formation). Cette dynamique de formation doit se poursuivre dans les années à venir afin d'aider les professionnels dans la prise en charge des patients en crise. »

Les contrôleurs maintiennent néanmoins leur recommandation dans la mesure où le nombre de mesures d'isolement restait élevé au moment du contrôle sur l'ensemble de la psychiatrie.



© Jean-Christophe Hanché / CGLP

Chambres d'isolement

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

5.1 L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS AU MOMENT DE L'HOSPITALISATION EST ORGANISEE ET EFFECTIVE

Le 26 juin 2019, le CHU a publié un document intitulé « *politique des droits des patients* ». Signé par le directeur général, le président de la CME et la présidente de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), ce document veut « *garantir à chaque patient une prise en charge de qualité et sécurisée* ». Cinq axes principaux sont déclinés et en premier lieu celui « *d'améliorer le respect des droits des patients, à travers une approche éthique et bienveillante des soins, favorisant son information* ». Le pilotage de cette politique est confié au responsable qualité gestion des risques. Une cartographie des risques a été réalisée et il a été décidé de prioriser les efforts institutionnels sur les sept risques suivants :

- risques de rupture de confidentialité des informations relatives au patient ;
- risques liés à une information inadaptée du patient et/ou de son entourage ;
- risques liés au manque de respect ou à l'atteinte à la dignité du patient ;
- risques liés aux insuffisances en matière de prévention de la maltraitance-promotion de la bientraitance ;
- risques de non-respect des libertés individuelles des patients pris en charge pour les troubles psychiatriques ;
- risques liés à un défaut de prise en compte des besoins des usagers (accès, expérience, etc.) ;
- risques liés à la pratique de la contention de la personne âgée.

C'est la commission qualité gestion des risques (CQRIS) qui assure le suivi opérationnel du programme d'actions qui doit permettre une meilleure prise en charge et un meilleur respect des patients.

5.1.1 L'information sur le statut et les droits

Tous les patients hospitalisés reçoivent un livret d'accueil comportant toutes les informations utiles pendant le séjour. Ce livret, réalisé en 2018, doit être mis à jour et réédité en 2020. Il est à noter qu'il fait l'impasse, dans la rubrique « *vos droits* », sur les droits du patient hospitalisé sans son consentement. Cette lacune devrait être comblée dans la prochaine édition. Une maison des usagers accessible à l'entrée de l'hôpital offre une large documentation à destination des usagers.

Les patients hospitalisés en psychiatrie sont informés sur leur statut et leurs droits par le médecin psychiatre et par le cadre de santé. Le rôle du JLD est expliqué ainsi que les procédures d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers. Un accusé de réception est retourné au bureau des soins sans consentement avec la signature du patient quand celui-ci est en état de signer. En cas d'impossibilité de signature, deux soignants attestent soit de l'impossibilité de faire signer le patient ou du refus de celui-ci de signer le document.

Un affichage intitulé « *vous êtes hospitalisé sans votre consentement : vos droits et recours* » est visible dans toutes les unités de soins psychiatriques. Les recours possibles sont clairement

indiqués avec l'ensemble des adresses des différentes autorités. La liste des avocats inscrits au barreau est également affichée. Sont indiqués également le droit d'émettre et de recevoir du courrier, d'exercer son droit de vote, de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix, de consulter le règlement intérieur. Au-delà de l'affichage, un flyer est remis à tous les patients au moment de leur admission.

Depuis le passage en janvier 2018 du CGLPL, un effort de formation, sur les droits du patient hospitalisé sans son consentement, a été réalisé en direction du personnel soignant. Soixante-trois soignants ont été formés en 2019 sur le thème « *droits des patients et pratique de la contention* » (cf. § 2.3).

5.1.2 La consultation du dossier médical

La consultation du dossier médical est un droit davantage connu des patients. 1 734 demandes ont été reçues en 2018. Le délai moyen de réponse est de dix-sept jours ; pour la seule psychiatrie 140 demandes ont été recensées et honorées en 2018. Majoritairement ce sont les patients qui demandent cet accès et de façon moins fréquente la personne ayant l'autorité parentale.

5.1.3 Le questionnaire de sortie et l'enquête de satisfaction

Une enquête de satisfaction « *patient en psychiatrie – hospitalisation* » est proposée à chaque patient au moment de sa sortie. Cette enquête est jointe au livret d'accueil. Le questionnaire balaie l'ensemble des aspects de la vie quotidienne durant l'hospitalisation, y compris la relation avec le personnel soignant. Le taux de retour de ce questionnaire est faible, environ 5 %, même s'il est plus élevé qu'en 2016 où seuls quinze questionnaires remplis concernaient la psychiatrie. L'établissement a ainsi pris en compte les recommandations du CGLPL de janvier 2018 sur ce sujet.

5.2 LA GESTION DES INCIDENTS, DES EVENEMENTS INDESIRABLES ET DES VIOLENCES EST EN PLACE

5.2.1 Le dispositif de gestion des plaintes

Le registre des plaintes recense, pour l'année 2018, 431 événements. Les événements signalés sont de diverses natures. On y recense les courriers de remerciements, les réclamations matérielles pour la perte d'un objet (du type lunettes), les contestations à propos de la facturation des actes, les divergences sur la prise en charge du patient, la contestation d'un diagnostic et les contentieux médicaux. Les contentieux sont classés en deux catégories « *les petits contentieux et les contentieux* ».

Toutes les plaintes donnent lieu à un suivi rigoureux : enregistrement, courrier d'accusé réception, le délai de réponse noté, suite de la réclamation.

La plupart des affaires sont classées après traitement. En 2019, huit contentieux concernaient des questions médicales, dont un pour un patient en psychiatrie.

La commission des usagers qui se réunit régulièrement, en moyenne cinq fois par an, examine les réclamations importantes et les contentieux. A titre indicatif la commission du 26 septembre 2019 a examiné six réclamations, aucune ne concernait la psychiatrie. Cette même commission entend le rapport des médiations conduites lors de contentieux. Lors de cette même réunion une

médiation concernait un suicide à la suite d'un passage aux urgences psychiatriques. Le travail de médiation progresse par suite de la nomination de deux nouveaux médiateurs en 2019.

5.2.2 La gestion des risques

La direction qualité gestion des risques a modifié son fonctionnement pour donner suite aux visites de la Haute Autorité de Santé en octobre 2017 et du CGLPL en janvier 2018. La politique « qualité gestion des risques » s'appuie sur la thématique « droits des patients ». Un « COPIL » a été créé pour suivre les mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et aux urgences. Des contrôles fréquents sont effectués par le responsable qualité.

La mise en œuvre d'un CREX (comité de retour expérience), piloté par le médecin coordonnateur « gestion des risques » et l'ingénieur « qualité », est effective. Des audits « qualité » spécifiques à la psychiatrie sont initiés.

En 2019, onze CREX/ RMM (revue de mortalité et morbidité) ont été traités concernant l'ensemble de la prise en charge de la psychiatrie (difficulté somatique, surdosage, retard de diagnostic, urgences psychiatriques, psychiatrie et réanimation) (cf.§ 3.2.2).

5.2.3 La gestion des événements indésirables et des violences

En septembre 2019 le directeur général du CHU de Saint-Etienne, le président de la CME, la présidente de la CSIRMT (commission des soins infirmiers – rééducation et médico-technique) ont publié une charte de confiance pour le signalement des événements indésirables. Cette charte incite « *chaque professionnel à déclarer spontanément et sans délai tout événement indésirable ou porteur de risque pour un patient dans lequel il est impliqué à travers le système de fiche d'alerte* » :

En 2018, 1 322 fiches d'alerte ont été émises à travers le logiciel « NORMEA ». La projection sur 2019 estime à 1 260 le nombre de fiches qui seront émises. Les fiches retracent, notamment, les événements indésirables de soins (EIS) ou les événements indésirables graves (EIG).

En 2018, soixante-quatre EIS ont été signalées et soixante-six estimés pour l'année 2019. Sur la même période, dix EIG ont été signalées et cinq estimés pour l'année 2019, compte tenu du comptage réalisé en novembre.

En ce qui concerne la violence, quarante-trois fiches concernent des faits de violence en 2019. Sur ces quarante-trois fiches, 61 % concernent la psychiatrie.

Aucun EIG au moment du contrôle ne provenait des mesures d'isolement et de contention.

Le personnel soignant connaît et utilise la procédure pour faire remonter les événements indésirables ou les faits de violence. Une fiche intitulée « *récapitulatif de votre signalement* » est renseignée. Toutes les fiches adressées à la cellule qualité sont traitées sans délai et adressées aux responsables des services concernés. Elles font toutes l'objet d'une analyse et sont traitées suivant la gravité des faits.

Si le personnel soignant fait remonter les événements indésirables et les faits de violence il est à noter que la capacité de faire valoir ses droits et de porter plainte est également de mieux en mieux connue de la part des patients.

5.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST PEU DESIGNEE PAR LES MALADES EN PSYCHIATRIE MALGRE LES EFFORTS DE L'ETABLISSEMENT

Le rôle de la personne de confiance est expliqué clairement dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement. Un film est diffusé sur le canal interne de l'hôpital pour préciser son rôle.

BONNE PRATIQUE 4

Le rôle de la personne de confiance est expliqué dans les livrets d'accueil et sur le site internet mais un film sur ce rôle est également diffusé sur le canal interne.

La personne de confiance est bien distincte de la personne à prévenir en cas d'accident. Les pratiques diffèrent suivant les unités. Dans certaines unités, comme l'unité GIER 1 ou l'UA 4, la personne de confiance est rarement notée. Le personnel reconnaît qu'il n'insiste pas auprès des patients qui arrivent souvent dans un état où il est difficile d'expliquer la notion de personne de confiance. En revanche d'autres unités recherchent systématiquement à renseigner la fiche du patient sur la personne de confiance. Les soignants expliquent au patient l'intérêt de désigner cette personne.

Un formulaire existe où est aussi indiquée la possibilité de résilier la personne de confiance préalablement nommée.

Les statistiques consultées sur le logiciel « Cristalnet » indiquent, pour la psychiatrie, pendant les neuf derniers mois, 16,5 % de dossiers renseignés sur la personne de confiance.

À la suite de la visite du CGLPL de janvier 2018, une réunion de sensibilisation de l'ensemble des cadres de psychiatrie sur le sujet a eu lieu et une semaine "portes ouvertes sur la personne de confiance" avec la tenue d'une permanence d'information sur le sujet a été organisée au mois de juin.

5.4 L'ACCES AU DROIT DE VOTE DONNE LIEU A UNE INFORMATION A CHAQUE ELECTION

A chaque élection le CHU rédige une note pour préciser les modalités d'accès au droit de vote.

La dernière note date du 30 avril 2019. Elle précise les modalités de vote permettant aux patients hospitalisés d'établir une procuration pour voter à l'occasion des élections européennes du 26 mai dernier. Cette note émane du directeur de cabinet du CHU de Saint Etienne. Quatorze votes par procuration ont eu lieu lors de ce dernier scrutin.

Les patients hospitalisés ne reçoivent pas les documents envoyés par les candidats, ces documents sont envoyés par l'administration à leur domicile.

Une information est affichée dans les unités. En ce qui concerne la psychiatrie, les patients qui désirent voter obtiennent une permission pour se rendre au bureau de vote. Il n'a pas été possible de connaître le nombre de patients ayant bénéficié d'une permission pour accomplir leur devoir électoral.

5.5 LES REPRESENTANTS DES CULTES SONT A LA DISPOSITION DES PATIENTS

Les soignants dans les unités savent que les représentants des cultes sont à la disposition des patients. Un document intitulé « *guide – soins et croyance à l'hôpital* » est à leur disposition. Ce document, sous forme de fiches, présente les cultes catholiques, protestants et musulmans. L'aumônier israélite n'a pas participé à ce travail. Les questions éthiques y sont présentées.

Dans les unités un affichage informe les patients des possibilités de joindre les représentants des différents cultes.



Aumônerie site Nord

L'aumônerie catholique et protestante tient une permanence deux fois par semaine. Elle reçoit des patients qui viennent librement, le bureau des cultes étant situé près des locaux de l'Alphée. Elle rend visite aux patients dans les unités quand elle est appelée. L'aumônerie musulmane ne tient pas de permanence mais rend visite à la demande. L'aumônerie juive peut être jointe par téléphone mais les demandes sont rares.

Les représentants des aumôneries, rencontrés par les contrôleurs, se disent bien intégrés dans le fonctionnement de l'hôpital. Pour les catholiques, deux célébrations sont organisées à Pâques et à Noël pour l'ensemble des patients du CHU.

5.6 LES MANDATAIRES JUDICIAIRES SE MOBILISENT INEGALEMENT

Une salariée exerce à plein temps comme mandataire judiciaire. Le jour du contrôle elle suivait vingt mesures dont dix pour des patients de psychiatrie. Son bureau est situé à l'hôpital de la Charité, dans le centre de Saint-Etienne mais elle se déplace facilement pour rencontrer les patients et le personnel soignant. Elle échange fréquemment avec les cadres des unités. Elle est en lien avec les autres tuteurs et curateurs, notamment ceux qui sont affiliés aux associations de gestion des tutelles.

Environ quatre-vingts patients bénéficient d'une protection juridique.

Ce sont les assistantes sociales qui repèrent dans les unités, les patients qui auraient besoin d'une mesure de protection. Toutes les unités ne bénéficient pas d'un temps d'assistante sociale suffisant. Le repérage des personnes vulnérables en souffre. Les assistantes sociales travaillent en lien étroit avec les mandataires, notamment pour aborder les modalités du projet de sortie du patient.

Les mandataires judiciaires extérieurs à l'hôpital sont parfois difficiles à contacter, mais une fois informés du besoin, certains se montrent réactifs. La qualité de la prise en charge est inégale suivant les unités, c'est le cas, par exemple de l'UA 4 où les délais d'intervention des mandataires sont rapportés plus longs.

De manière générale, il faut compter une dizaine de jours pour que l'argent demandé par le patient lui parvienne. La régie a des délais d'encaissement qui pénalisent fortement les patients. Les soignants sont régulièrement mis à contribution pour aider les patients à réaliser leurs achats courants.

Pour les patients démunis le financement des frais de l'expertise médicale dans le cadre d'une demande de protection juridique ne pose pas de problème. Quatre sources de financement sont possibles : le fond de solidarité du CHU, le financement par le conseil départemental, le financement par l'Etat sur décision du tribunal judiciaire ou le financement par un membre de la famille.

6. LE RESPECT DES DROITS

6.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE SON ROLE DE GARANTE DES DROITS DES PERSONNES EN SOINS SANS CONSENTEMENT

La commission départementale des soins psychiatriques – CDSP – de la Loire est compétente sur les centres hospitaliers de Saint-Etienne, de Roanne et de Montbrison.

Sa composition ne souffre pas de difficulté quant à la présence de médecins (un psychiatre du CHU, un psychiatre et un généraliste tous deux retraités) et d'un représentant de l'UNAFAM qui en assure la présidence. En revanche, ses membres ne seront bientôt plus que quatre dans la mesure où il n'y a plus de représentant des usagers depuis fin 2017 et où le magistrat désigné, bientôt à la retraite, ne sera pas remplacé en application de la **loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice**. A noter que la CDSP a écrit au CGLPL pour alerter des conséquences de la loi précitée sur la composition des CDSP et de l'absence de magistrats en son sein.

Pour l'établissement de Saint-Etienne, la CDSP effectue trois visites annuelles : une au pôle psychiatrie de l'hôpital Nord, une sur le site de Bellevue et une aux urgences.

Outre ces visites d'établissements, la CDSP se réunit une fois tous les deux mois à la délégation territoriale de l'ARS pour examiner les dossiers des patients admis en soins sans consentement, plus particulièrement de ceux sous statut de « péril imminent » et de ceux dont la mesure se prolonge au-delà d'un an (quatre-vingt-dix-neuf dossiers examinés en 2018 plus six autres à la demande des patients). Les conclusions tirées de ces examens n'ont pas été communiquées aux contrôleurs de sorte que les éventuelles difficultés rencontrées par la CDSP et le traitement qu'en a fait la commission ne sont pas connus.

Conformément à la recommandation faite dans le rapport de visite de janvier 2018 du CHU de Saint Etienne, la CDSP a adressé au CGLPL son rapport annuel d'activité pour l'année 2018.

Les comptes-rendus des visites organisées sur le site de Saint-Etienne au cours des années 2018 et 2019 ont été communiqués aux contrôleurs à leur demande. Il ressort de ces divers documents que les visites au CHU se tiennent en présence de représentants de l'établissement (directeur de pôle, cadres de santé, gestionnaire des soins sans consentement, attaché d'administration hospitalière, parfois psychiatre) et que les discussions ont principalement porté en 2018 et 2019 sur les conclusions issues du rapport de visite du CGLPL de janvier 2018 et le contrôle de l'HAS, le fonctionnement des urgences générales et des urgences psychiatriques, l'élaboration d'un projet médico-soignant, la formation des médecins urgentistes sur la psychiatrie, l'organisation du site Bellevue, la nécessité d'un suivi ambulatoire effectif permettant de limiter les rechutes et donc le recours aux soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention (la CDSP posant la question de l'augmentation de la contention chimique en réponse aux efforts de réduction de la contention physique et évoquant la conséquence de la baisse de ces pratiques sur les soignants). La visite des urgences générales prévues par la CDSP le 5 novembre 2018 a été reportée, le médecin responsable n'en ayant pas été informé. Les patients ayant demandé à être reçus par les CDSP ont été entendus par les membres présents (cinq patients le 5.02.2018, cinq le 10.09.2018, un le 5.02.2019 et un le 8.10.2019).

Il résulte également du rapport d'activité de l'année 2018 que la CDSP a été invitée aux réunions de suivi du plan d'action décidé à la suite du contrôle du CGLPL de janvier 2018 et que la commission a décidé de s'investir dans ce comité de suivi des dysfonctionnements constatés.

Outre la CDSP, plusieurs conseils de surveillance ont évoqué les suites données au rapport du CGLPL : celui du 26 octobre 2018 par exemple et celui du 5 mars 2019 durant lequel ont été détaillées les mesures mises en place concernant l'embauche de personnel, l'octroi de crédits supplémentaires pour la formation, le lancement du projet médico-soignant, les premiers travaux architecturaux d'amélioration.

La CME a également évoqué les suites données au rapport du CGLPL dans quelques réunions suivant la visite (comme l'indique par exemple un procès-verbal de la CME du 11 février 2019) et les syndicats ont été reçus à plusieurs reprises par le maire, président du conseil de surveillance.

6.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI CONNAIT DES RETARD ET N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Comme en janvier 2018, les registres de la loi sont tenus par les agents du service des soins sans consentement et conservés dans ce service. Les deux agents administratifs travaillent sous l'autorité d'une cheffe de service, attachée d'administration. La plus ancienne de ces agents, en poste depuis fin 2014 s'est, dans un premier temps, formée « sur le tas » puis a reçu, à sa demande, une formation spécifique de trois jours, dispensée par la société hospitalière d'assurances mutuelles (SHAM) ; le second agent est en poste depuis juin 2019.

À la suite de la recommandation du CGLPL faite à l'issue du premier contrôle, ces agents n'ont plus délégué pour signer les décisions du directeur, celle-ci étant donnée, selon décision du directeur du CHU en date du 27 mars 2018, au directeur référent par intérim du pôle psychiatrie, à deux directeurs adjoints, à un attaché d'administration hospitalière et un adjoint des cadres hospitaliers.

Il n'existe toujours pas de logiciel de gestion des données mis à disposition du personnel. Un tableau de bord a cependant été mis au point dès avant janvier 2018 par un agent du service pour assurer le suivi des délais et le respect de la production des documents exigés par la loi.

Les registres de la loi, un pour les SPDRE, un pour les SPDDE – femmes et hommes confondus – sont tenus sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. Pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par une référence au folio du registre précédant notée en haut de la page. Ces registres ne sont pas dématérialisés et sont visés des autorités lors de leur passage : en dernier lieu, le 3 juillet 2019 par la procureure adjointe près le tribunal de Saint-Etienne et le 2 décembre 2019 par les médecins et le secrétaire de la CDSP.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné les registres en cours :

- pour les SPDRE, le registre n° 36 comportant 63 enregistrements dont 47 admissions entre le 15 mars et le 4 décembre 2019 – 43 hommes et 2 femmes sur décision du préfet, un homme sur arrêté provisoire du maire, un suite décision d'irresponsabilité pénale – ;
- pour les SPDDE, les registres n° 101 et n° 102 mentionnant 106 admissions (très majoritairement des hommes), dont 12 SPDT, 73 SPDTU et 21 SPPI.

Comme constaté en janvier 2018, sont mentionnés sur la première page du registre outre l'identité du patient et la date de son admission, l'identité du tiers, l'autorité ayant prononcé la mesure, la mesure de protection juridique et le nom du mandataire, la date d'audience du JLD et la nature de la saisine), les autres formes de prise en charge, la date de levée de la mesure ; sont en outre reproduits (en copie réduite) tous les documents relatifs au déroulement de la mesure des soins sans consentement (certificats médicaux initiaux, des vingt-quatre et soixante-douze heures, certificats mensuels, programmes de soins, arrêtés du représentant de l'Etat).

En revanche, dans les registres examinés, n'ont été trouvées ni copies des décisions du directeur et du dispositif des décisions rendues par le JLD (sauf en cas de décision de mainlevée), ni mention des dates de notification des différentes décisions, des droits, voies de recours et garanties contrairement aux dispositions de l'article L 3212-11 du code de la santé publique. De même, la copie des jugements de sauvegarde de justice n'est pas toujours collée.

De plus, comme les arrêtés et décisions d'admission, les certificats médicaux ne sont pas horodatés³ rendant impossible toute vérification quant au respect des délais.

Or, dans ses observations du 23 avril 2018 répondant au rapport de constat, le directeur général du CHU indiquait que le registre de la loi comprenait désormais les ordonnances du JLD et les jugements de sauvegarde judiciaire. Il précisait qu'un système d'horodatage était en cours de mise en place pour les certificats médicaux et les arrêtés préfectoraux.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les registres de la loi doivent mentionner les dates de notification des décisions tant d'admission que de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge. Les certificats médicaux comme les décisions d'admissions, du directeur et du préfet, doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Le service des soins sans consentement applique strictement la réglementation dans la tenue du livre de la loi. Depuis le début de l'année, un travail est effectué avec la direction des systèmes d'information pour mettre en place l'horodatage des certificats médicaux dans le dossier patient informatisé. Les éléments sont fonctionnels depuis mai 2020. Cette nouveauté a été présentée au bureau du pôle du 20 mai 2020 puis mise en application le 8 juin dernier. Elle a fait l'objet d'un mail informatif à l'attention de l'ensemble des professionnels ainsi que d'une explication détaillée dans la lettre d'information de mai – juin 2020.

Concernant les décisions, il est prévu que le directeur (ou son représentant) ajoute l'heure de la décision au moment où il les signe. Cet horaire est confirmé par le mail d'envoi de documents au cadre d'astreinte et au service des soins sans consentement.

Concernant les décisions de la préfecture, un rappel à la vigilance a été formulé par l'intermédiaire de l'ARS. »

Dans ses observations du 15 juin 2020, le préfet de la Loire indique :

³ Dans le cadre du déploiement du nouveau logiciel Easily, il est prévu d'horodater les certificats médicaux.

« Sur ce sujet, j'ai saisi l'ARS qui est un relai central entre mes services et l'établissement hospitalier. Elle organise régulièrement des réunions pour améliorer certains points de fonctionnement. Aussi il ressort que le cadre est globalement respecté en matière de notifications. Les certificats médicaux initiaux sont pour majorité rédigés par des médecins urgentistes qui s'attachent à les motiver. Les arrêtés préfectoraux renvoient ensuite à ces certificats médicaux, comme le prévoit l'article L3213-1 du code de la santé publique et le rend possible la jurisprudence en vigueur (cf. arrêt de la Cour de cassation dans sa décision du 17 octobre 2019 de laquelle ressort que s'approprier les termes du certificat médical joint à l'arrêté est suffisant, sous réserve que celui-ci soit suffisamment étayé et circonstancié).

Les contrôleurs ne contestent pas la possibilité, pour l'arrêté, de s'approprier les termes du certificat médical, mais ils soulignent que dans ce cas la notification au patient doit concerner à la fois l'arrêté et le certificat médical.

Si les admissions sont immédiatement inscrites, l'enregistrement des documents et donc la tenue des registres connaît un retard pouvant aller jusqu'à un mois et demi pour les SPDRE et de trois semaines à deux mois pour les SPDDE. Le fait que le service des soins sans consentement, uniquement composé de deux agents, se charge d'une partie du travail de l'ARS (pour les SPDRE, constitution des dossiers pour les saisines JLD, notifications des convocations et arrêtés divers), qu'il assure des formations à destination des soignants et des médecins et gère en sus les « familles d'accueil » (procédure d'agrément ; affectations) n'est certainement pas sans lien avec les retards constatés dans la tenue des registres.

Les arrêtés préfectoraux – comme les décisions du directeur – ne sont motivés que par visa du ou des certificats médicaux initiaux avec la précision « dont je m'approprie les termes » et mentionnent que ce ou ces certificats sont joints en annexe, impliquant qu'ils soient remis au patient ce qui n'est pas toujours fait dans les unités ; les arrêtés préfectoraux suite à un arrêté provisoire du maire sont toujours pris dans un délai de vingt-quatre à quarante-huit heures ; les certificats médicaux sont dans l'ensemble bien circonstanciés sur les troubles et l'absence de consentement aux soins, mais insuffisamment détaillés sur « le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers » ; pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés par des médecins différents ; les certificats médicaux comportent une mention pré-imprimée quant à l'information donnée au patient sur ses droits et voies de recours et au recueil de ses observations ; les passages en programme de soins sont en général retranscrits dans le registre, mais le contenu dudit programme n'y figure pas toujours.

RECOMMANDATION 7

L'organisation du service des soins sans consentement doit permettre, par le nombre d'agents mis à disposition et la nature des tâches confiées, d'assurer une tenue des registres de la loi dans les délais prescrits par l'article L3212-11 du CSP.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Le service des SSC est attentif au respect des procédures et de la réglementation. A ce titre, les professionnels de ce service ont une vigilance accrue pour s'assurer de la bonne conformité du registre de la loi dans les délais impartis. Il convient de préciser que ce service a pu disposer de 2

ETP, sans augmentation de la dotation annuelle de financement. L'équipe bénéficie des formations adaptées à l'exercice de ces fonctions. »

Les contrôleurs prennent acte de ces mesures mais l'établissement n'indiquant pas clairement si le renfort des effectifs est pérenne ou n'a été que ponctuel, la recommandation est maintenue.

Il ressort enfin de l'examen des registres que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves, tant pour les SPDRE (30 % n'excèdent pas douze jours) que pour les SPDDE (sur cinquante-quatre mesures levées pour les patients inscrits sur les registres examinés, deux l'ont été dans les vingt-quatre heures, trois dans les quarante-huit heures, six dans les soixante-seize heures, dix-neuf à moins de douze jours, treize dans le mois de l'admission, six à moins de deux mois) ; pour les patients en SPDDE la poursuite de la prise en charge après levée de la mesure de soins sans consentement se fait dans la majorité des cas avec un suivi en ambulatoire et plus occasionnellement avec un maintien en hospitalisation en soins libres ; pour les patients en SPDRE en revanche le levée de la mesure d'hospitalisation complète s'accompagne le plus souvent d'un programme de soins.

6.3 LA CONFIDENTIALITE DES HOSPITALISATIONS EST PRISE EN COMPTE ET RESPECTEE

Les protocoles mis en place au niveau du CHU sur la confidentialité des hospitalisations et le placement sous anonymat et les procédures décrites dans le rapport de visite de janvier 2018 sont toujours appliqués et donnent satisfaction quant au respect de la demande du patient.

Lorsqu'un patient sollicite, par un formulaire remis dans l'unité, que sa présence à l'hôpital ne soit pas divulguée, son nom est inscrit en rouge avec la mention « confidentiel » sur le listing des admissions tenue par le bureau des entrées. Si l'information est donnée pendant les horaires de fermeture du bureau des entrées, les agents du standard en prennent note pour la gestion des communications téléphoniques au cours de la nuit puis informent le bureau des entrées qui renseigne le listing. Les appels venant de l'extérieur sont bloqués au niveau du standard, les agents répondant que la personne est inconnue. Selon les agents du standard, les responsables du bureau des entrées et les soignants des unités, ces demandes ne concernent qu'un nombre très limité de patients.

Lorsqu'un patient demande son admission sous l'anonymat, il choisit un patronyme de substitution parmi des noms de plantes, fleurs ou fruits. Le patient peut également changer son prénom et sa date de naissance. L'inconvénient de cette procédure, très rarement utilisée (une seule fois depuis 2013), est que les médecins n'ont plus accès au dossier médical du patient (celui-ci apparaissant comme un nouveau patient).

6.4 LES SORTIES DE COURTES DUREE, FREQUEMMENT ACCORDEES, CONTINUENT PARFOIS DE L'ETRE DANS LE CADRE DE PROGRAMMES DE SOINS NON CONFORMES A LA LOI

6.4.1 Les sorties de courte durée

Comme en janvier 2018, les sorties de courte durée accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures sont accordées par les médecins au cas par cas, dans le but de favoriser l'autonomie du patient puis de préparer sa sortie.

Pour les patients en SPDT, les tiers sont le plus souvent informés de ces sorties.

Pour les patients en SPDRE, les certificats médicaux prévoyant une sortie sont contrôlés quant à la durée et aux motifs par le bureau des soins sans consentement puis adressés à l'ARS qui

effectue un second contrôle avant transmission au préfet qui peut s'y opposer. Après accord passé avec l'ARS, les décisions du préfet (refus comme accords) font désormais l'objet d'un écrit motivé. En cas de refus, le bureau des soins sans consentement en informe l'unité par téléphone puis en envoyant copie de la décision du préfet. La directrice de cabinet en fonction depuis début novembre 2019 a été décrite aux contrôleurs comme vigilante sans pour autant s'opposer davantage que nécessaire aux sorties de courte durée dès lors que le certificat médical est bien circonstancié, les refus étant limités à quelques cas « *très particuliers* ».

Les sorties de courte durée (accompagnées ou non) apparaissent en augmentation régulière : 1 104 permissions accordées en 2018 ; pour 2019, 1 228 autorisées au 5 décembre.

Dans ses observations du 15 juin 2020, le préfet de la Loire indique :

« Un important travail statistique a été engagé par mon cabinet, afin de comptabiliser les mesures SPDRE et les sorties de courte durée, dont il semblerait qu'elles soient en hausse d'après le rapport. Il ressort de cette étude statistique que le nombre de sorties de courte durée des patients SPDRE a en effet eu tendance à augmenter (302 en 2018, 375 en 2019). Cette augmentation peut en partie s'expliquer par le fait que les services de l'ARS ont accentué leur vigilance sur les programmes de soins émis par l'établissement hospitalier, afin de limiter les programmes de soins qui s'apparenteraient davantage à des hospitalisations complètes « assouplies ». Ainsi, là où avant il y avait des sorties permises par un programmes de soins, il y a maintenant des sorties de courte durée dans le cadre d'une mesure d'hospitalisation complète. »

Les contrôleurs prennent acte de ces explications ; l'augmentation des sorties autorisées par le préfet indique, pour le CGLPL, plutôt une bonne gestion à la carte des situations, dans le souci de ne pas restreindre les libertés de manière excessive ou systématique.

6.4.2 Les programmes de soins

Suite au contrôle de janvier 2018 au cours duquel le CGLPL a dénoncé une pratique de programmes de soins contraire à la loi (passage en programme de soins de patients maintenus en hospitalisation complète mais bénéficiant de sorties de courte durée), une note d'information, signée du directeur général et de la cheffe de pôle, a été adressée le 7 février 2018 aux médecins psychiatres rappelant d'une part les conditions légales d'un programme de soins, d'autre part le contenu des décisions médicales et administratives quant aux droits du patient et les modalités de leur notification. De son côté, le directeur général de l'ARS a fait savoir au CGLPL que ses services renforceraient les contrôles préalables à la prise d'arrêtés préfectoraux avec programme de soins.

L'examen de la situation de patients présents dans certaines unités et l'analyse de documents reproduits dans le registre de la loi ont toutefois mis en lumière la poursuite de la pratique dénoncée en janvier 2018 et ce malgré les positions adoptées par les directeurs du CHU et de l'ARS, la recommandation du CGLPL et les mainlevées de la mesure ordonnées par le JLD au motif qu'un « *programme de soins ne comportant pas d'allègement réel du régime d'hospitalisation est une mesure irrégulière* ».

Dans le registre de la loi des SPDRE (n° 36), les contrôleurs ont en effet relevé quatre programmes de soins accordés respectivement les 20 mars, 25 avril, 3 et 7 juin 2019 consistant en « *maintien de l'hospitalisation complète permissions de sorties seules ou accompagnées, puis hospitalisation séquentielle et traitement* » pour l'un, « *mise en place progressive de sorties du service limitées dans le temps suivie de soins ambulatoires* » pour deux autres, « *prise d'un traitement psychotrope, permissions programmées accompagnées puis seules, projet de soins :*

musicothérapie et médiation sport » pour le dernier, ces patients étant en fait restés en hospitalisation complète durant plusieurs semaines (deux mois pour l'un d'entre eux). De même trois patients de l'unité UA3 se sont révélés être en programme de soins (l'un depuis le 12 septembre, le second depuis le 18 novembre et le troisième depuis le 22 novembre) alors qu'hébergés la majeure partie de leur temps à l'hôpital tout en bénéficiant de permissions régulières pour retour à domicile ou dans famille.

Si ces programmes de soins sont conçus comme une étape dans une démarche thérapeutique, la recherche de simplification des procédures qui paraît présider à cette pratique ne saurait pour autant la justifier. Il importe en conséquence de rappeler l'incompatibilité légale entre hospitalisation complète et programme de soins sauf pour des séjours séquentiels de courte durée (article L.3211-2-1 du code de la santé publique), le temps passé en intra hospitalier devant être inférieur à celui passé à l'extérieur.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Conformément aux engagements pris en mars et avril 2018 en réponse à la recommandation faite par le CGLPL, la direction du CHU et les services de l'ARS, comme le préfet, doivent s'assurer avant toute décision de modification de forme de prise en charge d'un patient de la conformité du programme de soins établi par le médecin avec les dispositions de l'article L.3211-2-1 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Afin de sensibiliser les médecins et les équipes au bon usage du programme de soins, un rappel a été fait aux membres du bureau du pôle du 22 janvier 2020 et dans la lettre d'information des soins sans consentement de février 2020. Des formations ont été proposées aux équipes abordant cette notion et rappelant ses modalités de fonctionnement.

Le service des SSC porte une attention toute particulière au respect des règles juridiques attachées au programme de soins grâce, notamment, aux formations proposées et aux procédures établies et régulièrement mises à jour. »

Dans ses observations du 15 juin 2020, le préfet de la Loire indique :

« Lors de nos récents échanges, les services de l'ARS m'ont confirmé qu'un travail a, depuis la visite de décembre, été engagé avec le CHU de Saint-Etienne sur ce sujet. Une réunion a eu lieu en janvier 2020 pour aborder, entre autres, la question des programmes de soins. L'ARS précise que ceux-ci peuvent en effet s'avérer imprécis, leurs modalités s'apparentant davantage à une hospitalisation complète « assouplie » (avec possibilités de sorties élargies) qu'à un réel programme de soin qui conformément à la jurisprudence, devrait prévoir un temps de présence du patient à l'hôpital inférieur au temps passé à l'extérieur (cf. Cour de cassation depuis le 4 mars 2015). L'ARS s'attache à ce que les programmes de soins qui me sont transmis précisent bien le type, le lieu et la périodicité des soins (consultations, visite à domicile, hôpital de jour, CATTP, injection retard, etc.). »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements conjoints et des mesures mises en œuvre, attestées par plusieurs documents joints à la réponse du directeur.

Au 5 décembre 2019, 101 patients étaient suivis sous la forme d'un programme de soins (54 dans les secteurs Plaine et Gier – 47 dans les secteurs Saint Etienne et Ondaine), la plupart de ces

programmes de soins étant conformes aux dispositions légales puisque prévoyant, à titre d'exemple : consultation médicale mensuelle en CMP, injection neuroleptique retard, passage équipe mobile, hospitalisation de jour à temps partiels, courtes durées en intra hospitalier. A noter que les patients en programme de soins font l'objet d'une surveillance par les équipes mobiles afin de limiter les risques de réintégration.

6.4.3 La préparation à la sortie

Dans toutes les unités un important travail est effectué pour préparer la sortie du patient avec les équipes mobiles et les structures extra hospitalières, ainsi qu'avec les proches et les familles d'accueil. L'insuffisance de place dans les EHPAD, le manque de logements et de structures adaptées constituent toutefois un frein à la sortie des patients âgés ou très précarisés et sans famille.

Pour les patients en SPDRE l'avis d'un second psychiatre n'est que rarement demandé par le préfet, sur des situations particulières.

Dans ses observations du 15 juin 2020, le préfet de la Loire indique :

Ces cas de figure restent rares (sept cas en 2018, deux en 2019 et un sur les cinq premiers mois de 2020). Ils ne concernent que des patients au profil très particulier, notamment lorsqu'ils sont connus des services au titre de la prévention de la radicalisation ou bien lorsqu'ils font l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale après des faits particulièrement graves. La demande d'un second avis médical ne vise qu'à s'assurer, compte tenu du profil inquiétant des personnes concernées et du risque de troubles à l'ordre public, que leur état de santé est bien compatible avec une sortie, surtout lorsque les faits qui ont conduit à l'hospitalisation sont très récents. »

Les contrôleurs prennent acte de ces explications qui vont dans le sens d'une individualisation pertinente des mesures de restrictions de liberté.

6.5 LE CONTROLE DU JUGE DES LIBERTES S'EXERCE AU PLUS PROCHE DES PATIENTS

À la suite des recommandations faites par le CGLPL dans son rapport de visite de janvier 2018, une **convention a été signée le 4 décembre 2018 entre le tribunal de grande instance de Saint-Etienne et le centre hospitalier** afin de formaliser l'organisation des audiences du juge des libertés et de la détention – JLD – dans des locaux spécialement aménagés sur l'emprise du CHU de Saint Etienne.

Comme avant la signature de cette convention, trois salles sont laissées à disposition du JLD les jours d'audience, soit le vendredi à 9h30 : une salle de réunion dans la partie administrative du pôle de psychiatrie adulte du CH Nord, un bureau médical aux urgences psychiatriques, une salle polyvalente dans l'unité 52 C du site Bellevue. Une salle est mise à disposition des avocats pour s'entretenir, avant l'audience, avec les patients de manière confidentielle. Les jours d'audience, les salles sont identifiées par une affiche apposée sur la porte ; elles ne sont en revanche pas signalisées au sein de l'établissement pour que les personnes désirant s'y rendre y accèdent facilement.

6.5.1 Les modalités d'organisation de l'audience

La requête valant saisine du JLD est préparée par l'ARS pour les patients en SPDRE, par le bureau des soins sans consentement pour les patients en SPDDE. Dans les deux cas, les saisines sont envoyées au greffe du JLD par le bureau des soins sans consentement, accompagnées du dossier du patient, celui-ci pouvant être complété au fur et à mesure de l'arrivée des pièces à ce service ;

tel est le cas des avis motivés dans la mesure où le JLD souhaite que cet avis soit rédigé à une date la plus proche possible de l'audience mais aussi des certificats attestant que des motifs médicaux font obstacle à l'audition du patient.

Pour éviter tout oubli, le bureau des soins sans consentement tient un planning des audiences avec mention des documents nécessaires.

En retour, le greffe du JLD envoie les convocations pour l'audience qui sont transmises dans les unités et notifiées aux patients, en général par le cadre de santé, plus occasionnellement par un soignant. Copie de la convocation est laissée au patient en même temps que lui sont expliqués le rôle du juge et l'intervention de l'avocat. Sur l'accusé de réception de la convocation, retournée ensuite au greffe du JLD, le patient mentionne s'il choisit un avocat [situation peu fréquente (deux en 2017 et deux sur les neufs premiers mois de 2019) mais qui semble se développer au moins pour les patients de Bellevue] ou s'il souhaite un avocat désigné d'office.

Depuis la visite du CGLPL en 2018, un tableau de l'ordre des avocats est affiché dans les unités du pôle de psychiatrie ; à Bellevue il est à disposition des patients dans le bureau du cadre.

La consultation des dossiers par les avocats se fait au greffe du JLD ; une copie leur est remise.

La procédure susmentionnée est identique pour toutes les audiences du JLD qu'elles interviennent dans le cadre des saisines de plein droit (à douze jours, à six mois) ou lors de saisine facultative (par le patient, un parent, le tiers demandeur à la mesure, le tuteur ou le procureur de la République), cas au demeurant assez rares.

Toutes les transmissions entre le bureau des soins sans consentement et le greffe du JLD se font par voie électronique. Les relations entre ces deux services sont décrites comme fluides, les échanges nombreux et de qualité.

Les tiers demandeurs à la mesure sont convoqués par le greffe par courrier (tarif lent), de sorte qu'ils sont souvent informés après l'audience et ne sont de ce fait que peu présents.

Dès le début de la procédure, une fiche est établie concernant l'éventuelle protection juridique du patient, ce qui permet au greffe de convoquer les mandataires à l'audience. Toutefois, malgré les démarches entreprises par le JLD auprès des associations tutélaires, ces tuteurs ou curateurs ne se manifestent jamais pour l'audience.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Compte tenu de la brièveté des délais, les coordonnées (téléphone et adresse mail) des tiers demandeurs à la mesure devraient être mentionnées dans la requête adressée au JLD afin que le greffe puisse les aviser utilement de la date d'audience.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« *Le service des SSC effectue ce travail, dès la saisine du tribunal. La requête, l'information au procureur de la république et la demande du tiers, avec la pièce d'identité, sont transmises à ce moment-là.* »

6.5.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à une audience et ont ainsi pu s'entretenir avec le JLD – seul en charge du contentieux des soins sans consentement –, la greffière et l'avocat présent. L'audience concernait onze patients, cinq hébergés au pôle psychiatrie et six aux urgences psychiatriques,

dont neuf admis selon la procédure d'urgence (SPDTU) et deux sur décision du représentant de l'état (SPDRE) ; deux patients n'ont pas comparu à l'audience, l'un en « fugue » des urgences générales depuis le 3 décembre, l'autre dont la mesure avait été levée la veille ; un troisième n'a pas été entendu pour raisons médicales.

Selon le JLD, les certificats attestant de l'incompatibilité de l'audition sont peu nombreux et les refus de comparaître des patients rares.

Les audiences débutent en général dans la salle du pôle psychiatrie pour les patients qui y sont hébergés, puis se poursuivent aux urgences pour ceux non encore transférés dans une unité, et se finissent sur le site de Bellevue lorsque plus de trois patients des unités 52 A et 52 C sont concernés ; sinon, le ou les patients de ces unités sont conduits au pôle psychiatrie de l'hôpital Nord par un ou deux soignants (toujours deux pour les patients en SPDRE).

Le rôle est préparé par le service des soins sans consentement. Juge et greffier siègent en civil.

Un agent administratif du bureau des soins sans consentement va chercher les patients au fur et à mesure dans leur unité et reste durant son audition sans pour autant prendre la parole au nom de l'établissement. Les soignants ne sont pas présents pendant l'audience sauf en raison de l'état clinique des patients (le 6 décembre, un soignant est ainsi resté dans la salle d'audience en raison d'un risque de fugue signalé par le médecin). A l'issue de l'audience, l'agent administratif raccompagne la personne à son unité, pendant que le second agent de ce service va chercher le patient suivant. Durant ce laps de temps, le juge rédige son ordonnance dont il a pu auparavant – selon les cas – donner la teneur au patient et lui en expliquer les motifs ainsi que les voies de recours, tout en lui précisant que la décision lui sera remise l'après-midi.

Dès réception de l'ordonnance (toujours rendue dans la journée de l'audience) celle-ci est notifiée dans les unités par le cadre, plus exceptionnellement par un infirmier ; copie en est remise au patient contre accusé de réception.

Environ 80 avocats, sur les 300 que compte le barreau de Saint-Etienne, interviennent volontairement sur la permanence des soins sans consentement, et ce au titre de la commission d'office sans reste à charge pour le patient. Bon nombre de ces avocats ont reçu une formation mais celle-ci n'est pas obligatoire pour intervenir sur ce contentieux spécifique, ce qui n'est pas sans conséquence sur la qualité de la défense des patients.

En dépit de la recommandation faite en 2018, il arrive encore que des patients se présentent à l'audience en pyjama. Le JLD a ainsi indiqué aux contrôleurs avoir reçu deux « *patients en pyjama* » depuis septembre 2019, ces deux patients lui ayant indiqué qu'ils « *ne voulaient pas s'habiller* ». Il importe toutefois de rappeler qu'une présentation devant le juge habillé d'un pyjama met le patient dans une position humiliante, portant atteinte à sa dignité.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit garantir la dignité de la personne et la solennité des audiences en invitant les soignants à veiller à la tenue des patients convoqués à l'audience du juge des libertés et de la détention.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« *Les soignants apportent une attention particulière aux tenues des patients au quotidien, lors des sorties des patients comme au sein de l'enceinte hospitalière. Cette vigilance se confronte*

cependant au choix des patients concernant leurs tenues. Des propositions de prêt de vêtements sont également effectuées si le patient ne dispose pas de vêtements adaptés. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais rappellent qu'il appartient aux soignants de tout mettre en œuvre pour que le patient s'habille convenablement notamment pour l'audience et pour le convaincre de ne pas rester en pyjama.

6.5.3 Les décisions rendues

S'agissant de l'audience du 6 décembre, le JLD a prononcé une levée de la mesure avec effet différé à vingt-quatre heures au motif que l'avis du médecin n'était pas suffisamment motivé sur les troubles ; pour les autres patients (à l'exception de celui dont la mesure avait été levée la veille de l'audience) l'hospitalisation complète a été maintenue.

Selon les éléments chiffrés donnés par l'établissement⁴, le contentieux généré par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est relativement stable :

- en 2017, 479 dossiers ont été audiencés pour le CHU Nord et 26 pour le site de Bellevue, soit un nombre moyen de saisines mensuelles pour l'ensemble de l'établissement de 42 ; onze décisions de mainlevée ont été ordonnées ; onze ordonnances ont été frappées d'appel ;
- en 2018, 486 saisines ont été adressées au JLD, soit en moyenne 40 par mois, dont 22 à six mois et 26 saisines facultatives (requêtes du patient ou d'un tiers) ; 9 décisions de mainlevées ont été prononcées ;
- durant les 9 premiers mois de 2019 (jusqu'au 30 septembre inclus), le JLD a été saisi de 363 dossiers, soit une moyenne 40 par mois, dont 16 à six mois (quasiment tous des SPDRE) et 5 saisines facultatives ; 8 mainlevées ont été ordonnées, 7 par JLD et 1 par la cour d'appel de Lyon (Rhône).

6.6 L'AVIS DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST RENDU APRES AUDITION DU PATIENT PAR L'ENSEMBLE DE CES MEMBRES

Comme en janvier 2018 la procédure de recours au collège des professionnels de santé est pilotée par le service des soins sans consentement : celui-ci adresse au secrétariat des unités la liste des patients – SPDDE et SPDRE en hospitalisation complète comme en programme de soins – pour lesquels un avis du collège doit être émis, avec précision de la date butoir (date anniversaire du début de la mesure de soins sans consentement). Une fois la date de réunion et la composition du collège arrêtée par le secrétariat, le service des soins sans consentement lui adresse la convocation (signée du directeur du pôle de psychiatrie ou d'un délégataire) pour chacun des membres et pour le patient ainsi que la délibération à compléter par le collège à l'issue de la réunion.

Selon les déclarations unanimes, le collège – composé du psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un psychiatre extérieur au suivi de celui-ci patient et d'un cadre représentant l'équipe pluridisciplinaire –, se réunit effectivement, rencontre le patient (ceux en programme

⁴ Ces chiffres n'ont pu être comparés avec ceux communiqués par le greffe du JLD dans la mesure où ces dernières statistiques comportent cumulativement les saisines pour le CHU de Saint-Etienne et celles du CH de Montbrison (total de 426 saisines, dont 323 par le directeur de l'établissement, 98 par le préfet et 5 requêtes patients ; 10 ordonnances de mainlevées [6 pour Saint-Etienne et 4 pour Montbrison] dont 7 avec effet différé de 24 heures)

de soins se déplaçant dans la majorité des cas) et recueille ses observations sur son suivi, la poursuite de la mesure et la forme de la prise en charge.

7. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

7.1 LA LIBERTE DE CIRCULATION EST LA REGLE

Comme en 2018, **la liberté de circulation est la règle dans les unités psychiatriques des deux sites de l'établissement, à l'exception de l'unité fermée (UA4)** située au sein de l'hôpital Nord. Si les patients des quatre autres unités peuvent circuler librement en dehors des services, des restrictions peuvent toutefois être imposées de manière temporaire à des patients en situation de vulnérabilité. Ces restrictions de circulation sont basées sur l'état clinique du patient et non sur son mode d'hospitalisation. Lors de la visite des contrôleurs, des patients étaient maintenus en pyjama par crainte de fugue ou en raison d'un risque suicidaire avéré. La fermeture des unités reste exceptionnelle et limitée dans le temps, en cas d'incident ou lors de sorties séquentielles d'un patient placé en chambre d'isolement ; l'ouverture est alors assurée à la demande pour l'ensemble des autres patients. Les patients se rendent librement aux activités au sein du bâtiment et sont accompagnés quand ils participent à des activités en extra hospitalier. La fluidité de circulation des patients, y compris ceux qui sont hospitalisés sous contrainte, le fait qu'ils disposent d'une clé de leur chambre et puissent se déplacer librement au sein des unités ne paraît pas engendrer de difficultés particulières.

Les deux unités de Bellevue permettent elles aussi une grande liberté de déplacement. Les patients circulent au sein des deux unités d'hospitalisation et se rendent facilement dans le petit jardin. Comme à l'hôpital Nord, les patients peuvent se rendre librement, seuls pour la plupart ou accompagnés pour les personnes admises en soins sans consentement, aux activités hors de l'unité d'hospitalisation. Après la fermeture des unités pour la nuit, l'accès au jardin est conditionné à son ouverture par les soignants.

7.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT LIMITEES

7.2.1 L'accès aux chambres

Depuis la précédente visite des contrôleurs, les patients bénéficient des clés de leur chambre leur permettant d'y avoir un libre accès et de se reposer en toute tranquillité et sécurité, sous réserve de l'enfermement sur décision médicale en chambre de soins intensifs ou en chambre normale.

7.2.2 L'accès au tabac

L'accès au tabac est libre au sein des unités pour adultes sauf si le cadre de soins en impose la restriction. Dans cette éventualité, les soignants gèrent la consommation des patients distribuant les cigarettes à heures fixes. Certains patients sollicitent eux-mêmes l'intervention des soignants de manière à limiter leur consommation ou à éviter les conflits avec leurs pairs. Le tabac est acheté par les familles ou par les patients eux-mêmes. Les fumeurs accèdent librement au patio interne et ceux qui sont autorisés à sortir peuvent se rendre au jardin. Des actions d'éducation thérapeutique sont organisées à l'espace social l'Alphée situé au sein des unités de l'hôpital Nord. A Bellevue, des substituts nicotiques sous forme de *patches* sont disponibles à la demande. Comme en 2018, les mineurs n'ont pas accès au tabac.

7.2.3 Le port du pyjama

Si aucun patient n'était en pyjama au sein des unités de Bellevue, dans chacune des unités de l'hôpital Nord, **le recours au port du pyjama restait pratiqué pour des patients dont l'état clinique nécessitait des précautions particulières, notamment les « fugueurs ».**

RECO PRISE EN COMPTE 6

Le port du pyjama ne peut être utilisé comme outil de prévention des sorties non autorisées.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Suite à la visite du CGLPL, un rappel a été réalisé auprès des équipes quant à la nécessité de ne plus recourir au pyjama comme outil de prévention des sorties non autorisées. Les réunions des cadres des 10 et 12 décembre 2019 ont été l'occasion d'aborder de nouveau cette problématique. Par ailleurs, afin d'aider à la modification des pratiques en la matière, un travail est actuellement en cours pour limiter le port du pyjama aux strictes situations qui le nécessiteraient. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

7.3 LES MODALITES DE COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT SATISFAISANTES

7.3.1 L'accès au téléphone et au courrier

Les patients conservent leur téléphone à l'exception d'une éventuelle contre-indication médicale. Un *point-phone* installé dans les unités permet de passer gratuitement des appels vers des numéros faits par les soignants ou d'en recevoir dans les mêmes conditions. Dans certaines unités, elles sont limitées à deux par patient et par jour. Les points phones, sur les deux sites, ne permettent néanmoins aucune confidentialité des échanges étant positionnés dans les couloirs sans cabine.

Les patients peuvent envoyer du courrier et en recevoir ainsi que des colis mais dans les faits peu d'échanges se font sous cette forme. La vente de timbres n'est pas organisée sur place mais au sein de l'hôpital général.



Cabine téléphonique d'une unité

7.3.2 L'accès à Internet

Les unités psychiatriques de l'hôpital Nord situées à l'extérieur du centre hospitalier n'ont pas encore bénéficié du câblage nécessaire et seul l'espace social dispose d'un accès à Internet. Les patients y ont accès gratuitement dans la limite de quinze minutes par jour. L'absence d'Internet dans les unités est compensée par la possibilité laissée aux patients d'utiliser leur *smartphone*.

7.3.3 Les visites des familles

La visite des familles est possible tous les jours, l'après-midi de 13h30 à 19h. Elles peuvent se tenir dans les chambres des patients ou dans les salles d'attente. Les médecins ont toutefois la possibilité de les restreindre ou les différer temporairement si l'état clinique du patient le nécessite. L'accès est en principe interdit aux enfants de moins de 15 ans mais les soignants gèrent les situations au cas par cas. A l'hôpital Nord, ceux des patients qui ont l'autorisation de sortir des unités, peuvent retrouver leurs familles à l'espace social l'Alphée.

7.3.4 Les relations avec les usagers

Selon les informations recueillies, les nombreuses associations partenaires du CHU organisent de multiples actions qui sont peu relayées dans les unités de psychiatrie étant très ciblées sur la patientèle de médecine générale. L'UNAFAM n'est pas représentée dans les instances du CHU mais dispose d'un local au sein des unités à côté de l'aumônerie et est présente à l'espace social.

7.4 L'ETABLISSEMENT N'A PAS APPROFONDI LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS

Comme lors de la précédente visite, la sexualité des patients n'est abordée qu'au cas par cas lors de rapprochements visibles entre les patients. Il n'existe pas de position institutionnelle sur ce thème – ni le livret d'accueil ni les règles de vie ne font état de la vie sexuelle des patients – mais l'interdiction de se rendre dans la chambre les uns des autres atteste de l'impossibilité d'avoir une intimité. La fermeture à clé des portes des chambres, acquise à partir de la première visite des contrôleurs, n'a pas entraîné de réflexion sur la possible intimité que ce dispositif pouvait offrir aux patients.

Le médecin somaticien traite cette question du point de vue de la contraception et des maladies sexuellement transmissibles pour lesquelles un dépistage est proposé. Des préservatifs sont mis à disposition à l'espace social l'Alphée au CHU et disponibles à la demande à l'hôpital Bellevue mais les soignants interrogés affirment qu'ils sont à destination de l'extérieur et notamment des périodes de permissions.

RECO PRISE EN COMPTE 7

L'hôpital doit engager une réflexion institutionnelle sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Il est pris acte de la nécessité d'engager une démarche portant sur la sexualité des patients, en prenant en compte tant le principe de la liberté sexuelle que la protection des patients les plus vulnérables. Cette démarche sera initiée avec Terre d'éthique, le comité d'éthique du GHT. »

8. LES CONDITIONS DE VIE

8.1 LES LOCAUX SONT EXIGUS A L'HOPITAL NORD ET VETUSTES SUR LE SITE DE BELLEVUE

8.1.1 Site de l'hôpital Nord

Le bâtiment abritant, à l'hôpital Nord, les six unités de psychiatrie date de 2004 ; il est d'apparence moderne et bien entretenu. Les locaux sont identiques à ceux décrits en 2018.

Quatre unités se trouvent au rez-de-chaussée et deux à l'étage. Toutes les unités sont identiques et comportent deux couloirs disposés en croix, ouvrant en leur extrémité sur l'extérieur par une porte-fenêtre mais peu éclairés par la lumière naturelle. De part et d'autre de ces couloirs se trouvent les chambres, les salles de soins ou celles réservées au personnel, ainsi que les pièces communes dont la superficie est semblable à celle des chambres. Faute d'espace suffisamment vaste ces unités ne peuvent offrir aux patients de lieu convivial leur permettant de se rencontrer, se détendre, lire ou pratiquer une activité.

Les salles de télévision (deux dans les unités A2 et A3) sont étroites, limitant à quatre ou cinq le nombre de patients pouvant y séjourner, et sont plutôt meublées de chaises que de fauteuils ; dans certaines unités ces salles sont des lieux de passage pour gagner l'extérieur ; les écrans des postes sont dans l'ensemble de faible dimension, et dans certaines unités sont placés dans des caissons et dépourvus de télécommande.

La pièce affectée aux jeux de société est, elle aussi, très exiguë et ne comporte guère d'aménagements, sinon une armoire de rangement pour quelques jeux dont certains sont dépareillés.

Les dimensions de la salle où se tiennent les repas sont également restreintes.

Et si les quatre unités du rez-de-chaussée disposent chacune d'un petit jardin clos dont l'accès est constamment libre et où se trouvent, selon l'unité, une table de ping-pong et un baby-foot, il n'en est pas de même pour les deux unités de l'étage qui n'offrent à leurs patients qu'une petite terrasse grillagée d'aspect carcéral.

En revanche, les chambres, assez vastes et toutes accessibles à des personnes à mobilité réduite, sont confortables et bien aménagées, qu'il s'agisse des modalités d'éclairage, du mobilier (une table de nuit, une table et une chaise), des possibilités de branchement d'appareils électriques, de la dimension des placards ou du bloc sanitaire, bien équipé. La capacité d'hébergement des unités va de vingt à vingt-deux patients (plus, éventuellement, un ou deux lits en unique modalité de sur occupation) et, à l'exception de quatre chambres à deux lits dans l'unité A2 et de deux chambres dans chacune des autres, toutes les chambres sont des chambres individuelles.

Les patients disposent de la clé de leur chambre et de leur placard. Les chambres sont dotées d'un bouton d'appel en cas d'urgence. Les fenêtres des chambres ne s'ouvrent qu'au cinquième de leur longueur et ne peuvent l'être au rez-de-chaussée que par le personnel soignant.

Il n'y a pas de réelle salle d'activités thérapeutiques, si ce n'est pour toutes les unités une petite pièce d'ergothérapie qui n'est plus utilisée et en unités A2 et A3, une salle de musicothérapie. Si l'unité A4 dispose d'une salle de sport, exiguë mais comportant du matériel, cette pièce n'est toutefois pas mutualisée avec les autres unités.

Cette situation de sous-dimensionnement des pièces à vivre ou salles d'activité a été prise en compte dans le schéma directeur immobilier qui prévoit à l'horizon fin 2021 une extension du

bâtiment actuel avec notamment construction d'une salle d'activité physique et sportive intersectorielle et agrandissement des locaux collectifs.



Site Bellevue

8.1.2 Site Bellevue

Deux unités de psychiatrie du secteur de Saint-Etienne, 52A et 52C, se trouvent toujours sur le site de l'hôpital Bellevue, au Sud de Saint-Etienne, au premier et au second étage d'un bâtiment conçu dans les années 60-70 abritant également des bureaux et des locaux affectés aux soins ambulatoires. Ces deux unités sont ouvertes, avec une grande liberté de circulation.

Ces locaux sont inchangés depuis la visite du CGLPL de 2018. Chaque étage est composé de manière identique de deux longs couloirs parallèles séparés par divers locaux techniques ou de stockage, des pièces d'eau (douches et une salle de bains) et la salle de soins. Sur l'extérieur de ces couloirs s'ouvrent, à l'Ouest, les bureaux des soignants et six chambres individuelles. Sur la partie Est se trouvent neuf chambres, huit à deux lits et une individuelle, et des locaux collectifs : salles de réunion pour le personnel et une grande pièce affectée aux activités des patients où l'on trouve quelques tables, un baby-foot et des placards avec quelques dizaines de livres et des jeux de société en accès libre. Au premier étage une salle est réservée aux secrétaires médicales ; au second étage, une salle polyvalente très sommairement meublée (utilisée pour des réunions, le sport et la formation), est mise à la disposition du JLD pour la tenue de ses audiences.

Chacune de ces deux unités disposent de vingt et un lits avec une capacité de deux lits supplémentaires, utilisés trois à quatre mois dans l'année. Toutes les chambres, assez spacieuses et bien éclairées grâce à une large fenêtre que les patients peuvent légèrement entrouvrir, disposent d'un local sanitaire avec WC et lavabo, miroir, tablettes et patères ; dans deux chambres au premier étage et une au second la salle d'eau comprend également une douche. Les chambres n'ont pas de verrou de confort (contrairement aux chambres de l'hôpital Nord), mais les patients peuvent disposer d'une clé à la demande. Selon leur utilisation simple ou double, les chambres sont meublées d'un ou deux lits, chaises, tables, fauteuils, d'une armoire et d'un poste de télévision ; dans les chambres à deux lits, le placard unique comprend deux côtés séparés dont les portes peuvent être fermées à clé indépendamment l'une de l'autre.

A l'unité 52A au premier étage, la chambre individuelle la plus proche du bureau des infirmiers est dite « sécurisée », la porte et le vitrage étant renforcés et peut encore ponctuellement servir de chambre d'isolement ou de contention.



Site Bellevue

Au premier étage, une terrasse ouvrant sur le jardin, protégée par une véranda, sert de lieu de détente.

Les unités sont dépourvues de salle à manger, les patients devant de ce fait prendre leurs repas dans leur chambre. Si les patients rencontrés ne se sont plaints ni du manque de douche dans la majorité des chambres ni d'une insuffisance de sanitaires mis à leur disposition (l'accès aux douches étant libre), ils ont en revanche regretté l'absence de lieu de convivialité pour partager leurs repas.

Dans l'ensemble bien entretenus, ces locaux sont néanmoins anciens et vétustes, y compris ceux affectés au personnel.

Comme l'avait indiqué le directeur général du CHU dans ses observations du 23 avril 2018 en réponse au rapport de constat de 2018, et comme cela a été confirmé lors du présent contrôle, **le schéma directeur immobilier prévoit, à horizon fin 2021, le regroupement sur le site hôpital Nord des deux sites actuels de psychiatrie et donc le transfert des unités d'hospitalisation situés sur le site de Bellevue. Le projet immobilier prévoit « une salle de bains par chambre, toutes les chambres étant de surcroît des chambres seules ».**

8.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT SATISFAISANTES MAIS UN VESTIAIRE POUR LES PLUS DÉMUNIS FAIT DÉFAUT

Dans les unités de psychiatrie de l'hôpital Nord, les locaux sont propres, entretenus deux fois par jour et à la demande. A Bellevue, malgré la vétusté des locaux, l'ensemble des chambres et des espaces communs est également bien entretenu. Le linge hôtelier, draps et serviettes, est changé toutes les semaines et plus si besoin. Si les familles se chargent généralement du linge personnel, un espace équipé d'un lave-linge et d'un sèche-linge est cependant à la disposition des patients à la demande.

Les produits d'hygiène sont, soit fournis par les familles, soit achetés au sein des boutiques implantées dans le hall de l'hôpital mais il existe également un stock de produits d'hygiène pour les personnes qui en sont démunies. En revanche, l'établissement ne dispose pas d'un vestiaire et il est parfois difficile de fournir des vêtements aux personnes sans famille ou sans ressources

suffisantes. Certains soignants ont déclaré ne disposer que de vêtements laissés par des patients à leur sortie.

RECO PRISE EN COMPTE 8

L'établissement doit se doter d'un vestiaire de dépannage pour les personnes les plus démunies.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« Toutes les unités disposent d'un mini vestiaire en leur sein. Cependant, afin de travailler à l'amélioration de la dignité des patients, notamment pour le plus fragilisés, une réflexion est en cours pour collaborer avec l'association des familles de gériatrie qui dispose d'une friperie. Il est également envisagé de formaliser une action avec l'UNAFAM pour collecter des vêtements. L'objectif consiste à disposer de davantage de vêtements pour les laisser aux patients les plus démunis. »

8.3 LES BIENS DES PATIENTS NE PEUVENT PAS LEUR ETRE RESTITUÉS LE WEEK-END

La pratique relative à la gestion des biens est identique à celle observée en 2018. A leur arrivée, à l'hôpital Nord comme à Bellevue, un inventaire contradictoire des biens des patients est dressé et conservé au dossier. Il peut évoluer au cours de la durée de l'hospitalisation.

Sur ce document, outre les objets éventuellement retirés en fonction de l'état clinique de chaque patient (possible retrait des rasoirs, flacons de parfum en verre, briquet, etc.) sont recensés les biens conservés par les patients (dont les chambres et les placards ferment à clé) et ceux remis à la régie interne à l'hôpital Nord ou dans le coffre des unités à Bellevue.

Le numéraire, au-delà d'une petite somme que le patient peut conserver par-devers lui, est convoyé tous les mercredis à la régie centrale du CHU située en centre-ville. A l'instar de la pratique observée lors de la première visite, les retraits peuvent s'effectuer de manière contradictoire tous les jours, sauf le week-end. Dans sa réponse à la recommandation portant sur l'impossibilité pour les patients de reprendre possession de leurs biens lors de sorties de fin de semaine, le directeur du centre hospitalier indiquait en 2018 que « la gestion des biens des patients hospitalisés en psychiatrie est assurée par la trésorerie principale située sur le site hôpital la Charité : une information spécifique sera donnée aux patients sur les modalités pratiques et horaires pour récupérer leurs biens, via le nouveau livret d'accueil du patient à paraître en juin 2018, en cas de sortie le week-end. » Cependant, la difficulté n'est pas tant l'information des patients, qui est fournie par les soignants, que la restitution elle-même des biens qui doit pouvoir être effectuée dès la sortie quel qu'en soit le jour.

PROPOSITION 1

L'organisation de la gestion des biens des patients lors de leur sortie doit leur permettre d'accéder à leur bien à tout moment.

Dans ses observations du 14 juin 2020 faisant suite au rapport provisoire du 5 mai, le directeur général du CHU indique :

« La régie fonctionne du lundi au vendredi de 9h à 11h30. Il est rappelé au patient, pendant toute la semaine, la fermeture de la régie le weekend afin qu'il puisse anticiper selon ses besoins et envies. Ce fonctionnement est aussi un moyen de travailler sur les contraintes de la vie en société. A ce stade et au regard des besoins exprimés, il n'est pas envisagé de mettre en place une régie le weekend. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où d'autres établissements ont trouvé des organisations permettant cet accès permanent des patients à leurs biens, et où les patients ne sont pas toujours en situation d'anticiper la date de leur sortie. Par ailleurs, les contrôleurs ont eu à connaître de la situation d'un patient s'étant trouvé en difficulté lors d'une sortie qu'il n'avait pu anticiper et sans son argent resté à la régie.

8.4 AU SEIN DES UNITES DE BELLEVUE, LES FAMILLES ONT LA POSSIBILITE DE DEJEUNER AVEC LES PATIENTS

Comme en 2018, les repas sont préparés en liaison froide par la cuisine centrale et transférés dans les unités, y compris à Bellevue, pour être réchauffés sur place.

Il n'a pas été aménagé de salles à manger à Bellevue, ce qui impose aux patients de prendre leurs repas dans leur chambre. En revanche, à l'hôpital Nord les patients ont le choix de prendre leurs repas en salle à manger ou dans leur chambre.

Si les patients se disent majoritairement satisfaits de la qualité et de la quantité de la nourriture servie, tel n'est pas le sentiment de certains soignants qui déplorent le conditionnement en barquette de plastique qui altérerait le goût des aliments. Afin de rendre le repas plus agréable, les portions sont présentées en assiettes par le personnel.

Une boisson est servie à l'heure du goûter mais la tisane du soir n'est pas proposée dans toutes les unités. Les familles peuvent apporter des biscuits ou des friandises mais les denrées fraîches sont interdites en raison du manque de moyen de conservation. A Bellevue, elles peuvent déjeuner avec les patients à condition d'acheter un ticket de repas à l'hôpital et de prévenir au moins vingt-quatre heures à l'avance.

9. CONCLUSION

Le premier contrôle effectué en janvier 2018 au pôle de psychiatrie du CHU de Saint-Etienne avait mis en évidence un mal-être profond des soignants, en raison de pratiques inacceptables principalement dans les modalités d'accueil en urgence des personnes en soins sans consentement et dans celles d'isolement et de contention. Par ailleurs, l'information des patients sur leurs droits et les modalités d'exercice de ceux-ci étaient défailtantes et peu d'activités leur étaient proposées.

Deux ans après cette visite, les points forts relevés en 2018 ont été maintenus comme une présence médicale permanente, une bonne prise en charge somatique ; les efforts de formation aux droits des patients ont été accentués, la supervision maintenue.

Mais cette nouvelle visite a surtout permis d'objectiver une prise en charge désormais respectueuse des droits et de la dignité des patients aux urgences générales et un flux des patients entre intra et extra hospitalier plus fluide, même si des efforts sont encore nécessaires.

L'information sur les droits et les notifications faites aux patients se sont sensiblement améliorées. Les conditions d'hébergement au quotidien, peu restrictives de liberté, restent cependant tributaires de la mise en œuvre encore lointaine du schéma directeur immobilier qui n'a pas été modifié depuis 2018 ; il ne prend pas en compte la pratique réelle de l'isolement qui n'est pas la même entre un service d'hospitalisation et un service d'urgence psychiatrique, et qui pourrait être déduite du registre de l'isolement et de la contention.

Les modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement en ambulatoire ont été améliorées grâce à la création d'équipes mobiles mais l'offre ambulatoire reste encore sous-dimensionnée.

L'organisation des services pour la prise en charge lors des hospitalisations complètes n'a pas été repensée et le projet médico-soignant ne l'aborde pas de manière opérationnelle.

L'établissement, s'il a progressé et mis un terme aux pratiques indignes, n'est qu'à mi-chemin d'une refonte de sa prise en charge globale des patients en soins sans consentement, dans l'esprit d'un accès aux soins plus respectueux du droit des patients.

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