



Rapport de visite :

3 au 7 février 2020

Pôle psychiatrique du centre
hospitalier universitaire de
Montpellier

(Hérault)

SYNTHESE

Neuf contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Montpellier (Hérault) du 3 au 7 février 2020.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 14 octobre 2020 au directeur général du CHU, au directeur de l'agence régionale de santé de l'Occitanie, au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Montpellier ainsi qu'au préfet de l'Hérault. Seul le directeur de l'établissement a, par courrier du 10 décembre 2020, fait connaître ses observations. Celles-ci, ainsi que les éléments des nombreux documents fournis à leur appui, ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

Situé au Nord-ouest de la ville de Montpellier, le CHU regroupe huit établissements dont les divers locaux sont répartis sur deux sites proches occupant un domaine total d'une soixantaine d'hectares. Quatre de ces établissements (Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve, Saint-Eloi, et Gui de Chauliac) assurent les soins de médecine-chirurgie-obstétrique, chacun avec une spécialité. Le site de La Colombière accueille principalement le pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie qui prend en charge les patients du bassin montpellierain, comptant près de 750 000 habitants ; celui-ci est divisé en sept secteurs psychiatriques et comprend également deux inter secteurs de pédopsychiatrie (Nord et Sud). L'Hérault compte quatre autres secteurs de psychiatrie adulte et deux autres intersecteurs de pédopsychiatrie dont les patients sont également pris en charge dans des hôpitaux publics généraux de Béziers (trois secteurs) et Sète (un secteur) ; il n'existe aucun centre hospitalier spécialisé dans le département de l'Hérault.

Une capacité importante d'hospitalisation privée en psychiatrie caractérise aussi le bassin montpellierain qui compte six cliniques totalisant 806 lits de psychiatrie adulte dont 72 lits de gérontopsychiatrie. Ainsi, l'offre privée dépasse largement la publique – résumée aux 237 lits du CHU –, situation rare sur le territoire. Se concentrent donc sur le pôle psychiatrique du CHU non seulement les patients admis en soins sans consentement qui, en raison de leur statut, n'ont pas le droit de recourir à une hospitalisation dans un établissement non habilité mais également une patientèle éloignée pour des motifs financiers ou sociaux de l'offre privée ou aux pathologies complexes que le secteur privé ne souhaite pas prendre en charge. A ces particularités s'ajoute une démographie croissante sur tous les secteurs couverts par le CHU associée à une augmentation de la précarité socio-économique, majorant la demande en soins psychiatriques. Cette situation a conduit le CHU à repenser l'organisation de la prise en charge entre extra et intra hospitalier car des difficultés d'hospitalisation existent tant pour les patients en soins sans consentement que, *a fortiori*, pour les patients en soins libres.

L'organisation mise en place au début 2019 soutient le projet médical de pôle, dessiné par une mission d'appui constituée de deux professeurs, praticiens hospitaliers, dont la responsable des unités de psychiatrie générale. Les modifications se sont traduites par la création d'une équipe médicale regroupant sept unités de psychiatrie générale (UPG) et une unité l'accueil et l'orientation en post urgence des patients essentiellement en soins sans consentement, chacune de vingt et un lits. Lors de la visite, les hospitalisations ne s'y font plus par secteur mais par places disponibles « *pour essayer de minimiser les ruptures de parcours patients induites par la sectorisation* ». Le reste des 237 lits d'hospitalisation est réparti dans cinq autres unités répondant à des besoins spécifiques : une unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), une unité de court séjour pour la prise en charge de jeunes patients de 12 à 18 ans en situation de crise aiguë, une unité d'hospitalisation pour les enfants de 11 à 15 ans, une unité pour des patients de

15 à 25 ans présentant un trouble psychiatrique sévère débutant, une unité de réhabilitation axée sur l'accueil de patients psychotiques chroniques adultes.

Le dispositif des urgences et post-urgences psychiatriques situé à Lapeyronie est un département du pôle urgences du CHU. Il comporte deux unités d'hospitalisation de courte durée (sept et onze lits) et une unité de post urgences psychiatriques de dix-neuf lits.

La reconnaissance institutionnelle dont jouit le pôle de psychiatrie est favorable à sa dynamique.

Le CHU montre, en effet, sa volonté de valoriser la psychiatrie en injectant des compétences, de la recherche, en organisant des filières de spécialisation qui redonnent un intérêt à l'exercice de la profession.

Les ressources financières qui reviennent au pôle de psychiatrie lui sont affectées de façon transparente et, si elles stagnent depuis 2014, elles couvrent toujours ses besoins.

L'établissement a soutenu également une réflexion sur l'offre de soins psychiatriques qui a conduit à une profonde réorganisation globale du fonctionnement intra et extra hospitalier, mise en œuvre depuis 2019 et qui vise, notamment, à renforcer la prise en charge ambulatoire.

La commission des usagers comprend un médecin médiateur associé psychiatre ainsi qu'une représentante de l'UNAFAM.

La politique de l'établissement, relayée par le pôle, se montre soucieuse de s'adapter aux besoins des patients, tant sur le plan matériel que sur celui du soin.

Les locaux d'hébergement sont respectueux du confort individuel offrant des chambres agréables, vastes, confortables et correctement entretenues. Les patients peuvent s'enfermer pour se préserver des intrusions. En revanche, les locaux collectifs des unités de psychiatrie générale sont mal adaptés à leur usage et aux séjours longs ; ils ne comportent qu'une salle pour toutes les activités de la journée, repas, lecture, télévision, jeux de sociétés ou ping-pong et baby-foot bruyants.

L'information des patients en soins sans consentement sur la procédure dont ils font l'objet et sur leurs droits spécifiques est complète mais elle est fournie dans certaines unités anormalement tardivement, dysfonctionnement que l'établissement a indiqué avoir corrigé après la visite. La régularité du déroulement de cette procédure est attentivement suivie.

Le statut des patients détenus n'a aucune incidence sur leur prise en charge ; ils sont considérés à l'égal des autres patients de l'USIP, notamment ne sont pas systématiquement placés en isolement lors de leur arrivée. Une vraie réflexion est conduite sur la filière médico-légale avec toutes ses composantes.

Les soins psychiatriques sont assurés par une bonne présence médicale et des entretiens infirmiers sont pratiqués dans presque toutes les unités, sauf à l'unité post-urgence. Pour ses autres aspects, la prise en charge est inégale : à l'USIP, les activités sont systématiques et les patients sont adressés à l'ergothérapie. Il n'en est pas de même pour les unités de psychiatrie générale : certaines n'organisent rien ou pas grand-chose, aucun programme structurant tant pour les patients que pour les soignants n'est prévu pour la semaine ; à l'unité post-urgence, où pourtant, les séjours peuvent durer, la prise en charge est minimale, ses patients n'y connaissent ni entretien infirmier ni activité.

Il convient de souligner la réactivité du CHU au constat opéré par les contrôleurs d'une prise en charge somatique incorrectement assurée dans les services de médecine, chirurgie, obstétrique dont les médecins offrent une prise en charge insuffisante aux patients au motif de leurs troubles

mentaux. Le CHU a réagi à ces constats en initiant un travail dans ces services sur la déstigmatisation de ces patients.

Pour autant, les choix architecturaux et organisationnels se concilient mal avec le respect des droits des patients.

Les unités d'hébergement comportent toutes une « zone fermée » de laquelle les patients, en principe tous admis en soins sans consentement, ne peuvent sortir librement. L'importante capacité d'accueil de ces secteurs conduit, en raison de la tension sur la disponibilité de lits, à y placer des patients dont l'état clinique ne justifie en rien leur enfermement.

Les contraintes imposées aux patients dans la vie quotidienne sont nombreuses : limitation de l'accès aux chambres, au téléphone, au tabac, aux relations sexuelles, obligation de port du pyjama. Leur justification thérapeutique est difficilement crédible dès lors que ces contraintes sont imposées à tous les patients d'une unité – toujours plus rigoureusement dans les secteurs fermés – sans considération de l'état clinique de chacun et même de façon variable d'une unité à l'autre.

Outre que ces contraintes méconnaissent des droits fondamentaux des patients – liberté d'aller et venir, de communiquer, etc. – elles ne sont plus réfléchies par des équipes qui doivent les faire respecter et les subissent dans leur pratique. Le rôle du soignant se dilue dans ces tâches. Les effets délétères en termes, au mieux, d'infantilisation et au pire et le plus souvent, d'énervements et de tensions sont subis autant par les patients que par les soignants. Alors qu'ils sont perçus par ces professionnels, ils ne donnent lieu à aucune attention institutionnelle.

Le choix de ne pas respecter la sectorisation dans les unités d'hospitalisation pèse sur la liaison avec l'extra hospitalier et complique la préparation à la sortie. Le CHU a fait savoir, dans ses observations au rapport provisoire, que la sectorisation avait été remise en place en mars 2020 sans apporter d'amélioration dans l'immédiat en raison du déséquilibre dans le nombre d'admissions de chacun des secteurs alors que le nombre de lits est équivalent ; il conduit donc une réflexion pour redécouper les secteurs afin de remédier à ce déséquilibre.

Il était prévu que le projet médical initié en 2019, conduisant à une réorganisation qui n'a pas fait l'unanimité, soit évalué dans un délai de trois ans au regard de sa pertinence pour régler les dysfonctionnements qui l'ont motivé. On ne peut que se réjouir de ce que le CHU n'ait pas attendu cette échéance pour déjà engager, à la suite de la visite des contrôleurs et de leurs recommandations ainsi qu'en réponse à l'expression de dissonances internes, une réflexion collective sur le respect des droits des patients au regard des impératifs thérapeutiques.

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 46

Le barreau organise la formation des avocats commis d'office souhaitant assister les patients au cours de l'audience devant le juge des libertés et de la détention et subordonne leur désignation à une validation de leurs compétences et à la poursuite, chaque année de cette formation.

BONNE PRATIQUE 2 62

Le linge personnel des patients sans famille ou dont le besoin est urgent est entretenu gratuitement par le CHU.

BONNE PRATIQUE 3 63

Un salon de coiffure et un salon de soins esthétiques, dont les services sont gratuits, sont à la disposition des patients.

BONNE PRATIQUE 4 65

La « banque des malades » permet à tous les patients, indépendamment de leur statut (avec ou sans protection juridique, en soins libres ou en soins sans consentement), de retirer de l'argent pour satisfaire des besoins, participant ainsi au respect de leur dignité.

BONNE PRATIQUE 5 67

L'établissement assure un service d'interprétariat au service des urgences psychiatriques.

BONNE PRATIQUE 6 68

Un pharmacien intervient aux urgences afin de rechercher pour chaque patient les traitements pris dans les trois derniers mois et minimiser ainsi le risque iatrogénique d'éventuelles interactions médicamenteuses.

BONNE PRATIQUE 7 93

Le recueil régulier de données concernant les patients au long cours, nombre et perspectives de sortie, est une bonne pratique, bien que le nombre de ces patients peine à diminuer.

BONNE PRATIQUE 8 96

L'existence de l'équipe mobile de réhabilitation, sa mission de recherche de solutions de sortie et de lien concret et présentiel avec les structures d'aval, facilite et pérennise les placements ultérieurs de patients aux pathologies complexes dans ces structures.

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 24

La supervision régulière du personnel médical et soignant doit être mise en place dans toutes les unités et conduite par un intervenant extérieur au CHU.

RECOMMANDATION 2	39
L'application de l'article 9 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 faisant obligation au mandataire d'un majeur protégé de confier à ce dernier une carte de retrait à code pour disposer d'espèces est difficile, insécure et coûteuse pour les patients des services psychiatriques. Des modifications de ces dispositions doivent être envisagées pour ces patients.	
RECOMMANDATION 3	45
Le collège des professionnels de santé doit procéder effectivement à l'audition du patient dont il traite le dossier.	
RECOMMANDATION 4	48
Conformément à l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le procureur de la République du ressort et le maire de la commune ou son représentant doivent visiter l'établissement au moins une fois par an.	
RECOMMANDATION 5	72
Dans l'intérêt des patients, il est souhaitable qu'une démarche soit engagée pour doter les services qui en sont dépourvus de postes de psychologues.	
RECOMMANDATION 6	79
Les médicaments prescrits à un patient par un médecin lors du passage au service des urgences doivent pouvoir être délivrés sans délai au patient transféré dans une unité afin de ne pas retarder la mise en route de son traitement.	
RECOMMANDATION 7	97
Les motifs de l'écrou des patients-détenus et, le cas échéant, la condamnation prononcée ne doivent pas être communiqués à l'établissement hospitalier.	
RECOMMANDATION 8	98
La maison d'arrêt doit fournir, avec les différents documents relatifs aux droits du patient détenu, le nom et les coordonnées du CPIP en charge du suivi de ce dernier, lorsqu'il est désigné, afin de permettre à l'assistant des services sociaux de l'USIP de le contacter.	
RECOMMANDATION 9	98
Le service de l'ASS de l'USIP doit être augmenté compte tenu des prises en charges lourdes et complexes des patients de cette unité.	

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	30
Une formation sur les procédures de soins sans consentement et les droits spécifiques des patients qui en font l'objet doit être dispensée systématiquement à tout le personnel amené à prendre en charge ces patients.	
RECO PRISE EN COMPTE 2	31
L'unité Euzière doit veiller au respect des délais de notification des décisions d'admission en soins sans consentement aux patients qui en font l'objet et des droits y afférents.	

RECO PRISE EN COMPTE 3	31
Un livret d'accueil actualisé doit être systématiquement remis au patient à son arrivée à l'hôpital et un questionnaire de sortie doit lui être proposé à la fin de son hospitalisation.	
RECO PRISE EN COMPTE 4	32
Le règlement intérieur de l'hôpital doit être consultable et traduit pour les patients de psychiatrie notamment dans les règles de vie des unités, lesquelles doivent être communiquées lors de l'admission et affichées.	
RECO PRISE EN COMPTE 5	35
La formation à la gestion de l'agressivité et de la violence doit être rendue obligatoire pour tous les soignants de psychiatrie et intervenir rapidement après leur prise de fonction dans une unité.	
RECO PRISE EN COMPTE 6	60
Des auvents doivent être mis en place dans les jardins des unités de psychiatrie générale pour protéger les patients des intempéries et du soleil.	
RECO PRISE EN COMPTE 7	66
Le menu de la semaine doit être affiché dans les unités. Les mets doivent être servis dans des assiettes, les barquettes individuelles jetables étant une facilité portant atteinte à la dignité des patients et à l'écologie. L'interdiction de conservation de denrées non périssables par les patients dans leurs armoires mérite d'être individualisée.	
RECO PRISE EN COMPTE 8	74
Les consultations médicales doivent exclure toute personne non en charge directement de la prise en charge médicale des patients.	
RECO PRISE EN COMPTE 9	76
L'institutionnalisation des liens avec les structures extra hospitalières et les médico-sociales doit être repensée afin de compenser les effets de la déssectorisation qui, rendant la sortie plus compliquée, pèsent sur la durée d'hospitalisation.	
RECO PRISE EN COMPTE 10	80
Il est indispensable de développer un service médical spécialisé en médecine générale et de le doter des moyens nécessaires afin d'assurer une prise en charge convenable des patients hospitalisés.	
RECO PRISE EN COMPTE 11	90
Le CHU de Montpellier doit actualiser ses protocoles sur l'isolement et la contention afin d'en clarifier les recommandations, mettre en place le registre et engager sur ces thèmes, documentés de façon fiable, une réflexion institutionnelle. Les paramétrages sur le dossier informatisé du patient doivent être mis en cohérence avec les spécifications des protocoles institutionnels publiés.	

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	24
La supervision régulière du personnel médical et soignant doit être mise en place dans toutes les unités et conduite par un intervenant extérieur au CHU.	

PROPOSITION 2	27
La très forte proportion des patients admis en soins en sans consentement et le nombre particulièrement élevé de ceux admis en procédure d'urgence avec demande de tiers, procédure en principe exceptionnelle et moins protectrice des droits des patients, appellent une réflexion institutionnelle sur le fonctionnement des circuits d'admission et d'orientation.	
PROPOSITION 3	34
Les retours faits aux équipes dans le cadre du traitement des événements indésirables doivent intervenir dans des délais raisonnables et être restitués par unité aux équipes. Une réflexion devrait être engagée s'agissant du nombre important de décès intervenus en 2019.	
PROPOSITION 4	35
La composition et les objectifs de l'équipe mobile de soutien ainsi que la formation de ses membres doivent être redéfinis afin qu'elle investisse pleinement son rôle de prévention des violences en plus de ses autres prérogatives.	
PROPOSITION 5	36
La direction de l'hôpital devra s'assurer que tous les patients soient informés, lors de leur admission à l'hôpital, de la possibilité de désigner une personne de confiance.	
PROPOSITION 6	40
Les patients doivent être informés dès leur admission de la possibilité de maintenir confidentielle leur présence à l'hôpital.	
PROPOSITION 7	42
L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin. Les patients doivent être également informés de chacun de ses passages dans un délai suffisant pour leur permettre, ainsi qu'à leur proche, de faire connaître leur souhait d'être reçus par les membres de la commission.	
Les constats et préconisations de la commission départementale des soins psychiatriques relatifs à une amélioration du respect des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement doivent être repris par la direction de l'établissement et traduits en plans d'action.	
PROPOSITION 8	49
L'hébergement des patients dans des zones dont ils ne peuvent sortir librement au motif qu'ils ont été admis en soins sans consentement ne peut être justifiée par ce seul statut d'admission. Le maintien d'un patient dans une unité ou partie d'unité fermée ne peut être fondé que par son état clinique.	
PROPOSITION 9	50
Les unités doivent utiliser la possibilité qu'elles ont d'adapter la taille de leur zone fermée aux besoins thérapeutiques des patients. Une réflexion collégiale associant le corps médical et les soignants doit permettre de s'interroger sur la réelle nécessité d'une zone fermée dans chacune des unités.	
PROPOSITION 10	50
La répartition des équipes entre les secteurs fermés et ouverts dans toutes les unités de psychiatrie générale consomme la ressource de disponibilité des soignants au détriment de tâches autres qu'administratives ou de surveillance.	
PROPOSITION 11	51
La fouille de la chambre d'un patient ne peut être opérée qu'en cas de danger imminent pour celui-ci ou un tiers et dans l'objectif de recherche d'un produit dangereux. Le respect de la vie privée du patient impose de limiter ces actes à ce qui s'avère nécessaire et proportionné au regard des risques	

encourus. De manière générale, le consentement du patient à l'opération de fouille doit être recherché.

PROPOSITION 12..... 51

En dehors de la période du ménage, l'accès aux chambres doit être libre, sauf prescription médicale individualisée justifiée par l'état du patient.

PROPOSITION 13..... 52

Les patients doivent avoir libre accès à leur tabac et au moyen d'allumer des cigarettes. Toute restriction ne peut être qu'individuelle et résulter d'une décision médicale motivée par l'état clinique du patient.

PROPOSITION 14..... 53

L'obligation de port du pyjama est une atteinte à la dignité du patient. Elle doit être prohibée en toute circonstance.

PROPOSITION 15..... 53

L'interdiction générale de détenir un téléphone mobile, même en zone fermée, porte atteinte au droit des patients et doit être proscrite. Les restrictions ne doivent procéder que de prescriptions médicales individualisées. Des cabines téléphoniques doivent être aménagées afin de garantir la confidentialité des conversations.

PROPOSITION 16..... 54

Les patients doivent pouvoir accéder régulièrement à Internet, en tant que de besoin avec l'accompagnement d'un soignant.

PROPOSITION 17..... 54

Aucune unité ne doit avoir comme règle générale l'interdiction de visite dans les chambres. Pour les cas où, pour des motifs circonstanciels justifiés, la visite en chambre n'est pas possible, un salon de visite doit être accessible aux patients et à leurs proches, tant en zone ouverte qu'en zone fermée afin de préserver l'intimité de la rencontre. La visite de mineurs, notamment d'enfant de patient, doit être possible et aménagée.

PROPOSITION 18..... 55

L'établissement doit rapidement engager une réflexion sur la sexualité des patients permettant de donner une cohérence aux discours et aux pratiques des équipes soignantes. Cette évolution devrait consacrer la liberté des patients en matière de sexualité, contestée dans certaines unités, tout en assurant la protection des patients vulnérables.

PROPOSITION 19..... 56

Les portes des chambres, qui sont équipées de verrous intérieurs, devraient être munies de serrures permettant aux patients de fermer la porte quand ils sortent de leur chambre. Les vitres des fenêtres doivent être recouverte d'un film réfléchissant pour préserver l'intimité de l'occupant.

PROPOSITION 20..... 57

Le mobilier de certaines salles d'eau attenantes aux chambres mérite d'être complété par des dérouleurs de rouleau de papier hygiénique, des tablettes de lavabos, de sièges de douche, de barres de maintien, de porte-serviettes et de patères. Les diffuseurs de douche doivent être conçus pour recevoir un flexible et une douchette amovibles en tant que de besoin.

PROPOSITION 21..... 60

Toutes les chambres doivent être équipées de dispositif d'appel des soignants dont le signal arrive dans le poste de soins.

- PROPOSITION 22..... 70**
L'appréciation de l'état de santé des patients arrivant directement à l'hôpital de la Colombière relève de la compétence médicale et doit être effectuée par un médecin.
- PROPOSITION 23..... 71**
Les modalités de gestion des lits et des affectations à l'admission n'assurent pas aux patients réentrants de retrouver l'unité et l'équipe qu'ils connaissent. Elles ne préservent aucun patient de changer d'unité au cours d'un même du séjour ce qui peut être défavorable à l'amélioration de l'état de santé du patient.
- PROPOSITION 24..... 74**
Il est indispensable que les entretiens infirmiers soient systématiquement intégrés dans la prise en charge des patients et soient repris par les médecins.
- PROPOSITION 25..... 76**
Le respect du droit des patients à s'approprier la démarche de soins passe notamment par leur participation étroite à l'élaboration de leur projet de sortie, éventuellement en lien avec leur famille.
- PROPOSITION 26..... 79**
La distribution des médicaments doit se faire dans le strict respect de la confidentialité et permettre un échange avec le patient si celui-ci en éprouve le besoin.
- PROPOSITION 27..... 79**
L'administration ou non des médicaments doit être enregistrée en temps réel sur le dossier informatisé du patient.
- PROPOSITION 28..... 80**
Le pôle de psychiatrie devrait engager une démarche pour mettre en place dans chaque unité une procédure de conciliation médicamenteuse et des programmes d'éducation thérapeutique.
- PROPOSITION 29..... 82**
Il est indispensable de mettre en place un dispositif de prise en charge somatique non discriminant des patients atteints de pathologies psychiatriques et de renforcer la formation des médecins urgentistes et des services de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique à leurs vulnérabilités spécifiques. Ces patients ne doivent pas, en raison de leur pathologie psychiatrique, connaître une perte de chance de prise en charge somatique associée.
- PROPOSITION 30..... 84**
Faute d'encadrement, les salles de sport des unités de psychiatrie générale demeurent sous-utilisées.
- PROPOSITION 31..... 87**
Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'une commande d'appel, accessible pendant les phases de contention. Le patient isolé doit pouvoir d'allumer ou éteindre lui-même la lumière, avoir accès à l'eau et aux toilettes dans des conditions correctes d'intimité, à l'aération de la pièce et pouvoir visualiser une horloge avec indication du jour pour se repérer dans le temps ; des sièges doivent être prévus pour le patient comme pour le soignant.
- PROPOSITION 32..... 92**
Les pratiques d'isolement et de contention doivent être réévaluées à l'occasion de la mise en place d'un registre fiable, notamment sur les aspects suivants : importance de l'isolement à l'arrivée, logique séquentielle, identification des facteurs de risque, surveillance soignante, mise en pyjama systématique, pratique de la contention même si elle est faible.

PROPOSITION 33..... 94

L'unité de réhabilitation Les Sophoras ne doit être utilisée que pour la prise en charge des patients auxquels elle se destine. La pression des lits ne doit pas affecter la cohérence de sa patientèle et donc de son fonctionnement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	12
RAPPORT	15
1. CONDITIONS DE LA VISITE	15
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	17
2.1 Dans un contexte d'offre importante du secteur privé, le pôle de psychiatrie bénéficie d'une reconnaissance institutionnelle favorable au sein du CHU	17
2.2 Le CHU affecte à la psychiatrie les ressources budgétaires qui lui reviennent dans des conditions transparentes	20
2.3 Le pôle de psychiatrie ne souffre pas de déficits identifiés en ressources humaines mais des axes de réflexion sont ouverts	21
2.4 L'importance des admissions en soins sans consentement aggrave les difficultés de gestion des lits	25
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	30
3.1 L'information orale et écrite des patients comporte d'importantes lacunes	30
3.2 Les outils de prévention et gestion des incidents et violences ne sont pas utilisés de manière optimale	32
3.3 Le droit de désigner une personne de confiance est presque méconnu	36
3.4 L'exercice du droit de vote fait l'objet d'une information mais ce droit est peu exercé par les patients	36
3.5 Les conditions d'accès au culte ménagent le principe de laïcité du service public et le respect des croyances des patients	37
3.6 La protection juridique des patients est correctement assurée grâce à un service social adapté	38
3.7 La confidentialité sur la présence est connue des soignants qui sont sensibilisés au respect absolu du secret médical et professionnel	39
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	41
4.1 La CDSP est soucieuse du respect de la dignité et des libertés individuelles des patients	41
4.2 Les usagers et leurs représentants sont associés formellement à la prise en charge	42
4.3 Le registre de la loi dématérialisé est renseigné en temps réel et contient les mentions prévues par la loi	43
4.4 La préparation à la sortie est investie par les intervenants mais souffre d'un manque de place dans les structures médico-sociales	44
4.5 L'établissement a organisé l'accès au juge et une collaboration juridique pour permettre l'élaboration de procédures conformes au droit	45

4.6	Les autorités n'exercent pas les contrôles prévus par la loi.....	48
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
5.1	Le gel de la taille des zones fermées est injustifié dans son principe et dans son ampleur.....	49
5.2	Les patients n'accèdent pas en pleine liberté à leur chambre.....	51
5.3	Les relations avec l'extérieur sont gérées sans considération de l'état clinique du patient.....	53
5.4	La liberté des patients en matière de sexualité est méconnue dans la moitié des unités.....	54
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	56
6.1	Les locaux d'hébergement sont spacieux et entretenus mais peu décorés.....	56
6.2	Les locaux des dispositifs communs sont adaptés.....	61
6.3	L'hygiène des patients est correctement assurée.....	62
6.4	Les patients ont accès aisément à leurs biens grâce, notamment, à une « banque des malades » dynamique.....	63
6.5	La qualité des repas satisfait les patients.....	65
7.	L'ACCES AUX SOINS.....	67
7.1	Les modalités de prise en charge à l'arrivée et en urgence assurent une sécurité inégale et dépendant du mode légal d'admission.....	67
7.2	La réorganisation de l'accès aux soins psychiatriques peine à faire l'unanimité.....	71
7.3	La dispensation des traitement méconnaît le respect de la confidentialité, la traçabilité, la conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique.....	78
7.4	Les soins somatiques souffrent d'une carence chronique de moyens et de la stigmatisation des malades psychiatriques conduisant à des perte de chances.....	80
7.5	Les activités internes aux unités sont globalement nombreuses mais dépendantes du dynamisme des soignants.....	82
7.6	Les activités thérapeutiques hors des unités sont nombreuses, encadrées et prises en compte dans l'évaluation des patients.....	83
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	86
8.1	Les chambres d'isolement, situées loin des locaux infirmiers des unités, fonctionnent sans accès libre aux points d'eau.....	86
8.2	Le sujet de l'isolement et de la contention n'est plus aujourd'hui au centre des préoccupations institutionnelles.....	88
8.3	Les pratiques d'isolement et de contention, imprécisément tracées, semblent modérées mais mal évaluées dans leur déroulement.....	90
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	93
9.1	Le nombre de patients au long cours reste stable malgré une attention portée à leur situation.....	93
9.2	Les patients détenus font l'objet d'une prise en charge spécifique au sein de l'unité de soins intensifs.....	96

10. CONCLUSION..... 100

Rapport

Membres de la mission :

Anne Lecourbe, chef de mission ;

Anne-Sophie Bonnet, contrôleur ;

Patrice Duboc, contrôleur ;

François Koch, contrôleur ;

Agnès Lafay, contrôleur ;

Jacques Martial, contrôleur ;

Annick Morel, contrôleur ;

Marie Pinot, contrôleur ;

Vianney Sevaistre, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), neuf contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Montpellier du 3 au 7 février 2020.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 3 février à 14h. Ils l'ont quitté le vendredi 7 février à 12h30.

Dès leur arrivée, il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le directeur général adjoint et l'équipe de direction, des médecins chefs de secteurs dont la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), des cadres supérieurs de santé, des représentants de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) intervenant au CHU.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de l'Hérault, le président du tribunal judiciaire de Montpellier et le procureur de la République près ledit tribunal, la délégation territoriale de l'agence régionale de santé.

Les contrôleurs se sont entretenus avec le juge des libertés et de la détention (JLD) à l'issue de l'audience à laquelle ils ont assisté.

Une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet a été mise à la disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis 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 souhaitent et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont eu un entretien avec les délégués des organisations syndicales qui ont demandé à les rencontrer.

Une réunion de restitution s'est déroulée le 7 février 2020 à 11h en présence du directeur général et des mêmes personnes qu'à l'arrivée, à l'exception des médecins présents en moindre nombre, dont le président de la commission médicale d'établissement (CME) qui avait prévenu de son empêchement.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été adressé le 14 octobre 2020 au directeur général du CHU, au directeur de l'agence régionale de santé de l'Occitanie, au président et au procureur de la République du tribunal judiciaire de Montpellier ainsi qu'au préfet de l'Hérault. Seul le directeur de l'établissement a, par courrier du 10 décembre 2020, fait connaître ses observations. Celles-ci, ainsi que les nombreux documents fournis à l'appui, ont été prises en compte dans le présent rapport de visite.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 DANS UN CONTEXTE D'OFFRE IMPORTANTE DU SECTEUR PRIVE, LE POLE DE PSYCHIATRIE BENEFICIE D'UNE RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE FAVORABLE AU SEIN DU CHU

2.1.1 Le centre hospitalier universitaire

Situé au Nord-ouest de la ville de Montpellier, le CHU regroupe huit établissements dont les divers locaux sont répartis sur deux sites proches, de part et d'autre de l'avenue Gaston Giraud, occupant un domaine total d'une soixantaine d'hectares. Il est desservi par une ligne de tram depuis le centre-ville et la gare Saint-Roch.

Quatre d'entre eux (Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve, Saint-Eloi, et Gui de Chauliac) assurent les soins de médecine-chirurgie-obstétrique, chacun avec une spécialité : le centre Antonin Balme consacré à la gériatrie, comporte une partie résidentielle de court et moyen séjour, le centre spécialisé pour personnes âgées Bellevue accueille, en gériatrie, des personnes âgées en long séjour, l'hôpital La Colombière est dédié aux soins psychiatriques. Enfin, l'odontologie regroupe un centre de soins et un pôle d'enseignement et de recherche.

Le site de La Colombière accueille principalement le pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie qui prend en charge les patients du bassin montpelliérain, de l'ordre de 750 000 habitants ; celui-ci est divisé en sept secteurs psychiatriques et comprend également deux intersecteurs de pédopsychiatrie (Nord et Sud). L'Hérault compte quatre autres secteurs de psychiatrie adulte et deux autres intersecteurs de pédopsychiatrie dont les patients sont également pris en charge dans des hôpitaux publics généraux de Béziers (trois secteurs) et Sète (un secteur) ; il n'existe aucun centre hospitalier spécialisé dans le département de l'Hérault.

Une capacité importante d'hospitalisation privée en psychiatrie caractérise aussi le bassin montpelliérain qui compte six cliniques totalisant 806 lits de psychiatrie adulte dont 72 lits de gériopsychiatrie. Ainsi, l'offre privée dépasse largement la publique – résumée aux 237 lits du CHU –, situation rare sur le territoire. Se concentrent donc sur le pôle psychiatrique du CHU non seulement les patients admis en soins sans consentement qui, en raison de leur statut, n'ont pas le droit de recourir à une hospitalisation dans un établissement non habilité mais également une patientèle éloignée pour des motifs financiers ou sociaux de l'offre privée ou aux pathologies complexes que le secteur privé ne souhaite pas prendre en charge. A ces particularités s'ajoute une démographie croissante sur tous les secteurs couverts par le CHU associée à une augmentation de la précarité socio-économique, majorant la demande en soins psychiatriques. Cela implique de repenser l'organisation de la prise en charge entre extra et intra hospitalier car des difficultés d'hospitalisation existent tant pour les patients en soins sans consentement que, *a fortiori*, pour les patients en soins libres.

2.1.2 Le projet médical du pôle

Une réflexion sur la refonte de l'organisation de l'ensemble du pôle a paru nécessaire dès 2016. Un diagnostic de fonctionnement a été établi par une mission d'appui constituée de deux professeurs praticiens hospitaliers dont la responsable des unités de psychiatrie générale ; la mission a ensuite proposé un schéma de réorganisation avec pour objectifs de renforcer une logique de filière, qui existait déjà, de favoriser la cohérence du parcours de soins à l'intérieur de l'hôpital, de fluidifier et d'harmoniser les pratiques entre médecins, notamment sur les restrictions imposées aux patients.

Le projet médical proposé entend tirer les conséquences du constat des forces et faiblesses du pôle avant 2019 opéré par la mission d'appui : au nombre des secondes, celle-ci note la sous-dotation médicale de certains secteurs aggravée « *par un clivage strict entre médecins de l'intra hospitalier et médecins de l'extra hospitalier dans plusieurs secteurs ou de l'activité sectorielle/intersectorielle dans certains services* » et une « *inégalité de répartition des tâches et missions entre médecins du département* » ; en intra hospitalier, des durées d'hospitalisation très variables d'une unité à l'autre, une organisation sectorielle en pratique relâchée puisque un tiers des patients ne sont pas hospitalisés dans leur secteur avec ruptures de prise en charge pour des patients passant dans plusieurs unités au cours de leur séjour ; des hospitalisations abusives en soins sans consentement notamment en péril imminent sans évaluation psychiatrique préalable des patients. Corrélativement, le lien avec l'extra hospitalier est insuffisant pour les patients hospitalisés hors de leur unité de secteur ; des organisations et horaires des centres médico-psychologiques (CMP) et hôpitaux de jour sont inadaptés à la réalité du terrain et au besoin de permanence de soins ; l'offre de soins intersectorielle présente des redondances (par exemple deux hôpitaux de jour intersectoriels affichent une spécificité sur les troubles de l'humeur).

Les atouts relevés soulignent la bonne intégration de la psychiatrie au sein du CHU, « *une lisibilité nationale et internationale sur un nombre important de pathologies psychiatriques* », l'existence d'unités innovantes, une bonne gestion financière, une recherche dans certains domaines qui est « *une des plus actives du pays* » et un environnement qualifié d'« *apaisé* » notamment dans les relations avec le secteur privé et le médico-social.

Les propositions de la mission d'appui, devenu le projet médical, se donnent pour axe principal de renforcer les évaluations et prises en charge en ambulatoire :

- un rôle clef est reconnu à la filière des urgences par un renforcement des liens avec l'unité d'admission, d'évaluation et d'orientation Euzière par un partage des temps de praticiens médicaux ayant une bonne connaissance de l'aval et de l'amont. Il s'agit de « *mettre en place des processus d'évaluation standardisés, rigoureux et innovants (dangerosité, évaluation du risque suicidaire, évaluation du risque addictif ...)* » et d'organiser dès l'entrée un parcours individualisé et optimal pour chaque patient – hospitalisation ou prise en charge extra hospitalière – et un projet de sortie. Une évaluation doit être conduite annuellement fondée sur des données chiffrées au niveau du patient et de l'unité (durée moyenne de séjour, nombre d'entrées par unité, etc.) ;
- les unités d'hospitalisations sont réorganisées selon le schéma explicité ci-dessous (Cf. § 2.1.3) ;

une réorganisation de l'extra hospitalier : de sa répartition géographique (avec des lieux d'implantation des structures mieux adaptées aux modalités de déplacement des patients), de son mode de fonctionnement en densifiant les équipes médicales et soignantes et les amplitudes horaires, et de ses missions en confiant aux CMP celle de favoriser l'accès aux soins somatiques dans le cadre de groupements de coopération sanitaire avec des médecins généralistes, afin de mieux tenir compte des comorbidités d'une patientèle connaissant des conditions de vie socio-économiques défavorables et de difficultés d'accès aux soins.

Ce projet, validé par la direction mais qui n'a pas recueilli l'adhésion générale et qui a notamment divisé le corps médical, a été mis en œuvre au 1^{er} janvier 2019, une réévaluation de sa pertinence doit intervenir après trois ans.

2.1.3 L'organisation du pôle de psychiatrie

Jusqu'en 2019, la répartition des unités d'hospitalisation temps plein suivait la logique de la sectorisation : à chacun des sept secteurs du bassin montpelliérain correspondait une unité d'hospitalisation temps plein où les patients de ce secteur étaient préférentiellement affectés lors de leur hospitalisation. S'y ajoutaient des unités de soins intersectorielles proposant des soins spécifiques à certaines pathologies ou âges ainsi qu'une unité de soins intensifs.

L'organisation mise en place au début 2019 soutient le projet médical de pôle dessiné par la mission d'appui. Les modifications se sont traduites par la création d'une équipe médicale regroupant les sept unités de psychiatrie générale et l'unité Euzière. Les hospitalisations ne se font plus par secteur mais par places disponibles « *pour essayer de minimiser les ruptures de parcours patients induites par la sectorisation* ». Une seule unité « La traversière », accueille une population définie par leur pathologie, les troubles de l'humeur, en plus d'une activité sectorielle. Les 237 lits d'hospitalisation complète du pôle psychiatrie sont répartis dans treize unités, dont sept unités de psychiatrie générale (UPG) et six unités répondant à des besoins spécifiques.

On distingue des unités spécialisées :

- Euzière, pour l'accueil et l'orientation en post urgence des patients essentiellement en soins sans consentement (SDT¹ et SDTU) ; unité fermée de vingt et un lits et deux chambres d'isolement ;
- l'USIP (unité de soins intensifs en psychiatrie) intersectorielle, destinée à la prise en charge de troubles aigus chez des patients détenus, en soins sur décision du représentant de l'Etat et plus rarement en soins sur décision du directeur de l'établissement. Cette unité a été restructurée en 2017 à la suite d'un audit diligenté par la direction générale, réalisé par le président du comité local d'éthique et une directrice des soins, audit qui a conduit à la mise en place d'un plan d'actions visant la réorganisation des soins et des pratiques professionnelles au sein de cette unité dans laquelle des cas de maltraitance sur les patients avaient été avérés. Elle fait partie de la filière médico-légale qui comprend l'USIP, l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Villeneuve-Lès-Maguelone et une consultation pour les auteurs d'infraction sexuelle. C'est une unité fermée de quinze lits et quatre chambres d'isolement, elle ne reçoit aucun patient en soins libres ;
- l'UCAP (unité de court séjour pour adolescents du pôle de psychiatrie) pour la prise en charge des jeunes de 12 à 18 ans en situation de crise aiguë (tentative de suicide, troubles externalisés, troubles psychotiques, etc.), unité fermée de cinq lits et une chambre d'isolement ;
- l'UJA (unité pour les jeunes adultes) qui accueille des patients de 15 à 25 ans, majoritairement en soins libres, pour prise en charge d'un trouble psychiatrique sévère débutant (trouble psychotique, trouble de l'humeur, personnalité borderline), unité ouverte de vingt lits et une chambre d'isolement ;
- une unité d'hospitalisation pour les enfants de 11 à 15 ans, unité ouverte de dix lits installée dans le site de Saint Eloi ;
- les Sophoras, axée sur l'accueil de patients psychotiques chroniques adultes ; unité de réhabilitation ouverte de dix-neuf lits.

¹ SDT : soins à la demande d'un tiers : SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence

et sept unités (dénommées « cliniques ») de psychiatrie générale (UPG) de vingt et un lits et deux chambres d'isolement, toutes partagées en une section ouverte et une section fermée et recevant toutes des patients en soins sans consentement : Littoral, Vidourle, Henry Ey, Les Tilleuls, Mairet, La Traversière et Le Guilhem. Elles sont désormais intersectorielles : les patients sont répartis entre ces unités à leur arrivée en fonction des places disponibles pour optimiser l'utilisation des lits, après passage à Euzière pour les soins sans consentement.

Le dispositif des urgences et post-urgences psychiatriques situé à Lapeyronie est un département du pôle urgences du CHU.

Cette réorganisation n'a pas été bien acceptée par certaines unités où le fonctionnement sectoriel tente de se maintenir en s'efforçant d'accueillir les malades du secteur.

La filière extra hospitalière comporte :

- vingt-cinq unités d'hospitalisation de jour (HJ) représentant 272 places d'hôpital de jour ;
- cinquante-huit structures ambulatoires : centres médicopsychologiques (CMP) et centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) répartis sur huit sites hors Montpellier, neuf sites dans l'agglomération montpelliéraine et quatre sur le site même du CHU dont « le Club » qui comprend la cafétéria (Cf. § 7.6.3a) et le dispositif de sociothérapie.

Le pôle dispose en outre de onze places en famille d'accueil thérapeutique et neuf places en appartement thérapeutique.

L'unité pour enfants n'a pas été visitée par les contrôleurs.

2.2 LE CHU AFFECTE A LA PSYCHIATRIE LES RESSOURCES BUDGETAIRES QUI LUI REVIENNENT DANS DES CONDITIONS TRANSPARENTES

En 2018, dans un contexte d'exploitation globalement équilibré, l'ensemble des produits reçus par le CHU de Montpellier pour son fonctionnement tous budgets confondus (budget principal, ULSD², écoles paramédicales, GHT³, autres), représentait 908 786 683,99 € : un peu plus de 7 % (65,9 M€) était généré par l'activité de psychiatrie : dotation annuelle de fonctionnement (DAF), frais de séjours, forfaits journaliers, fonds d'intervention régional (FIR), crédits de recherche.

Une partie de l'activité de psychiatrie adulte (principalement sur le pôle urgence) est financée par une activité T2A à hauteur de 2 millions d'euros par an, ce qui est assez rare à l'échelle nationale.

Si les ressources spécifiques de la psychiatrie ont évolué de 11 % de 2006 à 2019, leur croissance a été nulle à partir de 2014 et jusqu'en 2018 : cette stagnation a participé à l'effet de ciseaux des charges et produits observé dans ce secteur à partir des années 2010. En outre, les dernières années sont marquées, ici comme ailleurs, par les nombreuses péripéties du versement de la DAF (montant déterminé en début d'année, gel ou mise en réserve d'une partie en cours d'année, suivis du dégel partiel des mises en réserve, etc.) qui nuisent à la visibilité des financements.

Les produits reçus par l'établissement pour la psychiatrie couvrent :

- à hauteur de 70 % les charges directes des services dont plus de 95 % sont représentées par les rémunérations des personnels médicaux et paramédicaux ;
- pour 30 %, les charges « environnementales » de l'établissement imputables à l'activité. La contribution de la psychiatrie à l'exploitation de l'établissement (logistique médicale,

² ULSD : unité de soins de longue durée

³ GHT : groupement hospitalier de territoire

hôtelière, frais de structures, frais financiers, etc.) est calculée, selon une affectation analytique des charges générales : elle est transparente et identique à celle des autres services (nombre de repas pour la restauration, maintenance, etc.).

Après financement des charges directes et indirectes, le compte analytique de la psychiatrie était légèrement excédentaire en 2017 (718 000 €) et en 2018 (649 000 €), soit environ 1 % des produits de l'activité, somme reversée au compte financier de l'établissement.

2.3 LE POLE DE PSYCHIATRIE NE SOUFFRE PAS DE DEFICITS IDENTIFIES EN RESSOURCES HUMAINES MAIS DES AXES DE REFLEXION SONT OUVERTS

Selon le bilan social de 2018, le CHU emploie 10 214 personnes dont 1 833 appartenant au personnel médical (médecins, internes, faisant fonction d'interne et étudiants en médecine) et 8 381 agents appartenant au personnel non médical.

Les « chiffres clés » du pôle de psychiatrie pour les années 2017 et 2018 font apparaître respectivement 62,1 et 62,75 équivalents temps plein (ETP) de médecins ; 679,2 ETP et 682,45 ETP non médicaux ; 45,1 et 40,22 ETP étudiants et internes.

Les taux d'absentéisme pour l'ensemble du CHU ont été pour les années 2016, 2017 et 2018 : 7,66 %, 7,08 % et 7,11 %. Pour le pôle de psychiatrie, ces taux ont été de 7,10 %, 6,40 % et 7,06 % pour les mêmes années.

Les turn-overs pour l'ensemble du CHU ont été pour les années 2016, 2017 et 2018 : 6,81 %, 7,44 % et 8,67 %. Pour le pôle de psychiatrie, ces taux ont été de 6,57 %, 5,72 % et 7,48 %.

Les taux d'absentéisme et de turn-over du pôle de psychiatrie sont situés globalement en-dessous des moyennes de ceux de l'ensemble du CHU. Ils ont été établis avant la mise en place de la réorganisation du pôle ; ils ne permettent pas d'évaluer l'éventuel impact du projet médical sur l'absentéisme et le turn-over.

2.3.1 Le personnel médical du pôle de psychiatrie

Le nombre et la qualification des médecins psychiatres du pôle de psychiatrie ne soulèvent pas de difficulté significative pour assurer les missions (Cf. § 7.2.2a). Le pôle comptait, lors de la visite des contrôleurs, 63 postes budgétés de praticiens (hors internes et étudiants) sur un total de 852,7⁴ pour l'ensemble du CHU soit 7,4 %.

Un seul médecin psychiatre exerçait sous le statut de médecin associé.

Parmi ces médecins, un seul est somaticien et il n'est pas remplacé pendant ses périodes de congé.

Lors de la visite, le pôle de psychiatrie faisait face à un déficit d'un poste d'assistant.

Vingt-huit postes d'internes sont budgétés. Parmi eux, trois postes étaient vacants. Un des vingt-cinq postes honorés était pourvu par un « faisant fonction d'interne » (FFI).

La permanence des soins est assurée la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés par un interne de garde et un psychiatre senior d'astreinte.

A la différence de la plupart des centres hospitaliers, le CHU ne connaît pas de difficulté de recrutement de médecin psychiatre.

⁴ Extrait du bilan social 2018.

2.3.2 Le personnel non médical

Les unités d'hospitalisation à temps complet de la psychiatrie forment deux blocs :

- les unités Littoral, La Traversière, les Tilleuls, Le Vidourle, Mairet, Henri Ey, Le Guilhem s'appuient chacune sur une équipe formée de quinze infirmiers⁵ et cinq ou six aides-soignants (AS)⁶ pour vingt et un lits. Le ratio est d'un soignant pour un lit ;
- les unités Euzière et USIP comportent chacune une équipe de vingt-trois infirmiers. Aucun AS n'est affecté à Euzière contrairement à l'USIP (six AS). L'UCAP compte quinze infirmiers – sans AS.

Le nombre et la qualification des infirmiers et AS ne soulèvent pas de difficulté. Leur recrutement ne pose pas non plus de problème à l'exception du mois de juillet car les sorties des IFSI⁷ n'interviennent qu'au début du mois d'août.

Le pôle s'appuie sur un seul cadre supérieur de santé. Toutes les unités sont encadrées par un cadre de santé.

Chaque unité dispose d'un assistant social dont le service varie de 0,5 à 1 ETP selon les unités, éventuellement d'un psychologue dont le temps de présence est également variable selon les unités (exemples, Henri Ey : 0,3 ETP, La Traversière : 0,3 ETP en cours de recrutement lors de la visite ; La Vidourle : 0,5 ETP ; Littoral : 0,75 ETP ; UCAP : néant). Exceptionnellement un ergothérapeute s'ajoute à l'équipe soignante (Henry Ey) ou un moniteur-éducateur (Les Sophoras).

Chaque unité bénéficie de quatre agents de bionettoyage, successeurs des agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ).

A ce descriptif doit être ajouté le personnel soignant (IDE et AS) travaillant à l'équipe des sports, du Club et dans les structures ne recevant pas des patients en hospitalisation ainsi que celui de l'équipe d'ergothérapeutes rattaché au service de rééducation/réadaptation et la présence d'une socio-esthéticienne/coiffeuse. (Cf. § 7.6.).

a) La composition des équipes de jour et de nuit

Les équipes de jour et celles de nuit sont fidélisées, à l'exception de l'USIP. Il arrive cependant qu'un infirmier de jour remplace temporairement un infirmier de nuit et inversement. Ces deux équipes sont placées sous l'autorité du cadre de l'unité. A l'USIP, la moitié du personnel de l'équipe de nuit est formée de soignants qui ne travaillent que de nuit, l'autre moitié est constituée par les infirmiers de journée.

L'effectif « normal » est :

- le matin comme l'après-midi (appelé également « soir »), de quatre soignants (trois infirmiers et un AS), sauf à l'UCAP (deux infirmiers le matin et trois l'après-midi) et aux Sophoras (deux infirmiers et deux AS le matin et l'après-midi) ;
- la journée, un infirmier et, aux Sophoras, un moniteur-éducateur ;
- la nuit, un infirmier et un AS, sauf à l'USIP et aux Sophoras où sont présents deux infirmiers et un AS.

Ainsi, en journée sont mobilisés en temps normal cinq soignants et la nuit, deux.

⁵ IDE : infirmier diplômé d'Etat.

⁶ AS : aide-soignant.

⁷ IFSI : institut de formation en soins infirmiers

L'effectif de grève ou minimal dans les unités est le suivant :

- le premier jour de grève, le matin deux infirmiers et un AS, l'après-midi trois infirmiers. En comparaison avec l'effectif « normal », manquent un infirmier de matin, un AS l'après-midi et un infirmier de journée ;
- les jours suivants : le matin et l'après-midi trois infirmiers et un AS. En comparaison avec l'effectif « normal », manque l'infirmier de journée ;
- la nuit : l'effectif est maintenu à deux soignants (un infirmier et un AS).

Dans les UPG (Cf. *supra* § 2.1.3), au sein de chaque équipe, les mêmes soignants interviennent plusieurs jours consécutifs dans la partie ouverte ou dans la partie fermée afin d'avoir une bonne connaissance des patients présents.

b) Le rythme de travail

Les horaires de présence de l'équipe du matin sont de 7h à 14h30, ceux de l'après-midi de 14h à 21h, et ceux de la « nuit » de 21h15 à 7h15.

Le mode de remplacement des soignants est le suivant :

- pour l'absentéisme programmé : un remplaçant est recherché au sein de l'unité puis, à défaut, au sein des autres unités du pôle en intra hospitalier ;
- pour l'absentéisme non programmé : un remplaçant est recherché au sein de l'unité puis, au sein des autres unités du pôle – la réunion des cadres du pôle le lundi, avec le cadre supérieur du pôle a vocation à trouver des réponses – puis par appel au *pool* de remplacement de la psychiatrie, qui compte dix infirmiers, sept AS et un ASH, puis, par appel à des soignants payés en heures supplémentaires, *via* l'application informatique *WHOOG*.

Le pôle de psychiatrie ne fait pas appel à du personnel intérimaire (médical ou non médical), alors que d'autres pôles du CHU y ont recours. Le bilan social de 2018 fait apparaître 7 618 heures supplémentaires pour le pôle de psychiatrie, représentant 8,2 % du total du CHU.

L'examen des plannings des unités montre que :

- lors des périodes de congé, l'effectif présent est supérieur à celui de grève (les jours avec l'effectif de grève demeurent exceptionnels) mais demeure à peine suffisant pour assumer les tâches quotidiennes ;
- en revanche, lors de certaines périodes comme le mois de janvier, de la mi-septembre à la mi-octobre, de la mi-mai à la mi-juin, l'effectif « normal » est dépassé fréquemment avec un, deux et parfois trois soignants surnuméraires.

2.3.3 Les formations

La formation des soignants arrivants est bien assurée et suivie.

Les arrivants sont systématiquement doublés, en principe pendant une semaine : un premier jour en « journée », les deux jours suivants en « matin » et les deux derniers jours en « après-midi ». Dans certaines unités, un classeur est à la disposition des soignants et décline les « *compétences à acquérir pour le nouvel arrivant* ». Ce document vise à compléter les formations institutionnelles.

Les infirmiers arrivants sont tutorés. Ils participent en principe à huit séances d'analyse des pratiques avec un tuteur au rythme d'une fois par mois sur une période de dix mois. Le tuteur est extérieur à l'unité et possède au moins sept à huit ans d'expérience de psychiatrie.

Des formations à caractère obligatoire sont organisées pour les infirmiers et les AS sur la psychiatrie (nosographie et sémiologie en psychiatrie, etc.). La gestion de l'agressivité et de la violence fait également l'objet d'une formation institutionnelle qui ne s'adresse pas spécifiquement au personnel en activité en psychiatrie (Cf. PROPOSITION 1 ci-dessous). Cette dernière formation comporte un aspect sur l'isolement et la contention. Il demeure qu'une formation de base plus complète en psychiatrie fait défaut, ce qui peut nuire à la qualité de la prise en charge (Cf. § 7.2.2c). Les contrôleurs ont constaté que les formations et les recyclages à l'AFGSU⁸, les formations à la prévention et à la gestion de l'agressivité et de la violence en psychiatrie étaient très suivies. La mission d'appui « psychiatrie d'adultes » dressait cependant le constat que les formations sur la gestion de la violence, sur la gestion des parcours spécifiques des patients chroniques (« *case management* ») et sur le risque suicidaire devaient être adaptées et revues régulièrement. Aucune formation spécifique sur les droits des patients en soins sans consentement n'est dispensée aux soignants.

2.3.4 La supervision

La supervision est organisée dans deux unités : à Henri Ey, où six réunions sont programmées annuellement, et à Euzière, avec quatre réunions annuelles.

Lorsqu'une unité connaît une situation difficile (agression grave, décès, etc.), le conseiller en risques psychosociaux prend contact avec l'agent concerné pour lui proposer les soutiens prévus par le CHU. L'agent est rappelé trois semaines plus tard pour lui formuler les mêmes propositions.

PROPOSITION 1

La supervision régulière du personnel médical et soignant doit être mise en place dans toutes les unités et conduite par un intervenant extérieur au CHU.

RECOMMANDATION 1

La supervision régulière du personnel médical et soignant doit être mise en place dans toutes les unités et conduite par un intervenant extérieur au CHU.

Dans sa réponse, le directeur général exprime son désaccord et fait valoir que : « La supervision des équipes médico-soignantes est une question vaste pour laquelle à l'heure actuelle il n'existe ni définition, ni recommandation au niveau national. Le terme de supervision regroupe des pratiques très différentes, reposant sur des référentiels différents. (...) la demande de supervision doit donc provenir d'une démarche médico-soignante en ciblant dans un premier temps les objectifs attendus. En fonction de cela, le choix de l'intervenant pourra se faire, en fonction de sa formation et de la nécessité de son appartenance ou non à l'institution.

Des unités ont mis en place une supervision de type analyse de situations cliniques autour de la présentation de cas. Une réunion médicale hebdomadaire existe, ouverte à l'ensemble des médecins et internes du pôle pour discuter de cas cliniques complexes et permettre une prise de décision mutualisée. Les soignants (IDE psychologues) impliqués dans les cas présentés

⁸ AFGSU : attestation de formation aux gestes et soins d'urgence.

sont invités aux réunions. Deux équipes paramédicales bénéficient d'une supervision par une personne extérieure. D'autres unités ont formulé des demandes pour pouvoir en obtenir également une auprès du service de la Direction des Ressources Humaines et de la Formation. Deux possibilités s'offrent aux équipes :

- Supervision externe via l'inscription des besoins au plan de formation du CHU*
- Supervision en interne : projet porté par deux cadres de santé du pôle.*

Les cadres de santé vont bénéficier en novembre et décembre 2020 de deux sessions d'Analyse des Pratiques Professionnelles. L'accompagnement de l'ensemble des équipes du pôle est nécessaire. L'adhésion des professionnels est incontournable dans la mise en œuvre de celui-ci [projet médical du pôle de psychiatrie]. »

Les contrôleurs conviennent que la démarche de supervision doit venir d'une demande médico-soignante mais précisent qu'elle ne doit pas être confondue avec des retours d'expériences, les analyses de pratiques ou de cas complexes. Ils maintiennent donc leur recommandation de mettre en place une supervision tout en constatant qu'elle est déjà envisagée dans le plan de formation.

2.4 L'IMPORTANCE DES ADMISSIONS EN SOINS SANS CONSENTEMENT AGGRAVE LES DIFFICULTES DE GESTION DES LITS

2.4.1 Les admissions en soins sans consentement

La proportion de patients admis en soins sans consentement est particulièrement importante ainsi que le montrent les données fournies par l'établissement :

Activité par statut d'hospitalisation	Nombre de mesures		Nombre de patients		Durée moyenne de séjour	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur SDDE	914	971	940	818	30,2	33
Dont SDT ordinaire	14	7				
Dont SPDTU	730	793	747	651	29,6	32,5
Dont SPI ⁹	170	171	193	167	32,7	34,7
Totalité soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE)	154	216	194	198	43,2	43
Dont à la demande du maire	101	149	127	126	47,8	53,3
Dont personnes détenues	50	63	56	59	17,4	18,2
Dont décision judiciaire	3	2	11	13	117,6	61
Dont transformation SDT en SDRE		2				
Soins libres (SL)			1 013	1 136	21,6	19,5
TOTAL des patients hospitalisés			2 147	2152		

Les admissions en soins sans consentement représentent plus la moitié des admissions (52,8 % en 2018 et 47,2 % en 2019) alors que la moyenne nationale est de l'ordre du quart. La proportion des admissions en SDDE (43,8 % du total en 2018 et 38 % en 2019) est elle aussi très au-dessus de la moyenne nationale.

L'établissement compte 214 réintégrations de programme de soins (SDRE et SDT).

La proportion de mesures de SDRE dans le total des mesures de soins sans consentement, si elle évolue sensiblement d'une année à l'autre, passant de 14,5 % à 18,8 % reste de l'ordre de la proportion moyenne de 16 % constatée sur le territoire.

En revanche, alors que les données nationales actualisées en 2017 établissent les proportions respectives de 46 % (SDTU), 29 % (SPI), 25 % (SDT « ordinaire ») des SDDE¹⁰, ces proportions sont atypiques dans l'établissement puisque le nombre de SDT « ordinaire » est négligeable et que les proportions respectives de SDTU et de SPI sont de 80 % et 18,5 % pour 2018 et de 81,6 % et 17,6 % en 2019. Les SPI sont donc un mode d'admission en soins sans consentement inférieur, en nombre, à ce que l'on constate généralement, en revanche les SDTU constituent le mode d'entrée majoritaire. Par nature, ce mode légal est initié par les médecins de l'établissement lui-même ; c'est un mode, en principe exceptionnel moins protecteur des droits des patients puisque qu'il n'est

⁹ SPI : soins pour péril imminent

¹⁰ 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.

fondé que sur l'appréciation d'un seul psychiatre et appartenant à l'établissement. Cette situation s'explique vraisemblablement par la concentration sur le CHU d'une patientèle aux pathologies plus lourdes et à la situation sociale qui ne lui permet pas de recourir aux soins libéraux, mais les conditions d'accueil aux urgences et d'orientation des patients qui y sont examinés (Cf. § 7.1.1) méritent sans doute d'être également interrogées.

PROPOSITION 2

La très forte proportion des patients admis en soins en sans consentement et le nombre particulièrement élevé de ceux admis en procédure d'urgence avec demande de tiers, procédure en principe exceptionnelle et moins protectrice des droits des patients, appellent une réflexion institutionnelle sur le fonctionnement des circuits d'admission et d'orientation.

Dans sa réponse, le directeur général indique que « tous les médecins intervenants aux urgences font partie de l'établissement d'accueil. Pour réaliser une SDT classique d'un patient admis aux urgences, il faudrait qu'un médecin extérieur à l'établissement vienne réaliser le 2^{ème} certificat. L'appel à SOS médecin est déjà réalisé lorsqu'un Péril imminent doit être mis en place et ceci est extrêmement complexe. Ce point sera pris en compte dans le cadre du groupe de travail portant sur le "circuit patient" entre le pôle de psychiatrie, le pôle urgences et notamment le SAMU, en lien avec la DIRSOP¹¹. »

2.4.1 L'activité

L'activité du pôle de psychiatrie est soutenue avec, en 2019, une file active de 19 905 patients, dont 13 970 en consultations et 5 935 personnes en hospitalisation complète.

Selon les données relevées par la mission d'appui, le taux d'occupation des sept unités de psychiatrie générale est de 100 % avec une activité ambulatoire également en augmentation de 20 % % – mais la période sur laquelle ils sont mesurés n'est pas précisée.

La durée moyenne de séjour (DMS) s'est accrue entre 2018 et 2019 ainsi que le monte le tableau ci-dessous.

¹¹ DIRSOP : nouvelle appellation de la direction des soins

Unité	DMS 2018 (en jours)	DMS 2019 (en jours)	Différence (en jours)
Euzière	4,9	8,5	+ 3,6
Mairet	37,5	36,2	- 1,3
Le Guilhem	43,9	52,0	+ 8,1
Le Vidourle	36,5	42,0	+ 5,5
Henry Ey	51,6	56,5	+ 4,9
La Traversière	20,0	21,7	+ 1,7
Littoral	33,0	37,0	+ 4,0
Les Tilleuls	42,6	45,2	+ 2,6
Sophoras	56,3	54,0	- 2,3
Jeunes adultes	27,8	26,8	- 1,0
USIP	23,1	21,2	- 0,9

L'augmentation remarquable de la DMS de l'unité Euzière, passée de 4,9 à 8,5 jours (+ 73 %), témoigne de sa difficulté à remplir sa fonction d'unité d'accueil post urgence destinée à un très court séjour avant orientation.

Cependant, à l'exception de l'unité Mairet, toutes les UPG ont vu également augmenter leur DMS en 2019 par rapport à l'année précédente, certaines dans des proportions importantes comme Le Guilhem (+18 %) ou Le Vidourle (+ 15 %). La réorganisation n'a pas produit – ou pas encore – après un an de mise en place, l'effet recherché de diminuer la DMS. Cette augmentation, qui se traduit par des séjours allongés pour les patients, est en partie la conséquence des difficultés d'organisation des sorties en raison, entre autres, de la désarticulation entre les structures intra et extra hospitalières. Ce constat mérite une réflexion d'ensemble sur le circuit amont/aval de l'hospitalisation.

2.4.2 La gestion de la sur occupation

La dotation en lits du pôle de psychiatrie se situe à un niveau bas au regard du nombre d'habitants de son ressort. L'établissement l'évalue à 49 lits pour 100 000 habitants, ratio inférieur à la moyenne la plus basse constatée sur le territoire pour la psychiatrie de secteur qui est 54 lits¹². Si l'offre importante de lits en secteur privé doit tempérer cette approche, il demeure que l'établissement souffre d'une constante sur occupation dont la gestion pèse sur la qualité de prise en charge des patients. L'affectation des patients à leur arrivée se fait, soit directement soit après passage dans l'unité Euzière, dans l'UPG qui dispose de lits libres ce qui ne privilégie plus une unité de secteur, conformément à aux dispositions du projet médical en cours. Même les patients réentrants ne sont pas toujours pris en charge dans l'unité où ils ont séjourné lors de leur précédente hospitalisation et où ils sont donc mieux connus.

L'unité Euzière, en principe unité d'accueil et d'orientation, rencontre des difficultés pour gérer ses flux, notamment en raison de l'accroissement des mesures de soins sans consentement conjuguée

¹² IRDES, Questions d'économie de la santé cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France, août 2009.

à la règle que s'impose l'établissement de faire transiter les patients admis sur ce mode par cette unité. Par suite, les affectations en sortie sont loin d'être toujours appropriées ; ainsi, des patients ont-ils pu être orientés vers l'unité des Sophoras sans avoir les caractéristiques pathologiques pour être pris en charge par celle-ci.

La structure en secteurs ouverts et fermés apporte des contraintes supplémentaires, les lits disponibles ne se trouvant pas toujours dans le secteur adéquat au patient. Des patients en soins libres peuvent donc se trouver, faute de place ailleurs, en secteur fermé (Cf. § 5.1).

Enfin, faute de place encore, alors que la mesure d'isolement est levée, les patients placés en isolement peuvent rester en chambre d'isolement, qui devient alors une chambre d'hébergement, en attente de lit disponible ailleurs.

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

3.1 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DES PATIENTS COMPORTE D'IMPORTANTES LACUNES

3.1.1 La notification des droits

Les patients arrivent dans une unité en soins sans consentement en provenance le plus souvent de l'unité Euzière. Plus rarement ils peuvent arriver directement des urgences du CHU ou encore être transférés depuis l'unité de soins intensifs (USIP). Lorsqu'ils arrivent dans une autre unité qu'Euzière, c'est en raison d'une absence de lit disponible dans cette dernière. Dans tous les cas, un protocole est prévu par le bureau des entrées afin que la notification des droits telle que prévue par la loi soit effectuée. Un document portant en titre « *information sur la situation juridique, sur les droits, voies de recours et garantie de la personne en soins psychiatriques sans consentement* » est notifié au patient. Ce document mentionne la date de l'admission en soins psychiatriques sans consentement et le cadre légal de cette prise en charge : sur décision du représentant de l'Etat ou sur décision du directeur de l'établissement pour les patients hospitalisés à la demande d'un tiers, en urgence ou encore pour péril imminent. Ce document indique l'existence de la période d'observation de trois jours et en cas de poursuite de l'hospitalisation, la saisine du juge des libertés et de la détention avant l'expiration d'un délai de 12 jours avec comparution du patient assisté d'un avocat choisi ou commis d'office. Il précise également le contrôle par ce même juge et selon la même procédure de la mesure d'hospitalisation avant l'expiration d'un délai de 6 mois.

Les voies de recours sont mentionnées ainsi que les noms et adresses des différentes autorités qui peuvent être saisies et notamment celle du juge des libertés et de la détention qui peut être saisi à tout moment par le patient.

Ce document mentionne en outre que le patient peut continuer à exercer son droit de vote et se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Enfin, il précise les modalités de la fin de l'hospitalisation.

Ce document de notification est signé du patient et transmis au service qui gère les procédures de soins sans consentement (Cf. § 4.3) pour être scanné et archivé dans le registre de la loi. Une copie devrait être remise au patient avec la décision. Les contrôleurs ont pu constater que ce n'était pas toujours le cas et que bien souvent, le document de notification n'était pas remis mais conservé dans le dossier du patient. La décision d'admission est parfois remise par le cadre de santé ou par le médecin mais jamais avec le certificat médical dont la décision d'admission reprend les termes s'il s'agit de SDRE mais pas toujours dans le cas des SDDE.

Cette notification des droits est toujours complétée par des explications orales qui sont données par le cadre, un infirmier ou le médecin mais les infirmiers ne sont pas toujours formés à la procédure et leurs explications peuvent donc être insuffisantes.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Une formation sur les procédures de soins sans consentement et les droits spécifiques des patients qui en font l'objet doit être dispensée systématiquement à tout le personnel amené à prendre en charge ces patients.

Dans sa réponse, le directeur général affirme : « *Il est prévu d'inclure cette formation dans les formations obligatoires des nouveaux recrutés. Le principe sera de nommer 2 tuteurs*

spécifiques parmi les IDE qui pourront organiser des sessions de formation au plus près de la prise de poste, l'objectif étant de toucher un maximum de nouveaux recrutés. »

En outre, une défaillance importante a été constatée par les contrôleurs dans l'unité Euzière qui pourtant reçoit prioritairement les patients en soins sans consentement. En effet, un retard de plusieurs jours a été constaté dans la notification de la décision d'admission. Le 5 février 2020, cinq patients étaient en attente de notification dont un arrivé le 26 janvier, un arrivé le 2 février et deux arrivés le 4 février.

RECO PRISE EN COMPTE 2

L'unité Euzière doit veiller au respect des délais de notification des décisions d'admission en soins sans consentement aux patients qui en font l'objet et des droits y afférents.

Dans sa réponse, le directeur général indique que la procédure a été revue et écrite et est appliquée depuis plusieurs mois. Il produit le document établi.

Un groupe de travail sur les différentes pratiques des soins sans consentement a été constitué au sein de l'hôpital en vue d'améliorer l'application des procédures de soins sans consentement (Cf. 4.5.3).

3.1.2 Le règlement intérieur

Le règlement intérieur (RI) du CHU a été établi le 27 janvier 2020. Il n'est pas encore connu des unités et n'aurait été diffusé jusqu'alors que sous sa forme numérique. Le chapitre 10 de ce règlement concerne le statut des patients hospitalisés en psychiatrie. Ce statut est pour une grande part repris dans l'annexe 21 de ce règlement.

Il sera nécessaire que cet important document soit édité sous une forme papier et remis dans les différentes unités pour pouvoir, en tant que de besoin, être consulté par les patients.

3.1.3 Le livret d'accueil

Un livret d'accueil devrait en principe être remis à l'admission du patient à Euzière mais les contrôleurs ont constaté qu'il n'était jamais remis. Il ne l'est pas non plus toujours dans les unités où le patient se trouve ensuite orienté. Le livret d'accueil disponible dans les unités, date de 2011 et n'est pas celui en vigueur qui a été édité en 2015. Il appartiendrait aux cadres des unités de réclamer auprès des services de la direction ce nouveau livret d'accueil. Il a par ailleurs été indiqué aux contrôleurs qu'un nouveau livret d'accueil était en cours d'écriture. L'éditorial du directeur figurant dans ce livret d'accueil édité en 2015 fait état de l'existence d'un questionnaire de sortie qu'il propose aux patients de remplir à la fin du séjour. Or, les contrôleurs ont constaté que ce questionnaire de sortie n'existait pas et n'a jamais été proposé aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Un livret d'accueil actualisé doit être systématiquement remis au patient à son arrivée à l'hôpital et un questionnaire de sortie doit lui être proposé à la fin de son hospitalisation.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Le livret d'accueil du CHU en cours de finalisation comporte une annexe relative à l'hospitalisation sur le pôle de Psychiatrie. Le questionnaire de sortie doit être adapté à la prise en charge des patients hospitalisés sur le

pôle de Psychiatrie. Une réflexion va être conduite en ce sens avec la Direction de l'Amélioration Continue de la Qualité et de la Sécurité des Soins (DACQSS). »

3.1.4 Les règles de vie

Les règles de vie sont appliquées dans toutes les unités et sont nécessairement indiquées oralement aux patients lors de leur arrivée. Il s'agit des horaires des repas, des horaires et des lieux des visites, des interdictions de fumer dans les locaux. Dans certaines unités, les règles de vie font l'objet d'un document écrit qui est remis au patient ou qui est affiché sur un tableau. A l'USIP, aux Tilleuls et à Mairet, ces règles de vie sont en cours de réflexion et de réécriture. A La Traversière, un règlement de l'unité, concernant les horaires des visites, le nombre de visiteurs, les lieux des visites, le contrôle des affaires apportées, l'interdiction d'utilisation du téléphone portable, est destiné aux visiteurs. A Le Vidourle, le règlement de l'unité est plus précis et mentionne l'interdiction du téléphone portable dans la partie fermée de l'unité, la nécessité de posséder un cadenas pour la fermeture de l'armoire de la chambre, la fermeture des chambres pendant le temps du ménage, l'interdiction de sortir de l'enceinte de l'hôpital, l'interdiction des visites de mineurs. Dans l'unité Le Guilhem, le règlement intérieur de 2012 interdisait les relations sexuelles, le règlement de 2017 prévoit qu'elles sont interdites dans la mesure où elles sont de nature à perturber les prises en charge et ne respectent pas les pratiques soignantes.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le règlement intérieur de l'hôpital doit être consultable et traduit pour les patients de psychiatrie notamment dans les règles de vie des unités, lesquelles doivent être communiquées lors de l'admission et affichées.

Dans sa réponse, le directeur général précise, s'agissant du règlement intérieur : « Pour les usagers, il est consultable via le site du CHU : CHU \ politique de l'établissement \ règlement intérieur \ télécharger. Une version papier est disponible au sein des unités. Le règlement intérieur des unités s'adosse sur le règlement intérieur du CHU. Un groupe de travail spécifique sera mis en place visant à décliner ces dispositions générales au sein des unités du pôle (cf. recommandations 23 à 30). Un affichage sera réalisé en ce sens dans les unités de soins. »

3.2 LES OUTILS DE PREVENTION ET GESTION DES INCIDENTS ET VIOLENCES NE SONT PAS UTILISES DE MANIERE OPTIMALE

3.2.1 Le traitement des événements indésirables

La politique de l'établissement en matière de qualité de gestion des risques est d'encourager une culture de sécurité comme dynamique d'amélioration continue en équipe qui promeut l'erreur comme outil pédagogique.

Les événements indésirables (EI) sont gérés pour tout le CHU par l'équipe de la direction qualité gestion des risques (DQGR), composée d'un médecin directeur coordonnateur de la gestion des risques associés aux soins (CGRAS), cinq ingénieurs, deux techniciens et deux assistantes. Le médecin, deux des ingénieurs et un des techniciens sont plus particulièrement impliqués dans la gestion du système de déclaration des EI.

Les événements indésirables sont enregistrés sur le logiciel Qualis par les soignants ou le cadre du service et leur déclaration ne peut être anonyme. Chaque fiche d'événement indésirable (FEI) renseigne sur l'unité, la nature de l'événement, le lieu de l'événement ainsi que l'auteur de la déclaration mais il n'est réalisé ni analyse ni synthèse par unité seulement pour la globalité du pôle psychiatrie. Pour le pôle de psychiatrie, 605 FEI ont été remplies en 2019 dont 78 depuis l'unité Euzière soit 12,89 % du total.

La définition et la perception de ce qu'est un événement indésirable diffère d'un professionnel à l'autre. Les principaux EI répertoriés sont des vols entre patients, les fugues, ainsi que des actes de violence. Il a été indiqué que l'agressivité et la violence étaient de moins en moins comprises comme une manifestation de la pathologie, et devant être prises en charge comme telles, mais que les soignants ont tendance à percevoir ces actes comme les visant personnellement et qu'ils déclarent donc en EI, encouragés en partie par la direction de la qualité (Cf. § 3.2.2).

D'après la direction du CHU, sans sa réponse « l'encouragement des soignants à déclarer des FEI pour agression est motivé par une politique institutionnelle définie conjointement avec la DCGS et la DRH, dans l'objectif de repérer les situations nécessitant un accompagnement des professionnels en termes de QVT, ce qui permet entre autres lors des entretiens avec les professionnels concernés de resituer l'agression dans le contexte de la pathologie du patient. »

Par ailleurs, lorsque leur chambre d'isolement est utilisée pour pallier le manque de place en isolement dans l'unité Euzière ou comme chambre d'hébergement en raison de la sur occupation, certaines unités qualifient ces circonstances d'EI et remplissent une fiche correspondante pour affirmer leur opposition à ces pratiques.

La direction de l'établissement précise que « la déclaration en EI pour utilisation de la chambre d'isolement comme chambre d'hébergement par manque de place ou sur-occupation permet à l'institution de suivre la fréquence de ces situations (indicateur : nombre de déclarations). Par ailleurs, c'est bien une situation constitutive d'EI pour le patient. » Pour autant, le CGLPL lors de sa visite a pu constater que toutes les unités ne déclaraient pas cette situation comme constitutive d'un EI, ce qui semble signifier que la consigne à laquelle fait implicitement allusion la direction de l'établissement est mal comprise ou mal appliquée.

Une fois reçus par la direction qualité, les événements rapportés sont enregistrés ou non comme EI, selon qu'ils ont été qualifiés comme tels par l'équipe. Pour les incidents qualifiés de peu graves, il est généralement demandé aux unités de les traiter en interne. Toutefois, dans l'unité Mairet, si un soignant remplit une FEI, elle est d'abord analysée par le cadre de l'unité.

Les EI graves (EIG) sont traités par la DQGR, la DCGS et le secteur concerné. Le médecin directeur CGRAS ou le cadre de santé de la DQGR se déplace pour un premier contact avec l'équipe concernée. L'objectif de cette première rencontre est de se mettre à la disposition de l'équipe pour écouter et rassurer, en expliquant la démarche d'analyse systémique proposée. Les délais de traitement des EIG sont allongés par la difficulté à réunir des professionnels de métiers différents.

Entre 2017 et 2019, douze décès ont été déplorés dans le pôle de psychiatrie, dont six en 2019. Cette augmentation devrait conduire à une réflexion des professionnels.

Une exploitation des FEI est réalisée chaque année par le CHU. En 2019, pour les 180 FEI analysées et clôturées, 16 incidents qualifiés de « *risque sécurité des biens et des personnes* » avaient été répertoriés dans le pôle de psychiatrie.

D'importants retards de traitement sont à relever : début 2020, 36,7 % des FEI de 2019 n'étaient pas analysées. Les personnes interrogées ont déploré les délais de traitement (hormis pour les cas gravissimes) et certaines ont indiqué qu'ils étaient dissuasifs, la réponse apportée arrivant bien après que la situation a été réglée. Jusqu'à récemment, le logiciel ne permettait pas de faire un retour aux équipes tant que toutes les personnes concernées n'avaient pas rempli leur partie. Ce problème a été résolu peu avant la visite du CGLPL, ce qui aura pour effet de raccourcir certains délais.

PROPOSITION 3

Les retours faits aux équipes dans le cadre du traitement des événements indésirables doivent intervenir dans des délais raisonnables et être restitués par unité aux équipes. Une réflexion devrait être engagée s'agissant du nombre important de décès intervenus en 2019.

3.2.2 La gestion des violences

Comme dans les autres établissements de soins psychiatriques, les soignants, au contact de patients parfois agités, ont généralement un déficit de formation s'agissant de la gestion de ces situations. Le CHU propose une formation continue « *gestion-prévention des risques et alternatives à l'isolement thérapeutique et à la contention en psychiatrie* ». Dans une première version, l'intitulé ne contenait pas le mot « alternatives », ce qui avait pour effet que les soignants faisaient un lien direct entre incident et placement en isolement, quand l'objet de la formation était au contraire de promouvoir la désescalade et autres techniques pour éviter d'y recourir. Cette formation a été suivie par trente-huit agents en 2019, les agents étant malheureusement loin de la suivre tous, entre *turn-over* et nombre de places limité.

Il est apparu aux contrôleurs que, comme ailleurs, des soignants se sentent de plus en plus visés personnellement par les actes transgressifs des patients, qui sont alors considérés comme « indésirables », quand d'autres estimeront que la gestion de ces situations est inhérente au travail en soins psychiatriques. La direction de la qualité encourage les soignants à remplir des fiches d'événements indésirables pour les cas d'« agressions ». Quatre-vingt-quinze agressions ont ainsi été signalées en 2019 sans qu'il soit possible de connaître la représentativité de ce nombre.

Un protocole a été mis en place relatif aux cas d'agression sexuelle ou de viol entre patients. Il est proposé à la victime de porter plainte, l'auteur et la victime sont rencontrés et il est fait appel à la médecine légale du site de Lapeyronie, dont la proximité facilite l'accès à ce service de médecine. Si le patient victime de violence le nécessite, un examen somatique est réalisé. S'il désire déposer plainte, il est accompagné par les soignants.

Quand un soignant est agressé, la fiche « *Après une agression dans le cadre de votre travail, qui est là pour vous aider et que faire ?* » lui est remise par le cadre d'unité ou la direction des ressources humaines. Cette fiche comporte différentes rubriques dont « *vous souhaitez déclarer un accident du travail* » ; « *vous ressentez le besoin d'un soutien individuel* » ; « *dépôt de plainte et protection fonctionnelle* » ; « *quand voir le médecin du travail ?* » ; « *si vous souhaitez plus de précisions sur la conduite à tenir ou si vous souhaitez un conseil ou une aide complémentaire...* ».

Les dépôts de plainte de personnel soignant à l'encontre de patients sont très rares, selon la direction des ressources humaines (DRH).

Plusieurs situations récentes ont été rapportées aux contrôleurs. Le premier est un passage à l'acte d'un infirmier sur une jeune patiente, au cours de son placement en isolement. Cet incident a

immédiatement été rapporté à la hiérarchie par le soignant lui-même. Ce dernier fait l'objet d'un suivi individuel au niveau de l'IFSI et la situation a été discutée au sein de l'équipe. Au moment de la visite, la patiente n'avait pas porté plainte mais il lui a été indiqué qu'elle pourrait être accompagnée dans cette démarche si elle le souhaitait. Cette situation n'a pas été enregistrée comme événement indésirable de crainte d'une réponse trop tardive et inadaptée.

Un événement indésirable de violences survenu plusieurs semaines auparavant entre deux patients n'avait toujours pas fait l'objet d'une analyse par la cadre de l'unité au moment de la visite. Ces deux patients, qui présentent des troubles neurologiques, se sont battus, ce qui a été déclaré comme incident. Au moment de la visite ils cohabitaient toujours dans la même unité sans difficulté.

RECO PRISE EN COMPTE 5

La formation à la gestion de l'agressivité et de la violence doit être rendue obligatoire pour tous les soignants de psychiatrie et intervenir rapidement après leur prise de fonction dans une unité.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Cette formation est obligatoire sur le département de psychiatrie adulte pour tout nouveau professionnel. Le nombre de sessions de formation sera doublé pour répondre aux besoins des personnels, au titre du plan de Formation 2021 du CHU. Par ailleurs, une action est lancée pour que chaque nouvel arrivant bénéficie d'une formation spécifique « nouveau recruté au sein du pôle psychiatrie ».

3.2.3 Le rôle de l'équipe mobile de soutien

Outre un rôle d'accompagnement des patients vers différents lieux (transferts inter-établissements, audience devant le JLD, transferts depuis l'établissement pénitentiaire de proximité, etc.), l'équipe mobile de soutien (EMS), composée de soignants est amenée à intervenir au sein des services. Chaque jour, elle fait le tour des unités afin de « prendre la température » et aussi pour convenir avec les équipes du soutien « programmé » qu'elle apportera dans la journée, comme être présente lors des temps de repas des personnes placées en isolement. Le nombre important de soignants de sexe féminin a été invoqué comme l'un des facteurs expliquant ces demandes de soutien.

Lorsque les agents déclenchent leur alarme portative, un signal retentit dans les pavillons à proximité ainsi que sur ceux de l'EMS.

La question du recrutement des agents de l'EMS est apparue comme délicate. Certains de ces soignants s'avèrent être expérimentés, formés et tournés vers les alternatives, d'autres ne joueraient pas pleinement leur rôle et interviendraient plus comme un service d'ordre. Il est apparu est que leur mission n'est pas comprise de tous de la même manière et que l'équipe n'a pas un positionnement unifié. Par conséquent, ses agents ne peuvent investir réellement un rôle pédagogique dont les équipes auraient pourtant besoin.

PROPOSITION 4

La composition et les objectifs de l'équipe mobile de soutien ainsi que la formation de ses membres doivent être redéfinis afin qu'elle investisse pleinement son rôle de prévention des violences en plus de ses autres prérogatives.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « La fiche de poste des infirmiers sera revue. Une communication sur les missions de l'Équipe Mobile de Soutien sera organisée auprès des différentes équipes UPG (Unité de Psychiatrie Générale). »

Les contrôleurs prennent acte de ces intentions.

3.2.4 Le comité d'éthique n'est pas saisi de questions relatives aux soins psychiatriques

Le comité d'éthique se réunit trois à quatre fois par an, afin d'examiner des questions qui relèvent du CHU dans son ensemble. Aucun médecin psychiatre n'y siège.

Les dernières réunions organisées ont principalement traité de questions liées à la fin de vie, autour de la situation de M. Vincent Lambert.

Aucun sujet lié à la psychiatrie n'y a été évoqué de mémoire du comité d'éthique. Le comité d'éthique pourrait utilement se saisir de questions ayant trait à la psychiatrie.

3.3 LE DROIT DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PRESQUE MECONNU

Le règlement intérieur du CHU reprend, dans son chapitre 4, sur les informations et le consentement aux soins, les dispositions du code de la santé publique relatives au droit pour le patient de désigner une personne de confiance chargée de l'accompagner et de l'assister dans son parcours de soins. Ce texte qui prévoit que lors de l'hospitalisation, il est proposé au malade de désigner une personne de confiance n'est en fait pas appliqué ou se heurte même à la résistance de certains médecins ou soignants qui en contestent l'utilité ou le bien-fondé (unité Henry Ey). Dans la plupart des unités, rares sont les patients qui ont désigné une personne de confiance et on peut légitimement penser qu'il ne leur pas été proposé de le faire. Ainsi, aucune personne de confiance n'a été désignée à Henry Ey ou aux Tilleuls ou à Euzière, une seule a été désignée à Mairêt, à Sophoras et à l'USIP. L'unité Le Guilhem fait exception puisque neuf patients ont désigné une personne de confiance parmi les vingt et un présents. Ce domaine a manifestement besoin d'être repris par la direction de l'hôpital afin que les dispositions du code de la santé publique qui s'imposent au CHU de Montpellier quel que soit le service concerné ne reste pas qu'une disposition inappliquée de son règlement intérieur.

PROPOSITION 5

La direction de l'hôpital devra s'assurer que tous les patients soient informés, lors de leur admission à l'hôpital, de la possibilité de désigner une personne de confiance.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « La procédure d'admission du patient et un affichage dans les services seront revus afin que les patients aient connaissance de la possibilité de désigner une personne de confiance. »

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

3.4 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE FAIT L'OBJET D'UNE INFORMATION MAIS CE DROIT EST PEU EXERCE PAR LES PATIENTS

Le règlement intérieur de l'hôpital indique que les patients hospitalisés en long séjour qui, en raison de maladies ou d'infirmités graves, ne peuvent se déplacer le jour d'un scrutin, peuvent exercer leur droit de vote sur place par procuration.

Cet accès au vote fait l'objet lors des élections d'un affichage dans les unités mais le vote ne semble pas constituer une priorité des patients ni une préoccupation des soignants dans la prise en soins, en dépit des informations institutionnelles dont il est affirmé qu'elles sont régulièrement diffusées en amont des divers scrutins. De fait, rare sont les patients, en mesure de voter, qui exercent

effectivement leur droit de vote. A l'unité Henry Ey, selon le cadre, deux patients ont voté lors de l'élection présidentielle. Pour les élections municipales prochaines, une information sera faite dans les unités mais aucune préparation préalable n'est réalisée pour s'assurer notamment de l'inscription sur les listes électorales.

3.5 LES CONDITIONS D'ACCES AU CULTE MENAGENT LE PRINCIPE DE LAÏCITE DU SERVICE PUBLIC ET LE RESPECT DES CROYANCES DES PATIENTS

Le livret d'accueil se borne à mentionner les numéros de téléphone des différentes aumôneries. Le règlement intérieur rappelle en premier lieu qu'au sein de l'institution hospitalière, toute personne est tenue au respect du principe de laïcité du service public et qu'aucune attitude discriminatoire ou préférence ne peut résulter de l'appartenance ou de la non-appartenance religieuse de ses usagers.

Cependant, il est précisé que les usagers accueillis au sein de l'établissement ont droit au respect de leurs croyances et doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service et des impératifs d'ordre public, de sécurité et d'hygiène et que les aumôniers intervenant au sein de l'hôpital public ne peuvent pas faire de prosélytisme.

Un travail a été réalisé par la direction santé publique, services aux patients et affaires juridiques afin d'améliorer la possibilité pour les patients d'exercer leur culte. Des tables rondes ont été organisées dans les instituts de formation et les aumôniers des trois religions, catholique, protestante et musulmane ont rencontré les cadres des unités. Ils ont élaboré une plaquette commune dans le but de proposer aux patients un accompagnement humain, existentiel, spirituel ou religieux. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec les trois aumôniers des différents cultes qui conviennent que des progrès ont été accomplis et qu'ils sont mieux acceptés par les soignants dans les unités ; ainsi, à l'unité Les Tilleuls, les soignants ont indiqué que les aumôniers catholiques et protestants venaient une fois par semaine et qu'ils avaient la liste des aumôniers qu'ils pouvaient contacter. Cependant, les aumôniers déplorent qu'il ne leur soit fait le plus souvent appel que lors du décès d'un patient.

Un lieu de culte existe sur le site de la Colombière, à proximité de la cafétéria. Deux salles sont mises à disposition des aumôneries et une cérémonie est organisée par le culte catholique tous les vendredis. Il existe également un lieu de culte à l'hôpital de Lapeyronie. Tous regrettent que l'ancienne chapelle historique ne permette plus son utilisation en raison de sa dégradation et du risque qu'elle présenterait du fait de son mauvais état.



La salle de culte de l'aumônerie catholique

3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS EST CORRECTEMENT ASSUREE GRACE A UN SERVICE SOCIAL ADAPTE

La mission de protection des patients est facilitée par la présence d'assistants de service social (ASS) dans toutes les unités qui exercent aussi leur fonction à l'hôpital de jour et en extra hospitalier notamment dans les centres médico-psychologiques. Cependant, le lien entre les structures extra hospitalière et les unités devient plus compliqué à établir depuis que ces dernières ne sont plus sectorisées, la déssectorisation entraînant un manque de connaissance des acteurs.

Les ASS gèrent l'accès ou le rétablissement des droits : obtention de la couverture médicale universelle, relation avec la caisse d'allocations familiales, dont un représentant vient deux fois par mois, et demande de documents d'identité à la préfecture.

Ils participent aux réunions cliniques, sont associés aux projets de sortie et à l'élaboration des programmes de soins.

Le repérage des besoins de protection juridique est fait de manière constante lors de l'hospitalisation avec une attention portée lors de l'entretien d'accueil dans les unités ou lors de la rencontre avec l'ASS, lorsqu'elle a été demandée par le personnel soignant. Cette mise sous protection juridique est discutée avec le patient et avec les familles.

L'établissement des certificats médicaux n'est pas une difficulté, dix médecins de l'hôpital étant inscrits sur la liste établie par le procureur de la République et son financement n'est jamais un obstacle au placement sous mesure de protection car lorsque les familles ne peuvent assumer ces frais, les psychiatres ne se font pas rémunérer.

Les soignants comme les ASS sont régulièrement en lien avec les tuteurs sur des sujets différents comme la gestion des biens et la vie quotidienne des personnes protégées, ou encore le suivi médico-social ; les relations avec les tuteurs sont très dépendantes du mandataire.

Le rôle de mandataire judiciaire est assuré par divers associations : l'union départementale des associations familiales (UDAF) 34, l'Association Tutélaire de Gestion (ATG), GERANTO SUD, l'Association pour personnes en situation de handicap (APSH 34) ainsi que par quelques personnes privées.

L'hôpital dispose d'un service des tutelles composé de six mandataires judiciaires et habilité pour suivre 260 protégés mais qui a la charge de 360 protégés ; ils sont désignés par le juge de tutelles pour les patients de l'établissement mais aussi pour des personnes qui ne sont pas hospitalisées. Ils ne vont jamais devant le juge des libertés et de la détention sauf demande expresse de leur protégé car ils estiment que leur présence est inutile et que celle de l'avocat a plus de sens. Ils contactent les familles qu'ils veulent associer au projet des patients mais uniquement si ces derniers le souhaitent et font le point des situations et des projections en réunion avec les ASS, les infirmiers, les psychologues et les cadres de santé. Ils estiment que les relations sont bonnes et fluides avec les intervenants dans les unités.

Le service fait état d'une difficulté récente : une note de la direction générale des finances publiques, applicable à tous les établissements de santé indique que l'article 9 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice dispose que les hébergés faisant l'objet d'une mesure de protection exercée par un mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM) rattaché à un établissement public ne seront plus gérés en comptabilité publique mais directement par le mandataire, à partir des comptes bancaires

personnels des hébergés, à compter du 1^{er} janvier 2020 ; il en résulte que les majeurs protégés ayant pour mandataire le service des tutelles de l'hôpital ne bénéficieront plus de la banque des malades, devront utiliser des cartes bancaires à code qu'ils risquent de perdre, et devront faire face à des coûts de gestion facturés par la banque commerciale alors que le Trésor public gèrait sans frais (Cf. § 6.4).

RECOMMANDATION 2

L'application de l'article 9 de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 faisant obligation au mandataire d'un majeur protégé de confier à ce dernier une carte de retrait à code pour disposer d'espèces est difficile, insécure et coûteuse pour les patients des services psychiatriques. Des modifications de ces dispositions doivent être envisagées pour ces patients.

Dans sa réponse, le directeur général explique que « Chaque personne protégée possède aujourd'hui une carte soit de retrait (avec ou sans code), soit de paiement. Il est à noter que la grande majorité des majeurs protégés avaient déjà une carte pour disposer de leur argent et que pour la très grande majorité de ceux qui viennent d'en obtenir une, cela représente une avancée certaine dans la reconnaissance de leurs droits et la déstigmatisation. Le service des majeurs protégés doit faire face parfois à des pertes de cartes, de codes qui sont commandés à nouveau auprès de la banque de la personne. Pour les rares cas où l'usage de la carte est impossible, il a été mis en place par l'établissement un système de fonds déposés, remboursables à la régie 21 de la banque des malades. »

Les contrôleurs prennent acte des mesures prises par le CHU de Montpellier et s'en réjouissent. Pour autant, la recommandation doit être maintenue en tant qu'elle s'adresse à l'autorité réglementaire et qu'elle concerne l'ensemble des établissements dont certains rencontrent des difficultés à mettre en œuvre ces dispositions.

3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST CONNUE DES SOIGNANTS QUI SONT SENSIBILISES AU RESPECT ABSOLU DU SECRET MEDICAL ET PROFESSIONNEL

Le CHU a édité en septembre 2019 un document intitulé « *règlement de confidentialité du CHU de Montpellier* ». Ce document qui concerne tout le personnel du CHU rappelle les dispositions légales qui imposent aux établissements de santé de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent et qu'ils emploient. Cette protection s'exerce à travers le strict respect du secret professionnel et du secret médical dont la finalité est la protection de l'intimité et de la vie privée.

Des procédures ont été mises en place afin de protéger les informations que contient le système numérique d'information hospitalier et qui sont partagées dans le réseau de communication d'un ensemble d'ordinateurs. Il prévoit également la possibilité d'anonymiser les informations pour empêcher l'identification des patients.

Les contrôleurs ont constaté que dans toutes les unités, les soignants étaient très vigilants au respect du secret professionnel et médical. Ils connaissent le droit à la confidentialité de l'hospitalisation mais cette question relève au premier chef du bureau des entrées puisque c'est à ce moment que l'identité sera protégée. Il faut donc que l'information soit donnée au patient au moment de son entrée. Les patients qui demandent cette confidentialité et ont déjà connaissance

de ce droit sont rares. Le livret d'accueil n'y fait référence qu'à travers une disposition de la charte de la personne hospitalisée.

PROPOSITION 6

Les patients doivent être informés dès leur admission de la possibilité de maintenir confidentielle leur présence à l'hôpital.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Ce point sera notifié dans le livret d'accueil et l'information sera affichée dans les services de soins ».

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA CDSP EST SOUCIEUSE DU RESPECT DE LA DIGNITE ET DES LIBERTES INDIVIDUELLES DES PATIENTS

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) fonctionne depuis septembre 2016 sous sa forme actuelle. Elle est composée de six membres, dont un praticien hospitalier du CHU de Montpellier, la présidente de l'UNAFAM et un médecin généraliste. La suppression depuis septembre 2019 du magistrat comme membre de la commission est fortement regrettée.

En 2017, la CDSP s'est réunie huit fois et a étudié les dossiers de 358 patients du CHU de Montpellier, 180 en SDRE et 178 en SDT. En 2018, six réunions ont eu lieu et 195 dossiers ont été étudiés, sans que l'on connaisse la proportion de ceux venant de la Colombière. Par ailleurs, elle a rendu visite à l'établissement une fois en 2017 et deux fois en 2018.

Les constats présentés dans ses rapports d'activité pour les années 2017 et 2018 montrent un souci du respect des droits des personnes hospitalisées sous contrainte : manquements dans l'information des patients sur leurs droits dans le cadre des mesures de soins sans consentement, règles de vie hétérogènes entre unités (accès au téléphone portable, internet, télévision) et absence de leur affichage, restrictions aléatoires à la liberté de circulation vers les chambres, port du pyjama (particulièrement à l'USIP), isolement et contention et utilisation des chambres d'isolement comme chambre ordinaire en cas de surpopulation. En 2018, des patients se sont également plaints de ne pas avoir été associés au choix de leurs traitements.

S'agissant spécifiquement de l'isolement et de la contention, en 2017 la CDSP avait relevé l'inexistence du registre et de données fiables permettant d'analyser les pratiques. En 2018, la CDSP constatait qu'un groupe de travail avait été constitué au sein du CHU de Montpellier. Par ailleurs, l'existence de nouvelles formations relatives à « *La gestion, la prévention des risques et alternatives à l'isolement thérapeutique et à la contention en psychiatrie* », au risque suicidaire, à la nosographie et à la sémiologie en psychiatrie est soulignée dans le rapport d'activité.

Les préconisations de la commission sont nombreuses : faciliter l'extraction de données chiffrées et la tenue d'un registre d'isolement, améliorer l'information du patient, qu'elle soit d'ordre général ou relative à ses droits (livret d'accueil, règlement intérieur, formulaire de notification des mesures d'hospitalisation sans consentement), développer un document traçant la recherche d'un tiers par les direction d'établissement, afficher la venue de la CDSP, développer des groupes pluridisciplinaires relatifs aux soins sans consentement, ainsi que des rencontres professionnelles entre médecins, magistrats et avocats.

Si certains constats de la CDSP ont été notamment à l'origine de la constitution d'un groupe de travail « psychiatrie légale » qui travaille sur l'amélioration de la procédure encadrant les soins sans consentement (Cf. § 4.5.3), tous ne sont pas repris par la direction de l'établissement afin d'impulser une réflexion et une évolution institutionnelle.

La CDSP déplore toutefois « *le faible nombre de réclamations d'usagers, peut-être en lien avec un défaut d'information sur l'accès, le rôle ou les missions de la C.D.S.P. dans les établissements.* ». Lors de sa visite, elle a d'ailleurs relevé une insuffisance d'affichage et de communication relative à sa venue. Ce constat a été réitéré en 2018 et les contrôleurs ont pu constater qu'il était toujours d'actualité en 2020.

PROPOSITION 7

L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soin. Les patients doivent être également informés de chacun de ses passages dans un délai suffisant pour leur permettre, ainsi qu'à leur proche, de faire connaître leur souhait d'être reçus par les membres de la commission.

Les constats et préconisations de la commission départementale des soins psychiatriques relatifs à une amélioration du respect des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement doivent être repris par la direction de l'établissement et traduits en plans d'action.

Dans sa réponse, le directeur général informe que « L'affiche réalisée en 2014 va être réactualisée et affichée dans l'ensemble des unités de soins. Les affiches relatives au passage de la CDSP sont mises à disposition des unités de soins par le Service des Soins Sans Consentement pour affichage au moins 15 jours avant la date de venue de la commission. Les retours de la CDSP seront repris et traduits en plans d'action dans le cadre de la démarche d'amélioration continue du pôle. »

Les contrôleurs prennent acte de ces intentions.

4.2 LES USAGERS ET LEURS REPRESENTANTS SONT ASSOCIES FORMELLEMENT A LA PRISE EN CHARGE

4.2.1 La prise en compte de la parole des usagers

Les Sophoras est la seule unité d'hospitalisation où ont lieu des réunions hebdomadaires entre patients et soignants. Bien que cette réunion soit principalement l'occasion pour les soignants de faire un certain nombre d'annonces, elle constitue aussi l'occasion pour les patients de s'exprimer et de poser des questions sur leurs conditions d'hospitalisation.

Le fait qu'il n'y a pas de questionnaire de satisfaction propre à la psychiatrie a été souligné comme problématique par des représentants d'usagers. Toutefois, une demande est en cours pour formaliser un questionnaire propre à la pédopsychiatrie.

4.2.2 Les représentants des usagers

Les représentants des usagers, au nombre de quatre, représentent les familles d'usagers plutôt que les usagers eux-mêmes. Ils déplorent la méconnaissance qu'ont les patients de leur existence, du fait de la rareté de l'affichage sur leur existence et leur mission dans les unités d'hospitalisation, ainsi que la faiblesse des moyens dont ils disposent pour se faire connaître et aller à la rencontre des personnes hospitalisées.

L'idée de mettre en place une « permanence des usagers » est évoquée mais rien n'est concrètement mis en œuvre actuellement. Elle permettrait de faire mieux connaître les représentants des usagers, de sorte qu'ils soient saisis plus régulièrement par les patients.

Les représentants d'usagers ont rapporté des efforts faits en matière de surveillance des pratiques d'isolement et de mise sous contention mécanique.

Ils déplorent que des pratiques attentatoires aux droits des patients se produisent ponctuellement. Il a ainsi été indiqué qu'après un suicide dans une unité d'hospitalisation, la famille n'a pas été immédiatement informée et qu'elle a récupéré les affaires de son proche dans un sac poubelle.

Il est apparu que les relations entre patients et soignants restaient marquées par l'incompréhension : le personnel soignant « a du mal à ne pas avoir peur des patients ». Par ailleurs, les patients ont

peur de parler des effets de leur traitement tant qu'ils sont hospitalisés. Les représentants déplorent que les repas soient parfois conduits à la hâte et que l'organisation des visites des familles manque d'humanité dans certaines unités. Ces éléments sont relevés par les représentants des usagers mais ces derniers peinent à se faire entendre.

Les représentants d'usagers, dont certains sont parents de malades, ont enfin indiqué que pour les familles, « *c'est le parcours du combattant* » : difficultés pour être reçus par les psychiatres, sorties annoncées le jour même, sont les principaux problèmes rencontrés par les proches.

4.2.3 La commission des usagers

Les représentants des usagers sont principalement consultés, en réalité surtout informés, au travers de la commission des usagers (CDU). Au moment de la visite, le renouvellement de sa composition venait d'être effectué, envoyant un signal positif à la psychiatrie. En effet, pour la première fois un psychiatre a été nommé en son sein comme médecin médiateur associé. Le changement de présidence et de composition de la CDU sera également l'occasion de faire évoluer son fonctionnement.

Toutefois, la CDU porte sur tout l'établissement, dont la grande majorité des services se trouve sur le site de Lapeyronie, aucune commission n'a spécifiquement la charge du pôle de psychiatrie. La présentation des plaintes et réclamations est faite de manière trimestrielle et celles-ci ne sont plus communiquées à l'avance aux membres de la CDU. Les cas de médiation ne leur sont pas présentés, et encore moins les courriers initiaux. Peu de cas relatifs au pôle de psychiatrie sont présentés, il y en aurait eu moins de cinq durant les trois derniers mandats.

4.2.4 Le traitement des requêtes et plaintes

Le service des relations avec les usagers traite les réclamations pour l'ensemble du CHU. En 2019, trente-trois réclamations ont été déposées relatives au pôle de psychiatrie. Elles concernaient principalement des patients hospitalisés de l'unité Euzière (huit plaintes) et des urgences psychiatriques (six) puis, de l'unité le Vidourle (quatre) et l'USIP (trois). Trois des huit plaintes concernant l'unité Euzière portaient sur la prise en charge médicamenteuse, les autres sur le mode d'hospitalisation sous contrainte.

Depuis le début de l'année 2020, sept réclamations avaient été déposées depuis le pôle de psychiatrie, dont quatre relatives à l'unité Euzière : deux d'entre elles portent sur le mode d'hospitalisation, l'une sur le fait qu'une patiente ne pourra retourner vivre à son domicile et la dernière sur les conditions d'hospitalisation au sein de l'unité faisant état en outre, d'une relation sexuelle qui y aurait eu lieu sans protection. Cette réclamation datant du 9 janvier 2020 était encore en cours de traitement au moment de la visite, en attente de réponse de la part du pôle de psychiatrie.

Le personnel de direction en charge des relations avec les usagers indique se déplacer dans les services pour rencontrer les agents quand cela est estimé nécessaire.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI DEMATERIALISE EST RENSEIGNE EN TEMPS REEL ET CONTIENT LES MENTIONS PREVUES PAR LA LOI

Le service des soins sans consentement en psychiatrie s'occupe du suivi des dossiers administratifs des patients du pôle de psychiatrie pris en charge en hospitalisation complète et en ambulatoire en soins sans consentement. Il traite des décisions d'entrée et d'admission.

Le registre de la loi, tenu par ce service, est totalement dématérialisé ; ne sont conservés dans des boîtes cartonnées que les originaux des décisions du directeur, des arrêtés du préfet et des certificats médicaux par date d'établissement et non par patient.

Ce service assure une permanence le samedi et le dimanche de telle sorte que le registre est renseigné en temps réel et que les décisions du directeur pour les soins à la demande d'un tiers sont prises dès l'admission. Lorsque le patient arrive dans l'unité, les documents relatifs à son admission sont transmis au service des soins sans consentement qui rédige la décision du directeur puis la transmet aux unités au plus tard dans les 12 heures suivantes pour notification au patient. La qualité de cette organisation ne garantit pas pour autant, ainsi qu'il a été relevé plus haut, que les décisions et droits sont notifiés aux patients dans les meilleurs délais (Cf. § 3.1.1 et recommandation prise en compte n°2). Pour les patients admis sur décision du représentant de l'Etat, la plupart des admissions sont initiées par un arrêté du maire ; le service des soins sans consentement transmet le certificat médical des 24 heures à l'agence régionale de santé qui établit et envoie l'arrêté du préfet, transmis aux unités pour notification au patient.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) vise le registre de la loi tous les 6 mois.

Le registre de la loi contient toutes les mentions prévues par l'article L 3212-11 du code de la santé publique (CSP) mais aussi tous les éléments du déroulement de la procédure administrative du patient y compris les avis d'audience du juge des libertés et de la détention, les convocations ce qui rend une vérification rapide difficile et fastidieuse.

Si un signalement est fait pour un patient en particulier, la vérification de la régularité de la procédure est possible car tous les renseignements nécessaires figurent dans le registre mais un contrôle effectif plus général est plus difficile compte tenu de la présence de renseignements nombreux qui n'ont pas à y figurer.

Les contrôleurs n'ont pas relevé d'irrégularité dans les documents consultés ; les certificats médicaux sont horodatés.

4.4 LA PREPARATION A LA SORTIE EST INVESTIE PAR LES INTERVENANTS MAIS SOUFFRE D'UN MANQUE DE PLACE DANS LES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

4.4.1 Les sorties

Les sorties accompagnées de moins de 12 heures sont fréquentes de même que celles d'une durée maximum de 48 heures. Le préfet ne s'oppose que rarement aux sorties temporaires des personnes en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) mais ne motive pas son refus, le cas échéant. Il a été signalé aux contrôleurs qu'il arrivait qu'il y ait des retards dans les réponses mais une réunion est prévue entre le service administratif des soins sans consentement et les services de la préfecture pour régler ce problème.

Les sorties de moins de 12 h sont accompagnées par les infirmiers de l'unité ou par la famille ; il est exceptionnel qu'elles ne puissent pas avoir lieu en raison d'un défaut d'accompagnateur.

Elles permettent de faire des démarches administratives et de préparer la sortie du patient ou la mise en place d'un programme de soins.

4.4.2 Les programmes de soins et la préparation à la sortie

Les programmes de soins ambulatoires sont utilisés fréquemment et sans retour en hospitalisation complète ; ils prévoient essentiellement des consultations au centre médico-psychologique (CMP)

et des visites à domicile par des soignants selon des fréquences variables ; pour les SDRE, le préfet demande parfois une expertise pour la transformation d'une hospitalisation complète en programme de soins.

Le préfet ne demande pas systématiquement un deuxième avis pour la mainlevée de la mesure, cette exigence étant individualisée selon chaque cas.

4.4.3 Le collège des professionnels de santé

L'établissement a formalisé la mise en place des collèges des professionnels de santé lorsque les dispositions légales imposent qu'il soit réuni. Lors de l'admission du patient, le service administratif des soins sans consentement met en place un échéancier indiquant les dates à respecter pour les décisions à prendre notamment la réunion du collège des professionnels de santé ; il avertit le secrétariat médical de l'unité de la nécessité de réunir ce collège.

Le collège ne se réunit pas toujours formellement, les rencontres ayant lieu à l'issue des réunions cliniques et le patient n'est pas entendu par ses membres.

RECOMMANDATION 3

Le collège des professionnels de santé doit procéder effectivement à l'audition du patient dont il traite le dossier.

Dans sa réponse, le directeur général confirme que « Les médecins sont unanimes pour souligner l'importance de la constitution de ce collège et l'audition des patients dans le cadre de prises en charge longues et souvent complexes. », réponse qui justifie le maintien de la recommandation.

L'avis du collège figure dans le dossier du patient et dans le registre de la loi.

4.5 L'ETABLISSEMENT A ORGANISE L'ACCES AU JUGE ET UNE COLLABORATION JURIDIQUE POUR PERMETTRE L'ELABORATION DE PROCEDURES CONFORMES AU DROIT

Un protocole du 7 août 2014 relatif aux modalités de mise en œuvre de l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal judiciaire (TJ) de Montpellier en matière de soins sans consentement a été élaboré en présence du préfet de l'Hérault, du directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) du Languedoc-Roussillon, du procureur de la République de Montpellier, du directeur de greffe du TGI (désormais TJ) de Montpellier, du bâtonnier de l'ordre des avocats de Montpellier, du directeur général du CHU de Montpellier et du directeur des hôpitaux du bassin de Tau prévoyant la mise à la disposition de locaux pour les audiences et les modalités pratiques de leur tenue.

Lors de la visite, la salle d'audience n'était pas celle habituellement utilisée en raison des travaux effectués depuis près d'un an dans le bâtiment où elle se situe mais le choix de la salle de remplacement avait fait l'objet d'une concertation tant avec les membres concernés du TJ qu'avec un représentant du barreau.

Les contrôleurs ont assisté à une audience mais, l'absence des avocats, en grève, a empêché une rencontre avec ces derniers à cette occasion ; les contrôleurs ont eu un contact téléphonique avec l'avocat responsable de la permanence des avocats « soins sans consentement » par délégation du bâtonnier.

4.5.1 La préparation de l'audience

Les trois audiences hebdomadaires ont lieu les lundi, mercredi et vendredi matin à 10h. Elles sont tenues par trois juges des libertés et de la détention.

Les saisines du JLD sont préparées par le service administratif des soins sans consentement qui transmet les convocations aux différentes unités ; les soignants les notifient aux patients en leur donnant les informations sur la possibilité de choisir un avocat ; le greffe du tribunal judiciaire de Montpellier avise les tuteurs et curateurs, qui sont rarement présents, ainsi que les tiers en cas de soins sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) ou le préfet en cas de soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

En l'absence de choix d'un avocat personnel, le ministère d'avocat est assuré par le barreau de Montpellier qui délègue à chaque audience deux avocats inscrits sur une liste de permanence, les honoraires étant pris en charge par l'aide juridictionnelle. Ces auxiliaires de justice doivent, pour être enregistrés sur la liste des avocats assistant des patients devant le JLD, justifier d'une formation d'au moins 6 h portant sur cette matière ; ensuite, pendant deux mois, le postulant est observateur aux audiences à l'hôpital et à la cour d'appel et, selon les appréciations des avocats qu'ils accompagnent, les candidats sont inscrits ou doivent prolonger leur période d'observation. Ils ont ensuite l'obligation d'avoir une formation de 2 h par an sur les soins sans consentement.

BONNE PRATIQUE 1

Le barreau organise la formation des avocats commis d'office souhaitant assister les patients au cours de l'audience devant le juge des libertés et de la détention et subordonne leur désignation à une validation de leurs compétences et à la poursuite, chaque année de cette formation.

Les dossiers dématérialisés transférés au greffe par l'établissement sont envoyés deux ou trois jours avant l'audience au secrétariat de l'ordre des avocats qui les transmet aux conseils désignés pour assister aux audiences.

Les patients sont convoqués à 8h30 afin de pouvoir rencontrer leur avocat et sont conduits par les équipes mobiles de soutien.

Les avocats rencontrés par les contrôleurs ont indiqué que lorsque le patient ne souhaitait pas venir ou qu'un certificat médical d'impossibilité de comparaître était rédigé, le contact du conseil avec son client-patient dans l'unité n'était pas facilité.

Dans sa réponse, le directeur général précise que « le contact de l'avocat avec le patient se fait après appel téléphonique dans l'unité de soin, et est dépendant de l'état de santé du patient évalué par le médecin afin de maintenir la sécurité de tous. »

Cette réponse n'enlève pas leur véracité aux remarques des avocats.

4.5.2 Les locaux

Les locaux actuellement dévolus aux audiences se trouvent au premier étage de l'unité Euzière. Ils sont signalés depuis l'entrée de l'hôpital par des panneaux directionnels indiquant « salle d'audience ».

Ils se composent d'une vaste salle d'attente, d'un secrétariat, d'une salle pour les entretiens des avocats, divisée en deux espaces séparés par un paravent pour permettre que les deux conseils présents à chaque audience puissent entendre les patients sans perte de temps, et d'une salle d'audience très claire meublée de trois tables disposées en « U » où prennent place d'un côté le

magistrat et son greffier et en face le patient et son conseil. Cette salle est suffisamment grande pour permettre l'installation de chaises supplémentaires.



Bureau d'entretien avec l'avocat



Salle d'audience

4.5.3 Le déroulement de l'audience

L'administration de l'hôpital n'est pas représentée et les mandataires de justice ne se présentent qu'exceptionnellement.

Les patients ne viennent jamais en pyjama.

Lors de l'audience, ni le magistrat ni le greffier ne portaient leur robe ; cependant, la pratique varie selon les juges, les deux autres intervenants en cette matière revêtant leur robe de même que leur greffier. Les avocats ont systématiquement leur robe.

Le magistrat rencontré a indiqué que sa pratique et celle de ses collègues était de ne pas rendre la décision immédiatement sauf exception mais de la mettre en délibéré pour la rendre l'après-midi.

Les audiences ont lieu portes ouvertes. Celle à laquelle ont assisté les contrôleurs revêtait un caractère particulier en l'absence des avocats qui étaient en grève ; le juge n'a émis aucune remarque à ce sujet, les patients non plus ; l'un d'eux, qui avait exprimé le souhait de ne pas avoir d'avocat, était en conséquence très content. Les magistrats ont relevé l'existence d'une circonstance insurmontable justifiant qu'il soit statué malgré l'absence d'avocat et alors que son ministère est obligatoire en cette matière, compte tenu des délais pour statuer prévus par le code de la santé publique. Sept dossiers étaient prévus mais seuls quatre patients ont été entendus car l'un était en fugue, un autre avait un certificat médical d'inaptitude et un troisième refusait de comparaître. Le juge donne longuement la parole au patient, écoute avec attention, rappelle les termes des certificats médicaux puis indique que sa décision sera rendue l'après-midi et qu'elle peut faire l'objet d'un appel ; il rappelle qu'il peut être saisi à tous moments.

L'établissement a mis en place un groupe de travail sur la psychiatrie légale qui se réunit une fois par mois, composé de médecins, de soignants et du personnel administratif des soins sans consentement et qui a pour objet notamment l'amélioration du volet juridique de la prise en charge des patients sous contrainte, l'analyse des motifs des mainlevées, l'établissement de documents avec demande de validation par le juge ; deux fois par an, ce groupe se réunit de façon élargie avec les JLD, un membre du parquet et un représentant du bâtonnier pour évoquer les problèmes de régularité des procédures.

Le JLD estime qu'il existe une évolution mais regrette que l'information du patient soit encore incomplète et que notamment aucun dossier ne contienne la notification de l'arrêté pris par le maire en cas de danger imminent.

4.5.4 Les données statistiques

Selon les renseignements donnés aux contrôleurs par l'établissement et le tribunal, en 2019, le JLD a été saisi de 1 102 dossiers, dont 1 072 saisines de plein droit et 30 recours ; 108 patients ont refusé de comparaître et 85 certificats d'incompatibilité ont été rédigés.

Sur 1 107 décisions rendues, 72 ont procédé à la mainlevée de la décision dont 65 avec report des effets de la mainlevée à 24 h.

118 appels ont été relevés ; la cour a confirmé le maintien en soins sans consentement dans 116 cas et a ordonné 2 mainlevées.

4.6 LES AUTORITES N'EXERCENT PAS LES CONTROLES PREVUS PAR LA LOI

La commission départementale des soins psychiatriques vise le registre de la loi deux fois par an.

Le maire, le préfet et le procureur de la République n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L 3222-4 du CSP prévoyant que ces autorités doivent visiter au moins une fois par an les établissements chargés d'assurer les soins psychiatriques sans consentement.

RECOMMANDATION 4

Conformément à l'article L.3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, le procureur de la République du ressort et le maire de la commune ou son représentant doivent visiter l'établissement au moins une fois par an.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LE GEL DE LA TAILLE DES ZONES FERMEES EST INJUSTIFIE DANS SON PRINCIPE ET DANS SON AMPLEUR

5.1.1 La liberté d'aller et venir en zone ouverte ou fermée

Les unités de psychiatrie sont majoritairement divisées en deux parties : une zone fermée (ZF) et une zone ouverte (ZO). La première a des règles de vie plus strictes, notamment une interdiction de sortir, sauf autorisation, et les patients y sont souvent privés de leur téléphone personnel. Un patient en ZF ne peut quitter l'unité qu'accompagné d'un ou de plusieurs soignants, s'ils sont disponibles, ou, très rarement, de sa famille.

La ZF semble généralement réservée aux débuts de séjour des patients en soins sans consentement, leur passage en ZO étant conditionné à l'évolution positive de leur état de santé, évalué par les médecins. Mais la pertinence thérapeutique de cette coupure en deux zones n'est manifestement pas collégialement réfléchi par le corps médical.

PROPOSITION 8

L'hébergement des patients dans des zones dont ils ne peuvent sortir librement au motif qu'ils ont été admis en soins sans consentement ne peut être justifiée par ce seul statut d'admission. Le maintien d'un patient dans une unité ou partie d'unité fermée ne peut être fondé que par son état clinique.

Dans sa réponse, le directeur général indique, s'agissant de cette proposition et des deux suivantes : « Ces trois recommandations seront traitées de façon conjointe au regard des questions et réflexions qu'elles soulèvent. Aussi, la mise en place d'un groupe de travail, pluridisciplinaire aura pour objectif de réfléchir à la réorganisation des services, secteurs fermés / ouverts en adéquation avec les effectifs cibles dans le respect des droits des patients, notamment le respect de la liberté d'aller et venir de la personne soignée.

Une réflexion autour des fugues sera initiée (évaluation des chiffres, des facteurs de risques retrouvés, des facteurs protecteurs). Un benchmark avec les établissements psychiatriques sera mis en œuvre (bonnes pratiques...) ».

Les contrôleurs prennent acte de ce projet de groupe de travail.

En théorie, la division des unités en deux espaces est modulable grâce à des portes qui peuvent être positionnées à trois niveaux du couloir. Ainsi, trois répartitions sont possibles : treize chambres en ZF et huit en ZO, onze chambres en ZF et dix en ZO, ou sept chambres en ZF et quatorze en ZO. Or, une très grande rigidité est constatée partout, la plupart des unités demeurant figées à un niveau élevé de restriction de libertés : onze voire treize chambres en ZF (Cf. § 6.1.2b). Cette absence quasi totale de souplesse n'est pas du tout justifiée par les médecins, alors qu'ils reconnaissent pourtant que bien des patients se trouvent en ZF alors qu'ils pourraient être en ZO. En outre, le maintien d'une zone fermée dans chaque unité ne tire pas les conséquences de la souplesse que l'on pouvait attendre d'un choix de déssectorisation.

PROPOSITION 9

Les unités doivent utiliser la possibilité qu'elles ont d'adapter la taille de leur zone fermée aux besoins thérapeutiques des patients. Une réflexion collégiale associant le corps médical et les soignants doit permettre de s'interroger sur la réelle nécessité d'une zone fermée dans chacune des unités.

Par ailleurs, les équipes soignantes se partagent durant toute la durée de leur service entre deux sous-équipes, une pour la ZO et l'autre pour la ZF. Il s'ensuit que, bien souvent, aucune des deux n'est en nombre suffisant pour assurer des activités en plus des tâches de surveillance doublées par le partage en deux zones et la charge des chambres d'isolement. Cette situation se complique encore davantage en période de congés.

PROPOSITION 10

La répartition des équipes entre les secteurs fermés et ouverts dans toutes les unités de psychiatrie générale consomme la ressource de disponibilité des soignants au détriment de tâches autres qu'administratives ou de surveillance.

5.1.2 Le site et sa sécurisation

Le site dit de La Colombière, desservi par une ligne de tram depuis la gare de Montpellier Saint-Roch, s'étend sur 26,2 hectares. Les unités de psychiatrie occupent près de la moitié de cette surface (48 %) et les espaces boisés plus d'un tiers (35,5 %), d'autres bâtiments complétant l'utilisation du domaine. La partie arborée est particulièrement agréable pour les promenades des patients, accompagnés ou pas.



Espace boisé à La Colombière près des unités de psychiatrie

Le site est d'une grande porosité puisque les piétons peuvent entrer et sortir sans filtrage. Cela facilite les sorties non autorisées – dénommées « fugues » – mais aussi les entrées de personnes mal intentionnées. Une cinquantaine de caméras de vidéosurveillance sont positionnées en direction des voies de circulation automobile : elles peuvent être utilisées en cas de fugue d'un patient.

Des soignants affirment que des commerçants de produits illicites - dealers - fréquentent assidûment La Colombière afin de vendre des substances toxiques à des patients. En 2019, un signalement a été effectué à la police qui a contrôlé aux abords de l'unité de traitement des toxico-

dépendances un groupe de dealers supposés, sans trouver de drogue sur eux. Dans le règlement intérieur de la zone fermée d'une unité figure la mention : « *Au cours de l'hospitalisation et sur prescription médicale, une recherche d'objet dangereux et/ou de produits illicites peut être réalisée dans votre chambre.* » Mais il aurait fallu ajouter qu'une telle fouille doit se faire en présence du patient et avec son consentement.

PROPOSITION 11

La fouille de la chambre d'un patient ne peut être opérée qu'en cas de danger imminent pour celui-ci ou un tiers et dans l'objectif de recherche d'un produit dangereux. Le respect de la vie privée du patient impose de limiter ces actes à ce qui s'avère nécessaire et proportionné au regard des risques encourus. De manière générale, le consentement du patient à l'opération de fouille doit être recherché.

Dans sa réponse, le directeur général indique à propos de cette proposition et des sept suivantes qu'elles « *seront traitées de façon conjointe au regard des questions et réflexions relatives aux respects des droits fondamentaux du patient qu'elles soulèvent, les règlements intérieurs de chaque UPG étant actuellement différents. La mise en place d'un groupe de travail, pluridisciplinaire aura pour objectif de rédiger un RI commun pour toutes les UF du pôle de psychiatrie ; en tenant compte des spécificités des unités Euzière et USIP. Ce travail initialement prévu en 2020 a été retardé compte tenu du contexte sanitaire ; il s'appuiera notamment sur ces 8 recommandations.* »

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

5.2 LES PATIENTS N'ACCEDENT PAS EN PLEINE LIBERTE A LEUR CHAMBRE

5.2.1 L'accès aux chambres

Les restrictions de la vie quotidienne des patients sont très variables selon les unités. Pendant la période du ménage, soit une à deux heures le matin, l'accès aux chambres n'est pas autorisé, ce qui est naturellement accepté. En revanche, cette interdiction est mal vécue lorsqu'elle se prolonge dans la matinée voire dans l'après-midi. L'objectif serait de contrecarrer l'oisiveté en chambre mais la méthode se révèle inefficace. Des contrôleurs ont constaté que bien des patients tournent en rond dans la salle commune, la cour ou le jardin, à moins qu'ils ne restent avachis ou endormis sur une chaise. Une unité bloque l'accès aux chambres pendant 1 h 45 mn le matin en zone fermée, et pendant 4 h en zone ouverte au prétexte qu'en zone fermée les patients subissent des traitements plus lourds et ont donc davantage besoin de repos en chambre.

PROPOSITION 12

En dehors de la période du ménage, l'accès aux chambres doit être libre, sauf prescription médicale individualisée justifiée par l'état du patient.

5.2.2 L'usage du tabac

La liberté d'accès aux cigarettes dépend de l'unité et de la zone où se trouve le patient. Entre la liberté totale, jour et nuit, constatée dans la zone ouverte d'une unité, et le contrôle total, observé dans une zone fermée d'une autre unité, toute une gamme de restrictions est pratiquée. Souvent,

le tabac, comme les allumettes et les briquets, ne sont retirés que la nuit. Dans certaines zones fermées, la distribution des dix cigarettes quotidiennes est effectuée par les soignants au compte-gouttes, uniquement au cours de sept plages horaires de 30 à 45 minutes chacune.

L'approvisionnement en tabac est effectué par le patient lui-même, s'il est autorisé à sortir de l'unité et du site, par leurs visiteurs, ou parfois par les soignants. Dans une unité, le personnel refuse d'utiliser l'argent du patient pour aller lui acheter des cigarettes, redoutant d'être accusé de vol.



Cour intérieure de la zone fermée de l'Unité Henri Ey

PROPOSITION 13

Les patients doivent avoir libre accès à leur tabac et au moyen d'allumer des cigarettes. Toute restriction ne peut être qu'individuelle et résulter d'une décision médicale motivée par l'état clinique du patient.

5.2.3 Le port du pyjama

De manière générale, le port du pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement, sauf à l'USIP où l'ensemble des patients sont en pyjama pendant leur séjour. Cependant, au moment du contrôle, dans une unité, un patient doit porter cette tenue « *afin de lui faire prendre conscience qu'il a franchi les limites* ». Dans une autre, le pyjama est prescrit à un patient pour le dissuader de sortir de l'unité « *car le risque suicidaire est supérieur à l'extérieur* ». A l'USIP, le port du pyjama est obligatoire, officiellement afin de permettre aux infirmiers de réaliser un bilan des lésions cutanées et par application des règles de sécurité (contrôle rigoureux du corps de la personne, de ses effets personnels) ainsi que par le souci de limiter les risques de fugues. Des médecins évoquent l'intérêt symbolique du port d'une tenue de l'hôpital, une tradition dont l'origine serait hygiénique (jadis, les patients arrivaient avec des vêtements sales). En fait, aucun argument sérieux ne permet de justifier l'obligation de porter un pyjama, en chambre d'isolement ou ailleurs. Un habit muni d'une ceinture, qui peut favoriser des tentatives de suicide, peut en effet être remplacé par un jogging, tenue beaucoup moins stigmatisante que le pyjama.

PROPOSITION 14

L'obligation de port du pyjama est une atteinte à la dignité du patient. Elle doit être prohibée en toute circonstance.

5.3 LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT GERES SANS CONSIDERATION DE L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT

5.3.1 L'usage du téléphone

Le téléphone mobile constitue un lien essentiel entre le patient et l'extérieur. Les règles concernant son usage varient énormément selon les unités. Les patients peuvent conserver leur appareil dans la grande majorité des zones ouvertes alors que l'interdiction est générale dans les zones fermées. Pour ces dernières, les appels entrants et sortants sont strictement encadrés en nombre et selon des plages horaires précises. Surtout, ces conversations se font quasi systématiquement à travers un « *point-phone* » situé au milieu de la salle commune donc sans la moindre confidentialité.

Les interdictions de communication téléphonique en soirée, dès 19h ou 20h, sont préjudiciables aux relations que le patient a le droit de conserver avec ses proches.



Point-phone dans une salle commune de l'Unité Henri Ey

PROPOSITION 15

L'interdiction générale de détenir un téléphone mobile, même en zone fermée, porte atteinte au droit des patients et doit être proscrite. Les restrictions ne doivent procéder que de prescriptions médicales individualisées. Des cabines téléphoniques doivent être aménagées afin de garantir la confidentialité des conversations.

5.3.2 La télévision et Internet

Plusieurs unités disposent d'un salon de télévision accessible de 8h30 jusqu'à la fin de la première partie de soirée.

Dans une unité, les contrôleurs ont constaté l'existence de deux salons de télévision, le plus grand n'étant utilisé que ponctuellement le week-end ou pour visionner un film. La plupart du temps, cette seconde salle demeure fermée à clef, ce qui n'est pas apparu compréhensible.

L'accès à Internet n'est manifestement pas une priorité. Dans plusieurs unités, les contrôleurs ont observé qu'aucun réseau Wi-Fi n'était accessible aux patients. à l'unité Sophoras, l'accès à Internet est possible au cours de séances d'ergothérapie.

PROPOSITION 16

Les patients doivent pouvoir accéder régulièrement à Internet, en tant que de besoin avec l'accompagnement d'un soignant.

5.3.3 Les visites

Dans deux unités, les visites ne sont autorisées que sur prescription médicale pour les patients en chambre d'isolement, pour ceux en zone fermée comme en zone ouverte, pour les patients en soins sans consentement comme pour ceux en les soins libres.

Dans quatre unités, les visites sont interdites dans les chambres. Dans deux autres, elles y sont fortement déconseillées. Le principal motif déclaré serait le risque d'interférence entre les autres patients et les familles. Mais aussi le risque que ces dernières remettent des objets dangereux au patient qu'elles visitent alors que cette possibilité n'est pas moins forte dans un salon de visite voir à l'extérieur de l'unité.

Dans une unité où les visites en chambre sont interdites, le seul salon d'accueil est en zone fermée. En zone ouverte, il faut donc trouver un lieu en dehors de l'unité, la cafétéria, peu adaptée, ou les espaces boisés.

Interrogés par les contrôleurs, les soignants ont admis que les proches de plusieurs patients peuvent se retrouver en même temps dans le même salon de visite, ce qui est particulièrement gênant.

A Euzière, les visites sont interdites pendant l'heure du goûter car elles ont lieu dans l'espace commun de l'unité ; aussi des familles peuvent attendre jusqu'à 30 min à l'extérieur de l'unité avant de pouvoir entrer.

Dans certaines unités, le nombre de visiteurs par patient est limité. Dans d'autres, les visites sont soumises à une durée dite « *raisonnable* ». Par exemple, un psychiatre a indiqué qu'elles ne devaient pas dépasser une heure environ.

L'entrée des mineurs de 15 ou 16 ans, selon les unités, dans les locaux est interdite ; à l'unité La Traversière, les mineurs peuvent accéder à un salon visiteur proche de l'entrée, salon dépourvu de tout jouet.

PROPOSITION 17

Aucune unité ne doit avoir comme règle générale l'interdiction de visite dans les chambres. Pour les cas où, pour des motifs circonstanciés justifiés, la visite en chambre n'est pas possible, un salon de visite doit être accessible aux patients et à leurs proches, tant en zone ouverte qu'en zone fermée afin de préserver l'intimité de la rencontre. La visite de mineurs, notamment d'enfant de patient, doit être possible et aménagée.

5.4 LA LIBERTE DES PATIENTS EN MATIERE DE SEXUALITE EST MECONNUE DANS LA MOITIE DES UNITES

La question de la liberté d'accès à la sexualité pour les patients constitue souvent un sujet à la fois tabou et très clivant chez les soignants et surtout les médecins. Les contrôleurs ont pu constater des pratiques différentes entre équipes, libérales ou prohibitives, traduisant des désaccords « doctrinaux ».

Dans la moitié des unités, les relations sexuelles sont clairement interdites. Dans celles où l'interdiction n'est pas formelle, elles sont plutôt déconseillées mais pas toujours. La question est souvent traitée de manière détournée à travers l'interdiction pour les patients de se rendre dans les autres chambres que la leur. De la même façon, dans une unité sur deux, les patients peuvent se procurer des préservatifs, y compris dans une des unités qui interdit les relations sexuelles mais ne le peuvent pas dans une des unités qui ne prohibent pas les relations intimes.

Qu'ils interdisent ou qu'ils n'interdisent pas, les soignants et les médecins adoptent un discours qui a un tronc commun : « *On n'est pas hospitalisé pour avoir des relations sexuelles.* » Certains ajoutent même qu'« *elles sont de nature à perturber les prises en charge et ne respectent pas les pratiques soignantes* ».

Autre élément dominant : tous les agents expriment leur préoccupation au sujet de la vulnérabilité de certains patients comme de la difficulté d'évaluer l'authenticité du consentement à une relation sexuelle. Des médecins livrent aussi leur désarroi face à des parents de patients majeurs exigeant que les relations sexuelles soient empêchées, mêmes lorsqu'elles sont manifestement consenties.

« *Être désirable et désirée, c'est exister, confie l'un des psychiatres d'une unité. La sexualité est un droit, mais j'ai l'obligation de protéger les patients du risque de relations contraintes. De surcroît, je ne sais pas si les relations sexuelles constituent un bienfait pour les malades.* »

PROPOSITION 18

L'établissement doit rapidement engager une réflexion sur la sexualité des patients permettant de donner une cohérence aux discours et aux pratiques des équipes soignantes. Cette évolution devrait consacrer la liberté des patients en matière de sexualité, contestée dans certaines unités, tout en assurant la protection des patients vulnérables.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES LOCAUX D'HEBERGEMENT SONT SPACIEUX ET ENTRETENUS MAIS PEU DECORES

6.1.1 Les chambres

Les unités présentent des caractéristiques similaires. Elles sont claires, spacieuses et fonctionnelles mais en général très peu décorées.

Toutes les chambres sont individuelles et climatisées. Elles sont toutes équipées d'une armoire pouvant être fermée avec un cadenas, d'un lit et d'une table de chevet, d'une table et d'une chaise, avec en outre parfois un fauteuil. La fenêtre ne peut pas être ouverte par les patients, cependant une partie peut l'être sur quelques centimètres pour permettre un léger courant d'air.

Quand l'intérieur de la chambre est visible de l'extérieur par des passants, la vitre de la fenêtre est opacifiée sur la partie basse. Dans chacune des deux unités Littoral et Henry Ey, une chambre n'a pas de vue sur l'extérieur – des panneaux obturant les fenêtres – transformant en apparence ces chambres en lieux de punition.

Les volets sont commandés électriquement par le patient. La porte de la chambre donnant sur le couloir comporte un verrou de confort mais ne peut pas être fermée par le patient depuis le couloir. Certaines fenêtres ne sont pas recouvertes de film réfléchissant, aussi, les passants peuvent voir l'intérieur de la pièce, ce qui nuit à la préservation de l'intimité.

PROPOSITION 19

Les portes des chambres, qui sont équipées de verrous intérieurs, devraient être munies de serrures permettant aux patients de fermer la porte quand ils sortent de leur chambre. Les vitres des fenêtres doivent être recouverte d'un film réfléchissant pour préserver l'intimité de l'occupant.

Dans sa réponse, le directeur général excipe de ce que « Aucune chambre du CHU ne bénéficie de la possibilité de fermer de l'extérieur, celui-ci n'étant pas un établissement d'hébergement pour cette discipline. Une évaluation technique et financière sera réalisée afin que les fenêtres soient recouvertes de film réfléchissant afin de préserver l'intimité du patient. »

La circonstance que les autres services du CHU ne relèvent pas de la discipline psychiatrique n'exonère pas l'établissement de tenir compte des spécificités de l'hébergement des patients en psychiatrie pour adapter les locaux à cette spécificité.

Un plafonnier et une rampe lumineuse au-dessus du lit comportant un éclairage vers le plafond et une liseuse apportent l'éclairage artificiel.

Chaque chambre dispose d'une salle d'eau attenante avec WC, douche à l'italienne, lavabo surmonté d'un miroir et d'un éclairage. Il manque dans certaines salles d'eau une tablette pour poser les affaires de toilette, un siège de douche, une ou plusieurs barres de maintien, des dérouleurs de rouleau de papier hygiénique.

Il manque dans toutes les salles d'eau des porte-serviettes et des patères.

Les diffuseurs de douche ne sont pas conçus pour recevoir un flexible et une douchette – les soignants ne peuvent pas donner leur douche aux patients.

Les contrôleurs ont constaté lors de la visite que quelques robinets de douche fuyaient et que parfois le revêtement mural se décollait (comme par exemple à La Traversière).
Chaque unité comporte, en outre, une ou deux salles de bains.

PROPOSITION 20

Le mobilier de certaines salles d'eau attenantes aux chambres mérite d'être complété par des dérouleurs de rouleau de papier hygiénique, des tablettes de lavabos, de sièges de douche, de barres de maintien, de porte-serviettes et de patères. Les diffuseurs de douche doivent être conçus pour recevoir un flexible et une douchette amovibles en tant que de besoin.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Ces points nécessitent une évaluation technique et financière, en lien avec une évaluation médicale visant la prévention des risques de PATIENTS (pendaison, objet tranchant, etc.). »



Chambre de La Traversière



Les Sophoras – une salle d'eau d'une chambre



La Traversière – une tablette ajoutée à côté d'un lavabo

6.1.2 La configuration des unités d'hospitalisation à temps complet

Les unités Euzière, Littoral, Le Vidourle, Henry Ey, Le Guilhem, Mairat, La Traversière, livrées en 2009, sont conçues sur le même schéma architectural. Si l'USIP, conçue sur un plan différent, occupe

à elle seule un bâtiment, les autres unités sont regroupées deux par deux. Une unité occupe l'aile gauche du bâtiment, l'autre l'aile droite. La partie centrale sert de hall d'accueil aux deux unités et abrite des salles d'activités également communes. Les halls d'accueil desservent à chaque extrémité une ou deux salles d'attente par unité. Les ailes sont construites de façon symétrique.

Les Sophoras, l'UCAP et l'UJA sont regroupés dans le même ensemble architectural, un peu plus ancien, la polyclinique, surnommée non sans raison comme ont pu le constater les contrôleurs « Jolie Clinique ».

a) L'USIP

L'USIP est la seule unité entourée d'un mur. Elle est équipée de quatre caméras de surveillance aux entrées du bâtiment.

L'unité comporte une partie « jour » avec une salle de détente, une salle à manger, un patio, deux salles d'ergothérapie et une salle de thérapie à médiation, et une partie « nuit » de quinze chambres et quatre chambres d'isolement, disposées le long d'un couloir donnant sur un patio carré. Ces parties bénéficient de la lumière naturelle par de grandes baies vitrées.

Des entrées ont été conçues pour les arrivées par ambulance. Elles permettent de pénétrer dans la partie « nuit » des chambres sans traverser l'unité.

Les fenêtres des chambres n'ont pas de vis-à-vis. Elles donnent sur un petit espace vert et les murs d'enceinte.

Les patients se rasent l'un après l'autre le matin sous la surveillance des infirmiers dans une salle de bains collective, avec baignoire.

Quatre des chambres sont dotées d'oculus permettant de regarder à l'intérieur depuis le couloir. Il est prévu que ces chambres soient transformées en chambres d'apaisement, en raison de leur manque d'intimité.

Une grande salle commune contient un baby-foot et une table de ping-pong, des chaises, une petite bibliothèque fermée mais ne comporte pas de table ni d'horloge – les patients demandent souvent l'heure. La salle à manger, comme la salle commune, donnent sur une cour équipée d'un préau et d'un panneau de basket-ball.



Patio intérieur de l'USIP



Salle à manger de l'USIP

b) Les unités de psychiatrie générale (UPG)

Chaque unité comporte une partie ouverte, une partie fermée et une vaste salle de vie. Les salles de vie sont séparées par les locaux de soins. Ces locaux comportent une pharmacie, un local de soins et le bureau des infirmiers. Depuis la pharmacie, les soignants ont vue sur une grande partie de la salle de vie et du jardin de la partie fermée ; depuis le bureau des infirmiers, ils ont une vue similaire sur la partie ouverte.

Les deux salles de vie comportent chacune trois espaces non séparés : la salle à manger, l'espace télévision avec des liseuses et celui de jeux qui est équipé d'une petite bibliothèque, d'une armoire avec des jeux, d'une ou deux tables avec sièges, d'un baby-foot et d'une table de ping-pong pliable ; lors de l'utilisation de celle-ci, les bruits du jeu rendent particulièrement inconfortable la télévision ou la lecture. Aucune fontaine à eau n'y est à disposition des patients qui doivent retourner dans leur chambre pour boire.

Les chambres des patients donnent toutes sur le même couloir qui comporte une porte permettant de séparer la partie ouverte de la partie fermée (Cf. § 5.1.1). Cette porte peut être déplacée de façon à moduler le nombre de chambres entre les deux parties. L'unité La Traversière dispose de quatorze chambres en partie ouverte et de sept en partie fermée et l'unité Littoral de huit chambres en partie ouverte et de treize en partie fermée. Les autres unités UPG ont une répartition de dix chambres en partie ouverte et de onze en partie fermée.

Ces chambres et les salles d'eau attenantes sont le plus souvent équipées d'une commande allumant un voyant rouge au-dessus de la porte de la chambre, sans rappel dans le bureau des infirmiers ; dans certaines unités ces boutons d'appel étaient inopérants lors de la visite.

PROPOSITION 21

Toutes les chambres doivent être équipées de dispositif d'appel des soignants dont le signal arrive dans le poste de soins.

Chaque partie ouvre sur un jardin.

Celui de la partie fermée est petit et ne possède pas d'espace couvert, il est clos par un mur et un grillage posé en parallèle, à deux mètres du mur ; il est accessible en journée sur demande des patients. La partie fermée dispose d'un patio.

Celui de la partie ouverte est deux fois plus grand, il est clos par une haie avec un portillon ouvert du matin au soir. Il est accessible toute la journée.

Les jardins sont équipés de bancs et de tables en bois mais n'ont pas d'auvent. Dans la partie ouverte, une toile peut être déployée le long d'un mur sur trois mètres de largeur pour protéger les patients des ardeurs du soleil, cependant cette toile ne résiste pas à la force du vent. Des parasols peuvent être également installés.

Les deux chambres d'isolement (CI) sont situées à l'extrémité d'un couloir qui longe les locaux de soins, et parallèle à celui des chambres des patients. Seuls les soignants y ont accès. Ce couloir permet également d'accéder à une salle de réunion, à des bureaux, à la salle de repos des soignants, à un patio où les patients isolés sont conduits pour prendre l'air et fumer.

A la construction, les parties ouvertes et fermées disposaient chacune d'un salon pour les visites. Dans certaines unités, un de ces salons a changé de destination. Ces salons sont situés à proximité des entrées des unités et des bureaux des médecins et du cadre de santé.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Des auvents doivent être mis en place dans les jardins des unités de psychiatrie générale pour protéger les patients des intempéries et du soleil.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Le pôle de psychiatrie dispose d'un plan de déploiement de l'installation des auvents qui prévoit une mise en œuvre dans l'ensemble des unités de soins de manière progressive en raison des coûts importants afférents. »



Espace télévision dans la salle de vie Les Tilleuls



Jardin de la partie ouverte Le Guilhem

c) La polyclinique

Les trois unités de la polyclinique sont ouvertes et ne reçoivent qu'exceptionnellement des patients en SSC.

A l'UCAP, les parties communes sont aménagées sans cloisonnement en espaces spécifiques. La grande pièce vitrée ouvrant sur le jardin est équipée d'un punchingball, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot, d'un ordinateur sans accès direct à internet mais sur lequel peut être choisie de la musique, de deux tables rondes avec des chaises pour écrire, jouer ou dessiner, d'un meuble bibliothèque abritant quelques romans et revues, des jeux de société et une chaîne stéréo. Un coin télévision est aménagé avec des chauffeuses. Le jardin clos accessible par la grande salle est arboré, deux tables avec chaises et bancs permettent de s'y reposer. Le jardin n'est accessible qu'en présence de soignants et il est fermé la nuit.

L'UJA a été construite sur le modèle classique des UPG avec vingt et une chambres et deux CI, cependant le projet de soins modifié en 2019 a conduit à transformer six chambres en salles d'activité.

L'unité Les Sophoras compte dix-neuf chambres. Elle est agencée autour d'un espace commun avec des baies vitrées donnant sur jardin spacieux. Cet espace commun est beaucoup plus agréable et « chaleureux » que celui des autres unités de l'établissement. Son architecture est originale et bien pensée. Les chambres sont réparties entre deux ailes, qui comprennent un petit espace commun avec des fauteuils. S'y ajoutent une salle d'activités et deux salons de télévision. Le jardin comprend une table de ping-pong, des tables et chaises, ainsi qu'un espace pour une activité « jardinage ».

6.2 LES LOCAUX DES DISPOSITIFS COMMUNS SONT ADAPTES

6.2.1 La cafétéria

La cafétéria, proche des UPG, est le lieu des trois activités déployées par le « Club » :

- l'accueil café, avec la vente de boissons, de biscuits, de sandwiches et de cadenas ;
- la réhabilitation, avec la participation d'un patient, dit stagiaire, à l'accueil café ;
- les soins des patients par la médiation.

La cafétéria est ouverte du lundi au vendredi de 9h30 à 16h.

Les locaux sont adaptés à la mission : la cafétéria proprement dite avec une banque servant de comptoir, séparant la salle de la cuisine, une salle de réunion, deux bureaux infirmier, un bureau médical et un vaste jardin arboré et meublé dans lequel sont organisés des concerts et des repas.

La fréquentation de la cafétéria est de l'ordre de vingt patients par jour. Les familles viennent de façon préférentielle l'après-midi, mais ne peuvent pas y venir le week-end.

A la cafétéria, « le Club » (Cf. *infra* § 7.6.3a) organise régulièrement avec des organismes extérieurs ou des patients des manifestations tels que des concerts, expositions, repas festifs qui réunissent soignants et patients.

La cafétéria possède un téléviseur mais n'est pas équipée de cabine téléphonique ni de poste internet destiné aux patients. Elle ne vend pas de timbres-poste, d'enveloppes, de papier à lettres, de matériel d'hygiène ni de préservatifs.



La salle de l'accueil café du Club



Le jardin du Club (en février)

6.2.2 Le bâtiment de « rééducation et sociothérapies »

Le bâtiment « rééducation et sociothérapies », qui jouxte la cafétéria, abrite une salle d'ergothérapie avec cinq ateliers, une salle de rééducation (et de réunion), une salle et deux boxes de kinésithérapie, un salon de coiffure et un salon d'esthétique ouverts du lundi au vendredi, des salles de sport, une cuisine thérapeutique et des bureaux.

L'activité déployée est décrite dans le § 7.6.2 *infra*.

6.3 L'HYGIENE DES PATIENTS EST CORRECTEMENT ASSUREE

L'article 7-6 du RI du CHU (édition 2020) dispose « *Sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le patient conserve ses vêtements et son linge personnel dont il doit assurer l'entretien. L'établissement fournit le linge hôtelier suivant : draps, taies d'oreiller, couvertures* ».

Le lavage du linge personnel des patients est assuré en premier lieu par la famille et à défaut par le CHU. Le patient met alors son linge dans un sac qui est porté au « pavillon 3 » situé à proximité des unités. Le linge est rendu propre trois jours plus tard ; le service est gratuit.

Pour les patients hospitalisés depuis un temps certain, le linge est lavé par la laverie centrale du CHU : les effets doivent être au préalable étiquetés avec le nom du patient et le numéro de son unité. Pour certains patients, il peut arriver que leur linge doive être lavé rapidement : la machine à laver et le sèche-linge de l'unité – pour celles qui en sont équipées – assurent ce service avec ou sans la présence du patient, en fonction de son état clinique.

BONNE PRATIQUE 2

Le linge personnel des patients sans famille ou dont le besoin est urgent est entretenu gratuitement par le CHU.

Les patients sont tenus de faire leur lit avant le petit déjeuner.

Les changements des draps sont effectués toutes les semaines ou davantage, si besoin. Les serviettes de toilette (serviettes éponge ou serviettes en coton en nid d'abeille de la taille d'un torchon), les pyjamas sont fournis par l'hôpital en l'absence de famille.

Les unités et la laverie centrale communiquent *via* le logiciel RAMSES. Le linge propre peut ainsi être commandé la veille jusqu'à 20h pour une livraison le lendemain matin, sauf le dimanche. Le stock dans les unités est donc quasi nul. Les unités travaillent à flux tendu.

L'hygiène corporelle (rasage, manucure, pédicure) est assurée sous la responsabilité des soignants le matin avec la distribution du matériel conservé sous clé. Les patients se douchent et se brossent les dents sans intervention des soignants, sauf cas particuliers. Les bains dans les salles de bains des unités – une à deux par unité – sont pris le plus souvent pendant les week-ends.

Pour les patients démunis, les produits d'hygiène (gel douche, déodorant, rasoirs, coupe-ongles, ciseaux) sont fournis par le CHU. La cafétéria n'en vend pas (Cf. § 6.2.1).

Les vestiaires des unités permettent de dépanner les patients en vêtements mais sont peu approvisionnés ; en cas de besoin, les patients sont conduits dans les vestiaires associatifs de la ville.

Un salon de coiffure et un salon d'esthétique sont ouverts dans le bâtiment « rééducation et sociothérapies ». Ils sont tenus par des agents du CHU. L'accès en est gratuit. Le délai d'attente est de l'ordre de la semaine. Au salon de coiffure, les couleurs sont gratuites sous réserve d'être fournies par les patients. Ces salons ne sont pas accessibles au personnel.

BONNE PRATIQUE 3

Un salon de coiffure et un salon de soins esthétiques, dont les services sont gratuits, sont à la disposition des patients.

6.4 LES PATIENTS ONT ACCES AISEMENT A LEURS BIENS GRACE, NOTAMMENT, A UNE « BANQUE DES MALADES » DYNAMIQUE

L'article 3-3 du RI décrit la procédure de l'inventaire des biens des patients « *un inventaire de tous les biens en possession du malade est réalisé dans le service d'accueil [...] Dès que son état de santé le permet, il est remis au malade un double de l'inventaire des biens pris en dépôt, la nature des biens qu'il peut conserver pendant le séjour à l'hôpital et les conditions de retrait des biens déposés* ». Les règles de vie de certaines unités font état de l'existence de cet inventaire (par exemple Les Sophoras, Le Vidourle).

Lors de l'hospitalisation, l'inventaire des biens du patient est effectué de façon contradictoire en présence de deux soignants. Les soignants demandent, le cas échéant, aux familles de récupérer les objets de valeur. Cet inventaire, signé par les soignants, et dans la mesure du possible par le patient, est établi sur un carnet à souche à quatre feuillets : le bleu part avec les biens mis au coffre, le jaune est conservé par le patient ou placé dans le dossier patient selon les unités, le vert et le blanc restent dans le carnet à souche.

Les biens des patients sont répartis en quatre catégories, indépendamment des objets dangereux (armes, toxiques, alcool, médicaments, etc.) dont la détention est interdite :

- la nourriture, les objets et produits servant pour la toilette, tels que rasoirs, tondeuses, ciseaux, récipients en verre, aérosols, qui sont mis sous clé et rendus le temps de la toilette ; pour les patients des parties fermées, les téléphones portables et leurs cordons d'alimentation peuvent être mis sous clé ;
- les documents administratifs et les objets divers (dont éventuellement des téléphones portables) sont déposés au bureau des admissions et y demeurent dans un coffre jusqu'à la sortie du patient du CH ;

- les objets de valeur (bijoux, carnets de chèques, etc.) sont conservés pendant deux semaines (davantage pour les patients hospitalisés à l'USIP) au bureau des admissions puis transférés à la trésorerie générale, située dans le bâtiment de la direction générale, et passent alors sous la responsabilité du Trésor public ;
- les sommes d'argent supérieures à 50 euros, sont transférées par le bureau des admissions à la trésorerie générale, les sommes restantes sont conservées dans le coffre du bureau des admissions.

A l'USIP, une copie de l'inventaire est remise aux patients. Les allumettes, les ceintures, les bijoux, les montres, les médicaments personnels, les lacets ou cordons de pantalons sont retirés pendant toute la durée de l'hospitalisation. Les briquets, les grosses chaussures, les pulls, les vestes et les rasoirs sont placés sous la responsabilité du personnel soignant dans la bagagerie ou la salle de bains et sont utilisables pendant l'hospitalisation sous son contrôle. Le tabac est conservé par les soignants dans des pochettes au nom de chaque patient. Les valeurs et les sommes d'argent au-delà de 30 euros sont transférées dans le coffre du bureau des admissions.

Dans les autres unités, une copie de l'inventaire est remise aux patients ou ne leur est pas remise car versée directement dans son dossier (comme à La Traversière où ce point est mentionné dans le « règlement intérieur » de l'unité). Les patients en soins libres peuvent conserver leurs valeurs s'ils le demandent, sous leur responsabilité.

Un inventaire est à nouveau établi dans la plupart des unités lors des retours de permission ou à l'occasion de visites.

Dans de rares unités, sont conservées des enveloppes avec un peu d'argent. Le 5 février, dans une unité, sept enveloppes correspondant à sept patients en contenaient, le montant maximal était fixé à 40 euros par patient.

Chaque chambre est équipée d'une armoire qui peut être fermée par un cadenas à acquérir par chaque patient, sauf à l'USIP – unité fermée – où il est fourni par les soignants. La cafétéria vend des cadenas (3 euros pièce).

Lors de la visite des contrôleurs, les patients ou les soignants ayant reçu délégation pouvaient retirer de l'argent à la « banque des malades » et leurs biens au bureau des admissions (BDA) ou à la trésorerie générale (TG).

Le BDA, situé à proximité des unités de psychiatrie, est ouvert de 8h à 18h du lundi au vendredi. La TG, située dans le bâtiment de la direction générale à 10 minutes à pied, est ouverte les mêmes jours de 8h30 à 12h et de 13h à 16h. La banque des malades, tenue par un agent du CHU ayant statut de régisseur et située au sein du BDA, est ouverte de 8h30 à 11h et de 14h à 15h30 du lundi au vendredi.

Certains patients retirent à la banque des malades 3 euros le matin et autant l'après-midi, le montant du retrait étant libre pour les patients sans protection juridique et dépendant du dépôt initial, ou fixé par le tuteur pour les autres. La limite basse de retrait, fixée par la TG, est de 2,50 euros. Les patients en SSC, dont des SDRE, viennent à la banque des malades, seuls ou accompagnés ; pour ceux qui ne peuvent sortir de leur unité, un soignant reçoit délégation et vient chercher l'argent. La banque des malades effectue 11 500 mouvements annuels représentant 43 passages quotidiens.

Cependant la législation récente contraint le CHU à modifier ce mode de fonctionnement pour les patients placés sous protection juridique, la délivrance doit en effet cesser dans le courant de l'année 2020 dès que des comptes seront ouverts à leurs noms à la *Caisse d'Epargne* et qu'ils auront

chacun reçu une carte de crédit (Cf. § 3.6 et Recommandation 2). Pour les autres patients, la délivrance se poursuivra jusqu'à une date indéterminée en fonction des négociations en cours.

Au 5 janvier 2020, la banque des malades poursuivait la distribution d'argent à l'ensemble des patients dont la moitié était sous protection juridique. Les patients dont la tutelle était assurée par le service spécialisé du CHU devaient tous disposer d'un compte ouvert à la *Caisse d'Epargne* avant la fin du mois de mars 2020 et donc ne plus utiliser les services de la banque des malades à la même date. Pour les autres patients sous protection juridique, la date de la bascule était indéterminée – mais devait intervenir avant la fin de l'année 2020 – et dépendante de l'ouverture d'un compte à la *Caisse d'Epargne*, cette ouverture demandant l'approbation du juge.

Une réflexion était en cours au sein du CH pour installer un distributeur automatique de billets (DAB) et un monnayeur à proximité des unités d'hospitalisation afin de permettre aux patients concernés de rester dans le site de la Colombière pour retirer des espèces. La mise en œuvre de cette solution nécessite que les patients conservent une carte de crédit et le code afférent, ce qui est contraire aux usages pour les patients sous tutelle.

La banque des malades gère une partie du fonds de solidarité du CHU destiné au pôle de psychiatrie. Le budget alloué annuellement est de 5 800 euros. Il est destiné à aider les patients nécessiteux en leur allouant un prêt remboursable. Il sert, par ailleurs, à acheter par exemple un billet de train, du tabac, un matelas, un billet d'avion. A titre d'exemple, un billet d'avion a été pris pour un Malien sans ressources.

BONNE PRATIQUE 4

La « banque des malades » permet à tous les patients, indépendamment de leur statut (avec ou sans protection juridique, en soins libres ou en soins sans consentement), de retirer de l'argent pour satisfaire des besoins, participant ainsi au respect de leur dignité.

6.5 LA QUALITE DES REPAS SATISFAIT LES PATIENTS

Les repas sont servis selon le rythme suivant :

- le petit-déjeuner à 8h30 dans la plupart des unités, dont Mairat alors que son règlement intérieur indique 8h. Il est servi à 9h aux Sophoras. Il comporte du café noir, du café au lait, du thé ou du chocolat, de la baguette, du pain sans sel, des biscottes, des yaourts sans limitation, du jus d'orange ;
- le déjeuner est servi à 12h ;
- le goûter est servi à 16h ou à l'UJA à 16h30. Il comporte des boissons chaudes, du sirop et dans la plupart des unités un seul biscuit par patient – la raison de la limitation à un seul biscuit a été perdue de vue, selon les informations recueillies par les contrôleurs ;
- le dîner est servi à 19h ;
- une tisane est proposée à l'issue du dîner dans quelques unités (La Traversière, Les Tilleuls, par exemple) et à 22h dans quelques autres (l'UCAP, UJA).

Les repas sont préparés en liaison froide pour l'ensemble du CHU par la cuisine centrale. Ils sont livrés dans des chariots réfrigérés à 5°C en matinée vers 10h pour le déjeuner et dans l'après-midi vers 15h pour le dîner. Ils sont réchauffés dans chaque unité pendant 30 minutes dans des fours spécifiques.

Au moment de leur hospitalisation, les patients choisissent un type de menu parmi une quarantaine en fonction de leur état de santé et de leurs convictions (sans sel, sans porc, sans viande, etc.) avec le choix entre six textures (mixé, mou, etc.). Les « aversions » sont prises en compte : une aversion pour un mets entraîne son remplacement par un autre, toujours le même (la viande est remplacée par une omelette, par exemple).

Les menus délivrés dans la plupart des UPG sont « hypercaloriques » ; ils diffèrent des menus classiques par l'ajout d'un second dessert, qui est en général conservé pour le goûter.

Les contrôleurs n'ont pas vu les menus affichés dans les unités.

Le pain frais est livré le matin à 6h30, avant le petit-déjeuner. Le dimanche, des viennoiseries améliorent l'ordinaire.

Les plats sont servis par les soignants à table dans des barquettes alimentaires individuelles, operculées, à usage unique, sans assiette. Les couverts sont en métal et les verres en verre, sauf pour les patients placés en isolement pour lesquels ces ustensiles sont en plastique.

Les repas sont servis simultanément du côté fermé et du côté ouvert dans les salles à manger. Il arrive que ces services soient successifs de façon à disposer d'un même côté tous les soignants présents.

Les patients choisissent leurs places à table. Les soignants ne prennent pas leurs repas avec les patients, sauf parfois à l'occasion de repas thérapeutiques organisés selon des rythmes propres à chaque unité (par exemple toutes les semaines aux Sophoras, tous les deux mois à l'USIP).

Les patients peuvent participer à la préparation des tables et à leur débarrassage. Par exemple, les règles de vie des Sophoras indiquent « *qu'il faut participer aux tâches collectives, sauf contre-indication médicale, au vu du projet de réhabilitation* ».

Les patients ne sont pas autorisés à prendre de repas dans leurs chambres et sont tenus d'être présents à chaque repas, les médicaments étant distribués à cette occasion.

La nourriture personnelle n'est autorisée qu'à condition qu'elle ne soit pas périssable. Les denrées sont conservées par les soignants et remises aux patients à l'occasion des repas.

Les contrôleurs n'ont pas recueilli de doléances des patients sur la nourriture.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Le menu de la semaine doit être affiché dans les unités. Les mets doivent être servis dans des assiettes, les barquettes individuelles jetables étant une facilité portant atteinte à la dignité des patients et à l'écologie.

L'interdiction de conservation de denrées non périssables par les patients dans leurs armoires mérite d'être individualisée.

Dans sa réponse, le directeur général informe : « *Un groupe de travail a été initié avec la direction de la logistique. Ce projet a été freiné par le contexte sanitaire et doit reprendre prochainement. Le menu de la semaine est affiché dans chaque unité de soin. La question de la conservation des denrées périssables sera traitée dans le cadre du groupe « règles de vie, droits et devoirs des patients au sein du pôle Psychiatrie ».* Le compte-rendu de ce groupe de travail est produit.

7. L'ACCES AUX SOINS

7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE A L'ARRIVEE ET EN URGENCE ASSURENT UNE SECURITE INEGALE ET DEPENDANT DU MODE LEGAL D'ADMISSION

7.1.1 L'organisation des urgences

Les malades adressés pour une urgence psychiatrique peuvent être reçus sur deux sites : aux urgences du CHU Lapeyronie ou dans les unités Euzière et USIP de l'hôpital La Colombière.

A Lapeyronie, le service d'urgences et de post urgences psychiatriques dépend, pour des raisons historiques, du pôle urgences du CHU.

Il comprend :

- une activité de consultation aux urgences générales ;
- l'« UHCD-psy » (unité d'hospitalisation de courte durée), constituée de sept lits porte réservés aux troubles anxieux, psychotiques, chez des patients en soins libres uniquement ;
- l'UHCD-A pour des patients en soins sans consentement en attente des certificats initiaux ou nécessitant une surveillance à la suite d'une intoxication ou de complications somatiques. Cette unité d'attente comporte onze lits et quatre « strikes » et, en sus des patients SDT, SDRE, elle accueille des malades en fin de vie nécessitant des soins palliatifs, dont le pronostic vital est estimé à 4-5 jours, avec le concours de l'unité mobile de soins palliatifs ;
- l'unité de post urgences psychiatriques (UPUP) de dix-neuf lits pour les patients suicidaires en soins libres ;
- un hôpital de jour et des consultations dans le cadre de centres experts.

7.1.2 La prise en charge à Lapeyronie

Les patients arrivant en position allongée sont installés dans la salle d'orientation et vus par un infirmier, un urgentiste, un interne, un psychiatre puis, orientés.

Les patients valides transitent par un couloir spécifique et sont accueillis par un infirmier puis examinés par un interne, un urgentiste et psychiatre. L'accueil administratif fonctionne nuit et jour, tous les jours, des agents de sécurité sont situés à l'entrée des urgences et sont présents en permanence. L'espace d'arrivée des patients est sous vidéosurveillance. Les droits et devoirs sont affichés sur les murs des couloirs d'accueil. Un service d'interprétariat est disponible. Il est fait appel à des employés de l'hôpital figurant sur une liste d'interprètes ou à « Inter Service Migrants » auquel le service est abonné.

BONNE PRATIQUE 5

L'établissement assure un service d'interprétariat au service des urgences psychiatriques.

Le dossier médical établi au pôle urgences n'est pas directement enregistré sur le logiciel DX care®, ce qui peut entraver la continuité des soins.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le CHU a souhaité apporter les précisions suivantes : « Le compte-rendu du passage du patient aux urgences est saisi sur ce logiciel RésUrgences® et est envoyé automatiquement en PDF sur le dossier DxCare®, à la validation du dossier des urgences. Le passage des urgences au logiciel DXUrgences®, planifié pour le

2^{ème} trimestre 2021 permettra de réduire encore le risque de discontinuité de la transmission d'informations. »

Une fois une première évaluation effectuée les patients sont orientés vers :

- un retour à domicile avec une prise en charge ambulatoire qui peut prendre la forme de consultations dans les pôles d'excellence psychiatrique du CHU ou en CMP ou auprès de psychiatres libéraux ;
- l'UPUP ;
- l'UHCD-psy s'ils sont en soins libres ;
- les cliniques privées.

Ce service bénéficie des compétences d'un pharmacien qui a instauré la conciliation médicamenteuse, financée sur un projet de recherche, non pérenne. Ce praticien voit tous les patients entrant dans un box ou une salle de déchoquage et qui vont être hospitalisés et recueille les ordonnances des trois derniers mois auprès des médecins traitants, des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), des pharmacies d'officine, recherche les effets iatrogènes, les interactions médicamenteuses, les posologies, etc. ; il trace son intervention sur le dossier du patient et informe les médecins du CHU.

BONNE PRATIQUE 6

Un pharmacien intervient aux urgences afin de rechercher pour chaque patient les traitements pris dans les trois derniers mois et minimiser ainsi le risque iatrogénique d'éventuelles interactions médicamenteuses.

Des psychologues (6,5 ETP) interviennent dans le département des urgences mais ici encore certains de ces postes sont financés sur des crédits fléchés ou sur des crédits de recherche.

7.1.3 Les transferts

Les transports des patients font l'objet de fiches techniques détaillant les protocoles à respecter :

a) A partir des urgences psychiatriques pour les patients en soins libres

Depuis 2010, un service de régulation est assuré en permanence par des cadres infirmiers, avec pour mission la tenue des lits disponibles dans chaque unité de la Colombière et depuis 2013, la vérification de la conformité des procédures pour l'admission des patients en soins sans consentement.

Le médecin des urgences doit appeler ce service en donnant les coordonnées du patient et le motif d'hospitalisation. Si une place se trouve disponible à Euzière ou dans une UPG, le médecin des urgences contacte le médecin de l'unité qui confirme l'admission au cadre de régulation.

S'il ne reste qu'une seule place libre sur le site de la Colombière, le cadre du service de régulation appelle les hôpitaux périphériques de la petite couronne : Sète, Béziers, Nîmes (Gard), Uzès (Gard), Saint-Hippolyte-du-Fort (Gard), Thuir (Pyrénées-Orientales) et transmet les disponibilités de ces établissements au médecin des urgences qui informera en retour le cadre du service de régulation du lieu d'accueil qu'il a décidé. Si les capacités d'accueil en petite couronne sont inexistantes, le cadre de régulation contacte les hôpitaux de la grande couronne : Avignon (Vaucluse), Aix (Bouches-du-Rhône), Arles (Bouches-du-Rhône), Limoux (Aude), Saint-Alban (Lozère), Toulouse (Haute-

Garonne), puis, transmet leurs disponibilités au médecin des urgences qui informera en retour le cadre de régulation du lieu d'accueil.

Une deuxième recherche de lits disponible est effectuée à 18h par le cadre de garde à la régulation. Le choix du mode de transport et de l'accompagnement par un soignant relève d'une prescription médicale.

Le patient peut refuser d'aller dans un autre établissement ; l'ambulancier doit respecter la décision du patient et en référer à l'infirmier responsable.

Le patient doit être consentant et informé par le service des urgences du lieu de sa destination.

b) A partir des urgences pour les patients sous contrainte

Pour les patients en SDRE, en préalable à l'admission, le médecin des urgences doit appeler la régulation et fournir les coordonnées du patient, le motif et le statut de l'hospitalisation, établir le certificat médical, le transmettre au représentant de l'Etat, faxer l'arrêté et le certificat médical au bureau de la loi ; dans l'attente de la réalisation de ces formalités, le patient reste à l'UHCD-A de Lapeyronie.

Le transport s'effectue uniquement en brancard quel que soit l'état du patient et l'accompagnement requiert obligatoirement au minimum un soignant de l'équipe mobile de soutien du pôle psychiatrie (EMS) voire plus si prescription médicale.

Le patient doit être informé du lieu de sa destination par le service des urgences même s'il n'est pas consentant.

L'ambulancier doit verrouiller le véhicule.

La surveillance du patient est placée sous la responsabilité des soignants qui l'accompagnent.

Pour les patients en SDDE, en préalable à l'admission, le médecin des urgences doit appeler la régulation et fournir les coordonnées du patient, le motif et le statut de l'hospitalisation, rédiger le certificat médical, recueillir, le cas échéant, la demande du tiers, transmettre ses coordonnées avec une photocopie de sa carte d'identité, faxer les documents au bureau de la loi et préciser la nécessité ou non de l'intervention de l'EMS pour le transfert.

Là aussi, le transport s'effectue uniquement sur un brancard quel que soit l'état du patient et l'accompagnement par les soignants fait l'objet d'une prescription écrite par le psychiatre.

Si le patient présente un risque d'agitation, de fugue ou de geste suicidaire, l'ambulancier doit être accompagné au minimum par un soignant du service des urgences (demande tracée). S'il y a nécessité d'un deuxième accompagnant, le soutien de l'EMS est requis.

Le patient doit être informé en présence de l'ambulancier du lieu de sa destination par le service des urgences.

L'ambulancier doit verrouiller le véhicule et respecter les consignes édictées par le service des urgences.

Le cadre de la régulation enregistre la procédure sur le rapport de garde, vérifie la conformité des documents et confirme l'admission et le lieu d'hospitalisation, à Euzière si le patient est en SDDE et à l'USIP s'il est en SDRE.

L'éventuelle contention des patients aux urgences de Lapeyronie n'est pas enregistrée, pendant le transport les patients sont détachés.

En cas de transfert sur le pôle psychiatrie d'un patient hospitalisé en soins généraux (MCO¹³), l'ambulancier doit accompagner le patient dans l'unité de soins de psychiatrie.

Les transferts inter hospitaliers de patients admis sous contrainte de ou vers l'hôpital de la Colombière sont gérés par les cadres des transports et sont assurés par les ambulanciers du CHU. En cas de transfert non programmé, s'il ne reste qu'une ambulance disponible au CHU ou bien en cas de surcharge d'activité, le cadre des transports fait appel à la société privée de transports sanitaires retenue sur appel d'offres. Les infirmiers sont responsables de la surveillance du patient. Durant le trajet, les ambulanciers prennent en compte les demandes d'arrêt émanant des infirmiers pour le confort du patient.

7.1.4 L'accueil direct à La Colombière

Le site de la Colombière accueille tous les patients en SSC. Au moment de la visite, ils représentaient 72,4 % de l'effectif soit 158 patients sur 218. 60 % d'entre eux viennent des urgences de l'hôpital Lapeyronie et 40 % arrivent directement, amenés par les pompiers ou le SAMU sur demande d'un médecin de ville. Un psychiatre de garde senior au service des urgences de Lapeyronie assure une régulation psychiatrique qui peut, le cas échéant, dispenser des conduites à tenir au médecin du SAMU qui projette d'hospitaliser un patient.

Tout service (SAMU, ambulance privée commandée par le médecin généraliste pour une admission en péril imminent), qui adresse directement à la Colombière un patient en SSC doit appeler le cadre de régulation de garde qui s'informe de l'état de santé du patient, évalue la nécessité ou non de soins somatiques et dont l'avis est validé *a posteriori* par un praticien hospitalier. En cas d'estimation positive, le patient est envoyé aux urgences de Lapeyronie. S'il s'agit d'une entrée directe à la Colombière, le cadre de régulation se rend sur le lieu d'arrivée de l'ambulance et vérifie la conformité des certificats médicaux. Si ceux-ci manquent ou sont incomplets, l'ambulance repart vers les urgences de Lapeyronie pour une évaluation et un bilan somatiques.

PROPOSITION 22

L'appréciation de l'état de santé des patients arrivant directement à l'hôpital de la Colombière relève de la compétence médicale et doit être effectuée par un médecin.

Dans sa réponse, le directeur général précise que « Ce point est à réfléchir d'un point de vue organisationnel et institutionnel, notamment en lien avec le pôle urgences et le SAMU. Un groupe de travail sera mis en place dans le cadre du parcours patient avec la DIRSOP. »

Les contrôleurs prennent acte de ces intentions.

L'unité d'admission va dépendre du statut du malade : les patients en SDDE seront hospitalisés à Euzière, ceux en SDRE à l'USIP.

L'admission du patient à La Colombière dépend du nombre de places disponibles à Euzière et à l'USIP. En cas de besoin, un patient d'Euzière peut être redirigé vers une unité de psychiatrie générale (UPG) pour libérer un lit et en cas d'impossibilité, les patients relevant de l'urgence sont transférés dans les hôpitaux périphériques.

¹³ MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

A leur arrivée à Euzière et à l'USIP, les patients sont accueillis par un infirmier puis vus par l'interne du service ou de garde et le psychiatre. L'examen somatique est effectivement réalisé dans les 24 heures pour les patients admis sans leur consentement.

Les arrivées directes dans les UPG concernent des patients connus du service, pris en charge par les CMP, éventuellement admis en soins libre ou déjà en programme de soins, et qui peuvent connaître un épisode de décompensation nécessitant une hospitalisation. Ils sont reçus de la même manière par les équipes.

PROPOSITION 23

Les modalités de gestion des lits et des affectations à l'admission n'assurent pas aux patients réentrants de retrouver l'unité et l'équipe qu'ils connaissent. Elles ne préservent aucun patient de changer d'unité au cours d'un même du séjour ce qui peut être défavorable à l'amélioration de l'état de santé du patient.

Dans sa réponse, le directeur général fait savoir que « La sectorisation a été remise en place le 10 mars 2020, à la demande des médecins et cadre de santé des UPG devant les difficultés relatives à l'admission des patients. Cela n'a en rien arrêté le "nomadisme" des patients, voire cela l'a accentué, un patient pouvant être hospitalisé dans plusieurs unités avant d'arriver dans son secteur. Le déséquilibre dans le nombre d'admissions par secteur, alors que le nombre de lits est équivalent, ne peut permettre actuellement de résoudre cette difficulté en maintenant la sectorisation telle qu'elle est.

Une réflexion doit être conduite sur le redécoupage sectoriel. En effet, le dernier découpage date de 1992 et la Métropole de Montpellier a énormément évolué depuis. Ce travail devra se faire en lien avec les services de la Métropole, afin de connaître les flux de populations, les projets architecturaux et de mobilités en cours et avec l'ARS pour le diagnostic territorial. De plus, le nombre de patients en séjours inadéquats (53 séjours longs) complique aussi fortement les admissions des patients dans leurs unités. Des réponses adaptées sont donc nécessaires de la part de la MDPH et du médico-social.»

Les contrôleurs prennent acte de ces projets mais maintiennent la proposition, le groupe de travail évoqué n'étant pas initié.

7.2 LA REORGANISATION DE L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES PEINE A FAIRE L'UNANIMITE

7.2.1 Le projet de soins individualisé

Il est élaboré de manière très différente selon les unités.

A l'UCAP, il est écrit, protocolisé et expliqué au patient et à sa famille par le médecin et les soignants et revu régulièrement en fonction de l'évolution. Il consiste d'abord à calmer la crise, à observer le patient, à établir ou réévaluer un diagnostic et à organiser la suite des soins en dehors de l'unité. Le médecin tente d'élaborer un plan de crise avec le jeune, de lui faire repérer et mettre en œuvre ce qui peut l'apaiser, il lui fait visiter les chambres d'isolement et d'apaisement et lui en explique les modalités de recours.

A l'UJA, il est également élaboré, expliqué au patient et une alliance thérapeutique qui permettra au jeune de vivre avec sa maladie en dehors d'une hospitalisation est recherchée.

A l'USIP, ce projet vise à évaluer et prendre en charge chaque patient, à organiser la sortie vers les unités sectorielles et, pour les patients détenus, le retour en prison ou le transfert vers une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), voire une unité pour malades difficiles (UMD).

Le projet médical des « Sophoras » ambitionne de permettre aux patients d'accéder à une qualité de vie supérieure à celle obtenue avec le seul traitement médicamenteux grâce à des soins spécifiques orientés résolument vers un projet de retour dans la communauté en milieu protégé. L'équipe mobile de réhabilitation participe à son élaboration. Les patients bénéficient aussi pendant leur hospitalisation d'une surveillance somatique générale.

A La Traversière, dans le cadre de ce projet, il peut être prévu de soumettre certains patients avec leur accord préalable, à des analyses d'urine afin de rechercher des traces de substances toxiques.

Dans les autres UPG, Les Tilleuls, Le Vidourle, Le Guilhem, Mairet, Littoral et Henri Ey, le projet de soins individualisé n'apparaît pas de manière évidente et n'est pas toujours formalisé. Généralement élaboré par le médecin et discuté avec les soignants, il est exposé au patient lors des visites en chambre ou lors des consultations médicales.

A Euzière, le projet de service réside dans l'énonciation des missions exposées dans le projet d'établissement : accueil, évaluation et orientation des patients en soins sans consentement sur demande d'un tiers ou en péril imminent. Le projet de soins consiste essentiellement en un traitement médicamenteux destiné à apaiser un état aigu avec un éventuel placement en chambre d'isolement et, une fois la sédation obtenue, orienter le patient vers une autre unité ou un CMP ou des consultations externes hospitalières ou une hospitalisation dans les unités de psychiatrie de Lapeyronie une fois la mesure de soins sans consentement transformée en soins libres pour les pathologies intéressant les centres experts. La prise en charge est ainsi minimale : pas d'entretien infirmier systématique ni activités.

7.2.2 Les modalités de prise en charge

a) Les moyens

Dans l'ensemble, l'hôpital de la Colombière ne connaît pas de difficulté majeure en matière de recrutement de personnel médical et paramédical même s'il faut noter la présence d'un seul médecin à Le Guilhem du fait de la démission de trois de ses confrères à la suite de la déssectorisation. Des internes en psychiatrie sont présents dans toutes les unités sauf à Euzière où les deux postes n'ont pas été pourvus en novembre dernier. Chaque unité bénéficie du concours de psychologues, à l'exception d'Euzière et de l'UCAP et, pour cette dernière, il s'agit d'une réelle carence. En effet, l'intervention d'un psychologue dans le processus thérapeutique offre un espace démedicalisé où le jeune peut élaborer sur ses difficultés personnelles et améliore l'alliance thérapeutique. Le médecin confie qu'il ne peut jouer tous les rôles, celui de médecin de crise et de psychothérapeute.

RECOMMANDATION 5

Dans l'intérêt des patients, il est souhaitable qu'une démarche soit engagée pour doter les services qui en sont dépourvus de postes de psychologues.

Dans sa réponse, le directeur général demande la suppression de cette recommandation en précisant que « Dans le cadre de leur projet médical, certains secteurs ont fait le choix d'affecter leurs ressources de psychologues sur les structures extra hospitalières en priorité,

afin de développer les prises en charge intensives en ambulatoire permettant de consolider les sorties des patients. Concernant l'UCAP, la même décision a été prise lors de la création du service en tant qu'admission de crises, pour diriger le psychologue vers le suivi ambulatoire ».

Le fait que les secteurs aient priorisé l'affectation de leurs psychologues vers les structures extra hospitalières n'invalide pas la recommandation mais montre, au contraire, que les ressources en postes de psychologue doivent être augmentées pour permettre de répondre tant aux besoins extra hospitaliers qu'à ceux des unités d'hospitalisation plein temps.

D'autres professionnels de santé, psychomotriciens, ergothérapeutes peuvent concourir à la prise en charge de certaines pathologies.

Les assistants de service social interviennent à temps partiel dans chacune des unités où ils participent aux réunions de synthèse, voire aux consultations médicales, reçoivent éventuellement les patients en entretien et préparent la sortie de l'hôpital (établissement des droits, recherches de logement, etc.).

b) Les pratiques médicales

Seules trois unités, l'UCAP, UJA, Le Guilhem désignent un psychiatre référent. Ailleurs, c'est le praticien présent dans le service qui prend en charge le patient. Le libre choix du médecin, possible en théorie est très limité en pratique, deux praticiens étant rarement présents ensemble dans une même unité.

A son arrivée dans l'unité, le patient est reçu par les infirmiers et vu par l'interne s'il y en a puis, par le psychiatre dans les 24 heures qui suivent. Les certificats médicaux des 24 heures et 72 heures sont précédés d'un entretien médical spécifique. A l'USIP, les patients sont placés en chambre d'isolement (CI) si les infirmiers le jugent nécessaire et si l'entretien médical ne peut être réalisé rapidement ; les patients détenus ne sont pas systématiquement placés en CI.

A l'UCAP, les jeunes admis dans l'unité en état de crise aiguë sont reçus seuls en entretien par l'interne ou le psychiatre. Au cours de cette consultation et au vu des éléments recueillis et observés, des hypothèses diagnostiques peuvent être posées.

Dans les UPG, quel que soit le secteur d'hébergement – ouvert ou fermé – le statut n'influe pas sur l'organisation des soins médicaux et la clinique prime.

Par la suite, la relation patient-médecin s'organise de manière très variable selon les unités : consultations en présence d'infirmiers ou visites en chambre, mais il faut souligner une présence et une disponibilité importantes du corps médical auprès des patients à l'exception notoire d'Euzière où les consultations avec le psychiatre sont essentiellement consacrées à l'établissement des certificats médicaux avant la présentation des patients au JLD et des patients hospitalisés et déjà vus pour ces certificats peuvent être « oubliés » selon des soignants ; de même à Mairret, un patient s'est plaint de ne voir le médecin qu'à l'occasion des visites en chambre. De plus à Euzière, les consultations médicales se déroulent en présence non seulement des soignants mais aussi du cadre et de l'assistante sociale ; le patient peut ainsi regretter de ne pas avoir d'entretien en tête à tête avec son médecin, pratique plus habituelle en psychiatrie.

Le rythme des entretiens psychiatriques est souvenu : A l'UCAP et l'UJA, les patients consultent le psychiatre plusieurs fois par semaine voire tous les jours, aux « Sophoras » une fois par semaine ou moins. A l'UCAP, après un temps d'observation et d'évaluation, le médecin reçoit les parents pour l'annonce du diagnostic puis dispense une information adaptée au jeune patient sur sa pathologie,

reprise autant que de besoin. Aux Tilleuls, les patients sont vus au moins deux fois par semaine et si nécessaire tous les jours.

Les visites en chambre avec médecin, internes, cadre, infirmiers parfois assistant social (à la Traversière) sont organisées toutes les semaines dans les autres unités ; les contrôleurs se sont interrogés sur le caractère professoral de ces visites et leur impact sur des patients de psychiatrie pouvant être déstabilisés devant tant de monde en blouse blanche. A Le Guilhem le médecin effectue toujours une contre-visite le soir, ainsi les patients voient-ils un médecin tous les jours.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les consultations médicales doivent exclure toute personne non en charge directement de la prise en charge médicale des patients.

Dans sa réponse, le directeur général fait savoir que « La cheffe de pôle universitaire de psychiatrie, Madame la Professeure Capdevielle, atteste que les personnes non en charge directement de la prise en charge médicale des patients, dont les assistantes sociales, n'assistent plus aux consultations médicales. Des entretiens pluridisciplinaires (médecins, assistantes sociales, paramédicaux) sont proposés si le projet de soins le nécessite. »

La recherche d'une approche médicale commune de la pathologie psychiatrique se traduit par la tenue tous les quinze jours d'un *staff* médical pour toutes les UPG auquel ne participe pas le médecin de Le Guilhem ; pour les médecins de Euzière et de l'USIP, il est consacré à des problématiques spécifiques à ces unités.

L'accès au dossier médical ne rencontre pas de réticence mais la demande doit se faire par écrit et il existe un protocole à respecter.

c) Les soins infirmiers

L'encadrement regrette une formation insuffisante des soignants en psychiatrie qui peut conduire parfois à des comportements inadaptés vis-à-vis de certains patients (tutoiement, injonctions plutôt que dialogue) comme les contrôleurs ont pu le constater à Euzière.

A l'UCAP et à l'UJA, des entretiens infirmiers avec un objectif sont programmés. Pour les autres unités, ces entretiens, s'ils existent, ne sont pas planifiés et ne figurent pas dans le plan de soins voire ne sont pas instaurés comme à Euzière.

PROPOSITION 24

Il est indispensable que les entretiens infirmiers soient systématiquement intégrés dans la prise en charge des patients et soient repris par les médecins.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Cette recommandation est intégrée dans le groupe de travail sur l'organisation des soins. »

Les contrôleurs prennent acte de ce projet.

d) Le travail d'équipe

- Les transmissions entre les équipes du matin, de l'après-midi et de nuit se font dans toutes les unités pendant 15 à 30 minutes environ.

- Certains services ont instauré des plages de formation du personnel en interne. Ainsi, à Le Vidourle, le premier mercredi du mois, un « espace clinique » est consacré au travail sur une pathologie particulière. Cette réunion peut être l'occasion d'établir une synthèse sur un patient. L'USIP propose, tous les vendredis, entre midi et 14h, un temps d'échange sur certains thèmes ou cas cliniques, avec parfois la collaboration d'intervenants extérieurs et participe à un groupe de travail médico-légal créé fin 2018 (Cf. § 3.1.1).
- Des réunions de service sont organisées par le cadre tous les deux ou trois mois et à la Traversière, les sujets sont proposés par les infirmiers ; les médecins y participent une fois par an.
- Un *staff* pluridisciplinaire incluant les médecins, internes, cadre, soignants, ASS, psychologue voire ergothérapeute, se déroule à un rythme hebdomadaire dans toutes les unités. L'unité Le Guilhem continue d'y associer le secteur ambulatoire mais, selon le cadre du service, cette pratique est en sursis. Dans d'autres unités comme Le Vidourle, Les Tilleuls, les infirmiers du secteur historique sont conviés de même que ceux du secteur du patient. Une équipe volante d'infirmiers de secteur qui fera le tour des unités est en cours de constitution mais pour l'heure, les difficultés d'articulation entre l'intra et l'extra hospitalier demeurent surtout pour les CMP les plus éloignés de Montpellier. A Euzière, le *staff* hebdomadaire n'existe que depuis septembre 2019. Il se tient le mercredi à 11h, seul moment où les deux médecins sont présents et au cours duquel l'état de santé de chaque patient est discuté avec les infirmiers et le cadre.
- Chaque unité organise des réunions de synthèse avec médecins, internes, soignants, cadre, psychologue, assistante sociale, voire ergothérapeute, à une fréquence qui lui est propre, hebdomadaire à Mairet, quotidiennes à l'UJA et l'UCAP mais pour un patient à la fois, mensuelles à Le Vidourle, lors des « espaces cliniques », avec parfois des intervenants d'autres services, CMP, UPUP, etc. Ces réunions de synthèse sont destinées à préparer la sortie du patient.
- Les réunions patients-soignants sont une exception. Seule l'unité Les Sophoras en organise tous les jeudis après-midi. Elles se déroulent selon un ordre du jour généralement établi (informations à transmettre, activités, sorties, etc.) puis un temps est accordé aux patients pour s'exprimer, poser des questions, faire des propositions. Le débriefing, reporté sur un cahier, est surtout utilisé par les soignants.
- Le maintien du lien avec les familles revêt des modalités diverses selon les unités. A Le Guilhem elles sont associées au projet de soin et de sortie et prévenues si une mesure d'isolement est décidée. A l'UJA le médecin restitue le projet de soins au patient et à sa famille et un suivi du type « case management » commence à se développer dans l'unité. A l'USIP, les familles sont reçues à l'arrivée par le médecin et l'ASS. A l'UCAP, en fin d'hospitalisation, le médecin réunit les soignants concernés, les parents et le jeune pour réexpliquer la pathologie, le traitement et la suite des soins à envisager. Une attention particulière est portée à l'information sur les traitements dispensés, l'éducation thérapeutique des enfants et des parents, la surveillance de la tolérance des traitements par les soignants avec la recherche systématique d'effets secondaires indésirables. Ces données sont consignées sur le dossier médical et mentionnées dans le compte rendu d'hospitalisation. A Euzière, les réunions préparatoires à la sortie se font avec les soignants, les médecins, l'ASS et les familles. Les patients ne sont pas toujours conviés.

PROPOSITION 25

Le respect du droit des patients à s'approprier la démarche de soins passe notamment par leur participation étroite à l'élaboration de leur projet de sortie, éventuellement en lien avec leur famille.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, le CHU tient à apporter les précisions suivantes : « Les patients sont porteurs de leur propre projet de soin personnalisé et de sortie. Ces projets sont discutés et mis en place avec eux et leurs proches. Des réunions peuvent parfois avoir lieu hors de la présence du patient hospitalisé, à sa demande ou lorsque cela est rendu nécessaire par les relations avec les proches. À aucun moment, les décisions ne sont prises sans que cela soit discuté au préalable avec le patient, même si in fine, le patient est en désaccord avec le projet du fait de ses troubles psychiques. »

S'agissant des supervisions, malgré une programmation annuelle prévue dans deux unités Henri Ey et Euzière, aucune de ces équipes ne bénéficie de ce soutien bien que le désir en soit exprimé par les cadres ou les soignants des services de plusieurs unités (Cf. § 2.3.4).

e) La sortie

Les sorties sont préparées lors des réunions cliniques ou dans des cas particuliers lors des réunions de synthèse auxquelles participent un psychiatre, le cadre de santé, un infirmier de l'unité, l'ASS, la psychologue et un infirmier du CMP de référence du patient.

La déssectorisation récente des unités rend plus complexe l'organisation de la venue des infirmiers des CMP aux réunions cliniques qui concernent des patients de plusieurs secteurs. Selon les interlocuteurs rencontrés, la déssectorisation aggrave les difficultés pour la préparation de la sortie de certains patients, faute de liens, selon les cas, avec l'habitat ou l'établissement médico-social de retour ; le lien avec l'extra hospitalier est plus compliqué à maintenir. Le patient change nécessairement d'interlocuteur médical entre l'extra et l'intra hospitalier.

Lorsque le patient arrive dans l'unité, le cadre de santé contacte le secteur et les soignants de certains CMP font régulièrement le tour des unités.

RECO PRISE EN COMPTE 9

L'institutionnalisation des liens avec les structures extra hospitalières et les médico-sociales doit être repensée afin de compenser les effets de la déssectorisation qui, rendant la sortie plus compliquée, pèsent sur la durée d'hospitalisation.

Dans sa réponse, le directeur général informe que « La sectorisation a été remise en place le 10 mars 2020. Néanmoins, ces difficultés existaient avant la déssectorisation comme cela avait été constaté par la mission d'appui. Une réflexion est en cours relative à la mise en place d'un IDE dont la mission sera de faire le lien entre les UF temps complet et les structures extra-hospitalières et médico-sociales. La fiche de poste de l'infirmier de liaison est en cours d'élaboration : ce professionnel a un rôle déterminant dans le suivi du patient entre intra et l'extra hospitalier. »

Les contrôleurs prennent acte de cette modification.

De façon générale, le déficit de structures accueillantes est souligné par l'ensemble des soignants qui font état de listes d'attente très importantes tant pour les maisons d'accueil spécialisées (MAS)

que pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM), il est mentionné des délais d'attente de six ans pour les EHPAD. Par ailleurs, l'obtention d'un logement pour un patient venant de la Colombière est problématique.

Les relations entre les unités et l'équipe mobile des Sophoras permet d'établir des liens de confiance avec les EHPAD et les MAS : l'équipe mobile de réhabilitation identifie les établissements adéquats pour les patients et se déplace pour présenter les dossiers. Des visites et séjours d'essai sont organisés prenant en compte les souhaits des patients. L'unité Sophoras dispose, en outre, de deux chambres permettant une ré hospitalisation en cas de problème dans la prise en charge, dispositif rassurant pour les établissements médico-sociaux.

L'augmentation du nombre des patients en grande précarité conduit à une difficulté accrue d'accueil en structure médico-sociale. Deux dispositifs offrent des solutions de sortie pour ces patients mais leur capacité d'accueil sont insuffisantes.

Le premier est constitué par des appartements de coordination thérapeutique (ACT) ; ils fonctionnent sans interruption et hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale et nécessitant des soins et un suivi médical, de manière à assurer le suivi et la coordination des soins, à garantir l'observance des traitements et à permettre un accompagnement psychologique et une aide à l'insertion mais ne sont qu'au nombre de dix.

En second lieu, le dispositif « Un chez soi d'abord », qui existe depuis mai 2019, propose aux personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiques sévères un accès direct à un logement stable, sans passer obligatoirement par un centre d'hébergement temporaire. Une fois logés, les bénéficiaires sont accompagnés au quotidien par une équipe médico-sociale pluridisciplinaire. Mais seulement quatre patients hospitalisés au CHU peuvent tous les trois mois bénéficier de ce dispositif.

Cependant, la présence dans chaque unité d'un ASS qui exerce à la fois dans l'intra et dans l'extra hospitalier permet, toutefois avec plus de difficultés depuis la déssectorisation, d'assurer le lien entre les structures ; ils obtiennent des décisions de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) en 6 mois.

A Euzière, 30 % des hospitalisations sont prolongées du fait d'un manque de places dans les structures d'aval, UPG et établissements médico-sociaux. A leur sortie, les patients peuvent être adressés à une unité de psychiatrie générale de la Colombière, à l'UJA, au service Antonin Balmes pour les plus de 70 ans, en clinique privée, en CMP ou en consultation post hospitalisation si les délais sont trop longs pour un rendez-vous en CMP (délai moyen : 3 à 4 mois). Environ 50 % des CMP de secteur envoient des infirmiers à Euzière pour relayer la prise en charge en ambulatoire. Par ailleurs, il est parfois difficile d'adresser dans les unités d'UPG des patients dits « complexes » qui en plus d'un trouble psychiatrique présentent une démence ou des problèmes psychosociaux (troubles du comportement, indigence, etc.). Pour pallier cette difficulté, les cadres de régulation tiennent à jour un état quotidien de l'occupation des lits dans chaque unité et notent sur un tableau Excel le nom du patient, la date de la demande de sortie faite par Euzière, la date de mutation et l'unité qui accueille le patient. Chacune des unités d'UPG devant accueillir sur une année le même nombre de patients qualifiés de « complexes ». L'on peut en effet observer que les délais d'attente varient beaucoup selon les unités, de moins de 24 heures à un mois et demi. Lorsque Euzière ne dispose d'aucune place pour accueillir un patient et que des unités d'UPG disposent de lits vacants, il est fait sortir un patient d'Euzière vers l'unité disposant d'un lit.

L'UCAP souligne l'absence de dispositif spécifique pour les 16-18 ans en post hospitalisation. Les consultations des CMP adultes sont inadaptées, car souvent fréquentées par des patients atteints de pathologies lourdes et chroniques. Cela impacte l'alliance avec le jeune qui se situe souvent entre un état de crise et une maladie chronique et exceptionnellement en phase chronique. Les hôpitaux de jour des secteurs semblent également inadaptés, des jeunes « borderline » sont pris en charge avec de grands psychotiques. En conséquence, ils renoncent à leur suivi en CMP et sont revus en consultation au CHU ou bien adressés en consultation en libéral. Il est parfois proposé un suivi conjoint par un psychiatre du CHU et un psychologue en libéral mais l'aspect financier constitue un écueil pour certaines familles. Les patients atteints de pathologies particulières relevant d'un centre de référence à Lapeyronie – troubles de l'humeur, troubles du comportement alimentaire, personnalités borderline, états suicidaires – peuvent éventuellement y être suivis.

f) *Les patients inadéquats*

Chaque UPG et Les Sophoras comptent un patient hospitalisé depuis plus de 280 jours soit huit au total. Trois relèvent de soins sans consentement (deux SDRE et un SDDE), trois sont en soins libres et pour les deux autres le statut n'est pas précisé.

Le séjour le plus ancien remonte à 2012 à Le Vidourle. Il s'agit d'un patient en soins libres qui ne peut quitter l'unité. Des tentatives d'accueil en FAM ont échoué.

Une autre unité accueille un patient autiste âgé de 20 ans, en soins libres, déficient mental, en attente d'un hébergement en structure adaptée. Une solution pourrait être trouvée en Belgique mais les délais de réponse de l'ARS peuvent atteindre cinq ans et la recherche d'une MAS en Lozère n'avait pas abouti au moment de la visite.

7.3 LA DISPENSATION DES TRAITEMENT MECONNAIT LE RESPECT DE LA CONFIDENTIALITE, LA TRAÇABILITE, LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Dans les unités d'accueil comme Euzière, les patients apparaissent fortement sédatisés. Ils errent dans les couloirs et les espaces communs, très ralentis sur les plans moteur, intellectuel et relationnel.

7.3.1 Le circuit du médicament

Les prescriptions sont faites sur le logiciel propre à l'hôpital de La Colombière qui ne peut être croisé avec celui du CHU. La pharmacie centrale de Lapeyronie prépare les commandes qui sont délivrées sous forme d'une pochette par patient et par semaine. Les infirmiers remplissent les piluliers dans chaque unité. Les traitements plus occasionnels à visée somatique par exemple sont délivrés en tant que de besoin.

Une difficulté réside dans les prescriptions médicales faites aux urgences de Lapeyronie. Ces prescriptions sont rédigées sur papier car ses médecins utilisent le logiciel *RésUrgences*. Les patients arrivent donc à la Colombière avec une ordonnance papier et il faut qu'un médecin de l'unité ou un interne ou le médecin somaticien recopie cette ordonnance sur le dossier informatisé du patient pour que la commande de médicaments parvienne à la pharmacie et soit livrée ensuite dans l'unité. Cette procédure peut retarder la mise en route du traitement d'une demi-journée voire une journée entière.

RECOMMANDATION 6

Les médicaments prescrits à un patient par un médecin lors du passage au service des urgences doivent pouvoir être délivrés sans délai au patient transféré dans une unité afin de ne pas retarder la mise en route de son traitement.

7.3.2 Les modalités de distribution

La distribution se fait de manière individualisée, dans la salle de soins, pour Le Guilhem, Littoral, l'UCAP, l'USIP où les patients à heures fixes font la queue devant la porte qui reste ouverte, questionnant ainsi le respect du secret médical. Cependant, cette organisation permet un échange avec les patients sur leur tolérance au traitement, la recherche d'effets secondaires délétères, l'enregistrement informatique immédiat et assure ainsi la traçabilité de cet acte soignant.

Dans les autres unités, sauf à Euzière, les médicaments sont délivrés dans la salle à manger pendant les repas. A La Traversière et Le Vidourle, le chariot se tient un peu à l'écart des tables et les patients se lèvent pour aller chercher leur traitement. A Euzière, les médicaments sont distribués avant les repas dans le couloir qui mène à la salle à manger. Les patients font la queue derrière le chariot de médicaments et une fois leur traitement absorbé, passent à la salle à manger. Ces conditions ne garantissent pas la confidentialité et sont peu propices aux échanges avec le patient sur sa tolérance au traitement.

PROPOSITION 26

La distribution des médicaments doit se faire dans le strict respect de la confidentialité et permettre un échange avec le patient si celui-ci en éprouve le besoin.

Dans sa réponse, le directeur général indique à propos de cette proposition et de la suivante :
« Ces points feront l'objet d'un plan d'action issu de la réflexion du groupe de travail organisation des soins. »

Les contrôleurs prennent acte de ces projets.

De plus, l'absence d'enregistrement informatique en temps réel n'assure pas la traçabilité des actes soignants.

PROPOSITION 27

L'administration ou non des médicaments doit être enregistrée en temps réel sur le dossier informatisé du patient.

Dans l'ensemble des unités, il existe des protocoles de traitement « *si besoin* » pour les formes orales dans l'attente du médecin.

7.3.3 La conciliation médicamenteuse et l'éducation thérapeutique

A l'exception du service des urgences de Lapeyronie, où le pharmacien voit tous les patients qui seront hospitalisés et procède à une conciliation médicamenteuse systématique, il n'est institué à l'hôpital de la Colombière aucune démarche de contrôle de conciliation médicamenteuse, aucun atelier thérapeutique. Les séances d'éducation thérapeutique sont le fait de l'UCAP et l'UJA qui au cours d'entretiens médicaux et infirmiers recherchent une alliance thérapeutique avec les jeunes.

PROPOSITION 28

Le pôle de psychiatrie devrait engager une démarche pour mettre en place dans chaque unité une procédure de conciliation médicamenteuse et des programmes d'éducation thérapeutique.

Dans sa réponse, le directeur général affirme que « *Le développement de la pharmacie clinique, avec présence d'un pharmacien dans les unités de soins est une priorité du pôle HU Pharmacie du CHU de Montpellier, soutenu par le pôle de Psychiatrie dans cette démarche. Concernant l'éducation thérapeutique, les équipes médico-soignantes sont de facto impliquées dans une démarche de psycho éducation, notamment dans les UPG.* »

Les contrôleurs précisent que l'éducation thérapeutique suppose une formation spécifique de 40 heures des soignants, médecins et pharmaciens l'organisant, et n'est donc pas une compétence du quotidien.

7.4 LES SOINS SOMATIQUES SOUFFRENT D'UNE CARENCE CHRONIQUE DE MOYENS ET DE LA STIGMATISATION DES MALADES PSYCHIATRIQUES CONDUISANT A DES PERTE DE CHANCES

7.4.1 L'accès au médecin généraliste

A l'hôpital de la Colombière, les internes en psychiatrie assurent la prise en charge des affections somatiques courantes et effectuent l'examen somatique dans les 24 heures suivant l'arrivée de patients en soins sans consentement. En cas de besoin, les internes ou les soignants font appel au médecin généraliste vacataire qui intervient sur le site. Depuis le premier novembre 2019, l'absence d'interne à Euzière a conduit l'institution à embaucher à temps plein un médecin somaticien. Du lundi au vendredi, ce dernier consulte sur demande dans toutes les unités, de 9h à 13h et passe tous les matins à Euzière sauf le mercredi. L'après-midi, il se déplace si besoin dans les services et rédige ses comptes rendus mais il ne peut voir systématiquement tous les patients hospitalisés. Les patients sont examinés dans la salle de soins équipée d'une table d'examen adaptée sauf à Euzière, en présence des soignants, sans réelles conditions de confidentialité, ou dans leur chambre. Les transmissions avec l'équipe soignante se font pendant la consultation et un compte rendu est inscrit au dossier médical.

Autant que faire se peut, ce médecin initie des actions de prévention (vaccination contre la grippe effectuée par les infirmiers, rappels vaccinaux, contraception, liens avec le service d'addictologie pour les patients dépendants à l'alcool ou aux drogues illicites, etc.)

La grande disponibilité de ce praticien est soulignée par toutes les équipes. En son absence, la nuit, le week-end, pendant ses congés, la prise en charge somatique est assurée par les internes des unités ou ceux de garde et en cas d'urgence le SAMU est appelé.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Il est indispensable de développer un service médical spécialisé en médecine générale et de le doter des moyens nécessaires afin d'assurer une prise en charge convenable des patients hospitalisés.

Dans sa réponse, le directeur général fait savoir s'agissant de cette recommandation et de la suivante que « *Le pôle de Psychiatrie et le département d'addictologie du pôle Cliniques Médicales ont déposé un dossier le 30 septembre 2020 dans le cadre d'un appel d'offre de*

L'ARS portant sur les soins innovants en psychiatrie, visant la création d'une équipe mobile pour les soins somatiques avec une triple valence : soins, prévention, dépistage pour les patients hospitalisés en psychiatrie. De plus, cette équipe mobile aura aussi pour objectifs d'accompagner les soins des patients souffrant de troubles psychiques hospitalisés en médecine ou chirurgie pour travailler sur la déstigmatisation. »

7.4.2 L'accès aux hospitalisations et consultations spécialisées

a) Les hospitalisations à Lapeyronie

L'existence d'une pathologie psychiatrique conduit certains médecins des services de médecine, chirurgie, obstétrique à minimiser les symptômes présentés par les patients et à retarder ainsi leur prise en charge malgré l'insistance du médecin somaticien évoquant une urgence chirurgicale par exemple, ou bien à renvoyer bien vite les patients dans leur unité psychiatrique même si leur état psychique ne le justifie pas.

A cet égard, plusieurs témoignages relatifs à la perte de chance médicale de patients psychiatriques ont été rapportés aux contrôleurs.

Une patiente arrivée en SDT à la Colombière a été adressée au service d'obstétrique avec le statut de soins libres pour accoucher. Bien que n'ayant pas décompensé sur le plan psychiatrique, elle n'y est pas restée plus de deux heures et a été séparée de son bébé hospitalisé en néonatalogie sans justification médicale. Les contrôleurs l'ont croisée tous les jours de la semaine, elle réclamait d'être avec sa fille.

Un autre patient hospitalisé à la Colombière et souffrant d'une pathologie pulmonaire explorée en service de pneumologie s'est vu hospitalisé en chambre d'isolement psychiatrique à Henry Ey sans que son état psychique ne le justifie au lieu d'être confiné dans une chambre d'isolement septique, l'isolement ayant été levé en février 2020 par un médecin infectiologue de Lapeyronie.

Deux ans avant la visite des contrôleurs, une patiente de Le Guilhem est décédée d'une occlusion intestinale. Adressée en imagerie à Lapeyronie, elle avait été renvoyée dans son unité, le SAMU alors appelé avait refusé de se déplacer car il ne disposait d'aucun interlocuteur médical à ce moment-là et la patiente n'a pas survécu.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, l'établissement apporte les précisions suivantes : « La patiente avait été adressée en imagerie Lapeyronie, pas aux urgences.

Il y a eu incompréhension entre le SAMU qui attendait une réponse médicale à sa demande d'informations et l'équipe paramédicale présente qui ne pouvait pas lui donner ces éléments en l'absence de médecin dans l'unité au moment des faits (EIG survenant un dimanche).

Un plan d'actions a été mis en place à la suite à l'analyse systémique de cet EIG en mai 2019 :

- Mise en place par le pôle Digestif de séances de sensibilisation des internes aux besoins somatiques des patients psychiatriques,*
- Mise à jour du protocole « Constipation » sur le système Qualidoc du CHU,*
- Rappel aux équipes de Psychiatrie des modalités d'orientation de patients aux urgences pour prise en charge somatique,*
- Organisation de séances de sensibilisation des soignants de Psychiatrie à l'interrogatoire téléphonique par le SAMU (groupe de travail SAMU-Psychiatrie). »*

Le protocole envisagé qui devait être établi entre la gastro-entérologie, le service des urgences pour les malades psychiatriques n'était pas produit lors du passage de la mission.

Un patient opéré des ligaments croisés du genou à la suite d'une chute s'est vu refuser une admission en service de rééducation en raison de sa pathologie psychiatrique. La kinésithérapie devait s'effectuer dans son unité dans un contexte de carence en kinésithérapeutes (un ETP pour l'ensemble du site de la Colombière).

PROPOSITION 29

Il est indispensable de mettre en place un dispositif de prise en charge somatique non discriminant des patients atteints de pathologies psychiatriques et de renforcer la formation des médecins urgentistes et des services de médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique à leurs vulnérabilités spécifiques. Ces patients ne doivent pas, en raison de leur pathologie psychiatrique, connaître une perte de chance de prise en charge somatique associée.

b) Les consultations spécialisées

Les consultations spécialisées se déroulent sur les sites de Lapeyronie, Arnaud de Villeneuve, Saint Eloi, Gui de Chauliac, Antonin Balmès, selon les besoins, dans des délais très variables, parfois il est nécessaire d'adresser les patients aux urgences afin qu'ils bénéficient d'un avis spécialisé, mais globalement, l'accès reste aisé. Dans tous les cas, les rendez-vous doivent être pris par le médecin somaticien. Les patients y sont accompagnés par l'équipe mobile de soutien et aux Sophoras par les infirmiers. Une consultation de soins dentaires est organisée tous les jeudis à l'école dentaire.

L'accès à la biologie et à l'imagerie médicale ne pose pas trop de difficultés sauf pour l'IRM (un mois d'attente environ). Les prélèvements sanguins sont effectués par les infirmiers dans les unités. Le délai de retour des résultats satisfait les médecins.

Les patients en SSC doivent être accompagnés par un infirmier pendant toute la durée de leur séjour en MCO.

7.5 LES ACTIVITES INTERNES AUX UNITES SONT GLOBALEMENT NOMBREUSES MAIS DEPENDANTES DU DYNAMISME DES SOIGNANTS

Selon les unités, des activités sont organisées par les soignants de façon planifiée ou spontanée selon des rythmes variés ; dans les UPG elles ne font jamais l'objet d'un planning auquel le patient pourrait se référer. L'utilisation de la table de ping-pong et du baby-foot relève davantage de l'occupationnel même si des soignants jouent avec des patients dans la plupart des unités. La télévision est également regardée. Les bibliothèques contiennent quelques livres ; elles sont pauvres. L'organisation d'activités est regardée comme secondaire dans la prise en charge ; les soignants d'une unité ont rapporté qu'il leur avait été indiqué que la priorité était de faire sortir les patients et pas d'organiser des activités.

Les modalités d'organisation de ces activités varient selon les unités :

A l'USIP, les activités telles que le basket-ball, le ping-pong, le baby-foot, les échecs, ou celles organisées après 17h comme le yoga et la musculation, sont revendiquées comme thérapeutiques. Pendant le week-end, les patients regardent des DVD.

A l'unité Le Guilhem, dans la partie fermée, des activités sont organisées également après 17h. A l'unité Henry Ey, qui bénéficie de la présence d'un ergothérapeute, les activités sont nombreuses : un atelier cuisine est organisé un week-end sur deux ; un atelier musique, contes et légendes le jeudi et le dimanche, du basket-ball sur le terrain multisport, et – comme dans les autres unités – des

sorties en randonnée, dans les musées ou sur les plages. Ces activités n'apparaissent pas sur un planning.

Dans les unités Mairet et La Traversière, les activités organisées par les soignants ne sont pas planifiées et ne sont pas des pratiques courantes, selon les constats des contrôleurs. Les salles situées dans le même bâtiment entre ces deux unités, équipées pour la pratique du sport et la musicothérapie, sont peu utilisées en raison du manque d'encadrants. La situation est similaire dans les unités Littoral et le Vidourle qui partagent le même bâtiment avec des salles d'activités communes.

A l'unité Les Tilleuls, des activités sont organisées principalement le week-end, mais peu en semaine ; un petit potager est aménagé dans le secteur fermé.

A la Polyclinique, les activités proposées au sein de l'UCAP par les infirmiers sont nombreuses et suivies. La méditation en pleine conscience et les activités nécessitant le toucher du corps ne sont accessibles que sur décision du médecin, les autres sont d'accès libre : arts plastiques, atelier cuisine, écoute musicale, relaxation, atelier chant, « quizz ».

A l'UJA, où un infirmier est formé en ergothérapie, les activités respectent un planning hebdomadaire matin et après-midi, du lundi au vendredi. Elles sont établies en lien avec l'éducation nationale.

Aux Sophoras, un programme hebdomadaire est établi ; vers 17h, un tableau est affiché qui récapitule les activités du lendemain. Des groupes d'infirmiers sont constitués par thème pour assurer l'animation et la continuité des activités : groupe culturel, groupe esthétique, groupe jardinage, groupe atelier cuisine.

Quant à l'unité Euzière, ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus (Cf. § 7.2.1) aucune activité n'est organisée alors que la durée de séjour y est considérablement allongée depuis la réorganisation.

Les activités en interne sont donc « infirmier dépendant ». Certaines unités mériteraient de bénéficier du soutien d'un psychologue et d'un professionnel des activités afin de valoriser les compétences des soignants.



Salle de sports de l'unité Henri Ey

7.6 LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES HORS DES UNITES SONT NOMBREUSES, ENCADREES ET PRISES EN COMPTE DANS L'EVALUATION DES PATIENTS

Les médecins psychiatres « prescrivent » aux patients, sous réserve de leur consentement, ou leur recommandent la pratique d'activités à caractère thérapeutique dont l'essentiel se déroule dans le

bâtiment « rééducation et psychothérapies » (Cf. *supra* § 6.2.2) et dans les ateliers thérapeutiques de la Maire et du Club (Cf. *supra* § 6.2.1).

Le personnel d'encadrement des activités organisées par le Club, la « rééducation et psychothérapies », les ateliers thérapeutiques participent à l'évaluation des patients au sein des *staffs* des unités.

7.6.1 Le budget

Les huit UPG, l'UCAP, l'USIP, le Club (avec une différenciation entre l'animation et l'atelier thérapeutique), le sport, le yoga, les salons de coiffure et d'esthétique, l'ergothérapie, bénéficient annuellement de deux lignes budgétaires pour financer l'une des activités et des sorties, et l'autre de l'alimentation.

En 2019, la psychiatrie adulte a ainsi bénéficié d'un crédit de 134 450 euros. L'examen de la ventilation par unités d'hospitalisation complète (les huit UPG, l'UCAP et l'USIP), correspondant à leurs demandes, donne les informations suivantes :

- pour les activités et les sorties, les UPG ont un crédit moyen de 631 euros (le minimum est de 100 euros pour Euzière et le maximum de 1 200 euros pour Le Guilhem), l'UCAP et l'USIP disposant respectivement de 700 et de 400 euros ;
- pour l'alimentation, les UPG ont un crédit moyen de 1 131 euros (le minimum est de 500 euros pour Euzière et le maximum de 2 250 euros pour Les Tilleuls), l'UCAP et l'USIP disposant respectivement de 750 et de 650 euros.

Comme cela est mentionné dans le § 7.5 *supra*, les activités internes aux unités sont dépendantes du dynamisme des soignants de chaque unité.

7.6.2 La « rééducation et psychothérapies »

Les locaux de ces activités ont été décrit dans le § 6.2.2. Deux infirmiers, spécialisés dans les activités sportives, un moniteur de yoga et un psychomotricien (0,3 ETP), encadrent quotidiennement une quarantaine de patients, sous l'autorité d'un médecin et d'un cadre de santé.

La fréquentation quotidienne varie de vingt à soixante patients, dont les deux tiers viennent des unités d'hospitalisation à temps complet – sans restriction au regard de leur statut légal d'admission –, les autres sont adressés par des CMP ou des hôpitaux de jour.

En moyenne chaque semaine une unité d'hospitalisation à temps complet envoie de trois à douze patients, chacun venant à un rythme d'une à trois séances hebdomadaires.

La cuisine accueille quotidiennement une moyenne de cinq patients.

En 2019, le sport a été pratiqué par 438 patients dont 314 (72 %) patients venant des UPG.

Les salles de sport, communes à deux unités, implantées dans les locaux des UPG, sont sous-employées, faute d'encadrement. Ces salles permettraient pourtant aux patients interdits de sortie de leur unité de pratiquer des activités sportives.

PROPOSITION 30

Faute d'encadrement, les salles de sport des unités de psychiatrie générale demeurent sous-utilisées.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « Ces points feront l'objet d'un plan d'action issu de la réflexion du groupe de travail organisation des soins. »

7.6.3 Les ateliers thérapeutiques

a) Le Club

Le Club est une unité intersectorielle définie comme CATT¹⁴ du pôle de psychiatrie. Il comprend un atelier thérapeutique et un espace socio-thérapeutique incluant la cafétéria.

Le Club est placé sous la responsabilité d'un médecin et compte un cadre de santé, une psychologue, trois infirmiers, une AS et un ASHQ. Selon le projet de soins, « *la cafétéria est un espace d'accueil, d'échange, d'écoute, de rencontre, de communication, d'expression de la parole du patient. C'est aussi un lieu de détente et d'animation ouvert aux patients, à leurs proches et au personnel de l'hôpital* ».

L'atelier thérapeutique du Club a une capacité d'accueil maximale de dix patients par semaine du lundi au vendredi répartis sur les postes suivants : service en salle et au jardin, service au bar/comptoir, confection de sandwiches, service livraison de commandes de produits aux services de soins de La Colombière, lavage vaisselle (plonge), service livraison des journaux aux unités abonnées, entretien des tables, placards, jardin (hors interventions des professionnels). Le patient effectue trois à cinq périodes (les périodes sont les suivantes : 9h à 12h, 11h à 14h, 13h15 à 16h15) par semaine et le stage dure huit semaines. Pendant le stage, le patient perçoit un pécule de base et éventuellement un pécule complémentaire. Lors de la visite des contrôleurs, le délai moyen d'attente pour qu'un patient soit pris comme stagiaire était de deux mois. La plupart des patients ne sont plus hospitalisés à la Colombière ; ils sont adressés par les CMP.

b) La Maire

L'atelier thérapeutique de l'hôpital de jour la Maire est situé à Cournonterral (Hérault) adresse des patients en stage à la cafétéria. Son équipe d'animation, pluridisciplinaire, est composée d'infirmiers, d'un psychiatre, de deux psychologues, d'un ergothérapeute et d'une assistante sociale.

Les patients sont présents du lundi au vendredi et ce jusqu'à ce que leur projet aboutisse. La capacité d'accueil quotidienne est de quinze patients répartis dans cinq ateliers : espaces verts, jardin, service entretien et cuisine, tapisserie sur meubles et peintures sur meubles.

En 2019, l'équipe de l'hôpital de jour La Maire a accueilli trente-neuf patients, dont quatre issus des UPG, pour un stage d'évaluation ou une prise en charge sur le long terme. La durée d'attente pour un stage d'évaluation est à l'heure actuelle d'environ deux mois.

Les patients stagiaires perçoivent un pécule de base¹⁵ et éventuellement un pécule complémentaire.

¹⁴ CATT : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

¹⁵ Le pécule de base s'élève à 5,80 euros par jour et le complémentaire varie de 1,20 à 3,80 euros quand il est donné.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, SITUEES LOIN DES LOCAUX INFIRMIERS DES UNITES, FONCTIONNENT SANS ACCES LIBRE AUX POINTS D'EAU

L'hôpital de la Colombière dispose de vingt-deux chambres d'isolement (CI) :

- une dans chacune des unités pour enfants et adolescents (UJA et UCAP) ;
- deux dans chacune des sept UPG et à l'unité Euzière ;
- quatre à l'USIP, toutes occupées lors du passage des contrôleurs.

Seule l'unité pour patients chroniques « Les Sophoras » en est dépourvue mais il arrive que ses patients soient isolés dans d'autres unités.

Compte tenu des dates de construction identiques des unités dans lesquelles elles sont placées, les chambres d'isolement présentent de nombreuses caractéristiques techniques similaires.

A l'USIP, dernier bâtiment construit avec un cahier des charges fonctionnel élaboré par les équipes médicales et soignantes, les chambres d'isolement sont placées en face du bureau infirmier. Partout ailleurs, elles sont situées dans la partie fermée des unités, loin des locaux de soins. Cette position rend problématique la surveillance des patients qui y sont placés d'autant que les dispositifs d'appel aux soignants ne s'allument que dans le couloir des chambres... quand ils ne sont pas défectueux (La Traversière, Le Vidourle, Mairé, Henri Ey, UJA). Le dispositif d'appel, fixé au mur de la CI, est d'ailleurs inaccessible aux patients contentonnés. La situation des chambres d'isolement conduit fréquemment à une insuffisance des soignants pour assurer leur surveillance régulière mais aussi pour poursuivre celle des patients de l'unité. Ce déficit et les problèmes qu'il crée sont largement évoqués dans l'enregistrement des événements indésirables des unités qui ont trait à la contention et l'isolement : en 2019, à Euzière, sur neuf EI relatifs à la contention et l'isolement, sept avaient trait à une insuffisance de personnel, à Le Guilhem vingt-sept sur vingt-neuf EI, aux Tilleuls, neuf sur douze, à La Traversière, trois sur neuf.

L'architecture et les installations mobilières sont sensiblement les mêmes partout :

- toutes les chambres, hormis celles de l'UJA, disposent d'une double entrée : les fenestrons des portes des CI permettent au patient enfermé de voir une horloge située dans les sas ; l'horloge ne comporte ni le jour du mois ni celui de la semaine ;
- les pièces sont toutes climatisées et ventilées mais aucun thermomètre extérieur à la chambre ne permet de connaître leur température intérieure ;
- les chambres, carrelées au sol, sont en général éclairées par deux étroits vantaux verticaux et trois horizontaux : dans certaines d'entre elles, les vantaux horizontaux peuvent s'ouvrir ; dans d'autres ce n'est pas le cas. Les rideaux roulants extérieurs sont actionnables depuis le sas tout comme la lumière de la pièce.



CI dans les unités Traversière et Mairet où une bouteille d'eau posée sur le lit attend le prochain patient

- les pièces sont équipées de toilettes en inox à l'anglaise, placées derrière un muret ménageant l'intimité des patients enfermés, sauf dans l'une des quatre chambres d'isolement de l'USIP où sont installés des WC à la turque et sans protection de muret. A l'UJA, dont la chambre d'isolement ne dispose pas de toilettes, c'est un seau qui en tient lieu. L'alimentation de la chasse d'eau des CI peut être coupée depuis le sas, comme pour la salle d'eau : c'est le cas dans la majorité des unités ;
- une salle d'eau (douche et lavabo surmonté d'un miroir) est accolée à la chambre d'isolement. Dans toutes les unités, la porte qui permet leur accès depuis la chambre est fermée et les patients ne peuvent s'y rendre qu'accompagnés des soignants. Les patients disposent d'une bouteille d'eau dans la chambre, seul objet à y être autorisé ;
- les chambres d'isolement « ouvrent » sur un petit jardin qui permet de sortir, notamment pour fumer.



Toilettes à l'UJA (seau) et à l'USIP avec WC à l'anglaise et à la turque sans muret

L'équipement mobilier des CI se limite à un lit scellé au sol. Aucun meuble n'est prévu pour la prise des repas : à Euzière, le matelas est repoussé de sorte que le plateau-repas repose sur le sommier où le malade mange assis. Pendant la semaine de visite du CGLPL, l'unité Henri Ey s'est dotée d'une table roulante et en a commandé une autre.

PROPOSITION 31

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'une commande d'appel, accessible pendant les phases de contention. Le patient isolé doit pouvoir d'allumer ou éteindre lui-même la lumière, avoir accès à l'eau et aux toilettes dans des conditions correctes d'intimité, à l'aération de la

pièce et pouvoir visualiser une horloge avec indication du jour pour se repérer dans le temps ; des sièges doivent être prévus pour le patient comme pour le soignant.

Dans sa réponse, le directeur général relève que « *Une évaluation technique de faisabilité et financière est nécessaire avant mise en œuvre de travaux amélioratifs.* »

8.2 LE SUJET DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'EST PLUS AUJOURD'HUI AU CENTRE DES PREOCCUPATIONS INSTITUTIONNELLES

8.2.1 La formation et les audits

L'isolement et la contention sont une préoccupation ancienne de la psychiatrie au CHU de Montpellier.

Sur la base d'un constat d'une augmentation de l'isolement en 2009 et d'une obligation faite par la Haute autorité en santé (HAS) d'un examen de la conformité des pratiques aux recommandations, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur l'isolement et la contention s'est mise en place au CHU sous la responsabilité de deux médecins psychiatres dont l'un est encore en fonction. Cette EPP a permis de déployer trois outils :

- un module de formation sur « *la prescription et mise en œuvre des mesures d'isolement et contention physique en psychiatrie adulte* », renommé aujourd'hui « *La gestion, la prévention des risques et alternatives à l'isolement thérapeutique et à la contention en psychiatrie* ». Les contrôleurs déplorent que le nouvel intitulé de la formation qualifie une mesure d'isolement de « *thérapeutique* ». Ouvert quatre fois par an pour quinze participants, le module de deux jours est obligatoire pour les jeunes infirmiers recrutés par la psychiatrie mais s'adresse également aux médecins et aux autres soignants intervenant dans la spécialité (psychomotriciens, psychologue, etc..). Selon les informations recueillies, 60 % du personnel soignant actuellement en activité en psychiatrie en aurait bénéficié et quarante-six personnes l'auraient suivie en 2019 ;
- un audit qualité périodique, mené par la direction de la qualité et de la gestion des risques avec les médecins et soignants du pôle de psychiatrie, portant sur les pratiques d'isolement et de contention dans l'ensemble des unités. Trois vagues d'audit ont eu lieu (2010, 2012, 2018). La dernière portait sur quarante-trois patients, dont trois mineurs et trois patients détenus, ayant connu un épisode d'isolement en cours ou terminé depuis moins de 5 jours dans l'une des vingt-deux CI des onze secteurs concernés. Les items ont été recueillis dans chaque unité en présence des professionnels de l'unité : les résultats en seront analysés plus loin (Cf. § 8.3.1) ;
- une procédure de mise en chambre d'isolement (2012, réévaluée en 2014) et un « *protocole de mise en œuvre de la contention physique auprès d'un patient en isolement thérapeutique en psychiatrie adulte (2014)* ».

L'utilisation pratique de ces derniers outils s'avère décevante principalement pour deux raisons.

En premier lieu, le dernier audit sur la contention et l'isolement n'a pas été diffusé par la direction de la qualité aux différentes unités du pôle de psychiatrie qui en ont été l'objet pour des raisons que la mission n'a pu clairement identifier. La direction de la qualité et le pôle de psychiatrie se font mutuellement le reproche d'une inertie conduisant finalement à une absence de partage institutionnel des résultats du document et de discussion sur les moyens d'améliorer les pratiques.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, la direction a apporté les précisions suivantes : « *L'audit clinique réalisé en 2018-2019 ne portait que sur l'isolement, pas sur la contention* »

(mais aucune pratique de contention n'a été relevée au cours de cet audit). Il a été mené par un groupe d'auditeurs composé de 5 Cadres de santé de Psychiatrie et d'un Ingénieur qualité. À l'issue de l'audit, le groupe d'auditeurs en a adressé les résultats au trinôme du Pôle en proposant d'en accompagner la restitution aux secteurs concernés en fonction de ce que le Pôle déciderait d'organiser. Cette restitution n'a pas encore été organisée par le Pôle. »

En second lieu, la connaissance des protocoles, intégrés dans les documents de la bibliothèque électronique dite « Qualidoc », se révèle faible selon le dernier audit : 45 % des médecins savent où trouver la procédure contre 73 % des cadres de santé et 82 % des infirmiers. L'intégration des informations relatives à la contention et l'isolement dans le dossier patient informatisé (logiciel DXcare) a conduit, semble-t-il, à modifier les recommandations antérieures (voire à les dégrader) compte tenu de la difficulté (ou de l'impossibilité) de paramétrer certains items dans le logiciel. Ainsi en est-il de la décision médicale d'isolement, antérieurement faite pour 12 heures et aujourd'hui pour 24 heures, de la surveillance visuelle infirmière, auparavant toutes les demi-heures et aujourd'hui toutes les heures, ou encore de la surveillance soignante des patients attachés, antérieurement prescrite tous les quarts d'heure mais aujourd'hui tracée toutes les demi-heures. Une certaine confusion existe donc sur les conduites à tenir, certaines équipes se référant aux pratiques anciennes, plus exigeantes, d'autres non.

Tout se passe comme si les outils en place, hormis la formation, ne rencontraient aucun intérêt institutionnel, ou comme si isolement et contention ne devaient plus être réinterrogés (Cf. *infra*).

8.2.2 Le registre

Le registre a été mis en place en 2016 sur la base de documents papier, remplis dans les unités pour chaque épisode d'isolement et de contention. Les documents sont ensuite colligés par deux cadres de santé qui enregistrent les informations sur un tableur Excel, vérifiant en outre les informations fournies en les confrontant aux dossiers informatisés des patients pris en charge dans les unités chaque mois donné. Une synthèse par unité et par pôle est faite tous les 6 mois et transmis au chef de pôle.

Cette collecte manuelle pose de multiples problèmes : absence d'exhaustivité ou de fiabilité des « reportings » en raison des pratiques d'enregistrements et des logiques d'interprétation différentes selon les unités ; possibilité d'erreurs de report des données « papier » au fichier Excel. Selon l'audit réalisé en 2018 dans l'ensemble des unités, le registre ne serait complet que dans 70 % des cas. Le caractère erratique des enregistrements pourrait d'ailleurs expliquer des écarts de chiffres entre les unités ou entre 2018 et 2019 (cf. *infra*).

Quoiqu'il en soit, aussi imparfait soit-il, ce registre dont les éléments sont diffusés tous les 6 mois au chef de pôle de la psychiatrie n'a fait l'objet d'aucune utilisation institutionnelle, ne serait-ce que pour l'améliorer, depuis sa mise en place « pour ordre ». Les responsables d'unités ne disposaient au moment de la visite des contrôleurs d'aucun élément sur leurs pratiques.

L'enregistrement manuel des épisodes d'isolement et de contention a été abandonné en janvier 2020 : l'informatisation des informations sur l'isolement et la contention, par extraction directe des dossiers patients, était en test dans deux unités de la psychiatrie dont l'USIP.

RECO PRISE EN COMPTE 11

Le CHU de Montpellier doit actualiser ses protocoles sur l'isolement et la contention afin d'en clarifier les recommandations, mettre en place le registre et engager sur ces thèmes, documentés de façon fiable, une réflexion institutionnelle. Les paramétrages sur le dossier informatisé du patient doivent être mis en cohérence avec les spécifications des protocoles institutionnels publiés.

Dans sa réponse, le directeur général fait savoir, à propos de cette recommandation et de la suivante que « Le protocole "Procédure de mise en chambre d'isolement d'un patient hospitalisé dans une unité de psychiatrie générale" a été actualisé en 2020 et est en cours de validation. Le protocole contention sera actualisé en 2021. »

8.3 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, IMPRECISEMENT TRACEES, SEMBLENT MODEREES MAIS MAL EVALUEES DANS LEUR DEROULEMENT

Les pratiques d'isolement et de contention de l'institution, telles qu'observées par les contrôleurs mais également l'audit récent mené dans les unités, apparaissent paradoxales. L'isolement et la contention paraissent, au total, modérés même si cette remarque doit être tempérée par l'incertitude qui pèse sur l'enregistrement des données. Cependant, certaines pratiques de l'institution, dont la réalité ne fait aucun doute, sont contestables et doivent être réinterrogées.

8.3.1 Quantités et pratiques

Les chiffres du registre, pris avec les précautions nécessaires, font apparaître que 21 % des patients placés en psychiatrie au CHU ont eu une mesure d'isolement en 2019 (16 % en 2018) avec une durée moyenne de 6 jours en 2019 comme en 2018. Ces mesures qui ne sont pratiquées qu'en CI concernent exclusivement les patients sous contrainte (SDT et SDRE) : aucun patient en soins libres n'est isolé, les changements de statut étant opérés dans tous les cas où un isolement est estimé nécessaire.

La contention, effectuée exclusivement en chambre d'isolement, est peu pratiquée, selon les observations des contrôleurs. Selon le registre, 1,21 % des patients en chambre d'isolement auraient été attachés avec une moyenne de 8 h¹⁶ (0,84 % en 2018, moyenne de 15 mn) : certaines unités (Le Guilhem, Henry Ey) n'en n'auraient pratiqué aucune en 2019. Les contentions seraient cependant en hausse à l'USIP (5 % des patients attachés contre 3 % en 2018 avec des durées de 2 h) et à Euzière (1,26 % des patients, avec une durée moyenne d'une heure, contre 0,12 % en 2018).

Au-delà des chiffres globaux, les détails des chiffres par unité montrent la nécessité d'une réflexion :

- 50 % des entrées en service de psychiatrie à Montpellier sont placées à l'arrivée en CI. C'est le cas à Euzière où le passage par l'isolement est le mode d'entrée des patients agités pratiqué par les soignants avant même que le médecin n'arrive très rapidement ;
- les chiffres d'isolement de certaines unités dont Le Guilhem (taux d'isolement de 46 % en 2019 et de 37 % en 2018) ne reflètent pas forcément la pratique de l'unité mais simplement les transferts de patients d'Euzière, dont les CI occupées conduisent à des transferts là où des places sont disponibles. La pratique de l'unité Le Guilhem n'étant pas favorable à l'isolement, les CI sont fréquemment libres. L'audit de 2018 témoigne du « débordement »

¹⁶ Ce chiffre semble incohérent au regard des temps détaillés par unité.

d'Euzière, montrant que près de 20 % des épisodes d'isolement tiendraient aux mutations d'Euzière. Ce phénomène entraîne de nombreux dysfonctionnements, signalés du reste par les unités comme autant d'événements indésirables : insuffisance de personnel, patients surnuméraires qui ne disposent pas de chambres d'hébergement ni à l'entrée en isolement ni à la sortie ; maintien en CI jouant le rôle d'une chambre d'hébergement, faute de place. Les chiffres de l'isolement témoignent ici des sur occupations des unités d'hospitalisations, du dysfonctionnement d'Euzière qui ne joue plus son rôle d'évaluation et d'orientation et mettent en cause la cohérence des parcours des patients ;

- toutes réserves entendues, les unités affichent des chiffres proches de l'isolement de la moyenne, à l'exception de l'unité Mairet (9 % en 2019, 20 % en 2018) et de l'USIP (68 % en 2019, 50 % en 2018) dans laquelle les personnes détenues ne sont pas systématiquement mises en isolement (76 %) à leur arrivée.

8.3.2 Les prises en charge en isolement

La mise en isolement se traduit par des pratiques médicales et soignantes qui pourraient être améliorées :

L'examen somatique à l'entrée en isolement est pratiqué en général par des internes ou par les médecins psychiatres.

Si la traçabilité de la décision initiale (24 h en très grande majorité) est totale, l'audit de 2018 relevait des points négatifs et positifs :

- Points positifs :
 - § respect des conditions de mise en chambre d'isolement (MCI) : 92 % ;
 - § sécurisation MCI : 97 % ;
 - § respect consignes de surveillance : 86 % ;
 - § traçabilité surveillance et entretiens infirmiers : 86 % ;
 - § réévaluation médicale seniorisée : 100 % ;
 - § intégration au dossier patient : 100 % ;
 - § recours à la contention physique peu fréquent (6 %), durée brève (quelques heures) ;
- Points à améliorer :
 - § durée MCI prescrite > 24h : 13 % ;
 - § définition objectifs MCI : 28 % ;
 - § signalement de facteurs de risque (FDR) faible : 12 % (surveillance non spécifiée) ;
 - § prescription consignes pour MCI : non spécifié liste pré cochée ;
 - § traçabilité décision d'arrêt MCI : 0 % (pas de rubrique) ;
 - § surveillance médicale une seule fois par jour : 59 % ;
 - § surveillance température CI non tracée : 78 % ;
 - § contention : pas de protocole, manque de formation, matériel parfois inadapté au lit ;
 - § entretien avec le patient à la fin de son isolement.

Les contrôleurs ont constaté que certains éléments de la surveillance notamment visuelle (rondes toutes les 30 mn rendues nécessaires par l'éloignement des CI) ne sont pas tracés, le paramétrage du logiciel « imposant » une heure. Les plans de soins étant effacés dans le logiciel au bout de 5 jours, il n'a pas été possible de les vérifier. A Euzière, sur les dossiers consultés par la mission, aucune prescription ne concerne la durée de l'isolement, la fréquence de la surveillance, les paramètres à surveiller.

Les « régimes » de mises à l'isolement sont très proches d'une unité à l'autre :

- recours à l'équipe mobile de soutien en tant que de besoin (deux à trois soignants obligatoirement présents dans les CI) pour l'entrée, la sortie ou les repas en tant que de besoin ;
- mise en pyjama automatique mais pas toujours prescrite. Tous les objets (bijoux, etc.) sont interdits ;
- en cas de risque suicidaire, les draps sont supprimés et le patient dort sur le matelas en plastique (Henri Ey) ;
- repas pris sur le lit avec couverts en plastique (Cf. *supra*). A Mairet, ils sont pris en salle à manger en présence des soignants. A l'UCAP, ils sont dispensés par l'équipe mobile de soutien, faute de personnel disponible dans l'unité ;
- aucune visite possible ;
- les patients sortent pour fumer dans le patio et des substituts nicotiniques (patches) sont proposés en l'absence de cigarettes ;
- la majorité des isolements sont séquentiels mais on ignore pendant combien de temps, ils le sont : sortie pour fumer, pour le repas, dans la journée. Ce systématisme ne manque pas d'interroger si l'allègement « permettait » de justifier un isolement qui n'aurait plus de fondement.

PROPOSITION 32

Les pratiques d'isolement et de contention doivent être réévaluées à l'occasion de la mise en place d'un registre fiable, notamment sur les aspects suivants : importance de l'isolement à l'arrivée, logique séquentielle, identification des facteurs de risque, surveillance soignante, mise en pyjama systématique, pratique de la contention même si elle est faible.

Dans sa réponse, le directeur général précise : « *Un rapport issu des données du registre, renseigné manuellement par les cadres de santé est réalisé annuellement. Il est présenté en CDU, adressé aux praticiens et aux cadres de santé. La mise en place du registre informatisé et automatisé est en cours de réflexion nécessitant un paramétrage spécifique de l'outil. Le groupe de travail et de formation " Isolement et contention " est impliqué dans la réflexion.* »
Les contrôleurs prennent acte de ces mesures.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LE NOMBRE DE PATIENTS AU LONG COURS RESTE STABLE MALGRE UNE ATTENTION PORTEE A LEUR SITUATION

Une cinquantaine de patients au long cours sont en permanence hospitalisés dans le pôle de psychiatrie. Ils présentent des situations complexes avec des problématiques sociale et médicale. Ils sont hospitalisés dans des unités d'admission, ou au sein de l'unité de réhabilitation « Les Sophoras ».

Depuis 2010, un recensement des patients au long cours est effectué tous les 6 mois au sein du pôle de psychiatrie par la cadre supérieure du service social de l'hôpital. En 2015, ce recueil de données avait pour objectifs d'éviter que le CHU ne soit un lieu de vie, de trouver des alternatives, de développer le partenariat avec les établissements médico-sociaux, etc. En 2018, l'objectif annoncé, outre quantifier le nombre de patients concernés, était de lister les filières d'aval. Le document de synthèse indique également qu'« *un groupe de travail a été mis en place avec pour objectif de mettre en perspective les projets des patients comptabilisés en séjours longs* ». Par ailleurs, dans certains cas, des préconisations peuvent être formulées et des alertes ponctuelles transmises à la chefferie de pôle.

Malgré l'attention portée à la situation des patients au long cours au travers de ce dispositif, leur nombre demeure stable d'une année sur l'autre. Le 31 janvier 2020, ils étaient cinquante-deux, parmi lesquels vingt n'avaient pas de projet de sortie. La synthèse de 2018 porte sur quarante-six patients, pour lesquels il est indiqué qu'environ un tiers n'était pas stabilisé et ne pouvait donc aller dans un autre type d'établissement, montrant que cette proportion est également constante. Elle identifiait les freins suivants à la sortie des patients pour lesquels il y avait un projet : « *Le manque de place en établissements ; Une défiance de la part de certains partenaires concernant la qualité du suivi des patients accueillis ; La difficulté de ré hospitalisation en cas de crise ou pour la prévenir ; Des projets pas toujours actualisés* ».

BONNE PRATIQUE 7

Le recueil régulier de données concernant les patients au long cours, nombre et perspectives de sortie, est une bonne pratique, bien que le nombre de ces patients peine à diminuer.

9.1.1 Les patients chroniques dans les unités d'hospitalisation

Des patients au long cours sont présents dans la plupart des unités d'hospitalisation, généralement dans la partie fermée en raison de leurs troubles et/ou de leur manque d'autonomie. Certains d'entre eux font l'objet d'une prise en charge spécifique, à l'exemple de patients présentant des troubles autistiques. L'un recourt aux services d'un éducateur deux heures par semaine, un autre a des aménagements particuliers : hospitalisé côté fermé de l'unité Le Vidourle tout en étant en soins libres, il dort sur un matelas posé à terre en raison de problèmes survenus précédemment avec le sommier du lit. Les démarches pour trouver des structures d'accueil spécialisées et mieux adaptées n'aboutissent pas pour le moment, que ce soit en Belgique ou en Lozère.

Pour certains patients, l'instauration d'un tour de garde est préconisée, afin de soulager l'équipe la plus concernée.

La déssectorisation est l'objet de craintes spécifiques s'agissant de la prise en charge de ces patients. Il a été indiqué aux contrôleurs que ces patients étaient moins bien connus car ils ne sont plus pris

en charge uniquement par leur secteur d'origine, ce qui a tendance à multiplier les intervenants, morceler la prise en charge et faciliter la déperdition d'information. S'agissant de la préparation à la sortie, le travail social s'effectue sur tout le territoire couvert par le CHU, que ne peuvent maîtriser entièrement les ASS. Les structures d'aval les connaissent moins bien, de même que les équipes, ce qui nuit au lien de confiance nécessaire pour mener à terme certains projets de vie pour des patients dont les pathologies psychiatriques restent stigmatisantes.

9.1.2 L'unité de réhabilitation « Les Sophoras »

Cette unité intersectorielle accueille uniquement des patients psychotiques chroniques adultes. Le projet médical les définit comme « *souffrant de psychoses non dissociatives et dissociatives type schizophrénie résistante au traitement médicamenteux sans modification notable de la symptomatologie depuis plusieurs mois* ». Il est précisé plus loin et en gras que « *l'unité n'a pas vocation à recevoir des patients cérébrolésés ou souffrant d'affections neurologiques à l'origine de troubles du comportement* » ni de patients présentant des comportements violents ou perturbateurs. Plus loin, toujours en gras, est indiqué : « *l'unité de réhabilitation psychiatrique ne peut être un lieu asilaire sans avenir pour les patients ou servir de projet définitif* ». Les patients sont accueillis sur présentation par les UPG d'un dossier de candidature qui présente trois volets : médical/soignant/social. Les soignants ont leur mot à dire mais *in fine*, la décision est médicale et d'après les propos recueillis, d'après négociations ont parfois lieu entre médecins. Les demandes sont examinées lors d'une réunion mensuelle animée par le médecin référent de l'unité, en présence de la cadre, d'un infirmier, de l'ASS de l'unité ainsi que des infirmiers qui composent l'équipe mobile de réhabilitation. Toutefois, depuis la désectorisation, il apparaît que les lits de l'unité sont parfois convoités pour des patients qui ne relèvent pas de son projet de réhabilitation, en raison de la pression qui s'exerce sur les places d'hospitalisation. Il arrive alors que des patients soient transférés directement depuis l'unité Euzière alors qu'ils ne sont pas stabilisés.

PROPOSITION 33

L'unité de réhabilitation Les Sophoras ne doit être utilisée que pour la prise en charge des patients auxquels elle se destine. La pression des lits ne doit pas affecter la cohérence de sa patientèle et donc de son fonctionnement.

Dans sa réponse, le directeur général précise que « Les patients admis à la clinique des Sophoras ont toujours correspondu au critère principal de prise en charge des Sophoras, c'est-à-dire présentant un trouble psychotique chronique. Ponctuellement, certains ont pu être admis dans un état moins stable que les patients admis habituellement, mais la très grande majorité est ensuite resté sur cette unité et ont pu bénéficier de la prise en charge spécifique proposée. Cette unité appartient au département de Psychiatrie Adultes et, malgré sa mission spécifique, il est privilégié l'hospitalisation du patient sur site plutôt que son transfert au CH de Béziers ou au CHU de Nîmes, voire dans les établissements d'autres départements de la région. »

L'objectif du projet médical des Sophoras est de « *permettre aux patients reçus de gagner une stabilité et une qualité de vie supérieures à celles que leur traitement médicamenteux autorise, grâce à des soins spécifiques orientés résolument vers un projet de retour dans la communauté en milieu protégé. Les patients bénéficient aussi pendant leur hospitalisation d'une surveillance somatique générale.* » Chaque patient de l'unité a son projet de sortie, travaillé par le médecin, l'équipe

soignante et l'équipe mobile de réhabilitation (voir *infra*). Elle dispose de vingt et un lits dont deux permettant de réhospitaliser temporairement des patients placés dans des établissements extérieurs au CHU.

Les Sophoras est la seule unité dont les portes sont ouvertes. Au moment de la visite, deux patients étaient en soins sans consentement (dont une patiente pour la protéger de son ex-conjoint violent) mais leur statut était en cours de modification. L'adhésion au projet de sortie étant un paramètre essentiel présidant à l'admission, les soins sans consentement sont rares et temporaires.

Son architecture la rend plus accueillante que les autres unités (Cf. § 6.1.2.c sur les locaux) et elle donne sur un grand jardin. Des restrictions existent toutefois, notamment en termes d'accès aux chambres. Une des deux salles de télévision n'est ouverte que le dimanche. Des activités régulières y sont proposées par des infirmiers référents, le planning est affiché dans l'entrée de l'unité. Elles ont lieu en fin de journée et sont de nature diverse : atelier écriture et revue de presse, esthétique, jeux de société et sport, réunion soignants-soignés, cuisine et karaoké, journal, sport, film. Des activités ponctuelles, comme la participation à un festival, la visite d'un musée, une sortie au cinéma, sont également organisées et financées sur un budget propre de l'unité.

9.1.3 Le travail de l'équipe mobile de réhabilitation

Cette équipe de quatre infirmiers est rattachée à l'unité de réhabilitation « Les Sophoras ». Elle a pour mission de favoriser l'insertion des patients dans leur futur lieu de vie à l'extérieur de l'hôpital. Elle est chargée d'identifier les établissements adéquats pour les patients, et se déplace pour y présenter les dossiers. Des visites et séjours d'essai sont organisés. Les désirs des patients sont également pris en compte, un autre projet est monté si un établissement identifié ne leur convient pas.

La présence des deux chambres permettant de réhospitaliser des patients pour des durées limitées au sein de l'unité « Les Sophoras » tend à rassurer les établissements médico-sociaux, tout comme la rencontre préalable avec l'équipe mobile de réhabilitation. Cette dernière peut également se rendre régulièrement dans l'établissement de destination pour suivre la personne et aider l'équipe à mettre en place une prise en charge adaptée. Il est apparu qu'un accompagnement resserré les tous premiers mois permettait de faire « tenir » les placements de manière pérenne et efficace.

L'équipe mobile suit principalement les patients des Sophoras mais elle se rend également dans les autres unités d'hospitalisation et travaille en lien avec les équipes et notamment les ASS.

Comme partout ailleurs, les structures d'aval manquent de place dans la région et certains patients rejoignent de longues listes d'attente, de quatre à cinq années pour les MAS et les FAM.

Il a été indiqué que seuls trois projets avaient échoué dans les trois dernières années.

BONNE PRATIQUE 8

L'existence de l'équipe mobile de réhabilitation, sa mission de recherche de solutions de sortie et de lien concret et présentiel avec les structures d'aval, facilite et pérennise les placements ultérieurs de patients aux pathologies complexes dans ces structures.

9.2 LES PATIENTS DETENUS FONT L'OBJET D'UNE PRISE EN CHARGE SPECIFIQUE AU SEIN DE L'UNITE DE SOINS INTENSIFS

Les patients détenus sont accueillis à l'hôpital exclusivement au sein de l'unité sanitaire de soins intensifs psychiatriques USIP. Cette unité a été créée en 2003, en lien avec l'ouverture de la prison de Villeneuve-Lès-Maguelone (VLM), pour accueillir les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques. La cohérence de la prise en charge psychiatrique entre l'USIP et la prison est assurée par le placement dans la même filière médico-légale de l'hôpital, de l'USIP, de l'unité de soins en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de VLM ainsi que de la consultation pour auteurs d'infractions sexuelles à Lapeyronie. Le médecin, chef de service, intervient à l'USMP de VLM mais à la différence de l'USIP, la prise en charge du patient s'y déroule sur le moyen et le long terme.

L'USIP a connu un maximum de huit patient détenus hospitalisés en même temps, ils étaient cinq lors du passage des contrôleurs.

Un document rédigé en 2015 établit les principales règles, les modalités d'accueil et de prise en charge des patients détenus. Il précise que cette unité est consacrée à la gestion de la crise et nécessairement pour une période courte, d'un maximum de 3 semaines.

9.2.1 L'admission

Le psychiatre de la maison d'arrêt qui évalue les troubles de la personne détenue nécessitant des soins immédiats dans cette unité spécialisée, informe le psychiatre de l'USIP de l'état du patient et s'assure de son accueil par l'équipe soignante. Le représentant de l'Etat, au vu du certificat médical circonstancié, prononce par arrêté l'admission du détenu au sein de l'USIP en application de l'article L 3214-3 du code de la santé publique et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale. Les agents de l'EMS vont chercher le patient détenu à la prison après réception de l'arrêté préfectoral. Le patient est attaché sur un brancard et transporté en ambulance. Lorsque la disponibilité des soignants le permet, un infirmier de l'USIP se joint à ceux de l'EMS afin de préparer le patient détenu à son admission. L'arrivée s'effectue par le sas spécialement aménagé pour assurer la sécurisation de la prise en charge hospitalière.



*Sas d'arrivée vue depuis
l'intérieur de l'USIP*



*Sas d'arrivée vue depuis
l'extérieur de l'USIP*

L'équipage infirmier qui a effectué le transfert reste présent pour assurer la sécurité de l'accueil du patient qui est pris en charge par l'équipe soignante. Le patient est invité à se mettre en pyjama et devient à partir de ce moment un patient comme les autres.

La procédure d'admission en soins sans consentement est alors suivie comme pour n'importe quel autre patient.

Des informations sur la situation pénale de la personne sont données par la maison d'arrêt qui fournit la fiche pénale mentionnant les motifs de l'écrou et la condamnation prononcée lorsqu'il ne s'agit pas d'un prévenu.

RECOMMANDATION 7

Les motifs de l'écrou des patients-détenus et, le cas échéant, la condamnation prononcée ne doivent pas être communiqués à l'établissement hospitalier.

Dans sa réponse, le directeur général indique : « La fiche pénale est nécessaire à l'ajustement de la prise en charge du patient écroué hospitalisé puisqu'elle précise l'ensemble des interactions légalement autorisées (parloir, appels téléphoniques). Nous n'avons pas besoin du motif d'incarcération (chef d'inculpation pour les personnes prévenues ou sentence des personnes condamnées) pour accueillir un patient. Cette information est partagée naturellement avec l'équipe de soins par le patient au cours de son hospitalisation, sans que cela interfère sur ses soins. »

Les contrôleurs maintiennent que la fiche pénale, qui n'indique que les motifs de l'écrou et la peine encourue ou prononcée, ne doit pas être communiquée aux tiers qui n'ont pas à en connaître, dont les établissements de soins. Au contraire, ainsi que le souligne le directeur général, il est nécessaire que ces établissements connaissent les conditions dans lesquelles les patients détenus peuvent exercer les droits qui sont les leurs (visites, appels téléphoniques) lorsqu'ils sont hospitalisés.

9.2.2 Le séjour

La durée moyenne de séjour au sein de l'USIP des patients détenus est de 15 jours. Les patients qui arrivent sont le plus souvent placés en chambre d'isolement, le temps nécessaire à l'apaisement de la phase aiguë de la crise. Lors du contrôle, trois des cinq patients détenus étaient placés en chambre d'isolement. Pour autant, ce placement n'est pas prescrit à raison du statut de détenu mais de l'état clinique du patient.

Les droits de la personne détenue au sein de la maison d'arrêt sont applicables à l'USIP notamment en ce qui concerne les relations téléphoniques et les visites mais le psychiatre peut les limiter pour des raisons médicales. Le cadre de santé s'assure auprès de la maison d'arrêt de la transmission des permis de visite et de la liste des personnes autorisées à avoir des contacts téléphoniques avec le patient détenu. Le courrier émis ou reçu doit transiter par la maison d'arrêt.

L'ASS de l'USIP fait le lien avec le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et a souvent des difficultés pour savoir qui est le conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation (CPIP) en charge du patient détenu, la maison d'arrêt ne fournissant pas ces informations dans les renseignements qu'elle produit à l'USIP.

RECOMMANDATION 8

La maison d'arrêt doit fournir, avec les différents documents relatifs aux droits du patient détenu, le nom et les coordonnées du CPIP en charge du suivi de ce dernier, lorsqu'il est désigné, afin de permettre à l'assistant des services sociaux de l'USIP de le contacter.

La durée de service de l'ASS à l'USIP, 0,4 ETP, se révèle ainsi très insuffisante compte tenu des prises en charges particulièrement difficiles de ce service.

RECOMMANDATION 9

Le service de l'ASS de l'USIP doit être augmenté compte tenu des prises en charges lourdes et complexes des patients de cette unité.

Dans sa réponse, le directeur général constate : « Une Assistante sociale est affectée à 0.40 ETP sur l'USIP ; il serait en effet nécessaire d'augmenter son temps. Cela est aussi vrai pour d'autres unités du pôle de psychiatrie, l'augmentation de la quotité de temps en ASS nécessaire en plus au total sur le pôle de Psychiatrie est évalué à 1 ETP. Cela justifie des dotations complémentaires dont le CHU ne dispose pas. Actuellement, aucun poste n'est vacant sur le pôle de psychiatrie. »

Dans le cas où le patient doit être transféré vers les urgences du CHU où les services de MCO sur prescription médicale, le cadre de santé en informe le directeur de la maison d'arrêt qui en informe l'ARS pour organiser le transport sanitaire et obtenir une escorte de police à l'ambulance. Les soignants accompagnent le patient pendant le transport et durant la consultation ou l'hospitalisation.

Lorsque les soins intensifs ne sont plus nécessaires, le psychiatre de l'USIP décide la levée de l'hospitalisation ; il en informe par téléphone le psychiatre de l'USMP et lui transmet un compte rendu d'hospitalisation. Il demande au service des admissions la levée de la mesure. Ce service prévient l'administration pénitentiaire afin qu'elle programme le retour du patient. Après réception

de l'arrêté préfectoral levant la mesure de soins, l'escorte pénitentiaire se charge de venir rechercher le patient détenu.

10. CONCLUSION

Bien que l'une des composantes d'un important centre hospitalier universitaire, le pôle psychiatrique du CHU de Montpellier y jouit d'une reconnaissance favorable à sa dynamique. Le CHU montre, en effet, sa volonté de valoriser la psychiatrie en injectant des compétences, de la recherche, en organisant des filières de spécialisation qui redonnent un intérêt à l'exercice de la profession.

Les ressources financières qui reviennent au pôle de psychiatrie lui sont affectées de façon transparente et, si elles stagnent depuis 2014, elles couvrent toujours ses besoins.

Témoigne encore de cette reconnaissance la volonté de la direction générale de voir figurer la psychiatrie dans la commission des usagers qui comprend un médecin médiateur associé psychiatre ainsi qu'une représentante de l'UNAFAM. L'établissement a soutenu également une réflexion sur l'offre de soins psychiatriques qui a conduit à une profonde réorganisation globale du fonctionnement intra et extra hospitalier, mise en œuvre depuis 2019 et qui vise, notamment, à renforcer la prise en charge ambulatoire.

La politique de l'établissement, relayée par le pôle, se montre soucieuse de s'adapter aux besoins des patients, tant sur le plan matériel que sur celui du soin.

Les locaux d'hébergement sont respectueux du confort individuel offrant des chambres agréables, vastes, confortables et correctement entretenues. Les patients peuvent s'enfermer pour se préserver des intrusions. En revanche, les locaux collectifs des unités de psychiatrie générale (UPG), sont mal adaptés à leur usage et aux séjours longs ; ils ne comportent qu'une salle pour toutes les activités de la journée, repas, lecture, télévision, jeux de sociétés ou ping-pong et baby-foot bruyants.

L'information des patients en soins sans consentement sur la procédure dont ils font l'objet et sur leurs droits spécifiques est complète mais elle est fournie dans certaines unités anormalement tardivement. La régularité du déroulement de cette procédure est attentivement suivie.

Le statut des patients détenus n'a aucune incidence sur leur prise en charge ; ils sont considérés à l'égal des autres patients de l'USIP, notamment ne sont pas systématiquement placés en isolement lors de leur arrivée. Une vraie réflexion est conduite sur la filière médico-légale avec toutes ses composantes.

Les soins psychiatriques sont assurés par une bonne présence médicale et des entretiens infirmiers sont pratiqués dans presque toutes les unités. Pour ses autres aspects, la prise en charge est inégale : à l'USIP, les activités sont systématiques et les patients sont adressés à l'ergothérapie. Il n'en est pas de même pour les UPG : certaines n'organisent rien ou pas grand-chose, aucun programme structurant tant pour les patients que pour les soignants n'est prévu pour la semaine ; à Euzière, la prise en charge est minimale, ses patients n'y connaissent ni entretien infirmier ni activité.

Le droit aux soins est beaucoup moins respecté s'agissant des pathologies somatiques. Les 40 % des patients qui sont admis sans passer par le service des urgences ne bénéficient pas systématiquement d'un examen somatique lors de l'entrée et aucun temps médical n'est prévu pour des visites systématiques de généraliste après l'admission. Tout aussi gravement, il a été constaté que les services MCO du CHU manifestent une grande réticence à prendre en charge les pathologies somatiques des patients de psychiatrie, induisant pour ces derniers une perte de chance constatée.

Le parcours du patient pendant son hospitalisation se révèle souvent chaotique. Les unités d'admission étant, depuis la réorganisation du pôle de 2019, intersectorielles, les patients sont répartis à leur arrivée en fonction des places disponibles entre ces unités pour optimiser l'utilisation des lits, après passage à l'unité Euzière – dont le fonctionnement et les modalités de prise en charge sont apparus problématiques – pour les patients en soins sans consentement ; ces derniers connaissent donc un premier transfert au cours de leur séjour. Le manque de disponibilité de lits rend l'accueil difficile à préparer. Le patient change nécessairement d'interlocuteur médical entre l'extra et l'intra hospitalier et les patients réentrants ne sont pas toujours hébergés dans l'unité de leur précédente hospitalisation malgré les efforts qui peuvent être faits. Cette réorganisation, qui a entraîné la démission massive des médecins dans certaines unités, a également sensiblement compliqué la préparation de la sortie car la déssectorisation génère des difficultés pour l'organisation de celle-ci – le lien avec l'extra hospitalier étant plus compliqué à établir – conduisant à un allongement des durées moyennes de séjour contrairement à l'objectif initial.

Par ailleurs, les modalités de fonctionnement des unités comportent des restrictions qui, générales, ne sont pas justifiées par l'état clinique du patient.

Il en est ainsi de la liberté d'aller et venir des patients hébergés dans les secteurs fermés des unités et dont certains sont pourtant en soins libres. L'importante capacité d'accueil de ces secteurs conduit, en raison de la tension sur les lits, à y placer des patients dont l'état clinique ne justifie en rien leur enfermement. Cette atteinte à leur liberté mérite une réflexion institutionnelle que la déssectorisation récente aurait dû impliquer.

Les contraintes imposées aux patients dans la vie quotidienne sont nombreuses : limitation de l'accès aux chambres, au téléphone, au tabac, aux relations sexuelles, obligation de port du pyjama. Leur justification thérapeutique est difficilement crédible dès lors que ces contraintes sont imposées à tous les patients d'une unité – toujours plus rigoureusement dans les secteurs fermés – sans considération de l'état clinique de chacun et même de façon variable d'une unité à l'autre. Outre que ces contraintes méconnaissent des droits fondamentaux des patients – liberté d'aller et venir, de communiquer, etc. – elles ne sont plus réfléchies par des équipes qui doivent les faire respecter et les subissent dans leur pratique. Le rôle du soignant se dilue dans ces tâches. Les effets délétères en termes, au mieux, d'infantilisation et au pire et le plus souvent, d'énervements et de tension sont subis autant par les patients que par les soignants. Alors qu'ils sont perçus par ces professionnels, ils ne donnent lieu à aucune attention institutionnelle.

Enfin, si les pratiques d'isolement et de contention apparaissent globalement mesurées en nombre et en durée, ce constat ne justifie pas le désintérêt collectif pour l'évaluation de leur mise en œuvre, évaluation pourtant prévue par la loi, et alors que les variations importantes d'une unité à l'autre appellent cette démarche.

Le projet médical établi en 2019, conduisant à une réorganisation qui n'a pas fait l'unanimité, devra être évalué dans les délais prévus, trois ans, au regard de sa pertinence pour régler les dysfonctionnements qui l'ont motivé. Mais l'établissement ne doit pas attendre cette échéance pour déjà engager une réflexion collective sur le respect des droits des patients au regard des impératifs thérapeutiques.