



Rapport de visite :

9 au 12 septembre 2019 – 1^{ère} 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.

- PROPOSITION 2..... 23**
La supervision, individuelle et collective, organisée avec le concours d'un intervenant extérieur au centre hospitalier, doit être mise en place.
- PROPOSITION 3..... 25**
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.
- PROPOSITION 4..... 28**
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.
- PROPOSITION 5..... 29**
Le comité éthique doit être réactivé.
- PROPOSITION 6..... 30**
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.
- PROPOSITION 7..... 31**
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.
- PROPOSITION 8..... 34**
La diffusion d'un questionnaire de satisfaction doit être assurée dans les unités d'hospitalisation de la psychiatrie.
- PROPOSITION 9..... 39**
Si le port du pyjama peut être exceptionnellement imposé en chambre d'isolement, cette contrainte doit être prohibée ailleurs.
- PROPOSITION 10..... 40**
La prise en charge de l'affranchissement du courrier par le CH pour les patients nécessiteux doit être rendue possible.
- PROPOSITION 11..... 41**
La liberté d'accès aux téléphones portables, aux cordons et aux chargeurs doit être la règle ; les limitations l'exception motivée médicalement.
- PROPOSITION 12..... 41**
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.
- PROPOSITION 13..... 42**
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

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS.....	5
SOMMAIRE	10
RAPPORT	12
1. CONDITIONS DE LA VISITE	12
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT : ORGANISATION, RESSOURCES HUMAINES... 14	
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
3. L'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	26
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
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	33
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
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	37
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
6.	LES CONDITIONS DE VIE	43
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
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	51
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
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	61
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
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES	65
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
10.	CONCLUSION.....	67

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^{er} 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 habitants¹) et 03G06 Montluçon Est (46 413 habitants²), 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 habitants³), totalisant 115 185 habitants ;

¹ Ibid.

² Source : INSEE, population totale au 1^{er} janvier 2019.

³ 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^{ème} étage ;
- l'unité d'admission de Montluçon Est, comportant dix-sept lits et deux CI, située au 1^{er} 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, UHCD⁴ psychiatrique, HAD⁵ psychiatrique, centre de postcure, clinique médico-psychologique, etc.) et complique notablement l'application de la sécurité de base concernant les patients en particulier en SPDRE⁶ » et « *la pénurie médicale (manque de 3,5 ETP⁷) 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 m²). 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.

⁴ UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée.

⁵ HAD : hospitalisation à domicile.

⁶ SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

⁷ 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^{er} 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^{er} 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 DFMS⁸. 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

⁸ 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 CGLPL⁹.

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

⁹ 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 nationale¹⁰ 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.

¹⁰ 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 %.







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