

# Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

9 au 12 septembre 2019 – 1<sup>ère</sup> visite

Centre hospitalier de  
Montluçon

*(Allier)*



*Le site du pôle de psychiatrie vu de la route et du parc*

## SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie et du service des urgences du centre hospitalier (CH) de Montluçon (Allier) du 9 au 12 septembre 2019. Le rapport provisoire rédigé après cette visite a été communiqué le 5 mai 2020 à la directrice du centre hospitalier, au délégué départemental de l'Allier de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, à la préfète de l'Allier, à la présidente et la procureure de la République du tribunal judiciaire de Montluçon. Seule la directrice du centre hospitalier a présenté, en retour, des observations qui ont été prises en compte dans le présent rapport de visite. Cette mission constituait une première visite.

Le centre hospitalier général (CHG) de Montluçon est organisé en six pôles : chirurgie, mère-enfant, médecine, médecine d'urgence, gériatrie, psychiatrie et médico-technique. Il reçoit chaque année dans ses services près de 36 000 patients du territoire de santé montluçonnais qui compte 140 000 habitants.

Le ressort du pôle de psychiatrie du CH de Montluçon comprend, pour la psychiatrie adulte, les deux secteurs de Montluçon-Ouest et de Montluçon-Est, totalisant 95 793 habitants ; s'y ajoute le secteur d'Ainay-le-Château, soit un total de 115 185 habitants, pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents ainsi que pour la psychiatrie de la personne âgée.

Les locaux d'hospitalisation à temps plein du pôle de psychiatrie sont situés sur le site du Chatelard, éloigné de 5 km du centre-ville et des locaux de l'hôpital général. Les quarante-sept lits de psychiatrie sont répartis, suivant la logique de cette sectorisation, en trois unités : l'unité d'admission de Montluçon-Ouest, de treize lits et deux chambres d'isolement (CI) refaites récemment ; l'unité d'admission de Montluçon-Est, de dix-sept lits et deux CI ; l'unité d'admission de psychiatrie de la personne âgée, de dix-sept lits et, sans existence officielle, une chambre d'apaisement. Le dispositif du pôle de psychiatrie est complété par un centre médico-psychologique (CMP) de l'enfant et de l'adolescent et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour chaque secteur et un CMP-CATTP pour la personne âgée, un groupement d'études et de prévention du suicide, un accueil familial thérapeutique, des hôpitaux de jour pour enfants, adolescents et adultes, dont l'hôpital de jour pour la personne âgée qui est également installé sur le site du Châtelard.

### **Dans son fonctionnement matériel, le pôle psychiatrie pâtit singulièrement de la précarité financière du centre hospitalier.**

Alors que la dotation annuelle de financement (DAF) est restée stable entre 2016 et 2018 les dépenses du pôle de psychiatrie ont baissé pendant la période, les dépenses afférentes au personnel du pôle ont également diminué, diminutions qui ne sont pas sans incidence sur les conditions de prise en charge.

Les patients de psychiatrie sont hébergés dans des locaux délabrés. Les chambres, doubles ou triples pour la moitié des patients, n'ont pas de salle d'eau attenante. Les portes des douches collectives ne sont pas équipées de verrou de confort, ces douches n'ont ni patère ni porte-serviettes. Enfin, si les locaux sont maintenus propres, l'entretien général des locaux n'est pas assuré, laissant les dégradations s'aggraver comme dans les escaliers d'accès aux étages.

Le projet d'établissement pour 2015-2019 qui prévoyait l'humanisation des services de psychiatrie et la construction d'un projet immobilier pour ce pôle n'a pas reçu de commencement de réalisation.

Pourtant, l'éloignement du site complique le séjour des patients, la réalisation des permissions et des visites notamment. Aucun salon n'est prévu pour l'accueil des visiteurs, alors que les visites en chambres sont interdites, et aucun abri n'a été construit dans le parc. Le respect du droit au maintien des liens familiaux n'est que piètrement assuré.

**L'organisation des soins connaît le même dénuement avec une pénurie de personnel, notamment médical, plus préoccupante que sur le reste du territoire.**

Le déficit de praticiens hospitaliers ne représente qu'un tiers du temps prévu sur les 3,5 ETP de psychiatres car un psychiatre continue à exercer après la limite d'âge. Bientôt un second psychiatre sera également atteint par la limite d'âge. Le somaticien à 0,5 ETP ne peut pas consacrer le temps imparti aux unités d'hospitalisation à temps complet et il n'est pas remplacé pendant ses congés. L'accès aux soins somatiques est donc mal assuré et la solution de repasser par les urgences en cas de problème somatique important, est d'autant plus perturbante pour le patient que ce service est éloigné.

Les prescriptions médicamenteuses sont insuffisamment contrôlées et les médicaments distribués sans respect de la confidentialité du secret médical qui s'attache à leur dispensation.

Le plan de retour à l'équilibre financier imposé au CHG depuis 2013 a porté, entre autres postes, sur la réduction de la masse salariale, les effectifs de soignants s'en ressentent. Ainsi, l'effectif de sécurité de nuit n'est pas honoré dans une unité et aucun infirmier psychiatrique n'est en poste au service des urgences. La sécurité des patients et leur orientation aux urgences en subissent les conséquences.

Si la qualité des soins peut se ressentir de ces carences, il faut, en revanche, souligner l'existence d'activités thérapeutiques nombreuses et investies. Cependant, le nombre de patients en soins sans consentement bénéficiant de ces activités se révèle faible au regard de leur proportion parmi les patients hospitalisés.

Les placements en chambre d'isolement semblent limités mais le registre d'isolement et de contention n'est pas exploitable. Les mesures se déroulent dans des locaux qui ont été récemment rénovés mais l'intimité de l'occupant n'est pas respectée dans les sanitaires. Aucun compte rendu des pratiques d'isolement et de contention n'a jamais été présenté à la commission médicale d'établissement (CME), la réflexion institutionnelle est, sur ces questions, inexistante.

Les structures d'accueil en sortie sont insuffisantes, les appartements thérapeutiques ont été supprimés pour récupérer les postes qui y étaient consacrés, les deux seules maisons d'accueil spécialisé du département sont éloignées de Montluçon. Ce déficit pèse évidemment sur la durée d'hospitalisation au détriment des patients.

**La méconnaissance des droits propres des patients en soins sans consentement se conjugue avec des irrégularités inacceptables dont s'accommode pourtant l'ensemble des responsables.**

En premier lieu, le nombre de patients admis sous ce statut est exceptionnellement élevé, la moitié des admissions, sans que ce niveau n'ait conduit à une réflexion institutionnelle, notamment sur le fonctionnement des urgences et l'incidence de l'absence d'infirmier psychiatrique dans ce service.

Les certificats médicaux d'admission pour des soins en péril imminent sont établis au service des urgences, par des médecins du CHG et peuvent être suivis de certificats de 24 ou 72 heures établis par un même psychiatre. L'établissement interprète comme un blanc-seing la décision de la cour d'appel de Riom (Puy-de-Dôme) qui, saisie de cette irrégularité, s'est abstenue de la

sanctionner. Les décisions d'admission en soins sans consentement sont prises tardivement après l'établissement des certificats.

Les patients en soins sans consentement ne sont pas systématiquement informés de leurs droits propres, les audiences du juge des libertés et de la détention ne se tiennent pas dans les locaux du pôle et les patients doivent être transportés au tribunal pour être présentés au magistrat.

L'établissement a apporté à la suite de la visite des corrections procédurales, principalement celles qui n'avaient pas d'impact financier comme la systématisation de la notification des droits, les conditions de distribution des médicaments ou la tenue du registre d'isolement, et engagé des actions de recrutement qui devraient améliorer la qualité des soins dispensés. Il demeure que tant que des moyens financiers conséquents ne seront pas consacrés spécifiquement à la psychiatrie et à son organisation structurelle, les conditions de prise en charge de ses patients ne respecteront pas l'ensemble de leurs droits.

## 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 ..... 31**

L'identification au plus tôt des patients nécessitant une protection juridique permet de provoquer l'expertise médicale conduite par l'un ou l'autre des médecins agréés exerçant au sein du CH, pendant l'hospitalisation du patient – la DMS étant inférieure à un mois.

### 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 ..... 17**

Le schéma immobilier, en retard sur le calendrier du projet d'établissement, doit prioriser le remplacement des bâtiments vétustes du site du Châtelard.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 18**

L'utilisation des fonds du pôle de psychiatrie doit faire l'objet d'une comptabilité analytique permettant de déterminer si la DAF allouée à la psychiatrie est effectivement dépensée conformément à sa destination.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 19**

L'établissement doit s'attacher les services de médecins spécialisés en psychiatrie, en nombre suffisant, après examen par le conseil de l'ordre de la validité des diplômes étrangers.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 21**

Des dispositions doivent être prises pour que le personnel des équipes de nuit rencontre régulièrement le médecin et le cadre de santé de leur unité.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 29**

La possibilité de rédaction anonyme d'une fiche d'événement indésirable (FEI) doit être ouverte. Un bilan annuel des EI doit être établi par unité afin que le personnel de chaque unité ait connaissance de la cohérence entre sa perception et celle de l'administration.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 34**

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement du directeur doivent être prises sans délai après l'établissement du certificat médical.

#### **RECOMMANDATION 7 ..... 36**

Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance de Montluçon et l'agence régionale de santé pour organiser la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention dans les locaux du pôle de psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 8 ..... 38**

Tous les patients quel que soit leur statut d'admission doivent pouvoir sortir librement des unités.

**RECOMMANDATION 9 ..... 50**

Le thème et l'expression de la sexualité dans les services doivent faire l'objet d'une réflexion collective afin de garantir le respect de cette liberté tout en protégeant l'intimité et la vulnérabilité de chacun.

**RECOMMANDATION 10 ..... 52**

L'établissement doit mettre en œuvre des recherches plus efficaces d'un tiers susceptible de demander l'admission d'un patient nécessitant des soins sans consentement et, lorsque ce tiers se présente, se donner, en cas de refus, le temps de le convaincre de prendre la responsabilité de signer la demande.

**RECOMMANDATION 11 ..... 52**

Les certificats médicaux pour les demandes de soins sans consentement dites de péril imminent doivent être rédigés par des médecins n'appartenant pas à l'établissement.  
Le certificat initial d'admission et les certificats des 24 et 72 heures doivent être établis par des auteurs différents.

**RECOMMANDATION 12 ..... 53**

L'établissement doit réactiver la filière des urgences psychiatriques avec la présence d'infirmiers psychiatriques aux urgences afin d'initier d'emblée le soin psychiatrique.

**RECOMMANDATION 13 ..... 58**

L'accès à des soins somatiques pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie doit être permanent tout au long de l'année.

**RECOMMANDATION 14 ..... 60**

Toutes les prescriptions médicamenteuses doivent être contrôlées par la pharmacie hospitalière.

**RECOMMANDATION 15 ..... 65**

Les personnes détenues hospitalisées au titre de l'article L 3214-1 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale, doivent pouvoir être accueillies dans des conditions respectant autant leur état de santé que leur dignité.

**RECOMMANDATION 16 ..... 66**

L'établissement doit proposer une filière de prise en charge des hospitalisations des mineurs en pédopsychiatrie respectant la dignité, l'accès aux soins des jeunes patients et la sécurité des patients comme celle du personnel soignant.

**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 ..... 22**

La formation continue doit être investie notamment sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, la personne de confiance, la consolidation des savoirs en psychiatrie, l'isolement, la contention et la conduite des entretiens infirmiers.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 26**

Le livret d'accueil doit systématiquement être remis à tout patient admis dans une unité du pôle de psychiatrie.

**RECO PRISE EN COMPTE 3.....27**

L'établissement doit notifier aux patients en soins sans consentement les droits qui sont les leurs à raison de ce statut d'admission.

**RECO PRISE EN COMPTE 4.....32**

Une procédure permettant à un patient de conserver l'anonymat lors de son hospitalisation ou de n'informer que quelques personnes dûment identifiées doit être mise en place et portée à la connaissance des patients et du personnel hospitalier.

**RECO PRISE EN COMPTE 5.....33**

La communication de l'ordre du jour aux membres de la CDU doit comprendre les pièces qui sont étudiées en cours de réunion.

**RECO PRISE EN COMPTE 6.....39**

La terrasse de l'unité de gérontopsychiatrie doit être protégée des intempéries par un auvent et un allume-cigare doit y être installé.

**RECO PRISE EN COMPTE 7.....46**

Les douches doivent être équipées d'un rideau, de porte-serviettes et de patères. Les portes des douches doivent pouvoir être fermées de l'intérieur.

**RECO PRISE EN COMPTE 8.....60**

La distribution des traitements doit se faire individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et de permettre aux infirmiers de prendre le temps de recueillir et de répondre aux différentes interrogations.

**RECO PRISE EN COMPTE 9.....63**

Chaque décision d'isolement doit être rédigée au moment de la mise en isolement ou dans l'heure qui suit. Le « *si besoin* » doit être proscrit.

**RECO PRISE EN COMPTE 10.....63**

Toute décision de mise en isolement d'un patient en soins libres doit être suivie rapidement par une évaluation de son statut afin d'en assurer la conformité avec les restrictions de liberté rendues nécessaire par l'état clinique, même s'il s'agit de séjours de quelques heures et d'autant plus s'ils sont susceptibles de se répéter plusieurs jours de suite.

**RECO PRISE EN COMPTE 11.....64**

L'établissement doit tenir un registre de contention et d'isolement, conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Un bilan doit être réalisé chaque année sur les pratiques de contention et d'isolement et doit être présenté en commission médicale d'établissement.

**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.....21**

Lorsque le nombre de soignants ne permet pas de respecter l'effectif *minimum* ou de *sécurité*, le mode dit dégradé ne doit en aucun cas être pérennisé. Un renfort temporaire doit être assuré pour garantir la sécurité des patients comme celle des soignants.

<b>PROPOSITION 2 .....</b>	<b>23</b>
La supervision, individuelle et collective, organisée avec le concours d'un intervenant extérieur au centre hospitalier, doit être mise en place.	
<b>PROPOSITION 3 .....</b>	<b>25</b>
Le constat qu'un patient sur deux est hospitalisé en soins sans consentement (SSC) doit conduire l'établissement à une réflexion sur les raisons de l'importance du nombre de ce type d'hospitalisation. Les différents modes de SSC – SDRE, SDT, SDTU, SPI – doivent être tracés et suivis de façon fiable.	
<b>PROPOSITION 4 .....</b>	<b>28</b>
Des dispositions doivent être prises pour que les soignants n'assurent pas l'accès au site du Chatelard en l'absence de l'agent d'accueil, au moins pendant les heures ouvrables.	
Un système d'alerte fiable doit être rapidement installé afin de garantir la sécurité du personnel et des patients, les PTI en place ayant un fonctionnement aléatoire.	
Une réflexion doit être menée pour déterminer quel service de sécurité informer quand les chambres d'isolement (CI) sont utilisées : les pompiers de la commune de Saint-Angel ou la permanence sécurité incendie du CH.	
<b>PROPOSITION 5 .....</b>	<b>29</b>
Le comité éthique doit être réactivé.	
<b>PROPOSITION 6 .....</b>	<b>30</b>
L'établissement doit veiller à ce que la procédure de désignation d'une personne de confiance soit conduite jusqu'à son terme, à savoir l'acceptation de sa mission par la personne désignée.	
<b>PROPOSITION 7 .....</b>	<b>31</b>
Des dispositions doivent être prises par le CH en lien avec le tribunal d'instance afin que le coût des expertises pour placer un majeur sous protection juridique soit pris en charge par la justice.	
<b>PROPOSITION 8 .....</b>	<b>34</b>
La diffusion d'un questionnaire de satisfaction doit être assurée dans les unités d'hospitalisation de la psychiatrie.	
<b>PROPOSITION 9 .....</b>	<b>39</b>
Si le port du pyjama peut être exceptionnellement imposé en chambre d'isolement, cette contrainte doit être prohibée ailleurs.	
<b>PROPOSITION 10.....</b>	<b>40</b>
La prise en charge de l'affranchissement du courrier par le CH pour les patients nécessiteux doit être rendue possible.	
<b>PROPOSITION 11.....</b>	<b>41</b>
La liberté d'accès aux téléphones portables, aux cordons et aux chargeurs doit être la règle ; les limitations l'exception motivée médicalement.	
<b>PROPOSITION 12.....</b>	<b>41</b>
Des dispositions doivent être prises pour que les patients puissent avoir accès à Internet et à des postes informatiques du CH, ainsi qu'à un réseau Wifi, selon des modalités à déterminer.	
<b>PROPOSITION 13.....</b>	<b>42</b>
Des dispositions doivent être prises pour que les patients puissent recevoir des visites pendant les week-ends (ouverture de l'espace socioculturel, création de salon dans les unités et d'espaces couverts dans le parc).	

**PROPOSITION 14..... 47**

Les locaux recevant le public, les familles, les patients et le personnel doivent faire l'objet d'un entretien à la hauteur du reste de l'établissement hospitalier.

**PROPOSITION 15..... 49**

L'inventaire des entrées et sorties d'espèces restant dans l'unité doit être signé par un soignant et par le patient propriétaire.

**PROPOSITION 16..... 56**

Le projet de service doit être réactualisé afin de redynamiser les temps institutionnels de réflexion et d'élaboration, comme les réunions soignants-soignés, les supervisions ou analyse de la pratique.

**PROPOSITION 17..... 57**

Les indications médicales d'activités thérapeutiques pour les patients en SSC restent rares. Elles doivent être renforcées afin de permettre à ces patients d'accéder au dynamisme et à la créativité de cette équipe.

**PROPOSITION 18..... 58**

Le dossier médical informatique du patient doit être commun à tous les intervenants du CH, quel que soit le logiciel utilisé (Orbis ou Cariatides).

**PROPOSITION 19..... 62**

Les personnes occupant une chambre d'isolement doivent à tout moment pouvoir faire appel au personnel soignant quelle que soit leur capacité de mouvement. Le WC ne doit pas être visible depuis le sas.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>10</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT : ORGANISATION, RESSOURCES HUMAINES ..</b>	<b>14</b>
2.1 L'établissement appartient à l'une des trois grandes villes du département et souffre du déclin économique et social local .....	14
2.2 La dotation annuelle de financement (DAF) de la psychiatrie participe au financement du déficit structurel du CH .....	17
2.3 L'effectif réel du personnel médical et non médical du pôle de psychiatrie est inférieur à l'effectif théorique. La formation continue spécifique à la psychiatrie est parcellaire .....	18
2.4 La supervision est inexistante.....	22
2.5 La traçabilité de l'activité ne permet pas d'identifier les raisons du taux anormalement élevé de patients placés en soins sans consentement (SSC) sur décision du directeur d'établissement (SDDE) .....	23
<b>3. L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>26</b>
3.1 Les informations données aux patients sont minimales .....	26
3.2 Le bilan des événements indésirables ne rend pas compte de la situation vécue au quotidien par le personnel des unités .....	27
3.3 La procédure de désignation de la personne de confiance reste inachevée .....	30
3.4 L'établissement organise l'exercice du droit vote.....	30
3.5 La protection juridique est recherchée dès l'hospitalisation .....	30
3.6 L'anonymat de l'hospitalisation, sur demande du patient, n'est pas organisé ..	31
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>33</b>
4.1 La place des usagers n'est assurée que de façon formelle .....	33
4.2 Les contrôles non juridictionnels du déroulement des mesures et du registre de la loi sont minimaux.....	34
4.3 Les audiences du juge des libertés et de la détention se déroulent dans des conditions irrégulières .....	35
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....</b>	<b>37</b>
5.1 Les nombreuses restrictions à la liberté d'aller et venir ne sont pas toujours fondées sur l'état clinique du patient .....	37
5.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont implicitement énoncées comme générales.....	38

5.3	Les communication avec l'extérieur sont gérées de manière disparate avec des restrictions excessives .....	40
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>43</b>
6.1	Le confort des locaux est minimal .....	43
6.2	Les locaux sont vétustes et sous-entretenus, même si leur propreté est assurée .....	46
6.3	Les biens du patient sont conservés et accessibles.....	48
6.4	L'organisation des repas, pris en commun, n'appelle pas de commentaire.....	49
6.5	La question de la sexualité est peu abordée .....	50
<b>7.</b>	<b>L'ACCES AUX SOINS.....</b>	<b>51</b>
7.1	La filière d'accueil psychiatrique aux urgences est réduite à l'avis de l'astreinte psychiatrique .....	51
7.2	Les modalités de prise en charge à l'arrivée permettent d'éviter les traumatismes de l'hospitalisation.....	54
7.3	L'absence de projet médical appauvrit les soins psychiatriques .....	54
7.4	Les activités, occupationnelles et thérapeutiques sont nombreuses et variées	56
7.5	L'accès aux soins somatiques est irrégulier.....	58
7.6	La pharmacie du CH ne remplit pas son rôle de contrôle .....	58
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>61</b>
8.1	Les chambres d'isolement rénovées présentent des défauts.....	61
8.2	Il n'existe aucune réflexion institutionnelle sur les pratiques d'isolement et de contention.....	62
8.3	Le registre d'isolement et de contention ne permet pas d'analyser les pratiques .....	63
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>65</b>
9.1	L'hospitalisation des personnes détenues est rare mais indigne.....	65
9.2	Le service de pédiatrie accueille des mineurs par défaut, sans disposer de capacités adaptées .....	65
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>67</b>

---

# Rapport

Contrôleurs :

- Vianney SEVAISTRE, chef de mission ;
- Dominique BATAILLARD ;
- Anne LECOURBE ;
- Michel NUNEZ.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué un contrôle du pôle de psychiatrie et des urgences du centre hospitalier (CH) de Montluçon (Allier) du 9 au 12 septembre 2019.

Cette mission constituait une première visite.

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 9 septembre à 11h30. Ils l'ont quitté le jeudi 12 septembre à 17h30. Ils ont procédé à une visite en service de nuit le 11 septembre au soir. Cette visite était annoncée.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de la stratégie, de la communication et de la logistique en l'absence du directeur général muté depuis le 1<sup>er</sup> juin 2019 et de la directrice générale par intérim, directrice générale adjointe du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) retenue. Il a été procédé à une présentation de la mission devant treize auditeurs.

Des contacts ont été établis avec l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes et sa délégation départementale de l'Allier, la préfète de l'Allier, la présidente et la procureure de la République du tribunal de grande instance (TGI) de Montluçon.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs par le directeur du CH. Une rencontre a été organisée avec l'une d'elles, à sa demande.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'ordinateurs permettant d'avoir accès au site Intranet. Les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu le jeudi 12 septembre en présence de dix membres du personnel du CH.

Le rapport provisoire rédigé après cette visite a été communiqué le 5 mai 2020 à la directrice de du centre hospitalier, au délégué départemental de l'Allier de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes, à la préfète de l'Allier, à la présidente et la procureure de la République

du tribunal de grande instance (TGI) de Montluçon. Seule la directrice du centre hospitalier a présenté des observations qui ont été intégrées dans le présent rapport de visite.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT : ORGANISATION, RESSOURCES HUMAINES

### 2.1 L'ETABLISSEMENT APPARTIENT A L'UNE DES TROIS GRANDES VILLES DU DEPARTEMENT ET SOUFFRE DU DECLIN ECONOMIQUE ET SOCIAL LOCAL

#### 2.1.1 L'organisation du centre hospitalier

**Le groupement hospitalier de territoire (GHT) Allier-Puy-de-Dôme** regroupe quinze établissements, huit du Puy-de-Dôme et sept de l'Allier, dont l'établissement support est le CHU de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme). Le CH de Montluçon (Allier) appartient au GHT.

Le projet de santé mentale est piloté au niveau départemental et n'est pas encore achevé, comme pouvait le faire présager l'article 1 de la convention constitutive de 2016 « *la mise en œuvre des principes va être déclinée sur huit domaines : [...] le domaine de la psychiatrie et la santé mentale nécessite un travail spécifique et approfondi* ».

La seule certitude est que l'hospitalisation à temps complet des enfants et des adolescents de l'Allier est assurée par le CH de Moulins-Yzeure.

**Dans le département de l'Allier**, les services d'hospitalisation complète de psychiatrie sont situés dans quatre établissements de santé publique : le CH de Vichy, le CH de Moulins-Yzeure, le CH de Montluçon et le CH spécialisé d'Ainay-le-Château. Seuls les trois premiers hospitalisent des patients en soins sans consentement (SSC). Il n'existe pas de clinique privée de psychiatrie dans le département. A Montluçon, deux médecins psychiatres exercent en libéral.

**Le CH de Montluçon** est organisé en six pôles : chirurgie, mère-enfant, médecine, médecine d'urgence, gériatrie, psychiatrie et médico-technique. Sur le territoire de santé montluçonnais qui compte 140 000 habitants, le CH accueille dans l'ensemble de ses services près de 36 000 patients chaque année.

Le MCO (médecine, chirurgie, obstétrique), avec 317 lits, est implanté sur le site central ainsi que les 30 lits des SSR (soins de suite et de réhabilitation). Les 293 lits d'EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) – dont le nombre sera porté à 360 dans un proche avenir – et les 60 lits de l'USL (unité de soins de longue durée) sont implantés dans différents sites extérieurs. La psychiatrie est répartie sur plusieurs sites : les quarante-sept lits d'hospitalisation et l'hôpital de jour (HJ) pour la personne âgée sont installés sur le site du Châtelard, les trois CMP (centres médico-psychologiques) et CMPEA (centre médico-psychologique de l'enfant et de l'adolescent) sont implantés sur des sites différents.

**Le pôle de psychiatrie du CH de Montluçon** exerce ses compétences selon la sectorisation suivante :

- la psychiatrie de l'adulte, sur les secteurs 03G05 Montluçon Ouest (49 380 habitants<sup>1</sup>) et 03G06 Montluçon Est (46 413 habitants<sup>2</sup>), totalisant 95 793 habitants ;
- la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents, sur trois secteurs : les deux précédents et celui d'Ainay-le-Château 03G07 (19 392 habitants<sup>3</sup>), totalisant 115 185 habitants ;

<sup>1</sup> Ibid.

<sup>2</sup> Source : INSEE, population totale au 1<sup>er</sup> janvier 2019.

<sup>3</sup> Ibid.

– la psychiatrie de la personne âgée, sur les mêmes trois secteurs totalisant 115 185 habitants.

**Le site du Châtelard**, construit en 1977, est composé d'un bâtiment principal, comportant trois niveaux, et d'un bâtiment annexe de plain-pied abritant l'unité d'activités psychothérapeutiques et la chapelle. Le bâtiment principal accueille les unités suivantes :

- l'unité d'admission de Montluçon Ouest, comportant treize lits et deux chambres d'isolement (CI) refaites récemment, située au 2<sup>ème</sup> étage ;
- l'unité d'admission de Montluçon Est, comportant dix-sept lits et deux CI, située au 1<sup>er</sup> étage ;
- l'unité d'admission de psychiatrie de la personne âgée comportant dix-sept lits et, sans existence officielle, une chambre d'apaisement située au rez-de-chaussée. L'âge théorique d'admission est de 75 ans, cependant l'âge réel est de 60 ans. La présence d'une patiente de 47 ans a été expliquée par le fait qu'elle devrait être hospitalisée dans l'unité Ouest à un moment de suroccupation de cette dernière unité ; depuis elle demeurait en psychiatrie de la personne âgée mais était suivie par le médecin de l'unité Ouest ;
- l'hôpital de jour de la psychiatrie de la personne âgée.

Le site du Châtelard est desservi par la « ligne de bus M3 de la communauté d'agglomération », dans les faits, cette ligne n'existe pas, elle est remplacée par un taxi – financé par la communauté d'agglomération – qui circule du lundi au samedi, hors jours fériés, sur demande téléphonique exprimée la veille avant 16h45. Quatre horaires sont ouverts le matin au départ du site du Châtelard (7h, 11h, 13h, 16h) et quatre l'après-midi au départ du CH (12h, 14h, 17h et 18h).

**Le site du centre-ville**, au sein du centre hospitalier abrite le service de pédopsychiatrie qui ne comporte pas de lit d'hospitalisation.

**Trois sites en extra hospitalier** complètent le dispositif à Montluçon :

- rue Jean Billaud : un CMPEA, un centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), un groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS), un accueil familial thérapeutique (AFT), des hôpitaux de jour pour enfants, adolescents et adultes ;
- rue Lakanal : un CMP et un CATTP pour adultes (secteur Ouest) ;
- rue des Forges : un CMP et un CATTP pour adultes (secteur Est), et un CMP-CATTP pour la personne âgée. Ce secteur n'a plus d'appartement thérapeutique ; selon les informations recueillies, la maison thérapeutique est fermée depuis trois ans pour récupérer les postes.

### 2.1.2 Les structures d'aval

**Les structures d'aval de proximité** sont rares. Le département de l'Allier compte deux maisons d'accueil spécialisé (MAS), l'une à Prémilhat et l'autre à Yzeure où de nouveaux lits devraient être ouverts en 2020. Le département de la Creuse compte une MAS (MAS de Sauzet) à Budelière, qui accueille des personnes venant notamment de Montluçon.

Si aucun patient chronique n'est hospitalisé dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée, les unités Est et Ouest comptent à elles deux près d'une dizaine de ces patients faute de trouver des structures d'aval. Les possibilités sont peu nombreuses et éloignées tant de l'hôpital que des résidences habituelles des patients ; les délais d'attente sont importants. En outre, il apparaît que la faiblesse des moyens en personnel – Cf. *infra* § 2.3.1 – exclut toute idée de liaison régulière avec l'aval.

Le secteur n'a plus d'appartement thérapeutique ; la maison thérapeutique a été fermée depuis trois ans afin de récupérer les temps des postes de ses soignants.

**Le CH dispose d'un réseau extra hospitalier** qui s'est réduit dans le temps mais dont l'activité est appelée à se développer notamment par la mise en place d'une équipe mobile pour répondre à l'exigence de « *davantage d'ambulatoire* ».

### 2.1.3 Les projets de service et d'établissement

**Le projet de service de psychiatrie adulte** d'août 2016 fait état du fait que « *la demande de restriction budgétaire limite énormément les potentialités de la psychiatrie actuelle (équipe mobile de liaison, unité de crise, UHCD<sup>4</sup> psychiatrique, HAD<sup>5</sup> psychiatrique, centre de postcure, clinique médico-psychologique, etc.) et complique notablement l'application de la sécurité de base concernant les patients en particulier en SPDRE<sup>6</sup>* » et « *la pénurie médicale (manque de 3,5 ETP<sup>7</sup>) est un facteur limitant important de l'ensemble des projets en particulier ceux à long terme, auquel se rajoute l'insuffisance majeure de la dotation en psychiatrie privée* ».

Le projet, non abouti lors de la visite des contrôleurs, propose la création d'une clinique médico-psychologique pour les primo-admissions à proximité du service des urgences, la fermeture d'une unité adulte, la rénovation des deux autres unités (adulte et psychiatrie de la personne âgée) et la rénovation des chambres d'isolement. Ce projet fait apparaître la réduction d'un infirmier diplômé d'Etat (IDE) par unité d'hospitalisation complète dans les équipes de jour, de deux soignants – un IDE et un aide-soignant (AS) – dans l'équipe de nuit, de quatre agents des services hospitaliers (ASH) de l'espace socioculturel et d'un IDE pour les activités. Le projet développe la mission de l'équipe psycho socio thérapeutique intersectorielle du pôle de psychiatrie en vue de pallier l'absence d'activités psychothérapeutiques médiatisées pour les patients hospitalisés à temps complet.

Les contrôleurs ont constaté que deux des quatre CI avaient fait l'objet de travaux en 2018.

**Une recommandation sur le projet de service est rédigée dans le § 7.3.3 infra.**

Le **projet d'établissement 2015-2019** constate, à propos du site du Châtelard, qu'« *il n'offre plus de condition d'accueil et d'hébergement digne [...] il est éloigné de 5 km du centre-ville et mal desservi* ». Il précise également « *le maintien de l'activité de psychiatrie adulte n'est pas envisageable dans les installations actuelles. Le schéma directeur devra permettre la mise en œuvre du nouveau projet médical dans les meilleurs délais (4 chambres d'isolement, 10 lits pour le secteur Ouest, 10 lits pour le secteur Est, 15 lits pour la psychiatrie des personnes âgées, 12 places d'hôpital de jour pour personnes âgées, espace psy socio thérapeutique et centre social de 300 m<sup>2</sup>). Il prendra en compte également les lits d'urgences psychiatriques même pour une implantation sur le site central* ».

Ce projet évoque la mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie, d'une clinique médico-psychologique de douze chambres dont deux d'isolement à proximité du service des urgences, l'humanisation des services hospitaliers du Châtelard. Cependant, lors de la visite des contrôleurs en septembre 2019, aucun des aspects de ce projet n'avait de début de concrétisation même si le plan global de financement pluriannuel (PGFP) adressé en 2019 à l'ARS prévoyait la construction d'un projet immobilier de 5 M€ pour la psychiatrie à compter de 2024.

---

<sup>4</sup> UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

<sup>5</sup> HAD : hospitalisation à domicile.

<sup>6</sup> SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

<sup>7</sup> ETP : équivalent temps plein.

### Recommandation 1

Le schéma immobilier, en retard sur le calendrier du projet d'établissement, doit prioriser le remplacement des bâtiments vétustes du site du Châtelard.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que des travaux sont prévus au 1<sup>er</sup> semestre 2021 : pour la réalisation d'un espace d'apaisement, de salons des familles/unité et d'un abri fumeur extérieur. Elle précise que Le schéma directeur du projet d'établissement 2014-2019 envisageait une restructuration pour environ 5 millions d'euros. Ce projet pourrait être envisagé dès 2022-2023 sous réserve d'une capacité de financement suffisante.

## 2.2 LA DOTATION ANNUELLE DE FINANCEMENT (DAF) DE LA PSYCHIATRIE PARTICIPE AU FINANCEMENT DU DEFICIT STRUCTUREL DU CH

Le projet d'établissement 2015-2019 évoque le contexte institutionnel sous la forme suivante :  
« Le centre hospitalier de Montluçon fait partie de la cohorte d'établissements de santé en grande précarité financière dont la situation est suivie par le comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Suite au constat de l'échec du plan de retour à l'équilibre et du projet de médipôle, le directeur de l'agence régionale de santé d'Auvergne, par décision du 14 mai 2013 a placé l'établissement sous administration provisoire à compter du 1<sup>er</sup> juin 2013. Le plan de retour à l'équilibre financier est élaboré sur la base d'un déficit structurel de 10 M€ sur le compte de résultats principal auquel s'ajoute un besoin de capacité d'autofinancement nette calibré à 3 M€ pour assurer le financement des investissements courants : remplacement des équipements médicaux et logistiques et travaux courants liés à la réorganisation architecturale. Le plan prévoit un retour à l'équilibre d'exploitation en 2016 par la réduction de la masse salariale, l'optimisation des conditions d'achats sur l'ensemble des dépenses, la reprise progressive de l'activité de médecine et chirurgie, l'optimisation des organisations soignantes, des prestations hôtelières et des fonctions supports. ».

De 2010 à 2014, le CH affichait un déficit annuel de 11 M€. Depuis 2015, l'équilibre financier demeure fragile et le COPERMO limite les investissements à un seuil faible.

Les dépenses annuelles globales annuelles du CH sont de l'ordre de 120 M€ (2016 : 119,9 M€, 2017 : 120,4 M€, 2018 : 118,3 M€).

La dotation annuelle de financement (DAF) est restée stable pendant ces années. Les dépenses du pôle de psychiatrie ont baissé pendant la période (2016 : 11,6 M€, 2017 : 11,5 M€, 2018 : 11 M€). Les dépenses afférentes au personnel du pôle ont également diminué, comme la proportion de ces dépenses sur celles du pôle (2016 : 7,76M€ - 66,7 % ; 2017 : 7,37M€ - 63,7 % ; 2018 : 6,83M€ - 61,7 %) montrant ainsi que la participation du pôle de psychiatrie aux charges générales du CH a augmenté. Les charges des différents pôles sont calculées selon des clés de répartition évolutives qui aboutissent à de tels constats. La répartition des charges n'est pas fondée sur une comptabilité analytique.

## Recommandation 2

L'utilisation des fonds du pôle de psychiatrie doit faire l'objet d'une comptabilité analytique permettant de déterminer si la DAF allouée à la psychiatrie est effectivement dépensée conformément à sa destination.

Dans sa réponse, la directrice du CH mentionne que « *Une comptabilité analytique est réalisée annuellement avec suivi trimestriel en dépenses directes. La DAF est utilisée pour couvrir l'ensemble des charges directes de psychiatrie (personnel, charges à caractère médical, hôtelières...) et indirectes (participation aux charges communes selon les clés de répartition nationales utilisées notamment dans le cadre du retraitement comptable).* »

Ces informations ne sont pas de nature à infirmer le constat qu'alors que le montant de la DAF est stable depuis plusieurs années, les dépenses allouées par l'établissement au pôle psychiatrique ont, elles, diminué.

### 2.3 L'EFFECTIF REEL DU PERSONNEL MEDICAL ET NON MEDICAL DU POLE DE PSYCHIATRIE EST INFERIEUR A L'EFFECTIF THEORIQUE. LA FORMATION CONTINUE SPECIFIQUE A LA PSYCHIATRIE EST PARCELLAIRE

#### 2.3.1 Le personnel médical

L'effectif théorique en médecins psychiatres pour le pôle de psychiatrie est 9,5 ETP dont 3,5 ETP pour la pédopsychiatrie et 6 ETP pour la psychiatrie adulte. L'effectif réel est éloigné de cet objectif.

**En pédopsychiatrie**, deux psychiatres représentant 2 ETP sont présents au lieu des 3,5 ETP prévus. Le déficit est de 1,5 ETP.

**En psychiatrie adulte**, cinq médecins représentant 4,5 ETP sont présents :

- trois praticiens hospitaliers psychiatres seniors pour 3 ETP. Chacun d'entre eux est en charge d'une unité d'hospitalisation. Les médecins des unités Est et Ouest s'organisent pour que l'un des deux reste en intra hospitalier, en passant d'une unité à l'autre, pendant que l'autre est en extra hospitalier. Le médecin de la psychiatrie de la personne âgée consacre la majeure partie de son temps dans l'unité ; il assure une présence le lundi après-midi au CMP Est et le vendredi après-midi à l'hôpital de jour, situé dans le même bâtiment au même étage ;
- un praticien pour 0,5 ETP appartenant au CHS d'Ainay-le-Château, mis à disposition ;
- un praticien attaché associé pour 1 ETP.

La psychiatrie adulte bénéficie de la présence d'**un praticien hospitalier généraliste** pour 0,5 ETP. Ce médecin ne relève pas comptablement du pôle de psychiatrie.

**Le déficit du pôle de psychiatrie**, au moment du contrôle, est de 3 ETP de praticiens (31,5 % de l'effectif théorique) et de 4,5 ETP de seniors (47,4 %), mais sans la présence d'un senior poursuivant son activité au-delà de la limite d'âge le déficit de seniors serait de 5,5 ETP (58 %). En outre, ce constat ne fait pas état de l'arrivée prochaine d'un autre senior à la limite d'âge.

Les trois **postes d'internes** de pédopsychiatrie sont occupés. Les deux postes d'interne de psychiatrie adulte sont occupés par deux étrangers titulaires du DFMS<sup>8</sup>. Lors de la visite, un interne était très présent à l'unité Est.

Il n'existe pas de garde médicale psychiatrique.

Les astreintes médicales de psychiatrie sont organisées en deux listes :

- l'astreinte dite *opérationnelle*, assurée sept jours sur sept, par l'ensemble des médecins, les internes et les DFMS. L'astreinte dure normalement 24 h, parfois 48 h pendant les week-ends. Le médecin d'astreinte opérationnelle assure toutes les urgences ;
- l'astreinte de *sécurité*, assurée sept jours sur sept, par les seuls médecins seniors. L'astreinte dure normalement 24 h, cependant pour des raisons de disponibilité un même médecin peut assurer la garde trois jours consécutifs. Le médecin d'astreinte de sécurité assure les actes réservés aux seniors et notamment la rédaction des avis médicaux. Il peut être simultanément médecin d'astreinte.

### Recommandation 3

L'établissement doit s'attacher les services de médecins spécialisés en psychiatrie, en nombre suffisant, après examen par le conseil de l'ordre de la validité des diplômes étrangers.

*Dans sa réponse, la directrice du CH informe que « L'établissement continue de rechercher activement des candidats dans un contexte de pénurie médicale. Un recrutement de deux nouveaux praticiens est en cours. »*

*Ces perspectives, pour heureuses qu'elles soient, ne garantissent pas la résolution du problème. La recommandation reste d'actualité.*

#### 2.3.1 Le personnel non médical

##### a) La composition des équipes

Pour les trois unités d'hospitalisation du site du Chatelard, la répartition du personnel est conçue selon la méthode suivante :

- **de jour**, entre 6h45 et 21h15 :
  - pour l'unité Est : l'effectif théorique de la direction des ressources humaines (DRH) est dix IDE (neuf ETP), aucun AS et quatre ASH (quatre ETP). L'effectif soignant minimum est de cinq par jour : deux le matin et trois le soir ou l'inverse. Cette règle n'est pas toujours respectée, par exemple en août, les soignants ont été quatre pendant 23 jours. Parfois un IDE est de journée. Les jours fastes, les soignants sont au nombre de six ;
  - pour l'unité Ouest : l'effectif théorique de la DRH est dix IDE (dix ETP), aucun AS et cinq ASH (cinq ETP). L'effectif soignant minimum est identique à celui de l'unité Est ;
  - pour l'unité de la psychiatrie de la personne âgée : l'effectif théorique de la DRH est sept IDE (6,71 ETP), quatre AS (4 ETP) et trois ASH (2,5 ETP). L'effectif réalisé est six IDE (5,6 ETP) répartis en 4 x 1 ETP et 2 x 0,8 ETP), quatre AS (4 ETP) et quatre ASH. Le déficit est 1,4 IDE supposé être compensé par la présence supplémentaire de 1,5 ASH. L'effectif soignant

<sup>8</sup> DFMS : diplôme de formation médicale spécialisée.

minimum est de cinq par jour : un ou deux IDE le matin avec deux ou un AS, deux ou un IDE le soir avec un ou deux AS, un IDE et un AS en journée. Cette règle n'est pas toujours respectée, par exemple en août, les soignants ont été quatre pendant 14 jours. Les jours fastes, les soignants sont au nombre de six ;

- **de nuit** entre 21h et 7h, une équipe composée de personnes ne travaillant que la nuit théoriquement seize agents (quatorze IDE et deux AS) répartis en deux groupes de sept IDE et un AS. En réalité, l'équipe de nuit compte quinze agents, le seizième étant en arrêt maladie depuis plusieurs mois. Un groupe est placé sous l'autorité du cadre de santé de l'unité Est, l'autre sous l'autorité du cadre de santé de l'unité Ouest. Chaque groupe fournit théoriquement six agents par nuit (deux par unité).

**L'effectif minimum ou de sécurité de jour** de cinq soignants par unité (deux ou trois le matin et trois ou deux l'après-midi) n'est pas systématiquement respecté. Cet effectif ne permet pas d'assurer simultanément une consultation médicale (un IDE doit être présent), des soins, un accompagnement à l'extérieur comme l'audience du juge des libertés et de la détention (JLD), une présence dans l'unité pour ouvrir les portes (les unités étant fermées) et organiser des activités. Par ailleurs, quand l'agent d'accueil se consacre à ses autres missions, l'ouverture du portail doit être assurée par un soignant de l'unité Est qui doit alors rester dans le local infirmier.

**L'effectif de sécurité de nuit** est fixé à deux agents (un IDE et un AS, ou deux IDE) par unité, chaque équipe doit comporter un IDE. L'examen du planning fait apparaître que plusieurs fois par semaine dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée, l'équipe est réduite à une IDE depuis le mois d'août. La règle officielle est de bénéficier d'un renfort pour éviter cette situation, mais elle n'est pas respectée. Il a été expliqué aux contrôleurs que « *le service tournait en mode dégradé et que cela avait été validé* ».

Les unités disposent chacune d'un mi-temps ou d'un quart temps **d'assistante sociale** et, selon la DRH de 0,1 à 0,5 ETP de **psychologue**.

**Pour les activités thérapeutiques** de l'ensemble des patients hospitalisés, une IDE intervient pour 1 ETP, une ergothérapeute pour 0,5 ETP et une éducatrice sportive à 0,3 ETP.

**L'encadrement des équipes** de jour est assuré par un cadre supérieur de pôle, un cadre ou un faisant fonction de cadre par unité. L'encadrement du personnel de nuit est assuré pour une équipe par la cadre supérieure de pôle et pour l'autre par le cadre de l'unité Ouest.

Les cadres gèrent **les absences prévues et l'absentéisme** en faisant appel en premier lieu aux soignants de l'unité concernée, en deuxième lieu aux soignants du pôle, en troisième lieu aux soignants appartenant au Service infirmier de compensation et suppléance (SICS) qui dispose d'un pool de roulement de vingt-six agents (quatorze IDE, huit AS et quatre ASH) pour l'ensemble du CH. A défaut de solution, les cadres prennent contact avec la DRH qui peut faire appel à des contrats à durée déterminée (CDD) et, éventuellement, à des intérimaires. Les contrôleurs ont constaté qu'aucun renfort n'avait été appelé quand le « mode dégradé » de la nuit avait été validé dans l'unité de psychiatrie de la personne âgée ; cette situation leur est apparue inacceptable.

## PROPOSITION 1

Lorsque le nombre de soignants ne permet pas de respecter l'effectif *minimum* ou de *sécurité*, le mode dit dégradé ne doit en aucun cas être pérennisé. Un renfort temporaire doit être assuré pour garantir la sécurité des patients comme celle des soignants.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « *Tous les postes vacants seront pourvus au 23 juillet 2020. Le SICS (pool de remplacement) sera complet à partir de juillet 2020 permettant de répondre à l'absentéisme. (...) Le marché d'intérim vient d'être attribué.* »

Ces mesures sont de nature à remédier au dysfonctionnement souligné. Dès lors que leur mise en œuvre n'est pas certaine, la recommandation doit être maintenue.

Le **turn-over** au sein du pôle de psychiatrie croît mais demeure inférieur à celui de l'ensemble de l'établissement (2016 : 6,32 % en psychiatrie pour 7,30 % pour l'ensemble du CH ; 2017 : 4,70 % pour 8,53 % ; 2018 : 7,34 % pour 8,83 %). L'**absentéisme pour motif médical** croît au sein du pôle de psychiatrie et est devenu supérieur à celui de l'ensemble de l'établissement (2016 : 8,52 % pour 8,69 % ; 2017 : 9,74 % pour 8,74 % ; 2018 : 10,75 % pour 8,94 %).

### a) Le rythme de travail

Le planning est établi par la cadre de l'unité sur une base de seize semaines.

Les horaires des soignants de l'équipe du matin sont de 6h45 à 14h15 (durée de travail : 7 h 30 mn), ceux de l'équipe du soir de 13h45 à 21h15 (durée de travail : 7 h 30 mn), ceux de l'équipe de nuit de 21h à 7h (durée du travail de nuit : 10 h) ; les soignants de journée sont présents de 9h30 à 17h (durée de travail : 7 h 30 mn).

Les transmissions du matin et du soir durent un quart d'heure, celles de mi-journée une demi-heure.

Le personnel de nuit ne participe pas aux réunions de *staff* et ne voit qu'exceptionnellement les médecins et les cadres.

## Recommandation 4

Des dispositions doivent être prises pour que le personnel des équipes de nuit rencontre régulièrement le médecin et le cadre de santé de leur unité.

Dans sa réponse, la directrice du CH précise : « *réunion tous les 3 mois avec le chef de pôle, les médecins et l'encadrement et les équipes de nuit invitation systématique des équipes de nuit aux réunions de service et vice-versa.* »

Le rythme trimestriel de ces rencontres est insuffisant pour assurer une bonne passation des informations. aussi la recommandation est-elle maintenue.

### 2.3.2 Les formations

Les IDE arrivants dans le CH suivent un cursus de formation de deux jours et les AS d'une journée. La première journée est commune aux deux métiers. Ce cursus est organisé deux fois par an. Cette « *formation nouveaux arrivants* » ne comporte aucun aspect propre à la psychiatrie.

Dans les unités, un nouvel arrivant travaille en doublon avec un soignant plus ancien pendant « *quelque temps* ». La durée varie en fonction de divers paramètres : la disponibilité de l'ancien, dénommé tuteur ou parrain, et les compétences de l'arrivant. Dans chaque équipe, il existe un

réfèrent pour l'application Cariatides, un pour la douleur, un pour la pharmacie, etc. Ils ont pour mission de parfaire les connaissances de l'arrivant dans un champ déterminé. Il n'y a pas de livret d'accueil du nouveau salarié.

L'examen du bilan des formations réalisées en 2018 fait apparaître pour les unités d'hospitalisation à temps plein notamment que :

- trente-deux IDE ont suivi des formations à la conduite d'entretien à finalité thérapeutique des niveaux 1 et 2, dont onze de l'unité Ouest, deux de l'unité Est, aucun de l'unité de la psychiatrie de la personne âgée. Les contrôleurs ont cependant constaté – Cf. *infra* § 7.3.3 – que les entretiens infirmiers, dénommés « relation d'aide » par les IDE avaient pour but le soutien du patient dans son parcours de soins mais non l'observation ni l'évaluation de l'état clinique du patient ;
- quinze soignants et un médecin ont suivi des formations à la « self défense » et à la prévention de la violence ;
- quatre soignants ont suivi la « formation nouveaux arrivants » : trois de l'unité Est, un de l'unité Ouest.

Ce bilan fait également apparaître qu'aucune formation sur les « *droits spécifiques des patients en SSC* », sur la « *consolidation des savoirs en psychiatrie* » ni sur l'isolement ou la contention n'a été délivrée.

La procédure de désignation de la personne de confiance est mal maîtrisée comme cela apparaît *infra* dans le § 3.3.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

La formation continue doit être investie notamment sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement, la personne de confiance, la consolidation des savoirs en psychiatrie, l'isolement, la contention et la conduite des entretiens infirmiers.

Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir que les thèmes "droits des patients en psychiatrie", "soigner en isolement" ont été inscrits au plan de formation 2020 et que sont envisagés au prochain plan de formation : entretien thérapeutique, consolidation des savoirs.

#### 2.4 LA SUPERVISION EST INEXISTANTE

Il n'existe pas de supervision du personnel, au sens de l'avis du CGLPL<sup>9</sup>.

Le psychologue du travail peut intervenir sur demande pour des prises en charge individuelles ou collectives.

<sup>9</sup> Journal officiel de la République française du 12 juillet 2011, texte 81 : *Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 17 juin 2011 relatif à la supervision des personnels de surveillance et de sécurité* NOR : CPLX1118750V.

## PROPOSITION 2

La supervision, individuelle et collective, organisée avec le concours d'un intervenant extérieur au centre hospitalier, doit être mise en place.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que : « Cette question sera soumise au médecin du travail. ».

Dans l'attente d'un résultat, cette recommandation est maintenue.

### 2.5 LA TRAÇABILITE DE L'ACTIVITE NE PERMET PAS D'IDENTIFIER LES RAISONS DU TAUX ANORMALEMENT ELEVE DE PATIENTS PLACES EN SOINS SANS CONSENTEMENT (SSC) SUR DECISION DU DIRECTEUR D'ETABLISSEMENT (SDDE)

#### 2.5.1 Les hospitalisations en soins sans consentement

D'après les différents documents transmis par l'établissement portant sur les années 2016, 2017 et 2018, l'activité ambulatoire est relativement régulière. Les hospitalisations, en revanche, montrent surtout une augmentation de 10 % des séjours tous statuts confondus mais avec une diminution du nombre de séjours en soins libres (SL) de 17 % et une augmentation de 50 % du nombre de séjours en soins sans consentement (SSC) entre 2017 et 2018.

Ce nombre est plus élevé que ceux habituellement constatés dans la moyenne nationale<sup>10</sup> et questionne sur la pratique de l'hospitalisation en psychiatrie, la démographie locale n'ayant pas enregistré ce type d'augmentation.

Le taux moyen d'occupation varie entre 71 % et 79 % et la très rare suroccupation des lits est gérée entre les services Est et Ouest avec également la possibilité de prolonger un séjour sur les lits de l'UHCD située près des urgences.

Les tableaux ci-dessous regroupent les différents éléments de l'activité.

	2016	2017	2018	Variations 2017-2018
Nombre de patients	2 816	2 882	2 830	-1,7 %
Actes de l'activité ambulatoire	45 649	61 329	62 070	-1,2 %

Le tableau ci-dessous est extrait du PowerPoint « activité psychiatrie 2018 versus 2017 » établi par le département d'information médicale (DIM) en mai 2019.

<sup>10</sup> Les données actualisées en 2017 de l'étude de Magali Coldefy parue dans « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan 4 ans après la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, rapport final », par Magali Coldefy (Irdes), Sara Fernandes (ORU-PACA), avec la collaboration de David Lapalus (ARS PACA) ORU-PACA – IRDES, rapportent les proportions respectives de 46 % et 29 %.

	2017	2018	Variations 2017-2018
<b>Nombre de séjours tous types d'hospitalisations</b>	<b>622 (100 %)</b>	<b>667 (100 %)</b>	+7,2 %
<b>Nombre de séjours en SL</b>	<b>455 (73,2 %)</b>	<b>441 (66,1 %)</b>	-3,1 %
<b>Nombre de séjours en SSC</b>	<b>167 (26,8 %)</b>	<b>226 (33,9 %)</b>	+35,3 %
<b>Nombre de séjours en SDDE</b>	<b>146 (87,4 %)</b>	<b>205 (90,7 %)</b>	+40,4 %
<b>Nombre de séjours en SDRE</b>	<b>21 (12,6 %)</b>	<b>21 (9,3 %)</b>	0 %
Nombre de patients en hospitalisation temps complet	316	348	+10,1 %
Nombre de patients en SL	173 (54,7 %)	156 (44,8 %)	-9,8 %
Nombre total de patients en SSC	143 (45,4 %)	192 (55,2 %)	+34,2 %
Nombre de patients en SDDE	125 (87,4 %)	175 (91,1 %)	+28,6 %
Nombre de patients en SDRE	18 (12,6 %)	17 (8,9 %)	-5,5 %

Le recueil des données sur les soins sans consentement reste imprécis sur le mode légal d'hospitalisation en ne distinguant que « *les soins psychiatriques à la demande d'un tiers et les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat* ».

La proportion des SDRE reste dans les normes nationales mais la distinction entre SPDT (article L 3212-1-1 du CSP) ou SPI<sup>11</sup> (article L 3212-1-2) ou encore SDTU<sup>12</sup> (article L3212-3) n'est pas connue – Cf. *infra* § 7.1.1.

Au jour de la visite il y avait dans les unités Est et Ouest : vingt et un patients dont quinze en SL avec deux personnes en programme de soins, et six en SSC (soit 28 %) se répartissant en quatre en SPI (66%) et deux SDTU (33 %). L'activité de l'unité de la personne âgée, qui ne reçoit aucune hospitalisation en SSC, n'apparaît pas dans cette analyse.

L'absence de traçabilité des différents modes d'hospitalisation et la grande variabilité des chiffres fournis dans les documents de l'établissement ne permettent pas une analyse plus approfondie

<sup>11</sup> SPI : soins pour péril imminent

<sup>12</sup> SDTU : soins sur demande d'un tiers en urgence

de l'activité d'hospitalisation en psychiatrie générale. **Une recommandation est rédigée dans le § 8.3 infra sur la tenue du registre d'isolement et de contention.**

### PROPOSITION 3

Le constat qu'un patient sur deux est hospitalisé en soins sans consentement (SSC) doit conduire l'établissement à une réflexion sur les raisons de l'importance du nombre de ce type d'hospitalisation. Les différents modes de SSC – SDRE, SDT, SDTU, SPI – doivent être tracés et suivis de façon fiable.

*Dans sa réponse, la directrice du CH allègue que « Les modalités d'hospitalisation sont à l'appréciation des responsables médicaux en fonction de l'état du patient. Cette réflexion doit être menée dans le cadre de la gouvernance de pôle en s'appuyant notamment sur une meilleure traçabilité des hospitalisations en lien avec le médecin DIM. ».*

En l'état, la recommandation doit être maintenue.

#### 2.5.2 Les programmes de soins

Le suivi des patients en programme de soins est assuré par un seul des psychiatres du pôle.

Le collège prévu à l'article L.3211-9 du CSP qui doit statuer chaque année sur le maintien de la mesure de programme de soins se réunit au CMP où ces patients sont suivis.

Les seuls patients hospitalisés alors qu'ils sont en programme de soins font de courts séjours dans les unités. Ils y connaissent alors les mêmes restrictions dans leurs libertés d'aller et venir que les autres patients.

Lors de la visite, le programme de soins d'un patient prévoyait la présence de celui-ci dans l'unité d'hospitalisation trois jours par semaine et à son domicile les quatre autres jours. Pendant ses séjours dans l'unité, il se rendait à l'hôpital de jour. Selon les interlocuteurs rencontrés, le préfet avait « exigé » qu'il y soit accompagné par deux soignants au motif qu'il aurait été fiché S pour radicalisation ; l'unité respectait cette mesure coûteuse en personnel et qui paraissait absurde dès lors que ce patient n'était pas accompagné les jours où il était à son domicile. Toutefois, aucun document préfectoral précisant cette exigence n'a pu être présenté aux contrôleurs.

### 3. L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

#### 3.1 LES INFORMATIONS DONNEES AUX PATIENTS SONT MINIMALES

##### 3.1.1 Les informations générales sur les conditions de vie

Selon la direction de la qualité, un livret d'accueil doit être déposé sur la table de chevet de chaque lit d'hospitalisation, compte tenu du fait qu'aucun livret n'est diffusé par le service des urgences. En pratique, si dans l'une des unités, il a été affirmé qu'il était distribué, il a été reconnu dans les deux autres que tel n'était pas le cas.

Un « règlement intérieur des unités d'hospitalisation de psychiatrie » est affiché dans les salles de vie. Les règles qui y figurent sont également expliquées verbalement à l'arrivée. Sur le document affiché, elles sont énoncées plus en termes indicatifs qu'interdictifs, même si, implicitement, elles formulent des restrictions comme celles portant sur l'usage du téléphone ou la liberté d'aller et venir.

Le règlement intérieur de l'établissement n'est pas à disposition dans les unités. Aussi, il est impossible de vérifier que les règles de fonctionnement de l'unité sont bien conformes à ses dispositions.

Le livret d'accueil n'est pas toujours remis aux patients. Il s'agit d'un cahier en papier glacé de soixante-cinq pages dont trente-cinq donnent des informations sur le CHG, quatre sont destinées à prendre des notes et les vingt-six autres portent des publicités. Ce livret donne de façon complète tous les renseignements sur le séjour, l'organisation de l'établissement et ses institutions, ainsi que sur les droits de tout patient (accès au dossier, don d'organe, confidentialité, secret professionnel, etc.). Seul le tiers d'une page donne des informations concernant plus précisément les patients de psychiatrie en expliquant très brièvement trois modes d'admission sans consentement : à la demande d'un tiers, sur décision du représentant de l'Etat et en cas de péril imminent.

#### RECO PRISE EN COMPTE 2

Le livret d'accueil doit systématiquement être remis à tout patient admis dans une unité du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « Consigne a été rappelée aux agents de déposer le livret d'accueil sur la table de chevet pour être systématiquement à la disposition du patient dès son entrée. »

##### 3.1.2 Les informations fournies aux patients en soins sans consentement

Le statut d'hospitalisation des patients admis sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) leur est annoncé aux urgences au moment de l'établissement par l'urgentiste du certificat d'admission en soins sans consentement Il leur est réexpliqué par les infirmiers et par le psychiatre à leur arrivée dans l'unité d'hospitalisation.

La décision elle-même n'est établie que dans les 48 heures après l'enregistrement de l'admission par le bureau des entrées. Elle est alors notifiée au patient par un cadre ou un infirmier et une copie lui en est remise. Le cas échéant, le nom du tiers demandeur de l'admission est indiqué au patient. La notification de la décision, signée par le patient, est retournée au bureau des admissions.

Aucun document énumérant les droits des patients en SSC n'est prévu par l'établissement. Les droits propres de ces patients ne leur sont donc pas notifiés régulièrement.

Les infirmiers, qui n'ont aucune formation sur les droits du patient en dehors des informations qu'ils ont recherchés par eux-mêmes, suppléent difficilement cette carence.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement doit notifier aux patients en soins sans consentement les droits qui sont les leurs à raison de ce statut d'admission.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « Le rappel des droits est fait, dès le lendemain de l'entrée, via un formulaire d'information du patient dédié. Ce dernier signe un AR sur lequel il reconnaît avoir été informé sur ses modalités d'admission. Une affiche dans les services fait un rappel des droits. »

## 3.2 LE BILAN DES EVENEMENTS INDESIRABLES NE REND PAS COMPTE DE LA SITUATION VECUE AU QUOTIDIEN PAR LE PERSONNEL DES UNITES

### 3.2.1 La sécurité des patients et des soignants

Le site du Châtelard est ceint d'une clôture métallique ; une barrière en ferme l'accès. Les piétons comme les automobilistes doivent se signaler par un interphone pour obtenir l'ouverture du portillon (piétons) ou du portail (véhicules). Cette manœuvre est opérée en journée par l'agent en poste au bureau d'accueil qui dispose d'un écran renvoyant les images des caméras placées à l'entrée du site. La nuit et les week-ends, ce sont les soignants de l'unité Est, qui ont également des moniteurs vidéo des caméras, qui ont la charge de l'ouverture des accès de l'entrée.

Seuls le portail et le portillon sont placés sous vidéosurveillance : les images sont conservées durant une semaine.

Selon les informations recueillies, aucune intrusion dans les unités n'a été relevée par les soignants. Cependant, des personnes approchent de la périphérie du parc pour fournir aux patients des produits stupéfiants à travers le grillage.

Les agents du service de sécurité du CH ne se déplacent pas au Châtelard. En cas de difficulté sur ce site, il est fait appel au personnel des unités par l'intermédiaire des PTI<sup>13</sup>.

Le fonctionnement des PTI est aléatoire comme l'a démontré l'incident du 18 décembre 2018, où trois agents (deux IDE et un ASH) ont été blessés par un patient. Une fiche d'événement indésirable (FEI) grave a été rédigée. Le comité de retour d'expérience (CREX) a conclu le 29 janvier 2019 à la mise en place d'un « système de BIP qui ne serve qu'à déclencher l'alarme et serait indépendant du téléphone ». Cependant, lors de la visite des contrôleurs en service de nuit le 11 septembre 2019 au soir, aucun PTI ne fonctionnait et les pannes n'étaient plus signalées.

Si le renfort lié à l'appel lancé par PTI ne suffit pas, le personnel fait appel à la gendarmerie (brigade de proximité de Commentry) ou aux pompiers de la caserne de la commune de Saint-Angel.

Le rapport d'inspection de l'ARS (lettre du 6 juin 2017 de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes) demande que le service sécurité incendie du CH soit informé de la présence de personnes dans les CI. Cette demande n'était pas honorée lors de la visite des contrôleurs en septembre 2019. Les contrôleurs

<sup>13</sup> PTI : protection des travailleurs isolés.

s'interrogent sur l'intérêt de cette demande car le service de sécurité du CH n'intervient pas sur le site du Chatelard.

#### PROPOSITION 4

Des dispositions doivent être prises pour que les soignants n'assurent pas l'accès au site du Chatelard en l'absence de l'agent d'accueil, au moins pendant les heures ouvrables.

Un système d'alerte fiable doit être rapidement installé afin de garantir la sécurité du personnel et des patients, les PTI en place ayant un fonctionnement aléatoire.

Une réflexion doit être menée pour déterminer quel service de sécurité informer quand les chambres d'isolement (CI) sont utilisées : les pompiers de la commune de Saint-Angel ou la permanence sécurité incendie du CH.

*Dans sa réponse, la directrice du CH informe : « Etude de l'organisation de l'accès au site de Châtelard avec les professionnels et le responsable de la sécurité. Le nouveau dispositif de PTI sera opérationnel fin 2020. Une organisation est à l'étude pour permettre au service sécurité de connaître l'état d'occupation des chambres d'isolement. »*

*Dans l'attente des résultats de ces mesures, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.*

#### 3.2.2 Les événements indésirables

Les événements indésirables (EI) sont déclarés sur la plateforme ENNOV par tout agent y ayant accès. Ils font l'objet d'une fiche (FEI) qui suit un circuit déterminé. Les EI graves sont analysés par le comité de retour d'expérience (CREX).

ENNOV ne permet cependant pas de rédiger de FEI anonyme, au motif que l'agent rédacteur doit être en mesure de suivre à tout moment l'état du traitement de sa fiche.

Les contrôleurs ont examiné le rapport d'activité de la commission des usagers (CDU) 2018 qui contient une analyse globale des EI de 2014 à 2018 et une analyse synthétique de l'année 2018 :

- le nombre de FEI diminue pour l'ensemble de l'établissement, passant de 780 en 2017 à 691 en 2018 – diminution moyenne annuelle de 2,3 % ;
- le nombre de FEI diminue considérablement pour le pôle de psychiatrie entre 2017 et 2018 passant de 60 à 33 – diminution moyenne annuelle double de celle de l'établissement ;
- le bilan 2018 ne fait pas état d'EI grave.

Dans les unités, les soignants n'ont pas connaissance du bilan annuel du CH ni de celui du pôle, ni de celui de leur unité car il n'est pas établi.

Lors de la visite, les contrôleurs ont constaté que des FEI n'étaient pas établies lorsque le nombre de soignants présents était en deçà du seuil minimum ni quand les PTI ne fonctionnaient pas.

L'absence de bilan annuel par unité interdit au personnel des unités de mesurer si leur perception des EI, déclarés ou non, est de même nature que celle de l'administration du CH.

### Recommandation 5

La possibilité de rédaction anonyme d'une fiche d'événement indésirable (FEI) doit être ouverte.

Un bilan annuel des EI doit être établi par unité afin que le personnel de chaque unité ait connaissance de la cohérence entre sa perception et celle de l'administration.

*Dans sa réponse, la directrice du CH précise que : « Le logiciel ne permet pas l'anonymat. De plus, il est nécessaire d'avoir l'identité du signalant pour analyser les faits si nécessaire. Analyse par unité possible à la demande des responsables. »*

Ces précisions n'invalident pas la recommandation qui doit donc être maintenue.

#### 3.2.3 Les plaintes et réclamations

Le livret d'accueil délivre en page 15 des informations sur la procédure de dépôt des réclamations et la composition de la commission des usagers.

Le rapport d'activité de la CDU 2018 fait état :

- 102 réclamations pour l'année 2017, pour l'ensemble du CH, dont 2 pour le pôle de psychiatrie ; 139 pour l'année 2018, dont 2 également pour la psychiatrie : 1 une pour l'unité Ouest sur des affaires de vie quotidienne (disparition d'affaires, locaux ou hôtellerie – sans précision) et 1 pour l'unité de la personne âgée sur des aspects médicaux (sans autre précision) ;
- en matière de plaintes pour l'année 2018 neuf pour l'ensemble du CH dont aucune pour le pôle de psychiatrie.

#### 3.2.4 Le comité d'éthique

Le comité éthique du CH de Montluçon « COMETHIQUE » a été créé en 2012.

Il existe un règlement intérieur, un organigramme et le schéma d'arbre décisionnel permettant de le saisir. Cependant, ce comité ne s'est pas réuni depuis plusieurs années.

Il n'existe au sein de l'établissement que des réunions appelées « *staff éthique* » qui regroupent les professionnels concernés par des situations de soins palliatifs en réanimation.

Un sujet comme la possibilité d'avoir accès à une sexualité pour les personnes hospitalisées est susceptible d'animer les débats et d'apporter une aide aux soignants confrontés à ce type de demande.

### PROPOSITION 5

Le comité éthique doit être réactivé.

*Dans sa réponse, la directrice du CH informe que « Il intervient à la demande des médecins. ».*

Cette réponse ne saurait invalider la recommandation qui doit, par suite, être maintenue.

### 3.3 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE RESTE INACHEVEE

La désignation de la personne de confiance est demandée lors de l'arrivée, et si besoin encore après. Il a été affirmé que « normalement », les soignants connaissent son rôle et qu'ils l'expliquent au patient. Quelques patients désignent en effet une personne de confiance mais la procédure s'arrête là, les soignants ignorant que la personne désignée doit signer son acceptation de ce rôle, seule formalité qui rend opérante la désignation.

Dans chaque unité, une affiche explique clairement le rôle de la personne de confiance, informations qui s'adressent autant aux patients qu'aux soignants.

Lors des consultations, des patients demandent parfois à être accompagnés par une personne de leur choix qui fait alors office de personne de confiance et il n'est pas demandé à cette personne de signer son acceptation d'être la personne de confiance.

#### PROPOSITION 6

L'établissement doit veiller à ce que la procédure de désignation d'une personne de confiance soit conduite jusqu'à son terme, à savoir l'acceptation de sa mission par la personne désignée.

Dans sa réponse, la directrice du CH fait valoir que « Le formulaire utilisé précise que c'est au patient d'informer et d'obtenir l'accord de la personne de confiance qu'il a désigné. Possibilité de modifier le formulaire pour que la personne de confiance choisie atteste de son accord. ».

### 3.4 L'ETABLISSEMENT ORGANISE L'EXERCICE DU DROIT VOTE

Lors de scrutins, une note de service de la direction précise les conditions d'exercice du droit de vote. Dans la mesure du possible, les patients bénéficient d'autorisations de sortie pour pouvoir aller voter dans le bureau dans lequel ils sont inscrits. A défaut ils peuvent donner procuration. Ainsi, lors des élections européennes de 2019, la liste des personnes qui souhaitaient voter a été dressée et les gendarmes sont venus recueillir les procurations.

### 3.5 LA PROTECTION JURIDIQUE EST RECHERCHEE DES L'HOSPITALISATION

**Le repérage des patients** est assuré par les différents membres du personnel travaillant dans l'unité à partir des informations recueillies, notamment lors des entretiens avec les patients ou leurs familles. Les orientations sont prises lors des réunions de synthèse hebdomadaires et des réunions de transmission.

**Le CH ne dispose pas de service de mandataire judiciaire à la protection des majeurs**, alors que le seuil fixé par le code de la santé publique prévoit son existence à compter de 80 places d'hébergement permanent, alors que le CH gère 293 places d'hébergement permanent en EHPAD – ce nombre doit être porté prochainement à 360.

Le CH s'appuie sur un service social, dirigé par un cadre, comportant douze assistantes sociales dont quatre travaillent exclusivement pour le pôle de psychiatrie :

- une assistante sociale partage son temps entre l'unité Ouest et les CMP Est et Ouest ;
- une assistante sociale partage son temps entre l'unité Est et la psychiatrie de la personne âgée (en intra et en extra hospitalier) ;
- une assistante sociale partage son temps entre l'hôpital de jour et la pédopsychiatrie ;

– une assistante sociale consacre son temps à la pédopsychiatrie.

**Dès lors qu'un patient est identifié comme nécessitant une protection juridique**, son adhésion est recherchée par l'assistante sociale pour accélérer le déroulement de la procédure : la saisine du tribunal en début d'hospitalisation permet en général à un des deux médecins experts agréés exerçant au sein du CH de voir le patient avant sa sortie – la durée moyenne de séjour (DMS) étant inférieure à un mois. Cependant la question du paiement des 170 euros du coût de cet acte n'est pas résolue pour de nombreux patients qui ne disposent pas de cette somme et pour lesquels l'expertise ne peut donc avoir lieu.

**La protection juridique est assurée** par l'UDAF 03 (union départementale des associations familiales), l'association La Croix Marine, l'ATNA (association tutélaire Nord Auvergne), des familles ou des mandataires privés.

Les contacts avec les curateurs et tuteurs sont le plus souvent assurés par les assistantes sociales et ne soulèvent globalement pas de difficultés.

Les difficultés les plus fréquemment rencontrées portent sur le financement des sorties et des vacances. Ce sont des sujets d'autant plus sensibles que les appartements thérapeutiques ont été supprimés.

Quand les tuteurs sont invités aux réunions de synthèse, ils viennent en général.

Les délais de réponse de la MDPH<sup>14</sup> et de la MDA<sup>15</sup> sont de l'ordre de 8 mois quand les dossiers sont complets, à l'image de ce qui se passe dans de nombreux autres départements.

#### BONNE PRATIQUE 1

L'identification au plus tôt des patients nécessitant une protection juridique permet de provoquer l'expertise médicale conduite par l'un ou l'autre des médecins agréés exerçant au sein du CH, pendant l'hospitalisation du patient – la DMS étant inférieure à un mois.

#### PROPOSITION 7

Des dispositions doivent être prises par le CH en lien avec le tribunal d'instance afin que le coût des expertises pour placer un majeur sous protection juridique soit pris en charge par la justice.

*Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir que « Si le patient ne peut pas payer, recours à l'action sociale de ville, ou négociation avec l'expert afin que le paiement soit en attente le temps de la nomination du mandataire. »*

Cette indication ne répond pas à la recommandation énoncée qui est donc maintenue.

### 3.6 L'ANONYMAT DE L'HOSPITALISATION, SUR DEMANDE DU PATIENT, N'EST PAS ORGANISE

Le livret d'accueil, le règlement intérieur du CH, les règles de vie du pôle de psychiatrie comme les procédures du CH ne font pas état de la possibilité ouverte à un patient de conserver l'anonymat au cours de son hospitalisation.

<sup>14</sup> MDPH : maison départementale des personnes handicapées (personnes âgées de moins de 60 ans).

<sup>15</sup> MDA : maison départementale de l'autonomie (personnes âgées de plus de 60 ans).

La fiche de procédure VIG/IDV/MO/003 datée du 6 mars 2018 réserve cette possibilité exclusivement aux patients hospitalisés pour orthogénie, HIV et toxicomanie ; la procédure précise que « *ces séjours ne sont pas facturés à la sécurité sociale* ».

Cependant, le standard téléphonique du CH, tenu de jour par un standardiste et de nuit par un des membres de l'équipe de sécurité du CH, est parfois sollicité pour ne pas divulguer la présence d'un patient : les standardistes se passent entre eux la consigne, écrite sur un morceau de papier, indiquant de « *dire que la personne n'est pas dans le CH* ».

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Une procédure permettant à un patient de conserver l'anonymat lors de son hospitalisation ou de n'informer que quelques personnes dûment identifiées doit être mise en place et portée à la connaissance des patients et du personnel hospitalier.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « La procédure est revue pour que l'anonymat soit possible pour tout patient qui le demande. »

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA PLACE DES USAGERS N'EST ASSUREE QUE DE FAÇON FORMELLE

#### 4.1.1 La CDU et la place des usagers

La présidente de l'UDAF 03 est membre du conseil de surveillance et de la CDU en tant que représentante des usagers, depuis 1999. La CDU a contribué à la rédaction du livret d'accueil.

Lors de la visite des contrôleurs, la CDU venait d'intégrer un membre d'associations représentant les familles ou les usagers du pôle de psychiatrie, l'UNAFAM<sup>16</sup>.

La CDU se réunit chaque trimestre régulièrement. L'ordre du jour est envoyé (sans pièce jointe) huit jours avant la réunion. Les représentants des usagers peuvent accéder au registre des réclamations au cours de la réunion mais, de fait, ne le consultent pas et donc n'expriment pas d'avis.

Les membres de la CDU sont destinataires des comptes rendus des réunions et des bilans annuels. Le contenu du bilan annuel 2018 a été évoqué *supra* dans les §§ 3.2.2 et 3.2.3.

La composition de la CDU et les bilans annuels n'apparaissent pas sur le site Internet du CH ni sur l'Intranet.

Au Châtelard, sur des panneaux du rez-de-chaussée, à proximité de l'espace socioculturel, trois affichettes sont épinglées et indiquent les missions et les coordonnées de la délégation départementale de l'UNAFAM, à Yzeure. Cependant, dans les unités, les représentants de l'UNAFAM, de la FNAPSY<sup>17</sup> et de l'ADAPEI sont inconnus.

#### RECO PRISE EN COMPTE 5

La communication de l'ordre du jour aux membres de la CDU doit comprendre les pièces qui sont étudiées en cours de réunion.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « Chaque fois que possible les pièces étudiées sont jointes à l'ordre du jour. Chaque document mis à disposition par les intervenants est envoyé avec l'ordre du jour. »

#### 4.1.2 Le questionnaire de satisfaction

Les patients hospitalisés en MCO sont, pour certains, destinataires d'un questionnaire de satisfaction *e-satis* par Internet. Compte tenu du faible taux de retour, la direction a pris la décision de poursuivre la diffusion de questionnaires de satisfaction sous format papier.

Pour la psychiatrie, il n'est prévu aucun questionnaire adressé par Internet, l'analyse de la satisfaction est soumise à l'examen des réponses aux questionnaires papier. L'analyse du questionnaire de satisfaction 2018 des patients hospitalisés donne un taux de réponse de 1,40 % pour l'unité Ouest – deux réponses – et un taux de réponse nul pour les deux autres unités. Il n'est donc pas possible d'en tirer des enseignements.

<sup>16</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques

<sup>17</sup> FNAPSY : fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

ADAPEI : association départementale de parents et d'amis de personnes handicapées mentales

## PROPOSITION 8

La diffusion d'un questionnaire de satisfaction doit être assurée dans les unités d'hospitalisation de la psychiatrie.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « *E-satis est un dispositif géré par la HAS et ne prévoit pas pour l'instant de recueillir la satisfaction des usagers de la PSY* »

Les contrôleurs prennent acte avec regret de la carence du dispositif de la HAS, carence qui ne dispense pas l'établissement de diffuser un questionnaire propre aux patients de psychiatrie.

### 4.2 LES CONTROLES NON JURIDICTIONNELS DU DEROULEMENT DES MESURES ET DU REGISTRE DE LA LOI SONT MINIMAUX

#### 4.2.1 Le registre de la loi

Le registre de la loi est conservé dans le bureau d'accueil situé à l'entrée du bâtiment. Il est tenu par l'agente affectée à ce poste qui assure également la surveillance des entrées-sorties, l'accueil du public, les ouvertures de la grille et du portillon de l'entrée du site lorsqu'elle est présente – l'unité Est est chargée de ces ouvertures pendant la fermeture de l'accueil (Cf. supra § 3.2.1) – la facturation pour tous les patients de psychiatrie.

Chaque matin à 9h, un coursier lui apporte les documents relatifs aux mesures de SSC – toujours prises au service de l'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital. L'agente de l'accueil vérifie la présence et la régularité des documents bases de la décision puis, remplit le registre. Pour les SDDE, elle rédige un projet de décision, qui porte la date du certificat établi au SAU, et le transmet le lendemain par courrier intérieur à l'attachée, qui a délégation du directeur pour signer ces décisions et qui renvoie la décision signée le lendemain à l'agente d'accueil.

Ainsi, la décision est toujours antidatée d'au moins 48 heures avant la signature et plus si le patient est entré durant le week-end puisque le bureau d'accueil est alors fermé : si un patient est entré un vendredi, la décision lui sera notifiée le mardi matin.

### Recommandation 6

Les décisions d'hospitalisation en soins sans consentement du directeur doivent être prises sans délai après l'établissement du certificat médical.

Dans sa réponse, la directrice du CH précise que « *La semaine, les décisions sont transmises par mail à l'attachée du bureau des entrées qui a délégation de signature et qui transmet les documents à l'ARS.* »

Cette réponse confirme les constats et justifie donc la recommandation.

Une copie de la décision est donnée au patient qui la conserve. Le registre est donc renseigné avec un décalage d'au moins 24 heures.

La même personne assure le suivi des mesures : production des certificats de 24 heures et 72 heures, dossier adressé au juge des libertés et de la détention (JLD) pour les SDDE (avec en tant que de besoin un rappel de l'ARS), production des décisions mensuelles, etc. Elle prépare notamment les saisines du JLD qui lui reviennent dans la journée signées par la même attachée

que celle qui signe les décisions de SDDE, et non le lendemain comme c'est le cas pour les décisions.

Le registre lui-même est correctement tenu, tous les documents établis au cours de la mesure y figurent : certificats médicaux, ordonnances du JLD, autorisations de sortie.

Cependant manque systématiquement la date de la notification des droits prévue au 4° de l'article 3212-11 du code de la santé publique<sup>18</sup> (CSP) et de plus la rubrique relative à l'existence d'une mesure de protection juridique n'est jamais renseignée.

Le registre en cours, ouvert le 20 avril 2019, contient cinquante-sept mesures au 10 septembre 2019, dont vingt-cinq en procédure de péril imminent.

#### 4.2.2 Les contrôles administratifs

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'a pas visité l'établissement depuis 2013.

Le procureur de la République en poste lors de la visite des contrôleurs ne s'est jamais rendu à l'établissement mais son prédécesseur le visitait chaque année.

L'autorité préfectorale se rend également régulièrement à l'établissement, la dernière visite datant du 27 février 2019.

### 4.3 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE DEROULENT DANS DES CONDITIONS IRREGULIERES

Aucune audience du juge des libertés et de la détention (JLD) ne s'est tenue au cours de la visite des contrôleurs.

L'audience du JLD a lieu au tribunal, en méconnaissance des dispositions de l'article L.3211-12-12 du CSP<sup>19</sup>. La convention prévue par ces dispositions, n'a pas été conclue entre l'établissement et le tribunal de grande instance de Montluçon. Les patients sont donc transportés au tribunal pour être présentés au JLD.

En 2018, quatre-vingt-treize patients ont été convoqués devant le JLD et soixante-neuf présentés. Quatre mesures avaient été levées avant l'audience, quatre-vingt-une ont été maintenues et huit levées.

La tenue des audiences au tribunal rend difficile le déplacement pour les soignants et inconfortable pour les patients qui, de ce fait, renoncent à exercer leur droit.

---

<sup>18</sup> Article L.3212-11 du code de la santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article [L. 3222-1](#) est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; (...) 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article [L.3211-3](#) »

<sup>19</sup> Article L.3211-12-2 du code de la santé publique : « (...) Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. »

### Recommandation 7

Une convention doit être établie entre le tribunal de grande instance de Montluçon et l'agence régionale de santé pour organiser la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention dans les locaux du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse, la directrice du CH informe que « *Cette question sera évoquée lors de la prochaine réunion du COPIL santé sécurité justice avec la participation du TGI et de l'ARS* ».

La recommandation reste donc d'actualité.

L'avis d'audience est notifié au patient qui désigne, le cas échéant, le nom de l'avocat dont il souhaite l'assistance plutôt qu'un avocat désigné d'office.

Lorsque le JLD rend sa décision sur le siège, il la notifie sur place au patient s'il est présent. Si l'ordonnance est prise ultérieurement, elle est envoyée par télécopie au service d'accueil ; c'est alors l'agente (Cf. *supra* § 4.2.1) qui la notifie au patient et renvoie la notification signée par celui-ci au tribunal.

Trois appels de ces décisions ont été formulés devant la cour d'appel de Riom (Puy-de-Dôme) qui a maintenu une décision, levée une autre, la troisième ayant été levée par l'établissement avant que la cour ne statue.

Des décisions de mainlevée, il ressort que le JLD contrôle précisément, outre la régularité des phases de la procédure, la qualité du tiers demandeur, notamment sa proximité suffisante avec la personne malade pour apprécier son besoin de soins.

L'adhésion aux soins ou l'absence de caractérisation d'une pathologie psychiatrique constituent également des motifs répétés de mainlevée.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LES NOMBREUSES RESTRICTIONS A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR NE SONT PAS TOUJOURS FONDEES SUR L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT

Pour les patients, la sortie du site, décrit dans le § 3.2.1 *supra*, est donc impossible sans autorisation contrôlée, sauf à ce qu'ils parviennent à profiter de l'ouverture du portail ou du portillon.

L'ouverture des unités elles-mêmes est ambiguë.

Le règlement intérieur des unités mentionne « **Les sorties dans le parc sont personnalisables, en fonction de votre type d'hospitalisation, et ceci dans les créneaux admis entre 10h et 12h et entre 14h30 et 19h** ». Aucune précision n'est donnée sur le « *type d'hospitalisation* » qui permettrait ou non une sortie libre dans le parc.

Les deux unités d'admission sont fermées. Il a été précisé qu'elles peuvent être ouvertes dans la journée lorsqu'aucun patient en SDRE n'y est hébergé ni aucun patient susceptible de ne pas respecter l'interdiction de sortie qui lui serait faite. Lors de la visite des contrôleurs, seule l'unité Est a été ouverte une journée aux heures mentionnées sur le règlement.

Les patients arrivants ont interdiction de sortir pendant les premiers jours, le temps d'observer leur comportement et les patients en SDRE sont toujours accompagnés pour les sorties. L'interdiction de sortir seul ne dure pas sauf pour les patients en SDRE ce que n'implique pourtant aucune disposition relative à leur statut d'admission. Les patients suicidaires sont systématiquement accompagnés pendant leurs sorties dans le parc.

Il a été précisé que les soignants s'opposaient à ce que les patients toxicomanes soient libres de sortir dans le parc, afin de les empêcher d'aller y fumer des produits stupéfiants, ce qui, dans les faits, ne les empêche pas d'en fumer. Les patients qui n'ont pas le droit de sortir respectent la consigne et les soignant y veillent.

L'unité de gérontopsychiatrie est fermée mais les patients peuvent demander à circuler à l'extérieur, dans le parc ; les soignants passent « *un contrat de confiance* » en indiquant de revenir au bout d'un certain temps ou de rester à proximité de la porte.

En pratique, quand les unités sont fermées, les patients autorisés à sortir – ce qui est toujours le cas pour les patients en soins libres – doivent demander l'ouverture de la porte pour sortir comme pour rentrer. Ceci suppose un soignant disponible et peut se révéler difficile.

Les patients bénéficient d'une certaine liberté de circulation sur le site du Châtelard mais ne peuvent pas se rendre aisément sur le site du CH, faute de moyens de transport vers Montluçon (les transports en commun assurent de rares trajets (*Cf. supra* § 2.1.1)).

Le parc qui entoure le bâtiment est vaste, arboré et engazonné, bien aménagé et meublé de bancs mais n'offre aucun abri.



*Espace devant la terrasse de l'unité de gérontopsychiatrie*

### Recommandation 8

Tous les patients quel que soit leur statut d'admission doivent pouvoir sortir librement des unités.

*Dans sa réponse, la directrice du CH précise que « Tous les patients sont libres de sortir dès les premiers jours, sauf si leur état de santé ne le permet pas. Ce dernier est évalué en équipe pluri professionnelle et la restriction de la sortie fait l'objet d'une prescription. Cette restriction peut être levée à tout moment. Les services de soins sont uniquement fermés en fonction de l'état de santé des patients pour assurer leur sécurité. Les autres sont libres de sortir et les soignants répondent à leur demande ».*

Cette précision qui confirme le constat justifie le maintien de la recommandation.

A l'intérieur des unités d'admission, les patients peuvent circuler librement, notamment se rendre dans leur chambre sauf aux heures de ménage. En revanche, en gérontopsychiatrie, Les chambres sont fermées pour le ménage jusqu'à 12h30. Elles sont ouvertes pour la sieste puis de nouveau fermées de 15h30 à 18h30. Les patients sont donc obligés, de sortir – quand ils en ont le droit – ou de se tenir dans la salle commune.

## 5.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT IMPLICITEMENT ENONCEES COMME GENERALES

Le règlement des unités est assez ambigu : il ne mentionne pas expressément de restriction mais exprime que la liberté est subordonnée à une autorisation. Ainsi : « *vous êtes autorisé à garder votre téléphone après avis médical* », etc.

### 5.2.1 Le tabac

A l'intérieur des unités, il est interdit de fumer. Une pièce est toutefois aménagée à cette fin dans les unités en étage. Ce fumoir est ouvert de 7h45 à 8h, de 8h45 à 9h, de 10h à 12h, de 13h à

13h15, de 14h30 à 19h, de 19h30 à 19h45 et de 21h45 à 22h. En dehors de ces créneaux, les patients doivent sortir dans le parc pour fumer, à condition d'y être autorisés. Le matin et en fin de journée, les patients fument donc à heure fixe. Les soignants font preuve de tolérance pour les patients qui ont besoin de fumer la nuit.

L'unité de gérontopsychiatrie ne dispose pas de fumoir, ses patients fument sur la terrasse, petit espace extérieur exposé aux intempéries. L'accès n'y est pas libre car l'unité est fermée ; il est possible d'y accéder sur demande entre 8h30 et 20h30. Les patients ne demanderaient pas à fumer la nuit. Seuls les soignants détiennent briquets et allumettes, il n'y a pas d'allume-cigare sur la terrasse.

#### RECO PRISE EN COMPTE 6

La terrasse de l'unité de gérontopsychiatrie doit être protégée des intempéries par un auvent et un allume-cigare doit y être installé.

Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir que l'aménagement recommandé est en cours.

Les patients disposent de leur tabac, mais non des briquets et des allumettes qui sont conservés dans leur casier. Ils peuvent laisser leur tabac dans ces casiers s'ils le souhaitent.

Les quantités de tabac dont disposent les patients dépendent de leurs moyens financiers. Parfois la famille apporte des cigarettes, parfois le tuteur assure le financement après qu'une décision commune a été prise avec les soignants sur la quantité de tabac à mettre quotidiennement à disposition du patient.

Il a été signalé par les soignants que des personnes démunies de tabac « *vendaient leurs charmes* » contre des cigarettes.

Des substituts nicotiques (patches) sont proposés mais ne sont pas acceptés car ils ne remplacent pas le geste de fumer qui est apprécié des fumeurs.

#### 5.2.2 L'usage du pyjama

Lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement, les patients sont toujours revêtus du pyjama de l'hôpital, parfois ils doivent le conserver quelques jours après la levée de la mesure.

#### PROPOSITION 9

Si le port du pyjama peut être exceptionnellement imposé en chambre d'isolement, cette contrainte doit être prohibée ailleurs.

Dans sa réponse, la directrice du CH affirme que « *La tenue du pyjama n'est pas maintenue après la levée de la mesure d'isolement et lorsque le patient regagne sa chambre* ».

Cette affirmation ne montre pas que les constats des contrôleurs soient erronés.

#### 5.2.3 Accès aux cultes

Sur le site du Chatelard, dans le bâtiment annexe – Cf. *supra* § 2.1.1 – est installée une chapelle utilisée par l'aumônerie catholique. Sur la porte est collée une affichette avec, notamment, les mentions suivantes : « *un diacre – aumônier et son équipe au service des malades et de leurs familles pour vous rendre visite, vous apporter une aide spirituelle, partager vos peines et vos joies. Tél 04 70 02 40 10. Hôpital de Châtelard ; visites tous les mardis de 14h30 à 16h, rencontre*

personnelle sur demande, office à la chapelle pour les grandes fêtes. Adresse de l'aumônerie : hall d'accueil, hôpital de Montluçon, bureau ouvert du lundi au vendredi ». Une messe y est célébrée à chaque fête catholique importante.

L'aumônier catholique vient tous les mardis après-midi au centre social et passe toutes les semaines dans l'unité de gérontopsychiatrie. Les autres unités l'appellent si un patient le demande. Les soignants n'ont pas connaissance de l'existence d'aumôneries d'autres cultes.

### 5.3 LES COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR SONT GERES DE MANIERE DISPARATE AVEC DES RESTRICTIONS EXCESSIVES

#### 5.3.1 Le courrier

Le courrier à l'arrivée – lettres et paquets – est distribué aux patients par les soignants. Il n'est pas ouvert par les soignants.

Le courrier au départ doit être affranchi par les patients, quelle que soit leur situation financière.

#### PROPOSITION 10

La prise en charge de l'affranchissement du courrier par le CH pour les patients nécessiteux doit être rendue possible.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « *Selon la situation individuelle, cette prestation est possible, il faut que les soignants en fassent la demande* ».

Cette réponse n'assure pas la possibilité de la prise en charge de l'affranchissement dès lors que les soignant eux-mêmes n'en sont pas informés.

#### 5.3.2 Le téléphone

Les pratiques sont différentes entre les trois unités.

Dans les unités Est et Ouest, les patients peuvent conserver leur téléphone personnel « *après avis médical* » comme cela est mentionné dans les règles de vie du pôle. En pratique, les patients en disposent librement sauf pendant les repas et la nuit (de 20h à 8h). Les cordons et chargeurs sont toujours conservés par les soignants dans le bureau des infirmiers. Lors de la visite des contrôleurs, seuls quatre patients ne possédaient pas de téléphone.

Dans l'unité de la personne âgée, aucun patient n'est privé de son téléphone portable en journée. Les cordons et chargeurs sont conservés dans le bureau des infirmiers. Les téléphones sont remis aux soignants après le dîner et sont rechargés pendant la nuit.

Les patients sans téléphone portable peuvent recevoir des appels *via* le bureau des infirmiers en utilisant le téléphone sans fil d'un soignant ou le téléphone mural de la salle commune, sans aucune confidentialité. Ces patients peuvent appeler selon le même processus, comme cela apparaît dans les règles intérieures du pôle.

### PROPOSITION 11

La liberté d'accès aux téléphones portables, aux cordons et aux chargeurs doit être la règle ; les limitations l'exception motivée médicalement.

*Dans sa réponse, la directrice du CH n'infirmes pas le constat « Les patients ont librement accès à leur téléphone et l'exception est prescrite. Toutefois, les cordons sont retirés pour des raisons de sécurité (risque suicidaire). Les téléphones sont rechargés à la demande. »*

La recommandation doit donc être maintenue.

#### 5.3.3 La presse, Internet, la télévision

Chaque unité possède un téléviseur dont la télécommande est souvent gérée par un soignant.

La télévision est arrêtée le soir à la fin du premier programme.

Chaque unité est abonnée au quotidien *La Montagne* qui n'est pas livré pendant le week-end.

Les patients dans les unités n'ont pas d'accès Internet ni de Wifi.

Aucun patient n'avait de tablette ni d'ordinateur lors de la visite.

### PROPOSITION 12

Des dispositions doivent être prises pour que les patients puissent avoir accès à Internet et à des postes informatiques du CH, ainsi qu'à un réseau Wifi, selon des modalités à déterminer.

*Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir que « Le futur projet des systèmes d'information devrait répondre à cette question. »*

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

#### 5.3.4 La visite des familles

Dans les unités Est et Ouest, certains patients n'étaient pas autorisés à recevoir de visites ; dans l'unité de la personne âgée, tous les patients étaient autorisés à en recevoir.

Les visites dans les chambres sont interdites et aucun salon n'est réservé aux visites dans les unités. Il n'existe pas non plus d'abri dans le parc.

Dans les unités Est et Ouest, les mineurs ne sont pas autorisés à entrer ; dans l'unité de la personne âgée, les mineurs de plus de 12 ans peuvent entrer.

Les visites ont lieu dans les salles communes des unités, dans le parc et, du lundi matin au vendredi matin, dans l'espace socioculturel.

Les soignants sont souples sur les horaires. Ils font également preuve de souplesse pendant les week-ends et les jours fériés en ouvrant le centre social, notamment par mauvais temps et en présence d'enfants.

### PROPOSITION 13

Des dispositions doivent être prises pour que les patients puissent recevoir des visites pendant les week-ends (ouverture de l'espace socioculturel, création de salon dans les unités et d'espaces couverts dans le parc).

Dans sa réponse, la directrice du CH informe que « *Les visites sont possibles y compris les WE. Des salons vont être aménagés pour permettre les visites dans les services ainsi qu'un abri dans le parc.* »

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LE CONFORT DES LOCAUX EST MINIMAL

Les deux unités Est et Ouest sont réparties au premier et au deuxième étages du bâtiment, l'unité de la personne âgée étant au rez-de-chaussée. L'escalier qui conduit à l'étage est dans un état avancé de délabrement – Cf. *infra* § 6.2.4.

Les trois unités sont organisées architecturalement de manière semblable, en conception des pièces comme en disposition des salles. Pour chacune, l'entrée donne sur une salle commune d'où part – et aboutit – un couloir circulaire qui dessert les chambres, et les locaux professionnels (salle de réunion, locaux sanitaires, réserves, etc.).

#### 6.1.1 Les chambres

Les unités Ouest et Est comportent chacune une chambre triple, trois chambres doubles et huit chambres individuelles. La capacité d'hébergement correspond exactement à la capacité administrative de dix-sept lits.

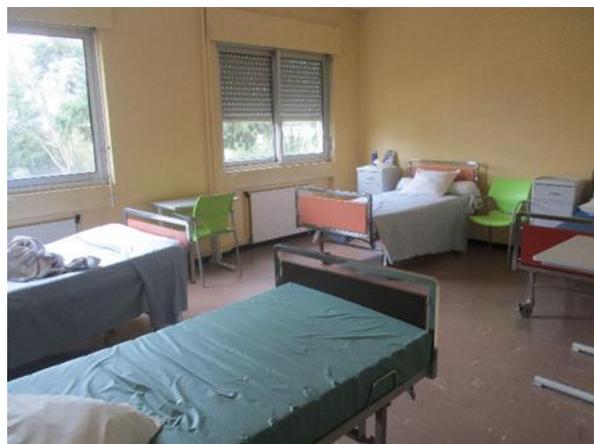
L'unité de la personne âgée qui dispose de trois chambres individuelles, deux chambres doubles offre dix-neuf lits pour dix-sept lits autorisés administrativement. Par principe, les soignants essaient de laisser une chambre individuelle libre de façon à y héberger une personne arrivant en urgence.

Dans chacune des unités, les soignants privilégient l'occupation des chambres par un seul patient, utilisant pour y parvenir, les sorties et les présences intermittentes de patients en programme de soins.

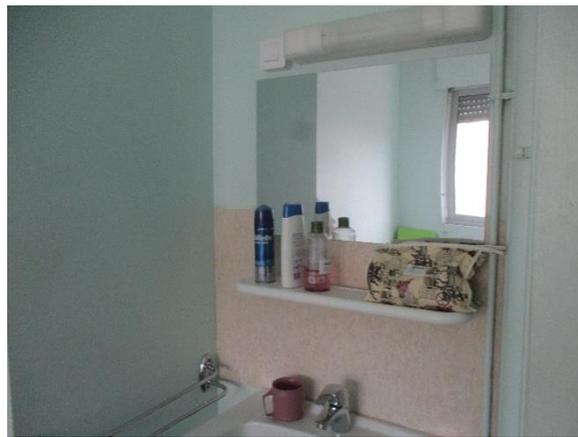
Les chambres disposent autant de fois que de lits d'une table de chevet, d'une chaise et d'un placard qui peut être fermé par un cadenas. Les chambres à deux lits n'ont parfois qu'un seul placard. Une table est ajoutée dans les chambres individuelles.

L'équipement est minimal : aucun bouton d'appel, aucune liseuse hormis dans les chambres individuelles, aucune douche ni WC mais un lavabo avec miroir, éclairage, porte-serviettes et tablette. Des prises électriques ne sont pas toujours installées.

Elles sont éclairées par une ou deux fenêtres, selon leur taille, dont un des battants coulissants s'ouvre sur 10 cm. Des volets roulants sont manœuvrables avec une manivelle qui reste en place.



Chambre à quatre lits



*Une chambre à deux lits*

### 6.1.2 Les locaux collectifs

Chaque unité dispose d'une salle commune, divisée en plusieurs espaces. Dans l'un est installé un téléviseur, dans l'autre des tables et chaises formant réfectoire et dans un troisième, des fauteuils.

La porte d'entrée donne directement dans cette salle, ainsi que le poste de soins et le bureau du cadre de santé. Les couloirs de desserte des chambres, des salles de réunion ou des sanitaires accèdent également à cette salle qui est ainsi un lieu de fort passage. Elle est donc bruyante et transmet toute agitation. Lorsqu'un patient arrive sous contention, il doit traverser cette salle, à la vue des autres patients. Pour éviter cette situation humiliante, un brancard est à disposition de toutes les unités qui permet de transporter le patient attaché, allongé et dissimulé sous un drap.



*Partie salle à manger, au fond à gauche la porte donnant sur l'office, à droite la porte d'entrée dans l'unité (gériopsychiatrie)*



*Espace « détente » vu depuis le poste de soins ( gériopsychiatrie)*



*Espace télévision (unité Est)*

Dans les unités Est et Ouest, une salle d'activités (environ 15 m<sup>2</sup>) est meublée de trois tables, de chaises, et de deux armoires contenant du matériel de travaux manuels et des jeux. Dans l'unité Est, une autre salle exiguë environ 6 m<sup>2</sup>), aveugle, équipée de meubles bas et d'un lavabo surmonté d'un miroir, est utilisée pour des activités de soins esthétiques.

Dans l'unité de la personne âgée, il n'existe pas de salle d'activité spécifique. Une table de la salle à manger est utilisée pour des jeux ou des distractions à l'initiative des soignants.



*Salle d'activité esthétique  
Unité Est*

Des locaux professionnels, notamment le bureau de la secrétaire du chef de pôle, un bureau médical au 2<sup>ème</sup> étage, des bureaux infirmiers, sont dépourvus de fenêtres.

## 6.2 LES LOCAUX SONT VETUSTES ET SOUS-ENTRETENUS, MEME SI LEUR PROPRETE EST ASSUREE

Les locaux propres et bien entretenus ne peuvent effacer l'absence d'intimité, de confort et la vétusté des lieux.

L'équipement sanitaire spartiate est sensiblement identique dans les trois unités.

Chaque unité dispose d'un nombre restreint de chambres individuelles (Cf. supra 6.1.1). Elles sont réservées pour les hospitalisations prolongées de patients en attente de lieu de vie. Une chambre est réservée dans l'unité de la personne âgée pour les entrées urgentes.

Aucune chambre ne dispose d'un local sanitaire attenant. Les chambres individuelles sont équipées seulement d'un lavabo non isolé, surmonté d'un miroir et d'une rampe lumineuse, et d'un porte-serviettes. Dans les chambres doubles et triples, le lavabo est installé dans un cabinet de toilette avec porte-serviettes.

Quatre WC sont accessibles en dehors des chambres.

### 6.2.1 L'unité de la personne âgée

Les blocs sanitaires, un bloc pour les femmes et un pour les hommes, sont conçus selon le même schéma : un vestibule comportant trois lavabos donne accès à un WC, à une salle de douche et, chez les femmes, à une salle de bains comportant une baignoire et un lavabo. Les portes des douches ne peuvent pas être fermées de l'intérieur. Les douches ne comportent pas de porte-serviettes, de patère, ni de rideaux : les utilisateurs doivent donc pousser la porte pour récupérer une serviette et leurs vêtements.



*Les vestibules des blocs sanitaires pour femmes et pour hommes de l'unité de la personne âgée*

## RECO PRISE EN COMPTE 7

Les douches doivent être équipées d'un rideau, de porte-serviettes et de patères. Les portes des douches doivent pouvoir être fermées de l'intérieur.

*Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « Les aménagements des douches ont été revus »*

Ces locaux sanitaires sont ouverts entre l'heure du réveil (6h45 environ) et le petit-déjeuner (8h45) ainsi qu'après le dîner pour que les patients puissent au moins se laver les dents.

**L'ouverture de ces locaux mobilise la présence d'un soignant.**

Une trousse avec du matériel de toilette est donnée aux entrants qui n'en possèdent pas ou dont la leur est insuffisamment approvisionnée. Un infirmier délivre alors ce qui est nécessaire : brosse, peigne, brosse à dents, dentifrice, déodorant, savonnette, shampoing, etc. Le rasoir est donné le matin et repris après la toilette, les infirmiers proposent plutôt un rasoir électrique.

### 6.2.2 Les unités Est et Ouest

Une salle de bains et deux douches collectives sont accessibles le matin et le soir selon des horaires précis. Les douches ne sont pas équipées de flexibles ce qui donne l'assurance d'avoir les cheveux mouillés. La salle de bains comporte une baignoire, une douche avec flexible et une chaise pour les personnes handicapées, un lavabo avec miroir, des porte-serviettes, un distributeur de savon.

Les locaux ont un loquet intérieur, les douches sont équipées de trois patères et un rideau de douche pour éviter les éclaboussures sur les habits.

### 6.2.3 Le linge des patients

Le linge personnel des patients est lavé par les familles. Le linge de corps des patientes est le plus souvent lavé dans les lavabos puis mis à sécher dans la salle de bains. En cas de besoin, en l'absence de familles, le linge des patients est lavé dans la machine à laver du pôle ; un infirmier va avec le patient pour faire fonctionner la machine.

Un stock important de linge est entretenu dans le vestiaire de l'unité de façon à pouvoir habiller les patients démunis ou qui ont sali leurs affaires. Des chaussures – sandales – sont approvisionnées et distribuées de la même façon.

### 6.2.4 L'entretien des locaux

Plusieurs dysfonctionnements témoignent de la vétusté de ces locaux. Sur les quatre WC, un n'est jamais ouvert car il se bouche. Une douche est dépourvue de patère et de porte-serviettes : les patients y entrent avec une chaise en plastique pour poser leurs affaires.

Si l'entretien ménager des locaux n'appelle aucun commentaire, l'absence d'entretien des bâtiments est criante, contrastant avec les locaux neufs et bien entretenus de l'hôpital général.

#### PROPOSITION 14

Les locaux recevant le public, les familles, les patients et le personnel doivent faire l'objet d'un entretien à la hauteur du reste de l'établissement hospitalier.

*Dans sa réponse, la directrice du CH informe que « Ces questions ont été communiquées aux responsables des secteurs techniques et environnement pour amélioration. »*

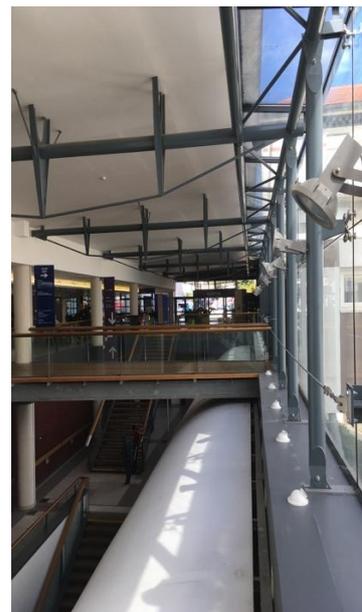
*Les contrôleurs prennent acte de cette démarche qui, pour l'heure, n'invalide pas la recommandation.*



*Montée d'escaliers utilisée par le public et les patients pour desservir les unités*



*Rebord de fenêtre de chambre*



*Hall d'entrée de l'hôpital de Montluçon*

### 6.3 LES BIENS DU PATIENT SONT CONSERVES ET ACCESSIBLES

Lors de l'hospitalisation un inventaire contradictoire des biens est établi.

Les personnes qui présentent des risques suicidaires ne peuvent conserver lacets ou ceinture.

Les patients peuvent conserver des valeurs car ils peuvent fermer leurs placards avec un cadenas vendu au centre socioculturel. Les soignants recommandent de déposer les biens et les valeurs au bureau des entrées et, comme l'indique le règlement intérieur du pôle, peuvent conserver des valeurs et les sommes inférieures à 50 euros. Les interlocuteurs n'étaient, en pratique, pas très précis sur le montant des espèces qui pouvait être ainsi conservées, la limite évoquée était de 100 euros. Le surplus est momentanément entreposé dans le coffre du secrétariat et le coursier les emporte à l'hôpital général qui le reverse au Trésor public. En sortie, le patient doit aller y rechercher ces sommes.

Chaque patient dispose d'un casier entreposé dans la salle de soins dans lequel sont conservés parfums, rasoirs, coupe-ongles et autres objets présentant des risques. Les sommes d'argent sont placées dans une enveloppe dans ce casier individuel. Les entrées et les sorties d'argent font l'objet d'une signature par le soignant mais non par le patient. Cependant, les patients qui souhaitent conserver leurs espèces par devers eux doivent signer une décharge de responsabilité de l'établissement en cas de vol.

Les patients disposent donc de moyens de paiement pour consommer des boissons à l'espace socioculturel. Certaines tutelles acceptent de payer sur factures ces dépenses.

## PROPOSITION 15

L'inventaire des entrées et sorties d'espèces restant dans l'unité doit être signé par un soignant et par le patient propriétaire.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « *La cosignature par l'agent et le patient de l'inventaire des sorties et entrées d'espèces conservées dans le casier sera mise en place avant septembre 2020.* »

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

#### 6.4 L'ORGANISATION DES REPAS, PRIS EN COMMUN, N'APPELLE PAS DE COMMENTAIRE

Dans chaque unité, les repas sont pris en commun dans la grande salle qui fait office de salle à manger, salon, salle d'activité selon les moments de la journée et qui est un lieu de passage.

Le petit-déjeuner est servi de 8h à 8h30, le déjeuner de 12h à 12h30, une collation (une boisson et un gâteau ou un chocolat) à 16h et le dîner de 19h à 19h30 dans les unités Est et Ouest, de 18h15 à 19h dans l'unité de la personne âgée.

Sur prescription médicale, les repas peuvent être pris en chambre.

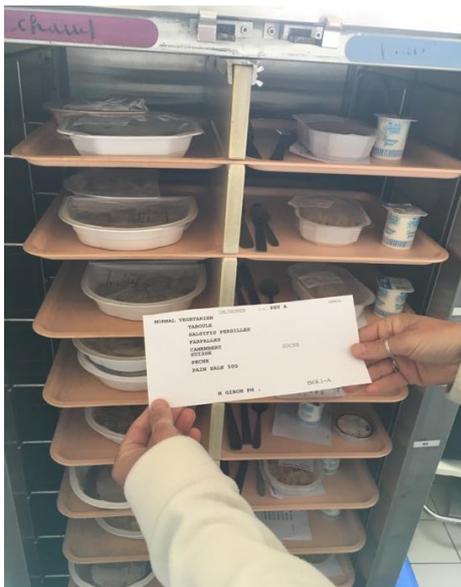
Les patients choisissent leurs places à table. Ce sont en général les mêmes. Il arrive que les soignants installent un ou des patients à une place donnée (seule ou avec d'autres).

A table, la nourriture est servie sur des plateaux individuels en portions operculées préparées dans la cuisine centrale et amenées en chariot. La vérification des plateaux et les dernières préparations sont effectuées dans un petit office.

Les menus de la semaine sont affichés sur les panneaux.

Il n'y a pas eu de remarque sur la qualité gustative et la quantité des mets.

Les patients peuvent conserver des biscuits en chambre et de la nourriture dans le réfrigérateur de l'office.



Plateaux repas individuels



Office permettant la préparation des collations et des plateaux repas

### 6.5 LA QUESTION DE LA SEXUALITE EST PEU ABORDEE

Il n'existe aucune réflexion collective sur la sexualité dans les trois unités du service de psychiatrie. Aucun interdit n'est formellement édicté et la gestion de constatation de situations de rapprochement est laissée à l'appréciation de chaque soignant : « *on laisse faire ou on indique d'aller dans le parc* » selon les dires des équipes.

Le faible nombre de chambres individuelles, l'absence de verrou de confort et l'interdiction des visites des proches dans les chambres sont autant d'entraves implicites à l'expression de la sexualité.

Néanmoins le sujet n'est pas tabou, il est abordé quand les patients individuellement interrogent les soignants et les équipes sont favorables à une discussion collective. Les équipes de soignants ont la possibilité de donner des préservatifs.

#### Recommandation 9

Le thème et l'expression de la sexualité dans les services doivent faire l'objet d'une réflexion collective afin de garantir le respect de cette liberté tout en protégeant l'intimité et la vulnérabilité de chacun.

Dans sa réponse, la directrice du CH affirme que : « *Ces réflexions doivent être organisées par les professionnels du pôle.* »

Les contrôleurs prennent acte de ce principe.

## 7. L'ACCES AUX SOINS

### 7.1 LA FILIERE D'ACCUEIL PSYCHIATRIQUE AUX URGENCES EST REDUITE A L'AVIS DE L'ASTREINTE PSYCHIATRIQUE

#### 7.1.1 Le service des urgences

L'activité des urgences, au sein du CH, est de 100 passages par jour sans grande variation saisonnière. L'arrivée s'effectue selon deux modalités :

- à l'issue d'un déplacement du SMUR, le patient est accueilli directement en salle de déchoquage ;
- par entrée directe pour le patient qui vient spontanément, amené par une ambulance privée, ou par un véhicule des pompiers.

L'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA), présente à toute heure du jour et de la nuit, reçoit la personne, prend les constantes et constitue le dossier. Ce dossier médical est parfois déjà ouvert si le centre 15, sollicité en amont, a organisé l'hospitalisation.

Depuis le mois de mars 2019, les demandes de consultation de psychiatrie sont répertoriées sur un cahier d'écolier. L'activité, ainsi notée, fait état par exemple entre les mois de mars et d'août 2019 de soixante et onze consultations dont neuf concernant des mineurs. Sont également notées six mesures de SSC dont quatre SPI et deux SPDTU.

Un examen somatique est d'emblée réalisé par un des médecins urgentistes et si la situation relève des services psychiatriques, le psychiatre d'astreinte – Cf. *infra* § 7.3.1 – est directement appelé. Il n'y a pas d'accueil infirmier psychiatrique.

Le psychiatre d'astreinte consulte et éventuellement pose l'indication de SSC. Il peut s'agir d'un patient déjà suivi par le psychiatre ou appartenant à son secteur de compétence.

En cas de demande de SSC avec un tiers mais en l'absence de certificat émanant d'un médecin extérieur à l'établissement, les certificats médicaux sont rédigés par le psychiatre et l'urgentiste, les deux appartenant au même établissement.

En l'absence de tiers, la mesure utilisée est une admission en SPI avec un seul certificat signé par le médecin urgentiste de garde, praticien de l'établissement. Or, l'article L.3212-1<sup>20</sup> du CSP qui prévoit la possibilité d'admission sans demande de tiers lorsqu'il « existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne », subordonne le constat de cet état par un certificat médical qui « ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ». Il a été expliqué qu'il est très difficile de faire venir à l'établissement un médecin qui lui est extérieur pour faire constater le péril imminent en

---

<sup>20</sup> 2° du II de l'article L. 3212-1 de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : « 2° Soit lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent<sup>20</sup> pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade. [...] Lorsque l'admission a été prononcée en application du présent 2°, les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont établis par deux psychiatres distincts. »

l'absence de tiers pour signer la demande d'admission. Cette carence a conduit le JLD, devant lequel le moyen tiré de cette irrégularité a été soulevé, à l'écartier en relevant que le médecin urgentiste signataire ne dépendait pas du pôle de psychiatrie et que ce pôle n'était pas situé géographiquement près du CH de Montluçon. Cette ordonnance a été confirmée, par les mêmes motifs, par la cour d'appel de Riom<sup>21</sup>. Il demeure que l'utilisation de la procédure de SPI tient parfois plus à une absence de tiers dans le délai que tolère le service des urgences qu'à la réalité d'une imminence d'un péril pour les patients concernés.

### Recommandation 10

L'établissement doit mettre en œuvre des recherches plus efficaces d'un tiers susceptible de demander l'admission d'un patient nécessitant des soins sans consentement et, lorsque ce tiers se présente, se donner, en cas de refus, le temps de le convaincre de prendre la responsabilité de signer la demande.

*Dans sa réponse, la directrice du CH précise « Ces modalités doivent être revues par les médecins urgentistes et les psychiatres. »*

*Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.*

En outre, si le patient est hospitalisé dans l'unité du psychiatre d'astreinte, il est fréquent que ce dernier établisse le certificat médical des 24 heures et celui des 72 heures. Cela est en contradiction avec le deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2<sup>22</sup> de la loi du 5 juillet 2011 qui dispose que les médecins psychiatres rédacteurs des certificats des 24 et 72 heures doivent être différents du rédacteur du certificat initial.

### Recommandation 11

Les certificats médicaux pour les demandes de soins sans consentement dites de péril imminent doivent être rédigés par des médecins n'appartenant pas à l'établissement.

Le certificat initial d'admission et les certificats des 24 et 72 heures doivent être établis par des auteurs différents.

*Dans sa réponse, la directrice du CH fait valoir que « La difficulté à trouver un médecin externe à l'ES est réelle. L'organisation mise en place est validée par le JLD et la Cour d'appel de RIOM. Cependant le certificat 24 et 72 heures pourra être signé par 2 auteurs différents. De plus, l'installation d'un cabinet libéral à proximité des urgences devrait permettre de répondre à cette problématique jusqu'à 23h. »*

*La circonstance que la Cour d'appel de Riom n'ait pas censuré des pratiques irrégulières ne confère ces dernières aucun caractère de légalité et l'établissement ne saurait se prévaloir*

<sup>21</sup> Cour d'appel de Riom, 17 juillet 2019, n°32/2019.

<sup>22</sup> Deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2 de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge :  
« Dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux [articles L. 3212-1](#) ou [L. 3213-1](#). Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée. »

de cette abstention juridictionnelle pour les poursuivre. Aussi la perspective de voir changer ces procédures, pour au moins une partie de la journée ne peut qu'être une source de satisfaction.

A l'issu de l'examen somatique, du bilan biologique standard demandé dont l'alcoolémie, le patient présentant des troubles psychiatriques avec parfois des troubles comportementaux attend la consultation du psychiatre au box 6. Ce box est situé au milieu des urgences. Il peut être vidé très facilement et rapidement de son matériel. Il est facilement accessible au regard de tous afin d'assurer une surveillance, ce qui limite les risques de sortie sans autorisation.

Le service s'est muni de deux jeux de contention. Les patients agités, dont l'état nécessite une contention, et les patients détenus – indépendamment de leur état – sont contentonnés. Ils sont installés dans ce box jusqu'au moment de leur transfert dans le service d'accueil (Cf. *infra* § 9.1). Cela peut durer plusieurs heures.

Un petit espace aménagé en salon au sein des urgences permet un accueil des familles et facilite les discussions autour de la recherche du tiers.

L'absence de temps d'infirmier psychiatrique aux urgences conduit sans doute à « psychiatriser » d'emblée les situations de crise qui pourraient se solder par un retour à domicile après une prise en charge de quelques heures dans un lieu calme avec un personnel rompu aux entretiens d'évaluation et de soutien.

Il a été rapporté aux contrôleurs l'existence il y a quelques années d'un temps infirmier psychiatrique aux urgences mais ce temps se serait petit à petit réduit à la portion congrue jusqu'à disparaître.

### Recommandation 12

L'établissement doit réactiver la filière des urgences psychiatriques avec la présence d'infirmiers psychiatriques aux urgences afin d'initier d'emblée le soin psychiatrique.

Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir : « *Objectif à inclure dans le futur projet du service des urgences en lien avec le pôle psychiatrie.* »

Les contrôleurs prennent acte de cette perspective.

Les entrées directes en service de psychiatrie sont exceptionnelles lorsqu'elles font suite à une consultation avec un psychiatre en CMP.

#### 7.1.2 L'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

Si l'état de santé nécessite une surveillance somatique, comme par exemples les alcoolémies élevées ou les ingestions médicamenteuses volontaires, les patients sont hospitalisés dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) jusqu'au moment où le transfert en service de psychiatrie est possible.

#### 7.1.3 Les mineurs

Le § 9.2 *infra* traite du thème des mineurs.

## 7.2 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE A L'ARRIVEE PERMETTENT D'EVITER LES TRAUMATISMES DE L'HOSPITALISATION

Après un passage systématique par les urgences, les patients sont ensuite conduits en véhicule de l'hôpital et attachés, s'ils sont agités. La décision de SSC est initiée aux urgences où le médecin établit le certificat médical d'admission.

Les patients sont accueillis dans le service par les infirmiers qui expliquent le fonctionnement de l'unité, les différentes restrictions dont le port du pyjama, le téléphone, le tabac et les différentes consignes selon ce qui a été prescrit lors de la décision d'admission aux urgences.

La chambre est choisie par l'équipe en fonction du sexe, de l'état de l'autre patient pour les chambres doubles, les chambres individuelles étant plutôt réservées aux « chroniques ». Le personnel d'encadrement n'est pas toujours consulté sur ce choix.

La chambre est ensuite montrée à l'arrivant et l'inventaire déjà effectué aux urgences est revérifié, notamment le contenu du sac. Les « objets dangereux » sont retirés dont les coupe-ongles, parfums, cordons de téléphone, etc.

Si la personne arrive en contention, elle est placée en CI.

La communication du livret d'accueil est évoquée *supra* dans le § 3.1.1.

Le traitement, comme les différentes consignes, a été prescrit à la suite de la consultation aux urgences par le psychiatre qui a indiqué et organisé l'hospitalisation.

## 7.3 L'ABSENCE DE PROJET MEDICAL APPAUVRIT LES SOINS PSYCHIATRIQUES

Le projet de service date de l'arrivée du médecin chef de pôle en 2016 (*Cf. supra* § 2.1.3). Il n'a pas été réactualisé et n'est pas connu du personnel soignant.

### 7.3.1 La permanence de soins

La permanence des soins est organisée sous forme d'astreinte médicale de psychiatres qui interviennent également aux urgences.

Tous les jours, sont désignés un « médecin d'astreinte opérationnelle » et un « médecin d'astreinte sécurité ». Tous les psychiatres, dont les associés, participent à l'astreinte opérationnelle, seuls les médecins ayant la plénitude d'exercice participent à l'astreinte de sécurité. Le tableau du mois de septembre fait apparaître qu'un même médecin peut assurer les deux astreintes simultanément et que l'astreinte peut durer deux voire trois jours.

Néanmoins, il y a toujours un médecin sur place et le médecin référent du patient est toujours joignable.

### 7.3.2 Le projet de soin

Dans les trois services, le projet de soin du patient est construit au fil de l'hospitalisation et des notes prises au moment des réunions cliniques hebdomadaires.

Les différents participants aux prises en charge sont présents à ces réunions : le médecin, le cadre de proximité, une infirmière du service, l'infirmière des activités thérapeutique (très impliquée, et qui fait un compte-rendu de la participation de chaque patient), l'assistante sociale.

Lorsqu'une sortie est envisagée et préparée, ou si l'hôpital de jour est indiqué, un membre de l'équipe du secteur est présent.

### 7.3.3 L'accès et l'organisation des soins pendant l'hospitalisation

Les infirmiers assistent toujours aux entretiens médicaux.

Les infirmiers, lorsqu'ils conduisent les entretiens seuls, les dénomment « relation d'aide » et déplorent l'absence de formation à la conduite d'entretiens infirmier. **Une recommandation est rédigée sur ce point dans le § 2.3.2 supra.**

Aucun infirmier, ni aide-soignant n'est désigné comme référent d'un patient, les médecins considérant cela sans utilité.

En revanche deux infirmiers et deux aides-soignants sont « référents en médiation animale » et participent à cette activité pour l'ensemble des patients. La manifestation annuelle de la médiation animale s'est déroulée pendant la semaine de visite des contrôleurs avec la participation d'un nombre conséquent de patients, de soignants et de familles.

Dès le début de l'hospitalisation, l'information des familles est systématique avec une prise de contact par le médecin. Des entretiens sont proposés afin de recevoir l'entourage familial et de comprendre les circonstances de l'hospitalisation.

Les familles sont également systématiquement prévenues des permissions, des placements en CI, et participent à la suite de la prise en charge.

Les psychologues partagent leur activité entre l'intra hospitalier et l'extra hospitalier avec une prédominance pour ce dernier. Les suivis individuels sont effectués sur demande médicale.

La prise en charge des hospitalisations des personnes en crise suicidaire bénéficie d'un protocole spécifique avec une fiche de surveillance infirmière détaillant les temps de surveillance et les observations à retranscrire dans les dossiers et auprès des médecins. Il peut s'y associer aux dires des médecins et infirmiers des restrictions de libertés, voire des mises en CI pour des patients en SL sans qu'il y ait changement de statut. **Une recommandation est rédigée sur ce point dans le § 8.2 infra.**

**Les réunions de synthèse**, également appelées « *staffs* » ou réunions de transmissions, en présence du médecin psychiatre de l'unité, de l'assistance sociale, de la psychologue, des IDE et AS de service, sont organisées sur un rythme hebdomadaire dans chaque unité :

- l'unité Est : jeudi matin ;
- l'unité Ouest : lundi matin ;
- l'unité de la personne âgée : mardi matin de 10h30 jusqu'à 11h30 au moins et voire 14h si cela est nécessaire.

Les soignants de l'équipe de nuit ne participent pas aux *staffs*, mais transmettent leurs questions et informations au moment des transmissions du matin.

**Les réunions de synthèse proprement dites**, sur un patient donné, sont organisées quand la durée de l'hospitalisation est longue. Elles rassemblent le médecin, le tuteur, un infirmier, l'assistante sociale, un membre de la famille et si possible le cadre de proximité, afin de faire le point sur la situation du patient.

**Le libre choix du médecin** est théoriquement possible. Une demande formulée une fois a été acceptée, cependant, la présence d'un seul médecin par unité, la rend difficilement réalisable.

**Les réunions soignants-soignés** n'existent dans aucune des trois unités.

**Les réunions de fonctionnement** sont organisées à la diligence du cadre de santé de chaque unité. Il n'existe pas de telle réunion au sein du pôle.

**PROPOSITION 16**

Le projet de service doit être réactualisé afin de redynamiser les temps institutionnels de réflexion et d'élaboration, comme les réunions soignants-soignés, les supervisions ou analyse de la pratique.

Dans sa réponse, la directrice du CH affirme que « *Le projet de service sera revu avec l'arrivée d'un nouveau responsable de pôle de psychiatrie et de nouveaux cadres* ».

Les contrôleurs prennent acte de cette perspective qui, cependant, n'a qu'un caractère incertain et lointain.

**7.4 LES ACTIVITES, OCCUPATIONNELLES ET THERAPEUTIQUES SONT NOMBREUSES ET VARIEES****7.4.1 Les activités occupationnelles**

Il existe des activités occupationnelles classiques : jeux de société, jeux de cartes auxquels participent les IDE s'ils sont en nombre suffisant. Dans les unités Ouest et Est, sont prévues des salles d'activité comportant du matériel pour les activités manuelles.

Les patients sont informés des différentes activités dans les unités par un tableau blanc fixé sur le mur, près de la porte d'entrée de l'unité, avec le planning de la semaine, du lundi matin au dimanche après-midi.

Par exemple lors de la visite des contrôleurs, dans l'unité Ouest étaient proposées les activités suivantes :

- lundi : aucune activité planifiée ;
- mardi matin : « humanisation de Châtelard » – voir Nota ;
- mardi après-midi à 14h30 : cuisine à l'unité d'activité ;
- mercredi : journée annuelle de médiation animale sur le site de Châtelard ;
- jeudi matin : sport collectif ;
- vendredi matin à 10h30 : sculpture en papier mâché (à l'unité d'activité) ;
- vendredi après-midi à 14h30 : sortie médiathèque ;
- samedi, dimanche : aucune activité planifiée.

Nota : l'activité « humanisation de Châtelard » que l'on peut qualifier de « transversale », car occupant l'ensemble des trois services, a pour but la fabrication des décorations (tableaux, etc.) afin de rendre le site ou plus exactement la salle du centre social-caféteria plus accueillante et plus agréable. Cette salle située au rez-de-chaussée du bâtiment accueille les patients et leurs familles, dans un vaste espace décrit comme une interface ville/hôpital mais malheureusement fermé pendant le week-end et les jours fériés.

**7.4.2 L'unité d'activités psychothérapeutiques**

Le bâtiment annexe du site dispose de locaux spacieux, réaménagés en une unité spécifique dite d'activités psychothérapeutiques. L'unité a été créée à la suite de la fermeture de la maison thérapeutique et a récupéré une partie du matériel non utilisé.

Le personnel intervenant est composé de :

- 0,5 ETP d'ergothérapeute les journées des mardi et vendredi, et le mercredi après-midi ;

- 0,3 ETP d'éducatrice sportive spécialisée ;
- 1 ETP d'IDE.

Les activités sont réalisées selon les prescriptions médicales et destinées aux patients des trois unités. Le médecin de l'unité décide au cours des réunions de synthèse, avec le personnel présent, si un patient peut suivre l'une ou l'autre des activités ainsi organisées. L'accord du patient est recherché et, sous réserve de cet accord, le patient est invité à participer à ces activités. Les patients en SSC peuvent avoir accès à ces activités mais les contrôleurs ont constaté qu'ils étaient peu nombreux.

Les patients peuvent participer à des activités groupales ou sur un temps individuel.

Lors de la visite, un seul des patients sur les six en SSC allaient ainsi régulièrement à ces activités. Les activités sont variées : créatives, cognitives ou manuelles avec différents ateliers permettant de travailler le bois, du matériel pour la peinture, les collages, le modelage, l'écriture, la musique, etc.

Une grande salle avec des tapis permet la pratique de la gymnastique et la relaxation ainsi que des salles avec du matériel pour la musculation et un sac de frappe.

L'activité *Sport collectif* est effectuée dans un gymnase avec des patients de l'hôpital de jour, des CMP et quelques patients hospitalisés.

Le service, très dynamique, s'est également engagé avec l'appui de l'association locale « ANIM » qui contribue à la réadaptation sociale, culturelle des patients hospitalisés et ceux suivis dans les secteurs de psychiatrie, dans la participation à des animations effectuées par l'association nationale « Sport en Tête » qui regroupe plusieurs établissements dont Moulins-Yzeure, La Châtre (Indre), Ainay-le-Château, Saint-Vaury (Creuse) et Étampes (Essonne).



*Matériel pour activités sportives*



*Atelier bois*



*Salle relaxation et gymnastique*

#### PROPOSITION 17

Les indications médicales d'activités thérapeutiques pour les patients en SSC restent rares. Elles doivent être renforcées afin de permettre à ces patients d'accéder au dynamisme et à la créativité de cette équipe.

*Dans sa réponse, la directrice du CH affirme que « Si l'état de santé du patient en SSC le permet, il n'y a pas de restriction à sa participation aux activités thérapeutiques s'il le consent. Il est toujours incité par les soignants à y participer. »*

Les contrôleurs maintiennent toutefois leur constat de la faible fréquentation des activités par les patients en soins sans consentement.

## 7.5 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST IRREGULIER

Le médecin responsable de l'UHCD du CH de Montluçon assure les soins somatiques dans les unités d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie à hauteur, théoriquement, de 0,5 ETP.

Cependant, sa présence effective n'est que de trois à quatre après-midi sur le site – soit 0,3 à 0,4 ETP – puisqu'il consulte également en CMP et en hôpital de jour, poursuivant des prises en charge initiées au cours des hospitalisations.

Il n'est pas remplacé lors de ses absences - temps de repos ou congés.

### Recommandation 13

L'accès à des soins somatiques pour les patients hospitalisés en service de psychiatrie doit être permanent tout au long de l'année.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que « *Le recrutement en cours d'un psychiatre avec des compétences initiales en médecine générale est prévu dès septembre 2020.* »

Les contrôleurs prennent acte de cette perspective.

Les patients sont systématiquement examinés aux urgences au moment de leur admission. Si leur état nécessite des soins somatiques spécifiques, ils sont accueillis dans un premier temps à l'UHCD.

Un examen somatique est systématiquement pratiqué le lendemain de l'accueil en chambre d'isolement. Les examens sont ensuite réalisés à la demande.

L'accès aux consultations spécialisées est rapide, sous forme de bons de consultation, dans les services *ad hoc* du CH.

En cas d'absence du médecin somaticien et de situation d'urgence, il est fait appel au centre 15 avec un possible retour aux urgences après avoir contacté l'infirmière d'orientation et d'accueil.

Le CH utilise deux logiciels : Orbis pour l'hôpital général et Cariatides pour la psychiatrie. Les deux logiciels n'étant pas compatibles entre eux, seul le médecin généraliste a accès à la totalité du dossier médical informatisé du patient. Ainsi les courriers de sortie des patients hospitalisés en psychiatrie réalisés par le médecin généraliste n'apparaissent pas sur le logiciel utilisé au sein du pôle de psychiatrie.

### PROPOSITION 18

Le dossier médical informatique du patient doit être commun à tous les intervenants du CH, quel que soit le logiciel utilisé (Orbis ou Cariatides).

Dans sa réponse, la directrice du CH indique l'existence d'un projet commune de dossier patient informatisé pour l'ensemble du GHT. Les contrôleurs en prennent acte.

## 7.6 LA PHARMACIE DU CH NE REMPLIT PAS SON ROLE DE CONTROLE

La pharmacie centrale se trouve au CH de Montluçon.

Le logiciel de prescription utilisé par les services hospitaliers n'est pas accessible aux services de psychiatrie.

### 7.6.1 Au centre hospitalier de Montluçon

Dans le programme d'action pluriannuel *management qualité de la prise en charge médicamenteuse de 2019-2023*, le programme d'informatisation des prescriptions, dont les services de psychiatrie sur le CH, devait être achevé à 100 % en 2019 avec la mention « *Psychiatrie si possible avec interface des deux logiciels Cariatides et Orbis* ». Lors de la visite des contrôleurs, aucun début des travaux n'était annoncé.

Pour la rédaction des événements indésirables, notamment dans les erreurs de traitement, il existe une procédure de charte de non-punition depuis 2014.

Les visites des pharmaciens dans les unités de psychiatrie restent rares aux dires des soignants interrogés. Les contrôles des armoires à pharmacie sont effectués une fois par an.

La prise en compte de l'existence des services de psychiatrie générale apparaît dans les comptes rendus du COPIL des médicaments et de la semaine de la sécurité des médicaments réalisée du 26 au 30 novembre 2018, avec la réalisation d'un audit sur les bonnes pratiques de préparation et d'administration des formes orales buvables en psychiatrie ainsi qu'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la tenue des armoires dans les services effectuée le 7 février 2019.

### 7.6.2 Dans les services

La prescription n'étant pas informatisée, les médecins généraliste et psychiatre prescrivent sur papier les médicaments et remplissent une ligne d'un tableau d'une feuille contenue dans le dossier papier du patient.

Il n'existe aucun contrôle des prescriptions en dehors des médecins prescripteurs : le somaticien a, comme le psychiatre, un regard sur les prescriptions de son confrère et inversement.

En parallèle, il n'existe pas de contrôle des posologies, des interactions médicamenteuses ni de possibilité d'alerte en cas d'erreurs, comme c'est habituellement la règle dans les établissements hospitaliers.

Les médecins disposent du *Vidal*<sup>TM</sup> sous format informatique en remplacement du document papier.

Seuls trois médicaments antipsychotiques sont contrôlés : la Clozapine – car ce médicament ne peut être délivré qu'après contrôle par le pharmacien du résultat d'une prise de sang du patient – et les ordonnances nominatives de Xeplion<sup>®</sup> et de Trevicta<sup>®</sup> qui sont des formes injectables de neuroleptiques d'action prolongée onéreux.

Selon l'article R.4235-48 du code de la santé :

*« le pharmacien doit assurer dans son intégralité l'acte de dispensation du médicament, associant à sa délivrance :*

*1° l'analyse pharmaceutique de l'ordonnance médicale si elle existe ;*

*2° la préparation éventuelle des doses à administrer ;*

*3° la mise à disposition des informations et les conseils nécessaires au bon usage du médicament.*

*Il a un devoir particulier de conseil lorsqu'il est amené à délivrer un médicament qui ne requiert pas une prescription médicale.*

*Il doit, par des conseils appropriés et dans le domaine de ses compétences, participer au soutien apporté au patient. »*

### Recommandation 14

Toutes les prescriptions médicamenteuses doivent être contrôlées par la pharmacie hospitalière.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique « *Action organisée par la PUI et les psychiatres* ». Cette réponse laconique et énigmatique n'est pas de nature à invalider la recommandation.

Le système d'approvisionnement des médicaments est basé sur le système dit « plein-vidé »<sup>23</sup> et géré par les infirmiers de nuit réalisant les piluliers. C'est également l'équipe de nuit qui fait les commandes de réapprovisionnement et le contrôle les semainiers.

Il n'existe pas de conciliation médicamenteuse pour les services de psychiatrie.

Un programme d'éducation thérapeutique serait en projet.

#### 7.6.3 Dispensation des traitements

Les médicaments sont distribués à table pendant les repas. Quand les patients demandent des explications, l'IDE invite le patient à venir dans un endroit isolé de l'unité afin d'apporter les éclairages nécessaires.

Le traitement du soir, après le dîner, est distribué individuellement par l'équipe du soir ou celle de l'après-midi. Les patients font la queue devant le bureau des IDE et pénètrent individuellement dans la pharmacie pour se faire remettre les médicaments devant le chariot.

### RECO PRISE EN COMPTE 8

La distribution des traitements doit se faire individuellement dans un lieu fermé afin de préserver la confidentialité de cet acte et de permettre aux infirmiers de prendre le temps de recueillir et de répondre aux différentes interrogations.

Dans sa réponse, la directrice du CH fait savoir que : « *La distribution se fera de façon individualisée dans la salle de soins à compter du mois de juillet 2020.* »

<sup>23</sup> Dans les armoires ou sur les paillasses, les produits sont rangés dans des compartiments doubles. L'un d'eux est équipé d'un support mobile avec une étiquette : cela signifie que le personnel doit impérativement s'y servir. Lorsque ce compartiment "marqué" est vide, le support mobile est déplacé sur le second. Quant à l'étiquette, elle est positionnée sur le tableau de commandes. Le premier bac est alors réapprovisionné, et l'étiquette replacée sur le support mobile du bac en cours d'utilisation. Lorsque celui-ci est à son tour vidé, le cycle reprend.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT RENOVEES PRESENTENT DES DEFAUTS

#### 8.1.1 La répartition des chambres d'isolement

Les chambres d'isolement (CI) sont au nombre de quatre, deux à l'unité Est et deux à l'unité Ouest.

L'unité de la personne âgée ne possède pas de CI. Elle dispose d'une chambre appelée « chambre d'apaisement » utilisée pour permettre un temps de repos pour des patients dont l'état de santé nécessite tranquillité et calme. Ces deux états sont difficiles à obtenir en chambre double ou triple. Lorsque cette chambre d'apaisement est occupée, pour quelques heures, elle n'est jamais fermée à clé ; elle n'est pas assimilable à une CI.

Dans l'établissement, les CI sont appelées « chambres de contention », sans que cela fasse référence pour autant à l'utilisation de la contention physique. Cette dénomination suscite des confusions et de l'incompréhension lorsque les soignants parlent de « *contention ouverte* ».

Selon la définition donnée par la haute autorité de santé (HAS) : « *est appelée chambre d'isolement une chambre dont la porte est verrouillée et qui est séparée de l'équipe de soin et des autres patients* ». <sup>24</sup>

#### 8.1.2 Les chambres d'isolement de l'unité Est

Les CI de l'unité Est sont peu utilisées depuis la réfection de celles de l'unité Ouest.

L'une beaucoup plus grande que l'autre n'a pas d'horloge mais le piton de fixation est resté sur place après que des patients ont fait la demande de la retirer, notamment à cause du bruit. Le lit est fixé au sol, au milieu pour l'une des chambres et, tête contre le mur, pour l'autre. La porte d'entrée est percée d'un fenestron. Il n'y a pas de climatisation, pas de bouton d'appel mais ces chambres sont contiguës au poste de soins. Un WC avec un lavabo donne dans le sas-de dégagement qui distribue les deux chambres. Le sol est uniformément recouvert d'un balatum noir.

Dans le sas, se trouve un adaptable pour les repas pris en chambre avec couverts en plastique. La pratique du service avec des temps en chambre ouverte permet parfois aux patients de prendre leurs repas dans la salle à manger de l'unité, avec les autres.

En cas d'isolement, les infirmiers font une visite toutes les trente minutes.

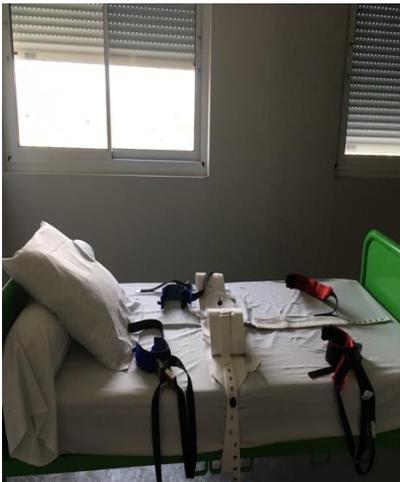
Si les personnes ne sont pas attachées et en fonction de leur état clinique, il est possible que des patients conservent des livres et des journaux.

#### 8.1.3 Les chambres d'isolement de l'unité Ouest

En 2014, après l'évasion d'un patient détenu accueilli dans les unités d'entrée en SDRE et à la suite de différents courriers du chef de service s'alarmant de la vétusté et de la non-conformité des CI – constatées par une mission d'inspection de l'ARS en 2016 – les CI de l'unité Ouest ont été refaites en 2017. Ces CI reçoivent depuis fin février 2018 la majorité des patients soumis à des mesures d'isolement et de contention.

---

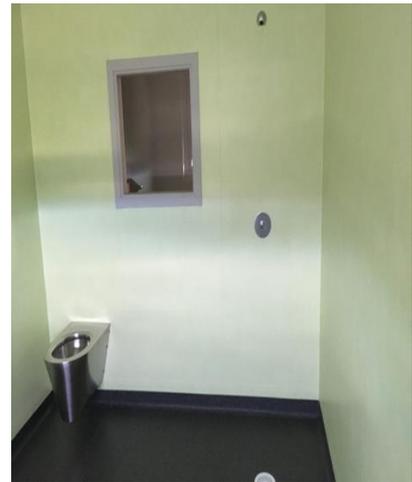
<sup>24</sup> *Recommandation de bonne pratique de la HAS : isolement et contention en psychiatrie générale, méthode et recommandation pour la pratique clinique, argumentaire scientifique février 2017*



*CI avec matériel de contention*



*Sas des CI et une porte d'accès à une CI avec fenestron*



*Fenêtre donnant vu sur les WC et douche dans une CI*

Ces nouvelles CI sont claires et propres. Elles sont équipées d'un lit fixé au sol, d'un bouton d'appel, d'un local sanitaire avec douche, lavabo et toilettes, d'une climatisation et d'une horloge. Le réglage de la climatisation et de l'ouverture des volets se fait à l'extérieur des chambres dans le sas commun.

Cependant, le fenestron permettant la surveillance depuis le sas conduit le regard directement sur les toilettes sans souci pour la dignité de la personne occupant la chambre. En outre, le bouton d'appel n'est pas accessible par un patient contenu mécaniquement.

#### PROPOSITION 19

Les personnes occupant une chambre d'isolement doivent à tout moment pouvoir faire appel au personnel soignant quelle que soit leur capacité de mouvement. Le WC ne doit pas être visible depuis le sas.

*Dans sa réponse, la directrice du CH indique : « Possibilité de film occultant sur le fenestron. Le système d'appel fonctionne à tout moment mais des améliorations doivent être apportées pour éviter des interférences dans la salle de soins. »*

*Les contrôleurs prennent acte de ces intentions.*

### 8.2 IL N'EXISTE AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE SUR LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Il existe plusieurs protocoles détaillant les mises en CI et en contention, répondant aux règles de bonnes pratiques en vigueur.

La décision médicale et la surveillance infirmière pendant le séjour en chambre d'isolement se fait sur de grand document papier de type A3, inséré ensuite dans le dossier papier du patient. Sur ce document apparaissent tous les items de surveillance qui doivent être cochés régulièrement.

En pratique et après constat des contrôleurs, il apparaît que des patients en SL séjournent en CI de manière continue ou séquentielle sans que leur statut d'hospitalisation soit modifié. Des patients en SL peuvent donc séjourner en CI, parfois porte ouverte. Les contrôleurs ont trouvé

également des « *prescriptions si besoin* » en CI dans des dossiers de patients ou sur des fiches de surveillance des patients. Des « *prescriptions de contention* » avec injection en « *si besoin* » sont également trouvées et ont été réalisées sans que n'apparaisse l'appel ou la venue du médecin.

#### RECO PRISE EN COMPTE 9

Chaque décision d'isolement doit être rédigée au moment de la mise en isolement ou dans l'heure qui suit. Le « *si besoin* » doit être proscrit.

#### RECO PRISE EN COMPTE 10

Toute décision de mise en isolement d'un patient en soins libres doit être suivie rapidement par une évaluation de son statut afin d'en assurer la conformité avec les restrictions de liberté rendues nécessaire par l'état clinique, même s'il s'agit de séjours de quelques heures et d'autant plus s'ils sont susceptibles de se répéter plusieurs jours de suite.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que ces deux procédures ont été corrigées après la visite.

### 8.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE PERMET PAS D'ANALYSER LES PRATIQUES

Le nombre de patients ayant été soumis à des mesures d'isolement et de contention peut être retrouvé mais le registre de la contention et d'isolement avec ses différents items (date de début, prescripteur, durées de la mesure, nature de l'espace – spécifique ou non –, surveillance, etc.) n'existe pas. Un registre est rempli manuellement depuis 2019 par les cadres de proximité.

La distinction entre isolement en espace spécifique et espace non spécifique n'est pas précisée.

	Nombre de mesures d'isolement et de contention		
	Année 2017 (Réfection des CI de l'unité Ouest)	Année 2018 Utilisation privilégiée des CI de l'unité Ouest	Année 2019 (1 <sup>er</sup> semestre)
Unité Ouest	50	113	56
Unité Est	110	55 (dont 20 pour janvier et février)	54

Les pratiques d'isolement et de contention, qui semblent peu nombreuses, ne font pas l'objet de comptes rendus détaillés, ne sont pas émaillées de réflexions ni d'études. L'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique précise que pour chaque mesure d'**isolement** ou de **contention**, le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée, avec mention des espaces spécifiques ou non, utilisés pour ces mesures.

Ce registre d'isolement et de contention n'est donc pas exploitable.

Aucun compte rendu n'a jamais été présenté à la commission médicale d'établissement (CME).

### RECO PRISE EN COMPTE 11

L'établissement doit tenir un registre de contention et d'isolement, conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Un bilan doit être réalisé chaque année sur les pratiques de contention et d'isolement et doit être présenté en commission médicale d'établissement.

Dans sa réponse, la directrice du CH informe que : « Registre modifié conformément à cette recommandation. Un bilan sera présenté tous les ans à la CDU. Pour 2019, présentation en septembre 2020 puis tous les premiers trimestres. »

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES EST RARE MAIS INDIGNE

L'hospitalisation de patients détenus est rare en service de psychiatrie alors qu'il existe à la maison d'arrêt de Montluçon une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) dont le personnel est rattaché au CH de Montluçon.

Il y a plusieurs années, un antécédent de violence au cours d'une hospitalisation d'un patient détenu dans un des services de psychiatrie a conduit l'établissement à se déclarer inadapté pour l'accueil des patients venant de la maison d'arrêt de Montluçon. Une filière de prise en charge par l'hôpital psychiatrique de Moulins Yzeure a été mise en place.

L'équipe de l'USMP comporte depuis 20 ans un médecin somaticien coordonnateur, qui effectue quatre vacations par semaine, et un médecin psychiatre, avec une vacation par semaine.

Les hospitalisations psychiatriques non urgentes sont programmées à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Bron située à l'hôpital du Vinatier, (Rhône) et les urgences psychiatriques sont adressées au centre hospitalier de Moulins-Yzeure.

Le circuit d'hospitalisation, en cas d'urgence psychiatrique, passe par les urgences de Montluçon. Le patient détenu, après un examen somatique et psychiatrique, y attend son transfert dans un box, sur un brancard, avec des contentions. La surveillance est assurée par l'ensemble du personnel travaillant aux urgences, portes du box fermées, avec une affiche sur la porte indiquant la présence du patient détenu et appelant ainsi à la vigilance.

Un fois les différents documents administratifs obtenus, dont l'arrêté préfectoral, le patient détenu est transféré. L'attente peut être longue, de l'ordre de plusieurs heures. Le box ne présente aucune garantie de sécurité pour un patient suicidaire. La contention physique est essentiellement justifiée par le statut pénal du patient et non par son état clinique.

#### Recommandation 15

Les personnes détenues hospitalisées au titre de l'article L 3214-1 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale, doivent pouvoir être accueillies dans des conditions respectant autant leur état de santé que leur dignité.

Dans sa réponse, la directrice du CH indique que la procédure d'accueil des détenus aux urgences avant transfert en psychiatrie est à l'étude.

Les contrôleurs prennent acte de l'initiative de cette étude.

### 9.2 LE SERVICE DE PEDIATRIE ACCUEILLE DES MINEURS PAR DEFAULT, SANS DISPOSER DE CAPACITES ADAPTEES

L'absence de lits de pédopsychiatrie au centre hospitalier de Montluçon et au CH de Moulins conduit le service de pédiatrie à accueillir les urgences et les hospitalisations des mineurs présentant des troubles du comportement.

Les mineurs ayant fait des tentatives de suicide avec ou sans intoxication médicamenteuse volontaire sont hospitalisés durant trois à quatre jours. Les jeunes patients sont vus par les pédopsychiatres et suivis ensuite à la maison des Adolescents.

Les patients présentant des troubles du comportement alimentaire peuvent être hospitalisés pour trouble métabolique à Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme).

Les troubles du comportement à type d'auto ou hétéro agressivité ont conduit le service de pédiatrie à s'organiser pour répondre à ces situations. Une chambre pouvant être fermée est dédiée à la contention. Le service s'est équipé du matériel de contention habituellement utilisé en service de psychiatrie, afin de faire face à ces situations de violence décrites comme difficilement maîtrisables par d'autres moyens.

Il n'existe pas de registre d'isolement et de contention. Les mesures ne sont tracées que dans les dossiers des patients.

Il y aurait eu en 2018 sept hospitalisations de mineurs de 10 à 15 ans dont l'état a nécessité contention et forte sédation. Aux dires des médecins, inquiets, ce nombre serait en nette augmentation.

#### Recommandation 16

L'établissement doit proposer une filière de prise en charge des hospitalisations des mineurs en pédopsychiatrie respectant la dignité, l'accès aux soins des jeunes patients et la sécurité des patients comme celle du personnel soignant.

*Dans sa réponse, la directrice du CH relève que : « La filière de prise en charge des hospitalisations des mineurs en pédopsychiatrie est organisée entre le CH MONTLUÇON, MOULINS et CHU CLERMONT. Les difficultés rencontrées sont liées au manque de lits disponibles. » Elle ajoute : « L'accueil en pédiatrie sera revu pour répondre mieux à la spécificité de ces prises en charge. La traçabilité des prises en charge en pédiatrie est maintenant réalisée. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces intentions et modifications qui n'invalident pas, pour autant, la recommandation.

## 10. CONCLUSION

Les unités d'hospitalisation à temps complet et le service des urgences du centre hospitalier de Montluçon ont fait l'objet d'un contrôle en septembre 2019. Ce contrôle s'est déroulé dans de bonnes conditions et les professionnels et différents intervenants s'y sont prêtés avec transparence et intérêt.

Ce contrôle a fait ressortir quelques points positifs, dont la qualité des activités thérapeutiques, mais suscite des interrogations sur la capacité du pôle de psychiatrie à poursuivre sa mission d'hospitalisation à temps complet.

Les raisons en sont les suivantes :

- la pénurie en praticiens hospitaliers, psychiatres et somaticiens : le déficit est d'un tiers du temps prévu sur les 3,5 ETP de psychiatres car un psychiatre continue à exercer après la limite d'âge. Bientôt un second psychiatre sera atteint par la limite d'âge. Le somaticien à 0,5 ETP ne peut pas consacrer le temps imparti aux unités d'hospitalisation à temps complet et il n'est pas remplacé pendant ses absences obligatoires (congés) ce qui contraint des patients à repasser par les urgences en cas de problèmes somatiques. Les certificats médicaux d'admission pour des soins en péril imminent sont établis au service des urgences, par des médecins du CH et peuvent être suivis de certificats de 24 ou 72 heures établis par un même psychiatre ;
- la faiblesse numérique en personnel non médical : cette situation conduit à n'avoir aucun infirmier psychiatrique au service des urgences et à tolérer que l'effectif de sécurité de nuit ne soit pas honoré dans une unité ;
- le manque de capacité d'accueil post-hospitalisation : les appartements thérapeutiques ont été supprimés, deux MAS – seulement – existent dans le département mais sont éloignées de Montluçon ;
- l'absence de contrôle des prescriptions médicamenteuses par la pharmacie du centre hospitalier, en dépit des engagements annoncés, met les patients en danger ;
- la médiocrité de l'immobilier : la moitié des patients sont hospitalisés en chambres multiples, ces chambres n'ont pas de salle d'eau attenante, les portes des douches collectives ne sont pas équipées de verrou de confort, ces douches n'ont ni patère ni porte-serviettes, aucun salon n'est prévu pour l'accueil des visiteurs et aucun abri n'a été construit dans le parc, Enfin, si les locaux sont maintenus propres, l'entretien général des locaux laisse à désirer ;
- si l'état des deux chambres d'isolement (CI) rénovées n'appelle pas d'observations majeures, leur utilisation « porte ouverte » et « si besoin » soulève des interrogations. En outre, la tenue du registre d'isolement et de contention ne permet pas d'analyser les pratiques. Il n'est d'ailleurs pas soumis annuellement à la CME ;
- l'absence de projet médical et de projet d'établissement en matière de psychiatrie. En effet le projet médical de 2016 est un constat de carence et le projet d'établissement 2015-2019 n'a pas été concrétisé ; les difficultés financières de l'établissement ont été répercutées sur la psychiatrie sans contrepartie ;
- l'augmentation du nombre de patients hospitalisés en soins sans consentement sur décision du directeur d'établissement : cette augmentation est incontrôlée car incontrôlable, les données chiffrées n'étant pas exploitées. Il est donc impossible de déterminer les causes. Le présent rapport propose des pistes d'analyse, notamment en s'appuyant sur le constat que

des règles fixées par la loi ne sont pas respectées, avec parfois le concours de la cour d'appel de Riom.

L'ensemble de ces constats conduit à poser la question de l'opportunité du maintien de la capacité du CH de Montluçon à accueillir des patients en SSC. La diminution permanente de la population des deux secteurs adultes qui regroupent au 1<sup>er</sup> janvier 2019 95 793 habitants va dans le sens de confirmation de cette interrogation.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19  
[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)