



Rapport de visite :

31 janvier au 8 février 2022 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier spécialisé

Sainte-Marie de Clermont-

Ferrand

(Puy-de-Dôme)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs et une stagiaire ont effectué une seconde visite du centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie (CHSM) de Clermont-Ferrand du 31 janvier au 8 février 2022. Une première visite s'était déroulée du 24 au 26 février 2009. Cette visite, comme la première, a été annoncée.

A l'issue, un rapport provisoire a été adressé le 20 juillet 2022 à la directrice du CHSM de Clermont-Ferrand, à l'agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes, au préfet du Puy de Dôme, à la direction du CHU de Clermont-Ferrand, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal judiciaire de Clermont-Ferrand. Les directions du CHSM et du CHU ont émis des observations et demandes de corrections d'erreurs matérielles qui sont intégrées dans le présent rapport définitif.

Situé au centre-ville de Clermont-Ferrand, le CHSM couvre cinq secteurs de psychiatrie générale (60 % de la population du Puy-de-Dôme, soit 350000 habitants) et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (35 % de la population du département). Il est organisé en pôles enfants/adolescents, adultes et personnes âgées.

Il dispose de 294 lits de psychiatrie générale, 16 lits pour l'hospitalisation des enfants et adolescents (une unité soins et étude de 10 lits et 2 places, fermée le week-end et une unité de crise UFADO de 6 lits et 2 places). Sur une file active de 1397 patients en 2021, 36 % des patients ont eu le statut de patients en SSC.

Si les unités sont occupées à 100 %, il n'existe pas de problématique de suroccupation.

La visite a concerné les unités d'hospitalisation de psychiatrie, l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO), l'unité psychiatrique de soins intensifs (UPSI) et les deux unités d'hospitalisation du secteur de pédopsychiatrie. Une visite de nuit a été organisée pour rencontrer les équipes dédiées. Les urgences du CHU de Clermont-Ferrand ont également fait l'objet d'une visite.

Le respect des droits fondamentaux des patients est un souci partagé par l'ensemble des professionnels du CHSM. Les nombreux projets portés par l'établissement dans l'intérêt de l'amélioration de la prise en charge des patients démontrent un fort engagement malgré une période difficile pour les établissements de santé mentale.

Les équipes au sens large font preuve d'un réel souci de la personne du patient et du respect de ses droits fondamentaux. Très ouvertes à la réflexion, elles ont permis des échanges très riches avec les contrôleurs.

La permanence des soins psychiatriques est assurée et la qualité de la prise en charge au sein des unités d'hospitalisation repose sur des équipes pluridisciplinaires investies auprès des patients. Néanmoins, la pénurie médicale ne permet pas d'assurer au sein du CHSM la continuité des soins somatiques malgré les démarches de la direction en ce sens.

Par ailleurs, le dialogue institutionnel est fluide, les secteurs ne fonctionnent pas en silo ce qui permet de porter des valeurs communes et des projets collectifs cohérents dans l'intérêt de la prise en charge des patients.

Les conditions de vie des patients sont globalement de bonne qualité et l'hygiène des locaux et du linge est remarquable. Le projet immobilier de réfection des unités se trouvant dans les bâtiments plus anciens permettra d'harmoniser l'offre hôtelière et de faciliter la liberté d'aller et venir de l'ensemble des patients.

Dès la lecture du livret d'accueil le principe énoncé est la liberté et l'exception la restriction individualisée et réévaluée sur prescription médicale.

Néanmoins, les dernières restrictions dans la vie quotidienne liées à la crise sanitaire doivent être levées dans l'ensemble des unités au regard des disparités constatées (horaires d'ouverture des unités variables, organisation des repas exclusivement en chambre dans certaines unités, etc.). De plus, dans les trois unités fermées, le personnel soignant est en nombre insuffisant pour assurer les accompagnements des patients à l'extérieur de l'unité ce qui induit des restrictions à la liberté d'aller et venir et les patients y bénéficient de peu d'activités.

Des améliorations sont par ailleurs attendues sur les informations délivrées aux patients en soins sans consentement sur leur statut et leurs droits, le livret d'accueil délivrant des informations très générales. De plus, les décisions du directeur comme du préfet doivent être motivées.

Une réflexion doit être engagée par les établissements du département sur le statut des soins sur décision du représentant de l'Etat sous l'égide des autorités de tutelles. En effet, les contrôleurs ont constaté que des patients sont hospitalisés sous ce statut sans que leur situation ne corresponde à ce mode d'hospitalisation. Les tableaux cliniques ne sont pas toujours en adéquation avec la nécessité de démontrer que les troubles mentaux dont est atteint le patient « *compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». D'ailleurs, des levées de SDRE interviennent rapidement après l'évaluation à l'UAEO ou à l'UPSI soit que l'arrêté est devenu caduc soit que les réévaluations préconisent la main levée.

La commission départementale des soins psychiatriques ne fonctionne pas faute de médecins la composant ce qui prive les patients d'un regard extérieur sur leur prise en charge.

Les réclamations et les plaintes des patients, écrites et orales, sont traitées avec célérité. Le CHS s'est doté d'un observatoire des violences et agressivité qui formule des préconisations dans le cadre de la prévention des incidents graves de ce type.

Les projets de sortie sont travaillés en amont et en lien étroit avec les services ambulatoires. Les activités thérapeutiques sont variées, organisées par un pôle intersectoriel dans un lieu spécifique très bien équipé.

L'établissement, après avoir dédié une unité à la mise en œuvre des mesures d'isolement, conduit, depuis 2017, une politique qui vise progressivement à réduire le nombre de chambres d'isolement, à évoluer vers des solutions alternatives – comme les espaces d'apaisement et à un travail sur les pratiques impliquant les professionnels exerçant dans les unités d'hospitalisation, ce qui est à saluer.

Enfin, le secteur de pédopsychiatrie est particulièrement dynamique et créatif portant, à moyens constants, des projets innovants de prévention de l'hospitalisation des enfants et adolescents et assurant une prise en charge adaptée dans les unités d'hospitalisation notamment en intégrant le droit à l'éducation dans les soins. Néanmoins, faute de structure adaptée pour la gestion de la crise, des patients mineurs peuvent être hospitalisés en chambre d'isolement à l'UPSI à partir des unités de pédopsychiatrie ou encore en hospitalisation complète en unité pour adultes.

Engagé dans une démarche d'amélioration permanente des conditions de prise en charge des patients, le CHSM a d'ores et déjà pris en compte plusieurs recommandations émises à l'issue de la visite.

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 28

L'observatoire des violences et agressivité (OVA) du CHSM, qui formule des préconisations dans le cadre de la prévention des incidents graves, est une instance pluridisciplinaire innovante.

BONNE PRATIQUE 2 29

Les réclamations et les plaintes des patients exprimées à l'oral sont tracées et prises en compte.

BONNE PRATIQUE 3 40

Les actes de notifications comportent systématiquement le rappel de tous les droits du patient.

BONNE PRATIQUE 4 45

Les équipes d'ASH sont pleinement intégrées aux équipes soignantes dans le cadre d'un partage d'informations participant de la qualité de la prise en charge des patients.

BONNE PRATIQUE 5 45

Le CHSM a mis en place un dispositif exemplaire associant le secours à l'indigence vestimentaire et la réhabilitation des patients.

BONNE PRATIQUE 6 56

Depuis janvier 2019, l'établissement s'est engagé dans une politique active de diminution du nombre de chambres d'isolement et de leur transformation corrélative en espaces d'apaisement.

BONNE PRATIQUE 7 65

L'implication des unités d'hospitalisation dans le recensement et l'analyse des mesures d'isolement et de contention favorise une démarche pertinente d'évaluation des pratiques.

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 formation sur les droits des patients en soins sans consentement doit être renforcée.

RECOMMANDATION 2 32

Le certificat médical délivré en vue d'une hospitalisation sous le statut de soins sur décision du représentant de l'Etat doit être motivé conformément à l'article L3213-1 du code de la santé publique. Ce mode d'hospitalisation particulièrement stigmatisant doit être strictement réservé aux « personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ».

Une réflexion doit être engagée par le CHU et le CHSM sous l'égide de l'ARS et de l'autorité préfectorale sur cette question.

RECOMMANDATION 3 34

Toute décision de mesure d'isolement et de contention doit être inscrite dans le dossier médical du patient ainsi que dans le registre prévu à cet effet.

RECOMMANDATION 4 40

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou bien ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

RECOMMANDATION 5 45

Le CGLPL soutient le projet immobilier qui facilitera l'accès à un espace extérieur des patients les plus vulnérables et permettra une harmonisation de l'offre hôtelière.

RECOMMANDATION 6 55

L'équipement des chambres d'isolement doit être complété par l'installation d'un bouton d'appel, accessible en cas de contention, d'une horloge avec horodatage, visible d'une personne attachée, d'une table et d'un siège lorsque tel n'est pas le cas. A l'UPSI, le respect de l'intimité des patients utilisant les toilettes doit être assurée, en évitant toute vue directe sans écran. De plus, le CGLPL rappelle sa position défavorable aux systèmes de vidéosurveillance, la surveillance devant être exclusivement humaine, ce qui contribue à assurer le contact avec le patient.

RECOMMANDATION 7 59

Le port du pyjama en chambre d'isolement ne peut relever d'une mesure coutumière et doit faire l'objet d'une prescription médicale individualisée. Le protocole de mise en chambre d'isolement doit être actualisé en conséquence.

RECOMMANDATION 8 64

Le changement de statut des patients en soins libres, objets d'une décision d'isolement, doit intervenir à l'échéance maximale des douze heures.
Afin de pouvoir assurer la pertinence des analyses, le contrôle sur la qualité des informations enregistrées doit être renforcé.

RECOMMANDATION 9 66

La commission départementale de soins psychiatriques doit se doter des moyens d'exercer ses compétences, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique. Il est urgent que de nouveaux membres soient nommés.

RECOMMANDATION 10 69

Les audiences du juge des libertés et de la détention tenues par téléphone, pour examiner le maintien de l'hospitalisation en soins sans consentement doivent être proscrites. Les règles du procès équitable ne sont pas respectées.

RECOMMANDATION 11 81

Il est impératif que le climat relationnel entre le service des urgences du CHU et les médecins de garde du CHSM s'améliore et que les vulnérabilités spécifiques des patients souffrant de pathologies psychiatriques soient mieux connues des médecins urgentistes.

RECOMMANDATION 12 97

Un mineur ne doit pas être hospitalisé dans une unité pour adultes.
Le législateur doit adapter le texte relatif aux mesures d'isolement et de contention au statut spécifique des mineurs pris en charge en psychiatrie.

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 24

Il doit être remédié aux relations délétères entre l'équipe médicale et l'équipe soignante au sein de l'unité ouverte Sainte-Agathe 1 qui ont des incidences sur la prise en charge des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 2 39

Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le jour du certificat médical ou dans un délai raisonnable s'il intervient la nuit, y compris le week-end et les jours fériés, les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 3 49

Chaque professionnel exerçant au sein des unités fonctionnelles doit être doté d'un système d'alarme.

RECO PRISE EN COMPTE 4 57

L'établissement doit finaliser la formalisation du protocole de mise en œuvre d'une contention mécanique.

RECO PRISE EN COMPTE 5 60

Les entretiens avec le patient à l'issue d'une période d'isolement doivent être généralisés et formalisés dans toutes les unités concernées. Il en est de même de l'institutionnalisation des retours d'expérience en équipe au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

RECO PRISE EN COMPTE 6 67

Le livre de la loi informatisé doit comporter pour chaque patient en SSC tous les documents exigés par l'article L3212-11 du CSP ; le logiciel de gestion du livre de la loi doit en permettre un accès facilité aux autorités de contrôle.

RECO PRISE EN COMPTE 7 96

L'UFADO doit interroger l'interdiction faite aux patients de disposer de leur carte SIM.

RECO PRISE EN COMPTE 8 98

Il est urgent que les unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent soient dotées d'un espace d'apaisement.

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 25

Le CHSM doit organiser un tutorat institutionnalisé dans le cadre de l'accueil des nouveaux arrivants. Des supervisions doivent être proposées aux équipes soignantes qui en font la demande.

PROPOSITION 2 34

Les conditions dans lesquelles un patient est transporté sous contention doivent prendre en compte la douleur physique générée par la mesure.

PROPOSITION 3	35
L'établissement des certificats médicaux doit s'accompagner du recueil systématique des observations du patient.	
PROPOSITION 4	37
Les patients doivent être informés par la remise d'un document formalisé des différents modes d'hospitalisation, de leurs droits ainsi que des autorités susceptibles d'être saisies.	
PROPOSITION 5	38
Les règles de vie d'une unité doivent être énoncées dans un document remis aux patients et doivent être affichées dans l'unité.	
PROPOSITION 6	40
Le collège des professionnels de santé doit se réunir conformément aux dispositions légales pour la réévaluation des hospitalisations de plus d'une année et il doit recueillir les observations du patient.	
PROPOSITION 7	43
Le patient doit disposer d'un moyen autonome pour verrouiller sa porte de l'extérieur.	
PROPOSITION 8	43
Les toilettes doivent être dotées d'abattants.	
PROPOSITION 9	46
Le CHSM est invité à informer régulièrement l'autorité judiciaire qui les désigne, des difficultés structurelles que les équipes rencontrent avec les mandataires dans la prise en charge des patients et la construction des projets de sortie.	
PROPOSITION 10	46
La restauration collective, qui est un temps d'observation thérapeutique et de sécurisation du patient, doit être à nouveau proposée aux patients dans l'ensemble des unités.	
PROPOSITION 11	48
Les patients en soins libres doivent disposer de leur liberté d'aller et venir. Le CGLPL rappelle par ailleurs que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement.	
Une réflexion sur l'équilibre entre la sécurité et la liberté d'aller et venir des patients doit être engagée.	
PROPOSITION 12	50
L'accès à la presse et à des revues doit être organisé dans l'ensemble des unités.	
PROPOSITION 13	51
La direction du CHSM doit mettre en place un protocole écrit afin de garantir le droit à l'anonymat des patients.	
PROPOSITION 14	51
L'accès aux différents cultes doit faire l'objet d'un affichage lisible.	
PROPOSITION 15	52
Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle au sein du CHSM sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.	
PROPOSITION 16	68
Un patient convoqué devant le juge des libertés et de la détention doit pouvoir prendre connaissance de l'ensemble des pièces du dossier judiciaire sans avoir à suivre le formalisme de l'art L1111-7 du CSP relatif à la communication du dossier médical.	

PROPOSITION 17..... 70

Les décisions prises à l'issue de l'audience devraient, en principe, être annoncées et explicitées par le juge des libertés et de la détention au patient, dans l'intérêt de ce dernier.

PROPOSITION 18..... 70

L'ordre des avocats doit assurer une formation continue des avocats avant de les inscrire sur la liste des avocats volontaires pour assurer la défense devant le JLD des personnes hospitalisées en SSC.
L'établissement doit assurer un affichage du tableau de l'ordre des avocats.

PROPOSITION 19..... 74

Les unités doivent instaurer des réunions soignants-soignés à un rythme régulier.

PROPOSITION 20..... 76

Le CHSM doit conduire une réflexion pour améliorer l'accès des patients des unités fermées aux activités proposées par l'intersecteur CESK (Culture, Esthétique, Sport, Kinésithérapie) et Art-Thérapie.

PROPOSITION 21..... 82

Les unités d'hospitalisation doivent toutes comporter un cabinet médical équipé du matériel nécessaire à l'exercice d'un omnipraticien.

PROPOSITION 22..... 82

Les cabinets médicaux doivent être équipés de matériel permettant un suivi gynécologique entrant dans le champ de compétence des médecins spécialisés en médecine générale.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	9
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	13
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 Le fonctionnement du centre hospitalier Sainte-Marie permet une fluidité des relations institutionnelles	15
3.2 Le budget souffre de l'exclusion partielle de l'établissement du Ségur de la santé	21
3.3 L'organisation des ressources humaines participe de la qualité de la prise en charge des patients mais la situation est fragile	22
3.4 Le traitement des événements indésirables connaît une traduction opérationnelle	26
3.5 Le comité d'éthique est dynamique	29
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	31
4.1 Les tensions existant entre le service des urgences du CHU et le CHSM peuvent retentir sur la qualité de la prise en charge des patients	31
4.2 L'activité est stable mais le parcours d'entrée du patient n'est pas toujours fluide	36
4.3 Les informations orales et écrites sont insuffisantes lors de l'admission d'un patient en SSC	37
5. LES CONDITIONS DE VIE	42
5.1 Les conditions de vie sont globalement de bonne qualité mais l'offre hôtelière est disparate	42
5.2 L'hygiène est remarquable	45
5.3 L'accès aux biens est garanti	45
5.4 Les repas sont de qualité	46
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	47
6.1 La liberté d'aller et venir est garantie de manière relative	47
6.2 Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées	49
6.3 Les communications avec l'extérieur sont garanties	50
6.4 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas organisée	50
6.5 L'accès au vote est assuré	51
6.6 L'accès aux cultes est garanti	51

6.7	La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle	51
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	53
7.1	L'établissement diminue progressivement les espaces d'isolement dont l'aménagement n'est pas toujours adapté.....	53
7.2	L'établissement s'investit dans une démarche institutionnalisée de moindre recours à l'isolement et à la contention dont certaines actions sont toujours en cours	56
7.3	L'établissement s'appuie sur le registre en recherchant son appropriation par les professionnels des unités de soins	61
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	66
8.1	La CDSP n'a aucune activité et la place des usagers mérite d'être développée .	66
8.2	Le registre de la loi numérisé est bien tenu mais il est difficilement accessible à une autorité de contrôle.....	66
8.3	Le contrôle des mesures d'hospitalisation par le JLD est rigoureux	67
9.	LES SOINS.....	72
9.1	L'accès aux activités thérapeutiques reste limité en raison de l'indisponibilité des soignants.....	72
9.3	L'organisation des soins somatiques pâtit d'une insuffisance de moyens et des difficultés relationnelles avec le service des urgences du CHU de Clermont-Ferrand.....	80
9.4	La préparation à la sortie fait partie intégrante du projet de soins	84
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	86
10.1	La spécificité du patient âgé est prise en compte et l'accès aux soins est assuré	86
10.2	La prise en charge en pédopsychiatrie est dynamique et créative	89
11.	CONCLUSION.....	100

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Candice Daghestani, chef de mission ;
- Marie Pinot ;
- Jean-François Carrillo ;
- François Goetz ;
- Philippe Lescène ;
- Pénélope Desombre, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie (CHSM) de Clermont-Ferrand (département du Puy-de-Dôme) du lundi 31 janvier au mardi 8 février 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 31 janvier à 14h00. Ils l'ont quitté le 8 février à 15h30.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la directrice du CHSM, au directeur de cabinet du préfet du Puy-de-Dôme, à la délégation départementale du Puy-de-Dôme de l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes. La présidente du tribunal judiciaire de Clermont-Ferrand et le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Une réunion de présentation s'est tenue en présence de la directrice du CHSM, de la directrice adjointe, du président de la commission médicale d'établissement (CME), du directeur des soins, de la directrice des ressources humaines, du directeur des services généraux, de la responsable du service qualité, de la responsable du bureau des entrées, du médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), du cadre supérieur de santé de l'intersecteur, du cadre supérieur de santé de la pédopsychiatrie, d'un médecin pédopsychiatre, du médecin chef du pôle personnes âgées, des médecins chef des secteurs Sud, Centre, Nord et de l'intersecteur des trois cadres supérieurs des trois secteurs, d'une cadre de santé du secteur Nord, de deux représentants des usagers.

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

La mission s'est déroulée dans d'excellentes conditions. Ils ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont rencontré notamment le président de la CME, la directrice des ressources humaines, le directeur des soins, le directeur financier, le médecin responsable du département

de l'information médicale (DIM), le président de la CDU, la responsable de la qualité, des représentants des usagers, le président du comité d'éthique.

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec le JLD.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont sollicité un entretien.

Les contrôleurs ont réalisé une visite de nuit.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 8 février 2022, avec les personnes présentes lors de la réunion d'accueil et, en sus, en présence de cadres de santé, de la pharmacienne, de médecins psychiatres exerçant dans les unités et du directeur des affaires financières.

Un rapport provisoire a été adressé le 20 juillet 2022 à la directrice du CHSM de Clermont-Ferrand, à l'agence régionale de santé Auvergne Rhône Alpes, au préfet du Puy-de-Dôme, à la direction du CHU de Clermont-Ferrand, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal judiciaire de Clermont-Ferrand.

Par courrier reçu le 19 août 2022, le procureur de la République près le TJ de Clermont-Ferrand informe le CGLPL qu'il ne formule pas d'observations. La direction du CHU a émis des observations reçues le 18 août 2022 et la direction du CHSM a émis des observations et demandes de corrections d'erreurs matérielles reçues le 31 août 2022 par courriel, qui sont intégrées dans le présent rapport. Il convient de relever que plusieurs recommandations ont d'ores et déjà été prises en compte ou sont en cours de prise en compte de manière effective. Plusieurs recommandations ont été maintenues sous la forme de propositions au stade du rapport définitif dans la mesure où elles 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.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue de la première visite du centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM), en février 2009¹, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a formulé les observations suivantes :

1° Le centre hospitalier développe une politique d'ouverture cohérente et assumée dans laquelle le patient occupe une place centrale dans le projet thérapeutique porté par l'équipe soignante avec le soutien de la direction – **observation qui reste d'actualité.**

2° Le règlement intérieur comporte des dispositions dans son article 44 qui interdisent les relations sexuelles aux malades dans l'établissement. S'il est compréhensible que ce sujet soit abordé avec prudence, l'interdiction énoncée n'en est pas moins contraire aux droits fondamentaux de la personne. Cette mention devrait être retirée du règlement intérieur et une démarche d'information devrait être entreprise concomitamment – **observation devenue sans objet.**

3° La prohibition des visites par les personnels soignants lorsque le malade est en contention nécessite un examen particulier et pluridisciplinaire pour établir un équilibre entre les impératifs thérapeutiques et le droit pour le malade à recevoir des visites – **observation devenue sans objet.**

4° La démarche de signalement des incidents mérite d'être soulignée par la qualité du processus mis en œuvre – **observation qui reste d'actualité.**

5° Les déclarations d'incidents devraient figurer dans les dossiers individuels des patients, s'agissant de données personnelles – **observation devenue sans objet.**

6° L'installation d'un dispositif de vidéosurveillance dans l'établissement, bien qu'en fonctionnement, n'a pas encore reçu l'agrément de la préfecture ; l'instruction de la demande devrait intervenir sans tarder – **observation devenue sans objet.**

7° Les caméras du dispositif de vidéosurveillance installées dans les chambres d'isolement suscitent un débat au sein de l'établissement. Leur mise en service implique l'élaboration d'un consensus entre les différentes parties prenantes, en raison notamment des atteintes à l'intimité et à la vie privée que constitue l'usage de cette technologie intrusive – **observation qui reste d'actualité.**

8° L'offre d'activités est diversifiée et fondée sur des partenariats de qualité ; une valorisation de ces démarches devrait être mise en œuvre – **observation qui reste d'actualité.**

9° La coordination des interventions avec la police n'est pas satisfaisante, en l'absence d'un protocole de travail. La mise en place, à bref délai, d'un cadre commun d'intervention est une nécessité – **observation devenue sans objet.**

10° Les patients peuvent, à leur arrivée à l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation être soumis sur avis médical et après avoir été informés, à un détecteur de métaux portatif. En l'absence d'accord de l'intéressé, le recours à cette détection ne paraît pas conforme aux droits de la personne – **observation devenue sans objet.**

11° Le condamné hospitalisé sous le régime de l'article D. 398 du code de procédure pénale n'a pas le droit de téléphoner. Les dispositions en vigueur dans le code de procédure pénale autorisant les condamnés définitifs à téléphoner doivent trouver leur application, alors même que le condamné est hospitalisé – **observation devenue sans objet.**

¹ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, fév. 2009.

12° Le courrier des détenus hospitalisés sous le régime de l'article D. 398 est transmis préalablement à l'administration pénitentiaire, sauf le courrier à l'avocat. L'ensemble des courriers des détenus devrait être remis à l'administration pénitentiaire qui a seule la charge de la tenue du registre des autorités résultant de l'article D. 262 du code de procédure pénale – **observation devenue sans objet.**

13° L'établissement possède deux registres de la loi, l'un pour les hommes l'autre pour les femmes, où sont mentionnés indifféremment les mesures d'HO ou d'HDT. Cette procédure n'est pas conforme aux exigences de l'article L.3213-1 du code de la santé publique qui exige la tenue de registres distincts selon le type d'hospitalisation – **observation devenue sans objet.**

14° La tenue des registres de la loi devrait faire l'objet d'une stricte vigilance par un cadre de l'établissement – **observation devenue sans objet.**

14° La pratique des sorties d'essai d'hospitalisation d'office (123 en 2008) nécessiterait que la commission départementale d'hospitalisation psychiatrique propose des modalités de mise en œuvre et de suivi – **observation devenue sans objet.**

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER SAINTE-MARIE PERMET UNE FLUIDITE DES RELATIONS INSTITUTIONNELLES

3.1.1 Présentation de l'établissement

a) La place de l'établissement au sein du département

Pour la couverture des dispositifs de soins en santé mentale, le département du Puy-de-Dôme est divisé en zones correspondant à près de 100 000 habitants, réparties entre trois établissements de santé autorisés à pratiquer une activité de psychiatrie générale et trois cliniques privées :

- le centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand, établissement public ayant également une activité de psychiatrie de secteur (deux secteurs) et prenant notamment en charge les urgences psychiatriques, service visité par les contrôleurs ;
- la clinique psychiatrique Le Grand Pré à Durtol, la clinique de l'Auzon à La Roche Blanche et la clinique Les Queyriaux à Cournon-d'Auvergne, établissements privés à but lucratif ;
- les centres hospitaliers (CH) de Thiers et d'Ambert (deux secteurs de psychiatrie) ;
- le centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM).

Créé en 1836, le CHSM, établissement du secteur privé non lucratif, est l'un des cinq établissements de l'Association Hospitalière Sainte-Marie², laquelle a son siège social à Chamalières (Puy-de-Dôme).

L'association est dirigée par un conseil d'administration qui fixe, dans le cadre de la politique de santé mentale, les grandes orientations politiques et stratégiques de l'association mises en œuvre par le directeur général et les directeurs des centres hospitaliers.

Situé au centre-ville de Clermont-Ferrand, le CHSM couvre cinq secteurs de psychiatrie générale – 60 % de la population du Puy-de-Dôme, soit 350.000 habitants – et un secteur de psychiatrie infanto-juvénile (35 % de la population du département). Il est organisé en pôles : enfants/adolescents, adultes et personnes âgées.

Il dispose de 294 lits de psychiatrie générale, 16 lits pour l'hospitalisation des enfants et adolescents – une unité soins et étude (USE) de 10 lits et 2 places et une unité de crise pour adolescents (UFADO) de 6 lits et 2 places. L'établissement est facilement accessible en transport en commun (bus).

Les contrôleurs ont visité les unités des trois secteurs de psychiatrie adultes (Centre, Nord et Sud), l'unité Sainte-Anne de gérontopsychiatrie (23 lits, cf. § 10.1) rattachée au pôle de psychiatrie de la personne âgée, deux unités de l'intersecteur de psychiatrie : l'unité d'accueil, d'évaluation et d'orientation (UAEO, cf. § 4.1.2), l'unité psychiatrique de soins intensifs (UPSI) et les deux unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA) (cf. § 10.2).

² Clermont-Ferrand, Privas, Le Puy, Nice et Rodez.

De plus, une unité intersectorielle d'accompagnement à la sortie accueille des patients psychotiques qui ont connu plusieurs échecs dans les structures médico-sociales afin de les réinsérer. Elle n'a pas vocation à accueillir des patients en soins sans consentement (SSC).

La fluidité des échanges entre la direction et les secteurs par le biais notamment des chefs de pôle et cadres supérieurs de pôle est un point fort du fonctionnement de l'établissement. De plus, les membres de la commission médicale d'établissement (CME), du comité d'éthique, les représentants du personnel et des usagers sont associés à de nombreuses instances.

Enfin, le CHSM est un établissement dynamique qui propose une offre de soins répondant à de multiples problématiques.

b) *Le projet médical et le projet de soins*

Le projet médical et le projet de soins sont en cours de réécriture au moment du contrôle ce qui permettra d'actualiser le projet d'établissement (2016-2020) ; cependant, les travaux ont été ralentis par la crise sanitaire.

La réécriture du projet médical est organisée en groupes de travail pluridisciplinaires et thématiques – le parcours du patient, les soins somatiques, les projets, le développement de compétences et l'innovation, la formation, la politique médicale, le projet pôle clinique, le parcours ambulatoire et médico-social. Des points d'étape sont réalisés à chaque CME pour valider les orientations. L'un des axes prioritaires est la gestion des situations inadéquates et la limitation des hospitalisations à temps complet et au recours aux soins sans consentement.

Le projet de soins s'appuie sur la philosophie du « *Soclecare* »³ qui place la prise en charge infirmière au centre des soins (qualité de la présence soignante, continuité des soins jour/nuit, travail sur les écrits infirmiers, etc.).

Les deux projets portent le virage à l'ambulatoire déjà entamé au moment du contrôle. L'objectif est de remettre le centre médico-psychologique (CMP) au cœur du dispositif de soins avec des délais de prise en charge plus courts et des consultations d'urgence et d'investir plus de moyens sur les structures ambulatoires avec notamment le développement d'équipes mobiles. Par ailleurs, le développement de CATTP paraît incontournable dans la mesure où leur activité est actuellement absorbée dans l'hôpital de jour.

c) *Les projets*

Le CHSM a remporté un appel à candidature sur des fonds ARS pour participer au dispositif PRIMO relatif aux troubles psychiques émergents (repérage, identification, *case-Management*⁴,

³ Le *SocleCare* peut se définir comme un ensemble d'attentions, de micro-actes, de micro-interventions, que le soignant pratique pour favoriser les dispositions du patient à l'égard des soins. Cette pratique quotidienne exprime une intentionnalité en direction du patient à partir d'une disponibilité soignante. Le soignant se rend par là-même disponible et prend le patient « en compte ». Il se rend psychiquement disponible pour le rencontrer (www.soclecare.be).

⁴ Le *case management* est le processus par lequel on obtient, coordonne et assure l'utilisation, par les usagers souffrant d'incapacités psychiatriques, des soins et des services qui les aideront à satisfaire, d'une façon à la fois efficace et efficiente, leurs besoins multiples et complexes. Le but ultime du *case management* est de favoriser la continuité des soins et de permettre que les différents professionnels et partenaires du système de santé soient accessibles, en renforçant leurs responsabilités partagées et leurs actions. La facilitation de l'accès aux soins et aux services, l'amélioration de la circulation entre opérateurs, assurent une continuité préventive qui limite les décompensations fortuites, améliore l'observance, diminue le nombre et la fréquence des ré hospitalisations et réduit la durée moyenne de séjour. Le case management favorise la réadaptation et augmente la qualité de vie de

orientation) qui consiste à déployer un programme de formation au repérage précoce de jeunes personnes concernées par un trouble psychiatrique sévère émergent – premier épisode psychotique, premier épisode maniaque.

De même, il a obtenu une réponse favorable à un appel à candidature ARS, en octobre 2021, visant à renforcer et à coordonner trois équipes mobiles intersectorielles de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent du Puy-de-Dôme par la création d'une équipe mobile (EM) intersectorielle de crise (cf. § 10.2.1). Par ailleurs, le CHSM est engagé dans le projet « Parcours 1000 jours » (appel à projet ARS) dont l'objectif est de combler les insuffisances de l'offre de psychiatrie périnatale et d'améliorer l'accessibilité et le parcours de soins, de la périnatalité jusqu'à la fin de l'adolescence et la transition vers l'âge adulte et la psychiatrie adulte.

Par arrêté du 22 décembre 2021, le directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes a donné l'autorisation au groupement de coopération sociale et médico-sociale « un chez soi d'abord – Clermont Auvergne Métropole » (regroupant le CHSM, l'association CCler et le CHU pour la partie addictologie), pour la création d'appartements de coordination Thérapeutique (ACT) pour une capacité de 55 places. Depuis plus de deux ans, des solutions expérimentales d'accès au logement qui préfigurent le dispositif « Un chez-soi d'abord » ont été co-construits par le CHSM, les acteurs du logement, de la santé, du social et du médico-social du territoire. Ce dispositif a pour objet de permettre à des personnes majeures, durablement sans-abri et atteintes d'une ou de pathologies mentales sévères, d'accéder sans délai à un logement en location ou en sous-location et de s'y maintenir et de développer leur accès aux droits et à des soins efficaces, leur autonomie et leur intégration sociale.

Enfin, le site a été restructuré à hauteur des deux tiers, le dernier tiers n'ayant pas encore connu de restructuration architecturale faute de projet médical abouti. Néanmoins, cette restructuration – qui correspond notamment au bâtiment abritant les unités d'hospitalisation complète n 2, l'unité Sainte-Anne de gérontopsychiatrie et l'unité intersectorielle Sainte-Catherine (UIAS) – est actée dans le cadre du PTSM (décembre 2020), et la réorganisation des pôles intersectoriels comme celui de gérontopsychiatrie sont définis. Ces projets peuvent encore évoluer (cf. § 5.1 et 10.1).

3.1.2 Les secteurs

Les secteurs de psychiatrie prennent en charge des patients qui souvent cumulent les difficultés suivantes : isolement social et parfois familial, précarité, difficultés administratives et également de plus en plus de patients qui présentent des problèmes d'addiction en toxicomanie – d'ailleurs, le doublement du stock de substitut aux opiacés de la pharmacie a été constaté entre 2020 et 2021.

Les patients sont accueillis dans les unités d'hospitalisations (trois fermées et six ouvertes) en fonction du mode d'hospitalisation (soins libres ou soins sans consentement (SSC)) et du type de pathologie. Les patients dont l'état clinique n'est pas stabilisé sont orientés vers les unités fermées. Chacun des trois secteurs adultes dispose de trois unités d'hospitalisation complète : une unité fermée et deux ouvertes. Ils sont pris en charge par des équipes pluridisciplinaires ; certains professionnels et une équipe d'addictologie interviennent à l'intra et à l'extra hospitalier dans l'intérêt de la continuité de la prise en charge du patient.

l'utilisateur et de sa famille. Cependant le case management ne se résume pas à la rationalisation de l'utilisation du système de santé par la gestion du plan d'intervention.

a) Le secteur Nord

Il recouvre la partie nord de Clermont-Ferrand, ainsi que le nord du département, comprenant l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) CA Riom Limagne et Volcans, la communauté de commune (CC) Plaine Limagne, la CC Combrailles Sioule et Morge, la CC Chavanon Combrailles et Volcans, la CC du Pays de Saint-Eloy, représentant un peu plus de 100.000 habitants. Une partie du territoire est marquée par la ruralité et l'éloignement des dispositifs de soins en particulier dans le nord du département. Les territoires de Chavanon Combrailles et Volcans et Pays de Saint-Eloy présentent le taux de précarité le plus élevé du Puy-de-Dôme et une population plutôt âgée.

La couverture de médecins généralistes est relative, avec plusieurs territoires identifiés comme zones d'intervention prioritaire, complémentaire, ou de vigilance et la disparité de la couverture des professionnels de santé mentale (psychiatres et psychologues) marque ce secteur.

Le secteur Nord est composé de treize unités de soins psychiatriques : trois hôpitaux de jour (HJ) (Clermont nord, Riom, Tosquelle-Youx), quatre CMP et trois services à domiciles (SAD).

Il comprend **73 lits d'hospitalisation à temps plein** répartis au sein d'une unité fermée Saint-Luc rez-de-chaussée (Rdc) (25 lits et une CI), et de deux unités ouvertes Saint-Luc 1 (25 lits) et 2 (23 lits).

Le secteur Nord a connu pendant les deux dernières années un sous-effectif conséquent de médecins psychiatres – dû à un non-remplacement des départs à la retraite et à la fuite des médecins vers le secteur privé.

Au moment du contrôle, il manque 1,5 ETP de médecin psychiatre. La prise en charge ambulatoire est initiée par un entretien infirmier en première intention mais pour la suite de la prise en charge il y a peu de relai. Un infirmier en pratique avancée (IPA) peut depuis quelques temps assurer des suivis plus rapprochés. De plus, un projet en cours consiste à accompagner les patients sur le CMP pour bénéficier de soins somatiques par téléconsultation en présence d'un IPA en particulier sur les zones du nord du département peu desservies par les transports en commun.

L'articulation avec le service des urgences du CH de Riom est fluide. Un médecin psychiatre addictologue intervient au service des urgences en partageant son temps avec le service des urgences du CHU.

Les structures ambulatoires sont associées aux synthèses réalisées sur le projet de sortie du patient synthèse intra/extra. Les médecins du secteur Nord se réunissent deux fois par semaine les lundi et vendredi. Ils peuvent participer aux visites à domicile (VAD).

Pour faciliter les projets de sortie, le secteur travaille en réseau sur le territoire avec les structures sociales et médico-sociales en proposant des interventions (foyer de St Eloi ou encore foyer Saint-Prié des Champs), ce en visioconférence depuis le début de la crise sanitaire.

b) Le secteur Sud

Il recouvre la partie sud de la ville de Clermont-Ferrand, ainsi que le sud du département, comprenant notamment les établissements publics de coopération intercommunale d'Agglo Pays d'Issoire, la communauté de communes Massif du Sancy, et dans une moindre mesure celle Dômes Sancy Artense, représentant un peu plus de 100.000 habitants.

Ces territoires sont globalement marqués par une faible densité de la population, en dehors du sud de Clermont-Ferrand ainsi que d'Issoire et par l'éloignement des dispositifs de soins, un taux

de précarité important, le caractère âgé de la population. La couverture de médecins généralistes est relative comme pour le secteur Nord et pourvue de façon disparate pour les professionnels de la santé mentale.

Ce secteur est composé de six unités de soins psychiatriques : deux HJ (Clermont sud et Issoire), deux CMP et deux SAD (Clermont sud et Issoire sud).

Il comprend **70 lits d'hospitalisation à temps plein** répartis dans une unité fermée Sainte-Agathe Rdc (25 lits, une CI et une chambre d'apaisement), et deux unités ouvertes Sainte-Agathe 1 (25 lits et une CI fermée au premier trimestre 2021 et en voie de transformation en chambre d'apaisement au moment du contrôle) et Sainte-Agathe 2 (20 lits).

Par ailleurs, l'équipe d'addictologie rattachée au secteur Sud, intervient en intra comme en extra hospitalier.

c) Le secteur Centre

Le secteur Centre recouvre les communes de Clermont-Ferrand, Chamalières et Durtol. Il s'agit d'un territoire urbain – ce qui est une spécificité au regard du reste du département – qui représente près de 110 000 habitants.

Il est marqué par une densité de population particulièrement élevée en comparaison avec les secteurs Nord et Sud.

Il est composé de sept unités de soins psychiatriques : deux HJ – centre gare (troubles anxieux et/ou dépressifs) et Lamartine (pathologies psychotiques chroniques assez lourdes nécessitant un étayage important), un service de soins à domicile (SSIAD) et un CMP.

Le secteur Centre comprend **74 lits d'hospitalisation à temps plein** répartis sur trois unités d'HC : une unité fermée Saint-Louis Rdc (25 lits et une CI), et deux unités ouvertes Saint-Louis 1 (25 lits) et 2 (24 lits).

Par ailleurs, l'unité Sainte-Catherine intersectorielle (UIAS) est dévolue à l'accompagnement à la sortie des patients hospitalisés au long cours, présentant un trouble psychique chronique stabilisé (cf. § 9.4).

d) Les dispositifs intersectoriels

Les différentes unités de l'intersecteur ont été regroupées en plusieurs services et proposent des dispositifs de prise en charge répondant aux besoins des publics les plus en difficulté.

- **Le service accueil, évaluation, orientation (AEO) – soins intensifs et soins spécifiques** est composé de :
 - l'unité d'HC d'accueil, évaluation et orientation (UAEO) intégrée au dispositif de gestion des urgences psychiatriques de l'agglomération clermontoise ;
 - l'unité psychiatrique d'HC de soins intensifs (UPSI) composée de plusieurs chambres d'isolement et qui accueille des patients-détenus ;
 - l'équipe d'intervention précoce des troubles psychotiques (EIPP) : les jeunes patients souffrant de troubles psychotiques de l'agglomération de Clermont-Ferrand pris en charge sur le CHSM bénéficient pendant les trois premières années d'une prise en charge renforcée et personnalisée sur le modèle du *case management*, en complément des soins habituels.
- **Les dispositifs de soins aux personnes en situation de précarité** sont ainsi composés :

- l'équipe mobile précarité (EMPP) prend en charge des personnes en situation de grande précarité, sans domicile, souffrant de troubles psychiques ;
 - le *PASS Psy* propose un accueil et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle ;
 - le dispositif *Rétablis'ToiT* accompagne et maintient les patients présentant des troubles psychiques graves et ayant un parcours d'errance long vers et dans le logement, sortant de détention, sortant de l'ASE ou bénéficiant d'une protection internationale.
- **Les dispositifs de soins spécifiques de réhabilitation et rétablissement et soins de support** sont composés de :
 - un service de réhabilitation ambulatoire (consultations psychiatriques, psychologiques, sociales et infirmières) ;
 - un atelier thérapeutique Madeleine Gaillard (évaluation et préparation à l'insertion professionnelle en milieu protégé ou ordinaire) ;
 - un CATTP Culture, Esthétique, Sport, Kinésithérapie (CESK) et un HJ art-thérapie et musicothérapie en complément d'un suivi ambulatoire ou d'une prise en charge en HC ;
 - des appartements relais (association Vivre) dans le cadre d'un dispositif de rétablissement logement permettent d'évaluer l'autonomie des patients pour les accompagner dans les démarches de recherche d'un logement ;
 - **Les dispositifs de soins aux personnes sous main de justice** sont :
 - le dispositif de soins psychiatriques de l'Unité sanitaire en milieu pénitentiaire de niveau 1 (USMP) ;
 - la plateforme référentielle à destination des auteurs d'infractions à caractère sexuel (PFR AICS) assure une prise en charge pluridisciplinaire des auteurs d'infraction à caractère sexuel (AICS).

3.1.3 La dynamique intersecteurs

Il existe une véritable dynamique intersecteurs qui favorise le partage de valeurs communes et le portage de projets collectifs cohérents.

Pour les médecins des secteurs, les échanges institutionnels dans le cadre de la CME ouverte à tous – pharmaciens, internes, membres de la direction (essentiellement directeur des soins, directrice et directrice adjointe) – sont réguliers.

Par ailleurs, les relations avec la direction sont fluides. Chaque semaine, la directrice et son adjointe rencontrent le président de la CME, en fonction des sujets d'autres membres de la direction (ex RH) et un médecin chef de secteur peuvent être conviés.

Des instances d'échanges non institutionnelles permettent aux secteurs de ne pas fonctionner en vase clos. Ainsi, une réunion mensuelle du collège des médecins permet d'aborder une thématique proposée par un médecin volontaire. De plus, des réunions hebdomadaires inter pôles rassemblent le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA), l'intersecteur et les trois secteurs de psychiatrie adultes afin d'aborder les demandes d'hospitalisation, les demandes de transfert et les patients en attente de prise en charge.

Une instance mensuelle de réflexions partagées nommée « *parlons en* » est ouverte à tous. Elle permet à un professionnel du CHSM d'exposer un projet, une initiative personnelle ou encore de délivrer une information.

Les échanges cliniques sur des thématiques abordées par des médecins en interne (troubles de la personnalité, syndrome de glissement, harcèlement, etc.) sont ouverts à tous les professionnels intéressés.

Par ailleurs, une newsletter qualité, est diffusée par le service qualité à destination de tous les professionnels en sus d'une newsletter institutionnelle mensuelle.

Enfin, les rencontres soignantes annuelles sont organisées autour de thématiques transversales : le 2 juin 2022, le thème est « *de la transmission des savoirs en psychiatrie à la professionnalisation* ».

3.2 LE BUDGET SOUFFRE DE L'EXCLUSION PARTIELLE DE L'ÉTABLISSEMENT DU SÉGUR DE LA SANTÉ

Les comptes financiers 2018, 2019 et 2020 ont été transmis aux contrôleurs.

Sur les grandes tendances, la dotation annuelle de financement (DAF) n'augmente plus depuis l'année 2010, au mieux elle est stable mais elle a plutôt tendance à baisser. La raréfaction des crédits d'assurance maladie (AM) est observée. Le titre 1 (charges de personnel) reste le titre principal de dépenses.

Au moment du contrôle, au niveau de la direction générale de l'association Sainte-Marie, un travail préparatoire relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie est engagé, le décret d'application⁵ étant paru le 29 septembre 2021 pour une mise en application progressive à compter du 1^{er} janvier 2022 jusqu'à son application effective complète dans le courant de l'année 2026. Elle a vocation à opérer une fongibilité entre la dotation populationnelle et la dotation à l'activité. Un rééquilibrage entre les régions est en cours sur le territoire national. Néanmoins, les directives du ministère de la santé ne sont pas précises ce qui complique les projections sur le futur budget.

S'agissant des crédits Ségur sur la partie investissement, l'ARS est en attente de la transmission du projet médical du CHSM qui aura des incidences sur le projet territorial. Par ailleurs, l'établissement est éligible au troisième volet du plan Ségur relatif au désendettement des établissements ce qui permettra de ne pas souscrire d'emprunt sur les projets futurs dans les dix années à venir.

En 2020, les dépenses liées à la Covid-19 ont été corrélées à une diminution des dépenses de fonctionnement. La crise sanitaire a coûté plus cher en charge de personnel que lors du fonctionnement normal de l'établissement en raison du surcoût généré par l'absentéisme qui n'a pas été financé. Néanmoins, le surcoût généré par la crise sanitaire de 1,1 millions d'euros avait été compensé à hauteur de 916.000 euros en 2020. En conséquence, jusqu'en 2020 l'établissement n'a jamais été déficitaire. Il n'a pas non plus contracté d'emprunts toxiques et n'a pas de titres en souffrance.

En revanche, l'établissement est déficitaire en 2021. D'une part, il n'a reçu aucune compensation sur le coût de la Covid-19. Il manque donc la somme de 600.000 euros à ce titre. D'autre part, le volet du Ségur relatif aux ressources humaines ne prend pas en compte les établissements du secteur privé non lucratif ce qui explique que l'établissement soit déficitaire en 2021 (manque

⁵ Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

de 1,7 millions d'euros sur le volet ressources humaines) alors que les établissements publics ont reçu 100 % des financements. Au moment du contrôle, un recours gracieux est en cours auprès de l'ARS et un recours contentieux est intenté auprès du ministère de la santé par la fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés (FEHAP).

Enfin, la régie pour les activités thérapeutiques dispose de la somme de 60.000 euros ventilée sur le CHSM.

3.3 L'ORGANISATION DES RESSOURCES HUMAINES PARTICIPE DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS MAIS LA SITUATION EST FRAGILE

3.3.1 Présentation générale

La composition des équipes est pluridisciplinaire : infirmiers, aides-soignants (AS), agents de services hospitaliers (ASH), assistants de service social (ASS), psychologues et ergothérapeutes. Parmi eux, certains, comme les médecins psychiatres, interviennent à l'intra et à l'extra hospitalier dans l'intérêt de la continuité de la prise en charge du patient. Les contrôleurs ont constaté un fort engagement des professionnels.

Les difficultés en termes de ressources humaines (RH) sont conjoncturelles. Au moment du contrôle, elles concernaient essentiellement les médecins pédopsychiatres (cf. § 10.2). De plus, l'effectif des équipes soignantes des unités fermées se révèle insuffisant.

Il ressort des tableaux de charges arrêtés au mois de janvier 2022 les données suivantes pour l'intra hospitalier :

- secteur Centre (Saint-Louis) : 5,84 ETP de temps médical dont 0,18 ETP de temps médecin chef et 0,76 ETP de médecin généraliste ; 0,3 ETP de cadre supérieur de santé ; 0,4 ETP de psychologues ; 1,4 ETP d'assistant de service social, et 1,25 ETP de secrétaire médicale ;
- secteur Sud (Sainte-Agathe) : 3,8 ETP de temps médical dont 0,3 ETP de médecin chef, 0,9 ETP de docteur junior et 0,7 ETP de médecin généraliste ; 0,3 ETP de cadre supérieur de santé ; 0,3 ETP de psychologues ; 1,6 ETP d'assistant de service social et 1,8 ETP de secrétaire médicale ;
- secteur Nord (Saint-Luc) : 4,3 ETP de temps médical dont 0,20 ETP de médecin chef et 0,8 ETP de médecin généraliste ; 0,45 ETP de cadre supérieur de santé ; 0,3 ETP de psychologues ; 1,5 ETP d'assistant de service social et 1,6 ETP de secrétaire médicale ;
- intersecteur :
 - UEAO : 0,15 ETP de médecin chef, 0,6 ETP de médecin psychiatre (et 0,7 ETP pour l'activité ambulatoire), 1 ETP d'interne, 0,3 ETP de médecin généraliste, 0,15 ETP de cadre supérieur de santé, 0,40 ETP de secrétaire médicale (et 0,3 ETP pour l'activité ambulatoire) ;
 - UPSI : 0,15 ETP de médecin chef, 0,6 ETP de médecin psychiatre, 1 ETP d'interne, 0,3 ETP de médecin généraliste, 0,15 ETP de cadre supérieur de santé, 0,30 ETP de secrétaire médicale ;

Sur l'année 2021, le taux d'absentéisme est évalué à 11 % tous corps confondus et une dizaine de postes étaient vacants.

3.3.2 Le personnel paramédical

a) Les effectifs

A l'intra hospitalier, l'ETP budgété en personnel non médical (PNM), est passé de 483 ETP en 2020 à 462,7 ETP en 2022, dont deux postes non pourvus. A l'extra hospitalier, il est passé de 241,4 ETP en 2020 à 242,9 ETP en 2022 dont deux postes non pourvus.

Les remplacements en urgence se font prioritairement en ayant recours au volontariat du personnel de l'établissement avec une gratification financière via la plateforme interne YOUPLAN et en seconde intention par l'intérim (Adecco Médical). Pendant la crise sanitaire, des soignants de l'extra hospitalier sont venus renforcer les équipes de l'intra notamment lors de vagues d'arrêts maladie.

Le remplacement des absences de moyenne et longue durée, est effectué en première intention par le recours à un contrat à durée déterminée (CDD) et en seconde intention par le recours à l'intérim.

Depuis le mois de septembre 2021, une diminution des candidatures d'infirmiers est observée. En revanche, le recrutement des psychologues, des AS et des ASH ne pose pas de difficulté.

Il ressort des plannings des équipes soignantes répartis par secteur pour les mois de septembre 2021 et de janvier 2022 que les effectifs des unités fermées sont en moyenne de quatre soignants pour vingt-cinq patients présentant des troubles psychiques non stabilisés ce qui est insuffisant. En effet, les sollicitations des patients sont très régulières et peu de patients de ces unités sont autorisés à sortir seuls de l'unité. Les soignants n'ont pas le temps d'organiser des activités thérapeutiques qui contribueraient à leur apaisement ni d'assurer tous les accompagnements à l'extérieur ce qui participe des restrictions à la liberté d'aller et venir. Un sentiment d'ennui a été exprimé par plusieurs patients.

Par ailleurs, s'agissant des unités ouvertes, il est constaté plus d'absentéisme au sein de l'unité **Sainte-Agathe 1** (notamment arrêts maladies). D'ailleurs, dans cette unité, l'équilibre des plannings est très fragile. Ainsi, certains jours et à certains créneaux horaires une seule ASH est présente dans l'unité et parfois, sur le créneau 20h à 21h15, seulement deux IDE sont présents ou encore deux IDE avec une ASH – par exemple, le 3 septembre sur le créneau 6h30 à 11h15. Les relations conflictuelles et de défiance entre l'équipe médicale et l'équipe soignante ont des incidences sur la prise en charge des patients – peu d'entretiens infirmiers, réticence des patients à l'entretien médical, désaccord sur la prise en charge des patients. En effet, il s'agit d'une unité en crise qui connaît un *turnover* important au sein de l'équipe soignante – démissions régulières dont deux pendant le contrôle et, depuis 2018, trente-trois départs dont treize démissions. Si lors du contrôle, il n'a pas été constaté d'atteinte grave aux droits fondamentaux des patients, la situation dégradée constatée au sein de cette unité doit conduire à trouver des solutions dans un bref délai pour améliorer la prise en charge des patients. D'ailleurs, le fonctionnement de cette unité dénote au regard du fonctionnement harmonieux des autres unités d'hospitalisation (cf. § 9.1.2).

RECO PRISE EN COMPTE 1

Il doit être remédié aux relations délétères entre l'équipe médicale et l'équipe soignante au sein de l'unité ouverte Sainte-Agathe 1 qui ont des incidences sur la prise en charge des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que le nouveau médecin chef du secteur Sud en poste depuis le 31 décembre 2021 a travaillé dès sa nomination sur la répartition des effectifs médicaux en collaboration avec le directeur des soins. Des décisions ont été prises afin d'améliorer la collaboration médico-soignante au sein de cette unité.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

Les équipes de nuit sont supervisées par un cadre supérieur de santé. En pratique, elles sont organisées toutes les nuits par un cadre de santé de garde positionné au sein du bâtiment administratif. Ces équipes dédiées sont composées de deux IDE ou d'un IDE et un AS de nuit mais pas forcément d'un homme. Elles peuvent être renforcées par des étudiants en médecine (cinq), dans le cadre du partenariat tissé par le CHSM avec les filières d'enseignement.

Les contrôleurs ont pu observer la très bonne connaissance par les équipes de nuit des patients notamment en assistant aux transmissions qui sont particulièrement complètes tant à l'oral qu'à l'écrit et qui reprennent la prise en charge du patient dans son ensemble (événements de la journée, planning des rendez-vous médicaux, familiaux, etc.).

b) La formation et la supervision

Le CHSM s'emploie à proposer des parcours professionnels et à accompagner le changement de statut notamment par le financement de formations certifiantes. Pour les salariés faisant fonction, l'établissement a mis en place une validation des acquis de l'expérience. De plus, le projet de l'association Sainte-Marie est de développer un parcours de formation en psychiatrie.

L'offre de formation est globalement complète. Les formations sur la gestion de la violence et de prévention de la crise ont été développées afin de contribuer à la réduction des mesures d'isolement et de contention.

Un séminaire de formation de trois jours est organisé sur les droits des patients en psychiatrie adulte les 12, 13 et 28 septembre 2022 ouvert à tous et dont le programme est très complet. Néanmoins, il est constaté une faiblesse de la formation sur les droits des patients en SSC – quatorze places en 2020 avec l'association régionale des droits des patients, la prochaine est programmée au mois de septembre 2022 avec l'ARS et un juriste. En effet, la direction préfère réserver ces formations aux professionnels fidélisés quelques années après leur arrivée dans l'établissement. Néanmoins, la fidélisation peut également passer par la formation.

RECOMMANDATION 1

La formation sur les droits des patients en soins sans consentement doit être renforcée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir qu'une formation « socle » – manutention et confort du patient, pratiques soignantes et appel à renfort, relation d'aide et entretien d'accueil et depuis 2022 gestion de la douleur – doit être suivie par les nouveaux professionnels pour prétendre à une autre formation.

Elle précise que la recommandation sur la formation relative aux droits des patients en SSC sera prise en compte dans le prochain plan de formation ; un contact avec l'ARS ayant d'ores et déjà été pris à cette fin.

En l'état, la recommandation est maintenue dans l'attente de sa prise en compte effective.

Par ailleurs, des évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont déclinées sur plusieurs thématiques liées aux problématiques rencontrées dans la prise en charge des patients – notamment, isolement et contention, chute, addictions, douleur, troubles du transit, risque suicidaire. Elles font l'objet d'un suivi par une commission EPP.

Il n'y a pas de tutorat institutionnalisé pour les nouveaux arrivants ni de supervision pour les équipes ce qui est regretté par plusieurs équipes soignantes surtout depuis la crise sanitaire.

PROPOSITION 1

Le CHSM doit organiser un tutorat institutionnalisé dans le cadre de l'accueil des nouveaux arrivants.

Des supervisions doivent être proposées aux équipes soignantes qui en font la demande.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que certaines équipes ont mis en place des analyses de pratique régulières qui tendent à se généraliser avec la mise en place du nouveau projet d'établissement.

Pour répondre au questionnement de la direction, le CGLPL précise qu'un tutorat institutionnalisé consiste en l'organisation formalisée d'un système de tutorat d'un nouveau professionnel sur une période de temps déterminée par l'établissement. Les modalités d'organisation pouvant également varier (tuteur au sein de l'unité d'affectation ou extérieur à l'unité d'affectation). Le tuteur est un référent accompagnant le nouveau professionnel dans sa prise de poste pour favoriser son adaptation. La recommandation est maintenue sous la forme d'une proposition.

Néanmoins, le CHSM développe les postes d'infirmier en pratique avancée (IPA). Dans certaines unités, l'IPA est attendu pour organiser le tutorat et mettre en place une supervision.

Enfin, un livret d'accueil salarié présente l'association hospitalière Sainte-Marie, son organisation, ses valeurs et délivre des informations pratiques.

3.3.3 Le personnel médical

En intra hospitalier, l'ETP budgété en personnel médical (PM), hors étudiants et interne, est passé de 6,9 en 2020 à 8,4 en 2022, sans poste non pourvu. A l'extra hospitalier, il est passé de 36,8 ETP en 2020 à 35,9 ETP en 2022 dont deux ETP non pourvus.

Au moment du contrôle, il manquait deux médecins pédopsychiatres sur les six du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent étant précisé qu'il s'agit des deux médecins intervenant dans l'une des deux unités d'hospitalisation complète (cf. § 10.2).

Les internes ne sont pas comptabilisés dans les effectifs de médecin. Ils participent aux gardes, y compris somatiques.

Au moment du contrôle, l'organisation des gardes somatiques de nuit et de week-end connaissait une crise ayant conduit à un refus des internes de poursuivre leur internat au sein du CHSM dans la mesure où ces gardes pèsent sur eux en sus de la garde psychiatrique (cf. § 9.1.1). De plus,

l'équipe de médecins somaticiens est composée de professionnels proches de la retraite exemptés de garde par le médecin du travail.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise avoir constaté une diminution du nombre d'internes en psychiatrie dans tous les ESPIC. Une réorganisation de la prise en charge somatique a été travaillée et validée lors de la CME du 27 janvier 2022 sans suppression de la ligne de garde somatique qui n'existait pas depuis quelques années.

Lorsque la garde somatique n'est pas assurée par un médecin somaticien ou un interne, les médecins psychiatres assurent une astreinte somatique. Le psychiatre d'astreinte peut se déplacer ; il fait appel à SOS médecin lorsque cela dépasse des problématiques somatiques simples.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait observer que les établissements sont tenus à une obligation de moyens afin d'assurer une surveillance et des soins que justifie leur état, dont la surveillance de l'état somatique du patient même si les compétences en ce domaine des médecins spécialistes en psychiatrie ont des limites. Suite à un examen clinique sommaire et en l'absence d'un praticien compétent en médecine générale, un avis spécialisé peut être sollicité, ou encore le transfert du patient organisé, étant précisé que le CHSM a mis en place des procédures pour faire face à ces situations.

Le CHSM a engagé pour la semaine un médecin généraliste intérimaire de 13h à 20h pour tout l'établissement y compris pour l'EHPAD. De plus, le CHSM réfléchit à la constitution d'un pôle de médecin généraliste pour s'extraire du fonctionnement en secteur.

3.3.1 Le dialogue social

Le dialogue social est fluide. Les représentants des organisations syndicales sont impliqués dans les instances du CHSM et dans des groupes de travail thématiques. La secrétaire du CHSCT a été associée aux cellules de crise pendant la pandémie de Covid-19.

3.4 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES CONNAIT UNE TRADUCTION OPERATIONNELLE

3.4.1 Le traitement des événements indésirables

Le traitement des événements indésirables (EI) fait l'objet d'une approche dynamique et pragmatique. La démarche qualité et gestion des risques est structurée autour d'une instance décisionnelle, le comité de pilotage des risques et de la qualité (COPIRISQ) présidé par la directrice du CHSM et le président de la CME.

Les fiches d'événement indésirable (FEI) sont transmises au service qualité qui les ventilent aux directions concernées après avoir anonymisé le nom du patient s'il y figure. La FEI n'est pas anonymisée pour les membres du service qualité mais elle est anonymisée pour les autres professionnels destinataires de FEI. En 2020, 620 FEI ont été rédigées et en 2021, 705 FEI (environ deux par jour) sur tout le CHS sanitaire (hors EHPAD). Une charte d'encouragement au signalement d'EI est diffusée dans les unités.

Un bilan annuel est établi dans le cadre du COPIRISQ plénier qui coordonne et supervise la mise en œuvre de la politique et gestion des risques de l'établissement et la mise en œuvre du programme qualité et gestion des risques. Il se réunit au moins quatre fois par an pour analyser des EI sur une période déterminée et préconiser des plans d'action institutionnels pour les EI

récurrents. Il est composé notamment des représentants des directions, du président de la CME, du pharmacien chef, des médecins chefs de secteurs, de deux représentants des usagers et de membres invités.

Un COPIRISQ restreint se réunit deux fois par mois en moyenne sur sollicitation du service qualité. Il passe en revue l'ensemble des EI. La première étape est la récolte d'informations, puis le COPIRISQ préconise une analyse des causes profondes (ACP) menée par le service qualité, ou un comité de retour d'expérience (CREX) mis en œuvre par les secteurs de soins. Le plan d'action est suivi par le service qualité en lien avec le COPIRISQ restreint.

La décision de déclencher un CREX ou une ACP dépend de la nature et de la gravité de l'évènement.

Les ACP sont réalisées par le gestionnaire des risques et le médecin référent des risques associés aux soins dans un délai maximum de trois semaines (dans la mesure du possible) après la déclaration. Les professionnels impliqués sont interrogés afin de décrire chronologiquement l'évènement et de dégager les facteurs de risque (patient, organisation, technique, procédure, etc.). Ils sont invités à instaurer un plan d'action pour éviter la répétition de l'évènement. La méthode ALARM est utilisée⁶.

Le CREX (utilisation de la méthode Orion) connaît une utilisation plus simple mise en œuvre par les secteurs directement à hauteur de trois fois par an sur des thématiques récurrentes ou marquantes. Il ressort des extractions des FEI que tout incident violent est repris en équipe.

Une présentation du bilan des EI est effectuée en CDU une fois par an. Les EI graves (EIG) ou potentiellement graves ou récurrents sont transmis à l'ARS.

Les déclarations sont obligatoires pour les décès inattendus, la contention hors chambre d'isolement (un seul en 2021, l'état psychiatrique nécessitait une contention pour faire un soin), les actes de violences avec criticité importante, les incendies ayant entraîné un dommage, les troubles intestinaux nécessitant un transfert pour geste chirurgical (une situation en 2020).

Deux patients hospitalisés en 2020 sont décédés – un en SL deux jours après son admission et un en SPI le lendemain de son admission – et en 2021 quatre patients – un patient en SL quatre jours après son admission, un vingt-sept jours après son admission, un vingt-et-un jours après son admission et un patient en SDRE près de deux mois après son admission. Les âges sont compris entre 27 ans et 63 ans.

Les FEI relatives aux erreurs médicamenteuses sont systématiquement signalées comme le démontre le tableau des FEI des six derniers mois présenté aux contrôleurs, ce qui permet une recherche de la cause de l'erreur en vue de l'amélioration des pratiques et du circuit du médicament. Par exemple, des FEI relatives à des problèmes de gestion de l'insuline pour certains patients ont amené à une ACP qui a abouti à un protocole insuline mis en place par la pharmacie. Par ailleurs, en 2021, une augmentation des FEI sur le circuit du linge a été constatée (vingt en six mois) ; en conséquence, une nouvelle organisation a été mise en place. Il ressort de l'étude des extractions des FEI des six derniers mois que les autres thématiques les plus récurrentes sont

⁶ « Association of Litigation And Risk Management » : à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un évènement, sont recherchées les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr. La grille d'analyse classe l'ensemble des causes racines en sept catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'évènement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel).

les violences (verbales ou physiques sur le personnel soignant, les chariots repas (température, livraison en retard, etc.), l'introduction ou tentative d'introduction de produits stupéfiants.

Les déclarations relatives à des violences physiques sur les patients ou sur le personnel sont systématiquement transmises à la directrice du CHSM et au directeur des soins. Lorsque l'évènement entre dans la catégorie des accidents de travail il est transmis à la DRH.

En 2021, sur 180 déclarations relatives à des violences toute nature confondue (physique, verbale, agressivité) moins de 5 % représentaient des EIG. Un protocole spécifique est établi pour le signalement et la gestion d'une situation de maltraitance envers un patient au sein du CHSM – les personnes suspectées pouvant être un personnel du CHSM, des intervenants extérieurs ou des proches. Il en va de même pour la prise en charge psychologique d'un membre du personnel victime d'une agression ou d'un traumatisme en lien avec le réseau de consultations de victimologie du CHU et avec la médecine du travail

La perception générale des unités visitées est que les EI donnent lieu à une réponse et qu'un CREX par trimestre et par secteur est organisé. Si les équipes soignantes ne font pas part d'un sentiment d'insécurité, il n'en demeure pas moins que les équipes des unités fermées ont pu déplorer l'insuffisance de l'équipement en dispositif d'alarme du travailleur isolé (DATI) y compris pour les ASH qui peuvent se trouver seules dans les chambres des patients (cf. § 6.1.3 recommandation prise en compte n°3). En cas d'agression, il est fait appel au renfort des unités par l'alarme, avec la possibilité d'une intervention des agents de sécurité qui ne touchent pas le patient. Les soignants ont largement accès à la formation Omega qui est particulièrement appréciée. Enfin, la qualité des EI démontre que cet outil d'analyse des pratiques est bien appréhendé par les équipes soignantes dans l'intérêt de l'amélioration de la prise en charge du patient.

Une instance pluridisciplinaire consultative innovante est saisie en cas de violence : l'observatoire des violences et agressivité (OVA) du CHSM qui formule des préconisations dans le cadre de la prévention des incidents graves. Elle est composée de membres de la direction, de médecins, de soignants, de représentants des OS siégeant au CHSCT, du médecin du travail. Elle se réunit trois à quatre fois par an. Elle a par exemple préconisé l'achat de boucliers matelassés en cas d'agression d'un patient avec une arme blanche afin de le neutraliser.

BONNE PRATIQUE 1

L'observatoire des violences et agressivité (OVA) du CHSM, qui formule des préconisations dans le cadre de la prévention des incidents graves, est une instance pluridisciplinaire innovante.

3.4.2 Les réclamations et les plaintes

Les réclamations et les plaintes des patients sont traitées avec célérité et sont tracées via un registre tenu par la direction. De plus, les réclamations des patients hospitalisés sont facilitées par un dispositif de prise en compte de l'expression orale d'une réclamation ou d'une plainte. Des procédures claires sont diffusées dans les unités distinguant les réclamations écrites et orales et la saisine du médiateur médecin ou non.

Lorsqu'un patient formule dans une unité une réclamation à l'oral, un dispositif d'accompagnement par les soignants en unité est mis en place afin de retranscrire la réclamation par écrit (ce depuis 2017). En 2021, vingt-neuf plaintes orales ont été recensées pour des motifs

variés – dix pour pertes, vols, objets endommagés, une relative à l'accès aux soins, deux aux aspects médicaux, cinq à de la maltraitance, cinq à la vie quotidienne-environnement, une aux droits individuels des usagers et cinq pour autres motifs.

BONNE PRATIQUE 2

Les réclamations et les plaintes des patients exprimées à l'oral sont tracées et prises en compte.

Les réclamations sont transmises à la directrice, au directeur des soins, au médecin chef et au cadre supérieur de santé. Elles sont exploitées qualitativement et quantitativement par la commission des usagers (cf. § 8.1.2).

Un questionnaire de satisfaction est remis au patient, par le soignant ou les cadre de l'unité, au moment de sa sortie d'hospitalisation. L'exploitation de ces questionnaires révèle un taux de satisfaction massif et les propositions des patients sont recensées. Néanmoins, le taux de retour compris entre 31 et 34 % entre 2019 et 2021 reste faible. La révision des modalités de remise de ce questionnaire au patient en fin d'hospitalisation est à l'étude par la direction de la qualité.

3.4.3 L'accès au dossier médical

Un protocole « demande d'accès au dossier médical » prévoit les conditions de communication de copie payante et de consultation gratuite par le patient ou ses ayants droit. Un tableau de suivi est tenu par le secrétariat de la direction.

En 2020, sur quarante-sept demandes, douze ont été déclarées non conformes. Le délai moyen de réponse est de 5,3 jours pour un dossier médical de moins de cinq ans et de 32,7 jours pour un dossier médical de plus de cinq ans. Le délai des huit jours pour un dossier médical de moins de cinq années n'a été dépassé qu'une seule fois (12 jours).

En 2021, sur soixante-sept demandes, cinq ont été déclarées non conformes, et sept dossiers se trouvaient aux archives départementales. Les délais moyens de traitement sont de 4,87 jours pour un dossier de moins de cinq ans et de 24,22 jours pour un dossier de plus de cinq ans, aucun dépassement de délai n'est constaté.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST DYNAMIQUE

Depuis trois ans, le comité d'éthique constitué en espace de réflexion éthique (ERE) « territoire », mis en place en 2008, est présidé par un éducateur spécialisé. Selon le président du CE la « *frontière est poreuse entre la démarche éthique et la thérapie institutionnelle et les deux dimensions se complètent* ».

Il est composé d'une vingtaine de personnes dont deux représentants des usagers et des professionnels de toutes origines professionnelles. Depuis quatre années ses travaux sont ouverts à l'ensemble des professionnels. Il travaille en lien avec un espace de réflexion éthique (ERE) associatif constitué au niveau de l'association hospitalière Sainte-Marie dont font partie les présidents des ERE locaux.

Les travaux de l'ERE évoluent vers la mise en place d'une éthique appliquée. Ils étaient jusque-là organisés autour de thématiques déconnectées de situations particulières. Une fiche de saisine diffusée dans l'établissement accompagne les équipes dans la formulation de la question

éthique. Le CE a été saisi d'une dizaine de situations en trois ans. Par exemple, la situation d'une patiente atteinte d'un cancer qui refuse les soins somatiques.

Le statut du CE est en cours de modification afin de rendre ses travaux plus efficaces. En effet, actuellement toute question éthique doit être abordée en réunion plénière qui ne se tient que deux fois dans l'année. Une fois qualifiée d'éthique, elle est adressée aux membres de l'ERE territoire puis une rencontre est organisée avec l'équipe dans un délai compris entre une semaine et dix jours. Les membres de l'ERE se réunissent dans la semaine qui suit afin de produire un avis écrit adressé à l'équipe qui est à nouveau rencontrée afin d'échanger sur cet avis. Un second écrit complète le premier et est transmis à l'équipe et à l'ERE du CHSM qui valide la remontée de l'écrit à l'ERE associatif. Le travail du comité d'éthique est soutenu par la direction. Les représentants du personnel sont également invités au CE.

Les comptes rendus de l'ERE font état d'actions à l'attention des équipes soignantes afin de rendre ses travaux plus visibles (intégration de la fiche de saisine dans le RI de l'établissement, déplacement des membres de l'ERE au sein des unités). Elles sont encouragées dans la mesure où, dans certaines unités visitées par les contrôleurs, les travaux du CE ne sont pas encore visibles.

Enfin, la crise sanitaire a empêché la reprise de colloques thématiques comme celui prévu en 2020, reporté au mois de janvier 2021 sur « *le soin est-il soluble dans le protocole ?* » qui a été finalement reporté *sine die*.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que le colloque s'est tenu le 4 mai 2022.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LES TENSIONS EXISTANT ENTRE LE SERVICE DES URGENCES DU CHU ET LE CHSM PEUVENT RETENTIR SUR LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

4.1.1 La prise en charge aux urgences du CHU

a) L'organisation, les locaux

Le pôle urgences du CHU comporte outre le SAMU, le SMUR, le plateau technique des urgences, la zone d'attente transitoire (ZAT), l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), l'unité de psychiatrie et de psycho-trauma (UPP) et un service de post-urgence psychiatrique de vingt-neuf lits situés au sixième étage du CHU.

Le service des urgences psychiatriques est donc inclus dans le service des urgences du CHU et remplit plusieurs missions : la prise en charge des patients arrivants, le suivi post-urgence à la ZAT ou l'UHCD, des consultations de psycho-trauma et un service de suivi téléphonique des patients suicidants ainsi que la psychiatrie de liaison pour la post-urgence.

A l'UHCD, sur vingt lits, trois sont dévolus à la psychiatrie.

Le service de post-urgence permet de garder en soins des patients nécessitant un traitement prolongé sans indication de transfert en hospitalisation complète dans un service de psychiatrie par la suite.

Les patients admis aux urgences sont installés dans des boxes à des fins de bilan somatique et psychiatrique. Si une indication d'hospitalisation est posée, ils sont transférés dans la ZAT, dans l'attente d'un lit dans un établissement hospitalier, une clinique privée, le CHSM, l'UHCD ou l'unité de post-urgence. Un *staff* se tient tous les matins avec les médecins urgentistes de nuit et de jour, le chef de pôle, les cadres et le psychiatre pour échanger sur la prise en charge des patients.

Le service des urgences comptabilise environ 58 000 entrées par an dont 12 % concernent la pathologie psychiatrique (quinze patients par jour en moyenne) alors qu'il est conçu pour en recevoir 30 000. Les locaux sont très exigus et le nombre de boxes du plateau technique est insuffisant, ce qui génère des tensions permanentes entre ce service et les services d'admission y compris en psychiatrie. Les médecins urgentistes estiment avoir besoin d'adresser trois patients par jour au CHSM et se plaignent de l'insuffisance de lits disponibles, des réponses trop tardives ce qui laisse les patients dans l'attente et majore leur anxiété. Comme ont pu le constater les contrôleurs, le service des urgences adresse tous les jours vers 8h30 un fax à la régulation du CHSM pour faire connaître ses besoins en lits, suivi d'un rappel téléphonique vers 9h30. La réponse du CHSM arrive vers 14h00 et des lits doivent donc être trouvés pour les patients restés sans solution. A cela s'ajoute la difficulté de trouver des ambulances disponibles pour le transport des malades induisant un risque d'entrées tardives dans les services moins dotés en personnel en début de nuit.

b) Les moyens

L'UPP compte 2,5 ETP de poste de psychiatre budgété mais au moment du contrôle seul 0,9 ETP était pourvu. Deux psychiatres interviennent l'un à 0,5 ETP (chef de service des urgences psychiatriques) et l'autre à 0,4 ETP.

Quatre IDE (3,8 ETP) sont affectés à l'UPP. Du lundi au vendredi, de 8h00 à 16h00, deux infirmiers sont présents. Les samedis, dimanches et jours fériés il n'y a qu'un seul IDE de 8h00 à 15h30. A partir de 16h, il est fait appel à un interne en psychiatrie du CHU secondé par un médecin senior. En semaine, ce praticien est présent dans l'établissement de 8h00 à 19h00 et les samedis et dimanches, de 8h00 à 13h00.

Le reste du temps, les médecins seniors assurent une astreinte téléphonique, de 18h30 à 8h30 du lundi au samedi matin et de 13h00 à 8h30 le samedi et le dimanche. Tous les psychiatres du CHU y participent sauf dérogation, notamment pour les médecins des urgences psychiatriques qui font des astreintes de cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

c) L'admission des patients en soins sans consentement

Les médecins urgentistes, ou le psychiatre s'il est présent, informent oralement le patient de son statut mais ce sont les infirmiers qui font signer la notification. Aucun certificat médical n'est remis au patient ce qui le prive de la motivation de son hospitalisation (cf. § 4.3.5, recommandation n° 4). Les patients en soins sur décision du directeur (SDD) sont hospitalisés dans un établissement rattaché à leur secteur.

Les services du CHU n'admettent pas de patients en SSC sous le statut soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) en hospitalisation complète et ces derniers doivent être dirigés vers le CHSM. Il a été rapporté aux contrôleurs, une tendance au recours à ce mode d'hospitalisation par les services d'urgences du CHU afin de faire admettre des patients au CHSM. Ce alors que, selon plusieurs professionnels de cet établissement, la clinique du patient ne justifie pas ce statut. Ainsi le cas récent relaté aux contrôleurs, d'une patiente de vingt ans, sans aucun antécédent psychiatrique, ayant déclenché une crise clastique à domicile. Conduite aux urgences par ses proches, elle s'y est agitée et a été placée en SDRE. Au CHSM où elle a été transférée, la mesure a semblé abusive aux psychiatres quand un SDT aurait pu être instauré avec l'accord du compagnon bienveillant et la demande de levée de la mesure a été acceptée dans les 48h par le préfet. Néanmoins, cette jeune femme reste fichée sur le logiciel Hopsyweb. Or, l'article L3213-1 du code de la santé publique dispose que « le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié (...), l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». D'ailleurs, de nombreuses mesures de SDRE sont levées rapidement après l'admission du patient démontrant leur inadéquation avec l'état clinique du patient et la réalité de sa dangerosité. Par exemple, pendant la mission une patiente a été hospitalisée un dimanche en SDRE, faute de place en chambre d'hospitalisation, elle a été admise dans une chambre d'isolement de l'UPSI, et la mesure de SDRE a été levée dès le lundi.

RECOMMANDATION 2

Le certificat médical délivré en vue d'une hospitalisation sous le statut de soins sur décision du représentant de l'Etat doit être motivé conformément à l'article L3213-1 du code de la santé publique. Ce mode d'hospitalisation particulièrement stigmatisant doit être strictement

réservé aux « *personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ».

Une réflexion doit être engagée par le CHU et le CHSM sous l'égide de l'ARS et de l'autorité préfectorale sur cette question.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHU fait valoir que « *les tentatives présumées de transférer des patients depuis les urgences du CHU vers le Centre Hospitalier de Sainte-Marie en usant abusivement de la procédure d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat sont injustifiées. En effet, les demandes d'hospitalisation à la demande d'un représentant de l'Etat sont systématiquement contrôlées par les Directeurs de garde en lien avec l'ARS* ». Elle rappelle que « *les transferts de patients depuis les urgences psychiatriques du CHU vers le CHSM, en dehors des procédures de SDRE, sont, d'après les acteurs de terrain, considérés comme inexistantes les WE, alors même que les unités d'hospitalisation complète du CHU accueillent en moyenne 5 patients en provenance du service des urgences sur ces périodes* ».

Néanmoins, la recommandation émise n'est aucunement fondée sur des allégations puisque pendant la mission, les contrôleurs ont constaté des défauts de motivation des certificats médicaux ainsi que des inadéquations du statut de SDRE avec la réalité de la situation de certains patients (des exemples précis étant cités dans plusieurs paragraphes du rapport). Le CGLPL maintient sa recommandation sur la nécessité pour l'ensemble des acteurs d'engager une réflexion sur le statut de SDRE, sa définition et les conséquences de ce statut pour le patient.

En outre, la direction du CHSM a indiqué que cette recommandation s'adresse à l'ARS.

Selon les médecins du service des urgences du CHU, un tiers des mesures de SDRE sont prises à leur initiative, devant des patients agités ou agressifs, même s'ils sont amenés par leur famille et *a fortiori* par les pompiers ou les forces de l'ordre et, dans ce cas, les patients attendent 24h la décision préfectorale en chambre d'isolement.

En 2021, 96 patients SDRE (hors patients détenus et irresponsables pénaux) ont été admis au CHSM, 76 (79 %) relevant de ce secteur et 15 (16 %) de celui du CHU, les autres venant de départements limitrophes ou étant sans domicile fixe.

d) Le transport des patients

Pour les patients admis en soins sur décision du directeur (SDD) ou en soins libres (SL), le CHU réserve une ambulance pour le transport au CHSM. Dans 90 % des cas, ils sont transportés allongés, ceinture de sécurité bouclée mais non contentionnés.

Pour les patients en SDRE, le CHSM forme un équipage constitué d'un IDE du secteur et d'un soignant de l'intersecteur qui se rend au service des urgences du CHU. La médication est faite aux urgences. Le patient est couché et contentionné mais pas systématiquement sédaté. Néanmoins, selon des témoignages recueillis, des patients ont pu souffrir physiquement lors d'un transport sous contention sans sédation.

PROPOSITION 2

Les conditions dans lesquelles un patient est transporté sous contention doivent prendre en compte la douleur physique générée par la mesure.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que cette recommandation s'adresse au CHU. Le protocole contention du CHSM comprend l'évaluation de la douleur. La recommandation est maintenue sous la forme d'une proposition.

La contention pendant le transport n'est pas tracée.

RECOMMANDATION 3

Toute décision de mesure d'isolement et de contention doit être inscrite dans le dossier médical du patient ainsi que dans le registre prévu à cet effet.

Le secteur Nord travaille aussi avec les urgences du centre hospitalier de Riom dans de bonnes conditions relationnelles.

Sous l'impulsion de l'ARS, un groupe de travail réunit des représentants du CHU et du CHSM afin de favoriser un travail commun sur les filières et une coordination entre les deux établissements sur les points suivants : les urgences, la psychiatrie de liaison à Riom et Issoire, la réhabilitation, l'addictologie, la gérontopsychiatrie, la pédopsychiatrie et les troubles alimentaires.

4.1.2 La prise en charge au Centre Hospitalier Sainte-Marie

a) La régulation

L'établissement a instauré un service de régulation dont la mission consiste à recevoir tous les patients qui se présentent ou sont adressés à l'accueil du CHSM, afin d'évaluer leurs besoins en soins et de proposer une prise en charge. Ce service fonctionne de 7h00 à 20h00 avec des IDE et des psychiatres régulateurs (3 ETP pour 4 budgétés). Après 20h00, pour les soignants, les cadres supérieurs d'astreinte, le cadre de nuit présent et les IDE de l'UAEO prennent le relai.

Le patient qui se présente est d'abord reçu en entretien par un IDE puis par un psychiatre. Le matin de 9h à 17h, le patient est reçu par un médecin psychiatre de l'UAEO/UPSI. En dehors de ces horaires, par le psychiatre d'astreinte ou l'interne de garde. Dans ce dernier cas, un psychiatre d'astreinte à domicile assure une seconde ligne et se déplace sur demande de ses confrères ou donne son avis par téléphone.

Les IDE recherchent les lits disponibles sur les secteurs et à défaut adressent à l'UAEO. Ce service vérifie également que tous les patients en SSC qui leur sont adressés par le CHU ont bien bénéficié d'un bilan somatique préalable et dans le cas contraire, il les renvoie aux urgences du CHU car le CHSM ne dispose pas des moyens suffisants pour le faire, ne disposant pas notamment de plateau technique.

b) L'arrivée dans les unités d'hospitalisation

Dans toutes les unités d'hospitalisation, l'entretien d'accueil est conduit par les IDE. Les chambres attribuées sont celles disponibles. La visite de l'unité se fait dès que l'état clinique le permet. En ce qui concerne les patients en SSC, après une information orale sur leur statut, les IDE leur remettent les documents suivants :

- une notification des droits précisant les recours possibles et les modalités d'intervention du JLD ;
- une notification de décision destinée au bureau des placements.

Ces notifications sont proposées à la signature des patients qui peuvent refuser et, dans ce cas, les soignants attestent par écrit les avoir informés.

Une notification écrite est adressée au tiers, au curateur, au préfet, à la CDSP, à l'ARS Auvergne Rhône-Alpes avec en pièce jointe pour cette dernière les certificats médicaux initiaux, le bulletin d'entrée et la décision d'admission.

Les certificats médicaux ne sont pas remis (cf. § 4.3.5, recommandation n°4).

Ces informations sont reprises par les médecins et la recherche du consentement est réelle, la levée de la mesure étant systématiquement demandée quand le patient adhère aux soins.

Le livret d'accueil est également remis et commenté si le patient est en état, sinon cela est reporté ultérieurement.

Une fois admis dans l'unité, de 9h00 à 17h00 les patients sont vus en consultation par un psychiatre du service, de 17h00 à 20h00 par celui d'astreinte et après 20h00, par l'interne en psychiatrie de garde. Si un certificat médical doit être établi, le psychiatre d'astreinte est appelé et se déplace.

A l'UAEO et à l'USIP, les observations du patient sont recueillies et figurent dans le dossier médical. Les échéances des certificats médicaux sont suivies par le secrétariat des deux unités qui les prépare et les donne à remplir aux médecins aux dates prévues. En théorie, les médecins signataires ne sont pas les mêmes pour les certificats de demande d'admission en SSC, 24h et 72h mais les contrôleurs ont pu constater que ce n'était pas toujours le cas et qu'il arrive que le même médecin signe les deux certificats (étude de dossiers). Les patients étant vus tous les jours par les médecins, les certificats médicaux sont établis en pleine connaissance de cause.

A l'unité Sainte-Agathe Rdc, l'établissement des certificats médicaux ne donnent pas lieu au recueil des observations du patient.

PROPOSITION 3

L'établissement des certificats médicaux doit s'accompagner du recueil systématique des observations du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM indique qu'une démarche institutionnelle est en cours pour uniformiser la rédaction des certificats médicaux pour tenir compte de cette recommandation lors des programmes de soins.

La recommandation est maintenue sous la forme d'une proposition.

Dans toutes les unités les restrictions d'accès aux effets personnels sont individualisées et fonction de la clinique, seuls les objets dangereux sont retirés.

Le port du pyjama n'est imposé qu'en chambre d'isolement et non systématiquement (cf. § 7.2.2).

L'examen somatique est réalisé dans les 24 heures pour tous les patients et ceux adressés par les urgences du CHU ne sont admis qu'avec la certitude qu'ils ont bénéficié d'un bilan somatique préalable.

Le repérage des personnes bénéficiant ou nécessitant une mesure de protection juridique est systématique. Au moment du contrôle, sur 162 patients hospitalisés dans les unités Rdc et n°1 ainsi qu'à l'UPSI et à l'UEAO, 74 patients bénéficiaient d'une mesure de protection juridique, dont 15 sous tutelle, 27 sous curatelle simple, 30 sous curatelle renforcée, 1 sous sauvegarde de justice et 1 statut non déterminé.

4.2 L'ACTIVITE EST STABLE MAIS LE PARCOURS D'ENTREE DU PATIENT N'EST PAS TOUJOURS FLUIDE

Il ressort des données d'activité transmises que si les unités sont occupées à 100 %, il n'existe pas de problématique de sur-occupation au moment du contrôle. Néanmoins, lorsque les unités d'admission fermées sont pleines il peut arriver que la CI soit utilisée comme chambre d'hospitalisation de manière provisoire et exceptionnelle. Ainsi, pendant la mission, une patiente en SDRE (cf. § 4.1.1 c) qui ne relevait pas d'une mesure d'isolement a-t-elle été hospitalisée à l'UPSI en CI à partir du CHU, faute de chambre d'hospitalisation disponible alors que cette orientation était déconseillée au regard de sa pathologie.

Si la file active a diminué entre l'année 2019 (1619) et les années 2020 (1377) et 2021 (1397), la durée moyenne de séjour (DMS) a en revanche augmenté – 33 jours en 2019, 43 en 2020 et 44 en 2021. La DMS des patients en SSC est classiquement plus longue que celle des patients en SL :

- en 2019, 40 jours pour les SSC contre 25 pour les SL
- en 2020, 43 jours pour les SSC contre 33 pour les SL
- en 2021, 46 jours pour les SSC contre 33 pour les SL.

Pour les années 2019, 2020 et 2021, la part des patients en soins sans consentement est stable comme étant de 34,46 % en 2019, 36,74 % en 2020 et 37 % en 2021.

Les soins psychiatriques sur décision du directeur (SDD) concernent 77,40 % des patients en SSC en 2019, 80 % en 2020 et 76,4 % en 2021.

Les soins à la demande d'un tiers (SDT) sont les mesures prépondérantes les trois années – 54,40 % des SDD en 2019, 55,55 % en 2020 et 49,36 % en 2021. Ce contrairement à de nombreux établissements visités où le soin pour péril imminent (SPI) devient majoritaire en raison des modalités plus simples d'admission sous ce statut.

En 2019, la part des SPI et celle des soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), est quasiment similaire – 27,31 % pour les SPI et 28,24 % pour les SDTU, tandis qu'en 2020 et 2021, la part des SPI est supérieure à celle des SDTU – 33,08 % de SPI en 2020 contre 18 % de SDTU, 38,48 % de SPI en 2021 contre 21,77 % de SDTU.

Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) sont ainsi répartis : 23,80 % de patients détenus en 2019, 32,75 % en 2020, 28,57 % en 2021 ; 3,40 % de SDRE judiciaires (irresponsabilité pénale) en 2019, 5,17 % en 2020 et 6,42 % en 2021. Pour les autres décisions du préfet, le logiciel Cariatides ne permet pas de distinguer les décisions initiales des maires – 78,9 % des SDRE en 2019, 66,37 % en 2020 et 68,57 % en 2021. Depuis l'année 2019, aucune décision de SDT n'a été transformée en SDRE.

La préfecture sollicite fréquemment un deuxième avis pour la mise en place d'une hospitalisation avec programme de soins (PDS). Par ailleurs, les retards lors des retours de permissions de sortir (PS) sont sanctionnés par un refus d'accorder une PS peu de temps après l'incident.

Par ailleurs, il ressort de l'étude des évènements indésirables des six derniers mois des difficultés dans le parcours d'entrée du patient en SSC lorsqu'il est orienté en chambre d'isolement directement par le SAMU sans passer par le CHU. En effet, cette mesure peut s'événer non pertinente, d'une part, et entraîner un risque lié à l'absence de « désomatisation », d'autre part.

4.3 LES INFORMATIONS ORALES ET ECRITES SONT INSUFFISANTES LORS DE L'ADMISSION D'UN PATIENT EN SSC

4.3.1 Le livret d'accueil

Le livret d'accueil du CHSM est remis systématiquement à chaque patient admis en SSC, soit lors de son passage à l'UEAO, où il peut parfois être amené à résider plusieurs jours dans l'attente d'une place dans l'unité relevant de son secteur, soit dans l'unité de secteur lors de l'entretien infirmier.

Si ce livret est bien conçu dans sa présentation et dans sa typographie, il est regrettable de constater qu'il ne fait que très brièvement référence à l'hospitalisation en SSC et aux différents types de mesures. Rien n'est dit du JLD ou encore des droits des patients, à l'exception de la CDSP, qui ne fonctionne plus depuis plusieurs années (cf. § 8.1.1).

Les autorités (autres que la CDSP) pouvant être saisies par un patient ne sont pas mentionnées, dont le CGLPL.

Ces manquements avaient déjà été relevés lors du précédent contrôle en 2009⁷, la direction ayant cependant répondu à l'issue de la communication du rapport provisoire que « ces mentions figurent sur le livret » ; ce qui n'est manifestement pas le cas aujourd'hui.

Contrairement à ce qui est annoncé dans le livret d'accueil, aucun document de présentation des SSC n'est remis dans les unités. Les informations données sont donc verbales et leur qualité dépend du personnel qui les délivrent.

PROPOSITION 4

Les patients doivent être informés par la remise d'un document formalisé des différents modes d'hospitalisation, de leurs droits ainsi que des autorités susceptibles d'être saisies.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que le livret d'accueil du patient sera mis à jour au second semestre 2022, intégrant une information pour les patients sur les différents modes d'hospitalisation, leurs droits ainsi que des autorités qui peuvent être saisies. Dans l'attente de son impression réalisée par un prestataire externe, un feuillet libre avec l'ensemble de ces informations sera intégré dans le livret d'accueil.

Le CGLPL salue ce projet, la recommandation est maintenue en l'état sous la forme d'une proposition.

⁷ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, fév. 2009, p. 6.

4.3.2 Le règlement intérieur

Il existe un règlement intérieur (RI) auquel se réfère le livret d'accueil⁸, tenu à la disposition des patients. Cependant, les contrôleurs n'ont rencontré aucun patient l'ayant demandé ni aucun soignant l'ayant remis à un patient.

4.3.3 Les règles de vie

Elles apparaissent dans le livret d'accueil sous la forme de « règles de conduite » qui en réalité énoncent des règles applicables à tout l'établissement, dont un paragraphe intitulé « règles de vie » renvoyant à l'article 29 du RI.

Certaines unités d'hospitalisation (notamment unité Saint-Louis et UAEG) affichent des règles de vie, qui sont la reprise de certaines dispositions du RI, ou l'organisation de la journée type soit des informations très générales voire succinctes. Les informations délivrées sont donc également orales et dépendent du professionnel qui les délivre.

PROPOSITION 5

Les règles de vie d'une unité doivent être énoncées dans un document remis aux patients et doivent être affichées dans l'unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir qu'un travail institutionnel va être engagé pour généraliser la rédaction des règles de vie dans les unités de soins au sein desquelles elles seront affichées et remises lors de l'admission de chaque patient.

La recommandation est maintenue en l'état sous la forme d'une proposition.

Un infirmier, parfois accompagné d'un aide-soignant, accueille le patient dans son unité de soin, lui fait visiter le service, le conduit à sa chambre, l'aide à l'installation, commente les règles de vie. En raison de l'état clinique du patient à son arrivée il est fréquent que les informations soient délivrées de manière différée (cf. § 4.1.2 b).

4.3.4 Les décisions d'admission et leur notification

a) Les décisions d'admission

L'hospitalisation en SSC, ouvre des droits spécifiques aux patients, qui reçoivent une notification des décisions.

Pour l'hospitalisation d'un patient, une décision administrative est prise pour une admission provisoire, soit par le préfet en cas de SDRE, soit par le directeur de l'établissement pour les autres types d'admission en SSC.

La décision du directeur est préparée par le bureau d'accueil. Ce projet est ensuite remis au directeur ou son délégué pour signature.

En pratique, plusieurs difficultés ont été relevées par les contrôleurs :

- la décision préparée par le bureau d'accueil est une décision type qui se réfère aux certificats médicaux et à l'avis du ou des médecins signataires dont elle se contente de viser les motifs sans les reporter (cf. § 4.3.5 recommandation n°4) ;

⁸ Pages 20 à 22 du livret d'accueil.

- dans ces conditions, le contrôle par l'autorité signataire du bien-fondé de l'hospitalisation en SSC se révèle succinct, la décision étant préalablement rédigée et simplement soumise à la signature ;
- les décisions sont parfois antidatées, pour les patients hospitalisés le week-end à partir du vendredi soir ou bien la veille de jours fériés, le bureau d'accueil étant fermé à ces périodes. En conséquence, la décision n'est établie que le lundi matin, puis signée par le directeur, mais datée du jour du certificat médical ; elle est donc antidatée. Dans cette hypothèse, la décision d'admission est notifiée entre un à trois jours après l'arrivée du patient, hospitalisé contre sa volonté pendant cette période sans droit ni titre, en toute illégalité, le patient étant par ailleurs privé de l'exercice de ses droits.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le jour du certificat médical ou dans un délai raisonnable s'il intervient la nuit, y compris le week-end et les jours fériés, les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM indique avoir pris en compte cette recommandation en modifiant l'organisation du circuit des décisions.

Cette recommandation est considérée comme prise en compte.

b) Les notifications

Les secrétariats médicaux de chaque secteur assurent le lien entre la direction de l'établissement et chacune des unités. Les documents qui doivent être remis aux patients dans les unités transitent par les secrétariats.

Les infirmiers notifient : la décision d'admission ; la décision prolongeant cette admission après le certificat des 72h ; la convocation devant le JLD ; la décision du JLD ; chacune des décisions mensuelles de prolongation de l'hospitalisation en SSC.

Un exemplaire du document à notifier est toujours remis à l'intéressé de même qu'un double de l'acte de notification.

Tous les actes de notification comportent la liste intégrale des droits de la personne en SSC, lesquels ont préalablement été notifiés, dès l'arrivée du patient dans l'unité, dans le cadre d'une notification autonome.

Ils reportent les observations du patient sur les documents, ce qui place les soignants dans une position difficile en fonction du degré de formation juridique qu'ils ont reçu ou bien du fait de la nature de la décision elle-même, telle la décision de maintien de l'hospitalisation en SSC prise par le JLD.

Si le patient n'est pas en état de signer l'acte de notification, une mention expresse est apposée et signée par deux soignants.

BONNE PRATIQUE 3

Les actes de notifications comportent systématiquement le rappel de tous les droits du patient.

4.3.5 Les certificats médicaux et les avis motivés

Les certificats médicaux ne sont pas remis au patient et ils ne sont pas toujours portés à la connaissance des patients, notamment le certificat médical initial, ou ceux des 24h et 72h, ou encore l'avis motivé transmis au JLD avec sa saisine.

Les décisions du directeur les visent sans pour autant les reproduire ou bien sans en produire la substance, se contentant d'en adopter les motifs. Leur légalité peut ainsi être attaquée pour manque de motivation.

RECOMMANDATION 4

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou bien ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM sollicite des précisions quant à la nécessité de motiver les décisions.

Selon un principe général du droit, toute décision susceptible d'être contestée doit être motivée. Plus particulièrement, outre les droits que tout patient, quel que soit son statut d'admission, doit pouvoir exercer, une personne faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement dispose de droits propres. Selon les dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, elle doit être informée « de manière appropriée à son état » de la décision d'admission et de toutes les décisions de maintien qui la suivent, ainsi que **des raisons qui les motivent**.

La recommandation est maintenue.

Les observations sont tracées dans le dossier patient, néanmoins dans certaines unités elles ne sont pas recueillies (cf. § 4.1.2, proposition n°3).

Enfin, après une année d'hospitalisation en SSC, puis tous les six mois, le JLD doit être saisi. Un avis du collège des professionnels de santé doit lui être transmis. Or, il ressort des témoignages recueillis qu'au moment du contrôle, le collège ne se réunit plus, la concertation se faisant par téléphone en lien avec la crise sanitaire. En conséquence, le patient n'est pas reçu collégalement et ses observations ne sont pas recueillies.

PROPOSITION 6

Le collège des professionnels de santé doit se réunir conformément aux dispositions légales pour la réévaluation des hospitalisations de plus d'une année et il doit recueillir les observations du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait observer que le collège des professionnels de santé se réunit, contrairement au constat des contrôleurs lors de la visite. La direction veillera au recueil préalable des observations du patient.

La recommandation est maintenue en l'état sous la forme d'une proposition.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES CONDITIONS DE VIE SONT GLOBALEMENT DE BONNE QUALITE MAIS L'OFFRE HOTELIERE EST DISPARATE

Les unités Rdc et 1 des trois secteurs de psychiatrie adultes sont hébergées dans des bâtiments récents datant de 2012. Elles sont implantées au milieu de l'ancien parc arboré et d'espaces verts bien entretenus. L'architecture des nouveaux bâtiments est particulièrement bien étudiée et organise un cheminement circulaire avec une cour intérieure. Elle offre une luminosité satisfaisante, une ergonomie agréable, des chambres fonctionnelles et bien calibrées. Le ressenti tant des soignants que des patients est très positif.

Les chambres sont individuelles dans les unités RDC et 1, il y a deux chambres doubles dans les unités 2 pour répondre, si besoin, aux demandes de patients qui ne souhaitent pas être seuls en chambre. Les fenêtres des chambres peuvent s'ouvrir de 10 cm. Les portes sont toutes équipées d'un verrou de confort, il n'y a pas d'œilleton, ce qui préserve l'intimité des patients.



Vue des bâtiments unités Rdc et 1



Chambre Saint-Luc Rdc

Table de ping-pong

Terrasse Saint Luc 1

Le patient n'a pas la possibilité de fermer sa porte à clé de l'extérieur, il dispose néanmoins d'une armoire qui ferme à clé à l'intérieur de sa chambre.

PROPOSITION 7

Le patient doit disposer d'un moyen autonome pour verrouiller sa porte de l'extérieur.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM interroge le fondement réglementaire de la possibilité de verrouiller la porte de l'extérieur dans la mesure où cela créerait des difficultés de gestion des clés.

Le CGLPL peut émettre toute recommandation visant à l'amélioration de la prise en charge des patients et peut aller au-delà de la réglementation en vigueur. La recommandation émise relève de la doctrine ancienne du CGLPL dont certaines recommandations ont été prises en compte dans le décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie (notamment les verrous de confort, équipement des chambres d'isolement). Certains établissements ont d'ores et déjà organisé la possibilité pour les patients de verrouiller leur porte de l'extérieur notamment par la mise en place d'ouverture magnétique par bracelets par exemple.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

Les chambres sont équipées, d'un porte-manteau, d'une liseuse et d'une sonnette d'alarme en état de marche, ainsi qu'à l'UEAO uniquement, d'une télévision.

Les salles d'eau sont équipées d'une douche, d'un miroir, d'un porte-serviettes et d'un loquet pour la verrouiller. Néanmoins, l'absence d'abattant sur les toilettes ne trouve pas de justification probante.

PROPOSITION 8

Les toilettes doivent être dotées d'abattants.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait observer que cette recommandation est prise en compte par l'installation d'abattants.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

Il n'y a pas ou peu de décoration dans les parties communes comme dans les chambres ce qui confère une certaine morosité aux locaux.

Les locaux collectifs, sont constitués d'un réfectoire, d'une salle de télévision, d'une salle de jeux et d'activités, d'une table de ping-pong, d'un baby-foot. Dans certaines unités, une salle d'apaisement a été installée dans un ancien bureau (cf. § 7.1.2).

En revanche, les locaux des unités n°2 des trois secteurs situés dans le bâtiment Sainte-Thérèse, le plus ancien du CHSM abritant également un EHPAD et l'unité de gérontopsychiatrie (cf. § 10.1), ne présentent pas les mêmes conditions d'hébergement. Ces unités sont situées en étage et accessibles via trois ascenseurs. L'accès à l'extérieur n'est pas direct et demande une certaine autonomie.

L'architecture des unités est souvent biscornue et les chambres sont de tailles inégales. L'équipement mobilier est également disparate.



Vue du bâtiment

Chambre St Luc 2

Sanitaires



Salle de bain commune Saint-Luc 2 et Saint-Luc Rdc



Point phone Saint-Luc 2

Réfectoire Saint-Luc 2

Un projet immobilier est en cours d'étude (cf. § 3.1.1 c) afin de proposer une offre hôtelière plus harmonieuse (chambres individuelles avec salle de douche et WC, verrou de confort, équipement des chambres) et de faciliter l'accès à l'extérieur des patients. En effet, les bâtiments les plus anciens présentent des non-conformités structurelles. Ainsi la commission de sécurité de juin 2018 a rendu un avis défavorable pour les bâtiments Sainte-Thérèse et Sainte-Catherine (UIAS). L'effort entrepris de reconstruction est donc poursuivi par l'établissement afin que l'ensemble du patrimoine soit modernisé à l'échéance de 2028⁹.

⁹ Rapport annuel 2020.

RECOMMANDATION 5

Le CGLPL soutient le projet immobilier qui facilitera l'accès à un espace extérieur des patients les plus vulnérables et permettra une harmonisation de l'offre hôtelière.

5.2 L'HYGIENE EST REMARQUABLE

Les locaux sont très propres et l'hygiène est exemplaire grâce à l'implication des équipes d'ASH, même dans les locaux les plus anciens. Par ailleurs, les équipes d'ASH font partie intégrante du service et un partage d'information est organisé entre elles et les équipes soignantes.

BONNE PRATIQUE 4

Les équipes d'ASH sont pleinement intégrées aux équipes soignantes dans le cadre d'un partage d'informations participant de la qualité de la prise en charge des patients.

Le lavage du linge est très bien organisé et structuré. Le linge de lit peut être changé chaque jour et le service assure de façon efficace l'hygiène de la vêtue des patients.

Pour les patients indigents, un vestiaire fourni est proposé en lien avec « l'atelier Madeleine Gaillard » (intersecteur de réhabilitation et rétablissement) qui associe des stagiaires, patients pris en charge en ambulatoire.

BONNE PRATIQUE 5

Le CHSM a mis en place un dispositif exemplaire associant le secours à l'indigence vestimentaire et la réhabilitation des patients.

5.3 L'ACCES AUX BIENS EST GARANTI

Les biens du patient font l'objet à son arrivée d'un inventaire qu'il signe. Les mouvements opérés (entrée et sortie de biens) sont tracés dans le logiciel Cariatides.

Il lui est proposé de déposer ses objets de valeurs et son argent au service de la trésorerie de l'établissement. Les patients peuvent conserver jusqu'à 20 € dans l'unité.

Le médecin décide, de façon individualisée, des objets que le patient peut garder avec lui, avec une vigilance particulière s'agissant des briquets et boîtes d'allumettes.

Lorsque le patient n'est pas autorisé à les conserver avec lui, ses cigarettes sont rangées dans des casiers individuels positionnés au sein du poste de soins et elles sont distribuées par les soignants.

Les assistants de service social travaillent à l'intra et à l'extra hospitaliser et rencontrent les patients soit à leur demande, soit sur orientation du médecin ou de l'équipe médicale. Ils sont associés à certaines réunions de l'équipe soignante.

Les tuteurs/curateurs familiaux ou privés rendent visite à leur protégé, mais beaucoup plus rarement les tuteurs institutionnels : UDAF, Association Tutélaire d'Auvergne, la Croix Marine. De grosses difficultés sont rencontrées par les équipes avec ces dernières, notamment en termes de disponibilité et de réactivité insuffisantes, et aussi d'absence totale d'initiative. Accompagner les patients dans les soins et préparer la sortie relève d'une véritable gageure. Ces institutions ont tendance à se reposer sur les assistants de service social et l'équipe soignante pour

solutionner les problèmes (remise d'argent au patient protégé, financement de sorties, cigarettes, achat de vêtements, convocation et participation à l'audience JLD).

PROPOSITION 9

Le CHSM est invité à informer régulièrement l'autorité judiciaire qui les désigne, des difficultés structurelles que les équipes rencontrent avec les mandataires dans la prise en charge des patients et la construction des projets de sortie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que des réunions se tenaient régulièrement avec les organismes de tutelles et ont été suspendues en raison de la crise sanitaire. La direction prendra attache avec le juge des tutelles pour organiser une rencontre. La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

Par ailleurs, les délais d'instruction des dossiers par la MDPH sont anormalement longs (6 mois). L'ensemble de ces éléments génère d'importantes difficultés dans la prise en charge des patients.

5.4 LES REPAS SONT DE QUALITE

Les repas sont confectionnés au sein de la cuisine centrale du CHMS par une équipe volontaire et soucieuse de produire des menus de qualité ; une diététicienne participe à leur élaboration. D'ailleurs, cet aspect essentiel du quotidien du patient est abordé dès son arrivée.

Ainsi, une grande attention est portée au goût, au régime, aux produits frais et aux quantités.

Les repas sont en principe consommés par les patients au sein de réfectoires lumineux et conviviaux.

Pendant la crise sanitaire, les repas étaient servis en chambre. Au moment du contrôle, seules quelques unités continuent de les distribuer en chambre, la majorité des unités ayant repris la prise des repas en collectivité au sein des réfectoires. Des patients ont pu se plaindre de ces différences de pratiques.

PROPOSITION 10

La restauration collective, qui est un temps d'observation thérapeutique et de sécurisation du patient, doit être à nouveau proposée aux patients dans l'ensemble des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que le choix est laissé au patient sans règle établie.

Néanmoins, au moment du contrôle, certaines unités imposaient le repas exclusivement en chambre.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

Un goûter est proposé en milieu d'après-midi aux patients ainsi qu'une tisane ou un jus de fruits le soir, en même temps que la distribution des médicaments.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST GARANTIE DE MANIERE RELATIVE

6.1.1 Dans les unités

La liberté d'aller et venir est globalement garantie dans le cadre du projet de soins individualisé dans les trois secteurs, néanmoins, des restrictions motivées par la crise sanitaire n'ont toujours pas été levées dans certaines unités.

Au sein de chaque unité, les patients peuvent circuler librement avec cependant l'interdiction d'aller dans une autre chambre que la leur, cette interdiction n'étant pas formalisée dans des règles de vie ou par un affichage. Ils ne disposent pas de clé pour verrouiller la porte de leur chambre une fois qu'ils l'ont quittée (cf. § 5.1, proposition n°7). Cependant, un verrou de confort est installé permettant de préserver leur intimité et d'être protégé d'éventuelles intrusions par d'autres patients, notamment la nuit.

Trois des unités sont fermées, de sorte que les six autres doivent être considérées comme ouvertes. Néanmoins, à l'exception de l'unité Saint-Luc 2 qui reste ouverte toute la journée, les autres sont fermées le matin, mesure prise par la direction pendant la crise sanitaire.

Ainsi, dans cinq unités ouvertes, les patients en très grande majorité en soins libres ne sont pas libres d'aller et venir une partie de la journée. Ils doivent solliciter les soignants qui admettent qu'ils n'osent pas les déranger pour sortir et que la présence des patients le matin facilite l'organisation des soins ou les rendez-vous. Cette mesure relève donc davantage du confort des professionnels que de l'intérêt des patients. Or, un patient en SL peut connaître des restrictions à sa liberté d'aller et venir mais de manière individualisée dans le cadre du contrat de soins afin de garantir le respect des règles de vie, les rendez-vous médicaux et infirmiers notamment, ce qui contribue aussi à son autonomisation.

Par ailleurs, certains patients en SL dans les unités dites ouvertes ont l'interdiction de sortir de leur unité. Interpellé sur cette situation paradoxale, un professionnel a admis que si le patient ne respectait pas la règle, son statut serait alors immédiatement modifié en SSC.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM ne remet pas en question les constats des contrôleurs mais fait observer que ces propos, tenus par un seul professionnel, n'engagent que lui et en rien la politique institutionnelle qui est contraire à ce principe.

Si le souci d'assurer la protection de patients qui peuvent se mettre en danger à l'extérieur est louable, il n'en demeure pas moins que ce type de contrat de soins pour un patient en SL interroge puisqu'il est privé de sa liberté d'aller et venir sans regard extérieur ni contrôle juridictionnel. La distinction entre patients en SL et patients en SSC est ainsi très ténue.

Enfin, l'orientation des patients dans les unités ouvertes et fermées semble être fondée sur l'état clinique du patient puisque des patients en SSC peuvent se trouver en unité ouverte 1. Néanmoins, lors du contrôle, peu de patients en SSC se trouvaient hospitalisés au sein des unités ouvertes.

PROPOSITION 11

Les patients en soins libres doivent disposer de leur liberté d'aller et venir. Le CGLPL rappelle par ailleurs que le statut des patients en soins sans consentement ne saurait à lui-seul justifier la privation de la liberté à l'intérieur de l'établissement.

Une réflexion sur l'équilibre entre la sécurité et la liberté d'aller et venir des patients doit être engagée.

6.1.2 Les sorties autorisées

Concernant les patients en SSC, les sorties de moins de 12h accompagnées ou bien celles de 48h sont facilement accordées (cf. § 9.4.1).

Par exemple, au secteur Sud, sur soixante-huit patients, seize sont en SSC. Dix patients ont l'interdiction de sortir, dont six sont en SL. Cinq patients ont des autorisations de sortie de moins de 12h accompagnées ; neuf ont des autorisations de sortie de 48h, les autres patients sont libres d'aller et venir sous la réserve de la fermeture de leur unité le matin.

Toutes les personnes hospitalisées en SDRE bénéficient d'autorisation de sortie soit de 12h, soit de 48h.

6.1.3 La gestion de la sécurité

L'entrée sur le site, via le bâtiment administratif, est contrôlée par un passage sous un portique de sécurité sous la surveillance d'un agent d'une société prestataire. Cependant, les visiteurs peuvent très facilement pénétrer dans l'enceinte du CHSM et accéder aux unités dans la mesure où le site est ouvert sur la cité. Par ailleurs, il n'y a aucun contrôle des sorties.

Le site est contrôlé et surveillé par un réseau de trente-six caméras situées à l'entrée de tous les bâtiments. Les images sont conservées vingt jours avant d'être automatiquement écrasées. Les caméras sont reliées au PC sécurité à l'entrée du site, sous la surveillance permanente d'un agent. Les enregistrements peuvent être visionnés après autorisation de la direction, dans le bureau du responsable sécurité.

Des caméras ont été installées dans cinq des six chambres d'isolement situées dans l'UPSI, les images n'étant visibles que du poste infirmier de l'UPSI (cf. § titre 7 recommandation n°6). De même, une caméra a été installée dans la CI de l'unité de crise pour adolescents (cf. § 10.2).

La sécurité des personnels est assurée par la mise à disposition de deux DATI par unité, considérée par les soignants comme très largement insuffisante. Une expérimentation est en cours avec la remise dans une unité à tous les personnels d'un porte clé susceptible d'émettre une alarme stridente de nature à alerter les autres personnels à proximité.

Le déclenchement d'une alarme DATI entraîne immédiatement l'arrivée de renfort des autres unités. Le PC sécurité est également alerté et se rend sur place, sans pour autant être autorisé à intervenir sur la personne des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Chaque professionnel exerçant au sein des unités fonctionnelles doit être doté d'un système d'alarme.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que 90 dispositifs (porte-clé susceptible d'émettre une alarme stridente de nature à alerter les autres personnels à proximité) ont été distribués en mars 2022 sur l'ensemble des unités RDC. Les unités UAEO et UPSI avaient été les premières à tester ce dispositif et le retour s'était avéré positif par les professionnels.

La dotation en DATI a été revue avec un achat de DATI supplémentaires pour les services de l'établissement (unité temps, bâtiment HDJ, CMP).

La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

La sécurité incendie est une préoccupation majeure de l'établissement. Elle est organisée autour de treize agents travaillant par équipe de deux, selon des rotations de douze heures, deux de jour et deux de nuit. Les soignants dans les unités de soins ont tous une formation sécurité incendie dispensée chaque année lors du 1^{er} semestre. Chaque unité est équipée d'extincteurs à eau, à poudre et au CO2. Les 1700 détecteurs de fumée de l'établissement sont testés deux fois par an et des exercices incendie sont organisés chaque année. Le PC sécurité intervient suite au déclenchement d'un détecteur de fumée environ une fois par jour, en règle générale pour des faits anodins tels que fumée de cigarette, ou encore une concentration trop importante de vapeur d'eau dans une salle de bain.

6.2 LES RESTRICTIONS DANS LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES

6.2.1 Le rythme de la journée

Les restrictions sont individualisées et réévaluées très fréquemment. Le rythme proposé aux patients tient compte des impératifs de la vie quotidienne. Ils doivent être levés pour le petit déjeuner vers 7h30 à l'UAEO et 6h30 au secteur Sud. L'accès aux postes de télévision est interrompu de 23h30 à 6h30 au secteur Centre, à partir de 23h00 et jusqu'au matin au secteur Nord et la nuit sans réelle limite fixée au secteur Sud.

Dans toutes les unités, les chambres ainsi que les patios intérieurs sont accessibles en permanence.

L'accès aux douches collectives est libre en journée.

6.2.2 La possibilité de fumer

Dans l'ensemble des unités de psychiatrie adulte, sauf contre-indication médicale, les patients gardent la libre disposition de leur tabac. Les patios équipés de préaux sont accessibles jour et nuit. Cependant, comme au secteur Centre ou à l'UAEO, des restrictions non médicales peuvent être imposées par les soignants aux patients impécunieux, l'organisation de la restriction est alors discutée avec eux : une cigarette par heure par exemple. Il leur est également proposé des substituts nicotiniques.

Les briquets sont parfois retirés si la clinique l'impose.

Toutes les semaines les soignants relèvent les bons de commande en tabac des patients et les portent au buraliste de proximité avec lequel l'établissement a passé une convention. Les commandes sont préparées dans la journée et les soignants les récupèrent le jour même. Le

bureau de tabac est réglé par la trésorerie qui prélève sur les liquidités du patient ou bien par le tuteur.

A l'UAEO et à l'USIP, il arrive aussi que pour un patient admis en urgence sans aucune affaire personnelle, sans tabac, le cadre de santé avance l'achat de cigarettes puis se fasse rembourser ensuite par la famille ou les tuteurs.

6.2.3 Le port du pyjama

Aucune unité n'impose le port du pyjama qui reste réservé à certains patients placés en chambre d'isolement (cf. § 7.2).

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT GARANTIES

Les communications avec l'extérieur sont garanties qu'il s'agisse du courrier qui est relevé quotidiennement ou encore du téléphone portable du patient ou de l'accès au *point-phone* au sein des unités. Les restrictions relèvent d'une prescription écrite et motivée du médecin. Si le patient est indigent, il bénéficie gratuitement du nécessaire à écrire et à timbrer. Il peut également être aidé si nécessaire et à sa demande par un personnel pour être mis en relation téléphonique parfois même dans le bureau du cadre infirmier.

Il n'y a pas dans les unités de salon d'accueil pour les familles, néanmoins, les visites sont organisées les après-midis dans les chambres (hors crise sanitaire), en extérieur ou dans une salle de réunion.

Les patients peuvent disposer de radio, tablette et ordinateur sauf prescription médicale contraire. Ils ont accès à deux salons de télévision par unité ; néanmoins, l'accès à la presse locale quotidienne n'est pas organisé.

PROPOSITION 12

L'accès à la presse et à des revues doit être organisé dans l'ensemble des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que cette recommandation est prise en compte, une réflexion étant engagée pour organiser l'accès à la presse et à des revues dans les unités.

La recommandation n'étant pas prise en compte de manière opérationnelle elle est maintenue sous la forme d'une proposition.

6.4 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS ORGANISEE

Le souhait d'un patient concernant la confidentialité de son hospitalisation peut aisément être contourné par une personne de l'extérieur – famille, voisins, employeur – qui chercherait à vérifier sa présence au CHSM.

Les agents du standard en charge de l'accueil et de l'orientation des appels téléphoniques sont de bonne volonté et s'emploient à discerner l'origine des appels. Ils ne disposent cependant pas d'une note de service ou d'un *modus operandi* définissant un protocole à même de garantir ce droit à l'anonymat.

PROPOSITION 13

La direction du CHSM doit mettre en place un protocole écrit afin de garantir le droit à l'anonymat des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que seuls les patients toxicomanes sont hospitalisés sous anonymat et sollicite des précisions sur le contour de cette recommandation.

Le CGLPL indique que, d'une part, tout patient a droit à être hospitalisé sous anonymat (notamment article R 1112-45 du CSP) et qu'une procédure doit être prévue pour lui proposer cette modalité d'hospitalisation et l'assurer concrètement. D'autre part, son hospitalisation est couverte par le secret médical vis-à-vis de demandes extérieures.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

6.5 L'ACCES AU VOTE EST ASSURE

Pour les personnes en soins sans consentement, l'accès au vote est assuré soit à l'occasion d'une autorisation de sortie accordée par le médecin, soit par un vote par procuration. A chaque élection, un affichage dans le hall d'accueil en précise les modalités. Les soignants comme les patients attestent que l'accès au vote ne soulève aucune difficulté.

6.6 L'ACCES AUX CULTES EST GARANTI

Le CHSM trouve son origine historique dans les œuvres religieuses et sociales d'obédience catholique. L'établissement dispose en son sein d'une salle des cultes principalement affectée à la messe catholique. Pour autant, les autres religions sont prises en compte à la demande des patients. L'aumônier catholique se charge de faire la liaison avec les aumôniers des autres religions – protestante, judaïque, musulmane et bouddhiste principalement.

Les demandes sont en baisse toutes religions confondues. Si aucune difficulté n'est repérée sur l'accès aux cultes, l'information délivrée au patient doit faire l'objet d'un affichage plus lisible.

PROPOSITION 14

L'accès aux différents cultes doit faire l'objet d'un affichage lisible.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que les modalités d'affichage sur les cultes vont être révisées.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

6.7 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La vie sexuelle ne constitue pas un tabou au sein des unités. Néanmoins, elle n'est pas véritablement prise en compte dans la prise en charge des patients.

Les règles de vie de l'hôpital stipulent que les relations sexuelles sont interdites mais les relations amoureuses ne sont pas prohibées. Les soignants font en sorte que les premières se déroulent à l'extérieur de l'établissement sur les temps de sortie. Des permissions de sortie sont organisées avec les deux patients concernés afin qu'ils puissent disposer de moments d'intimité à l'extérieur du service.

De plus, une attention particulière est portée aux patients vulnérables afin de vérifier leur consentement.

Dans certaines unités, des moyens de contraception sont fournis à la demande des patients. De plus, des infirmiers délivrent des informations sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles.

PROPOSITION 15

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle au sein du CHSM sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise qu'un travail va être mené sur cette question.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

7.1 L'ETABLISSEMENT DIMINUE PROGRESSIVEMENT LES ESPACES D'ISOLEMENT DONT L'AMENAGEMENT N'EST PAS TOUJOURS ADAPTE

7.1.1 Les chambres d'isolement

Le CHSM dispose de douze chambres d'isolement localisées au sein de six unités de soins.

	Intersecteur	Centre		Nord		Sud	Pédopsy
Unité	UPSI	St Louis Rdc	St Louis 1	St Luc Rdc	St Luc 1	St Agathe Rdc	
Total : 12	6	1	1	1	1	1	1

Etat récapitulatif des chambres d'isolement

La chambre d'isolement de l'unité Sainte-Agathe 1 n'est plus utilisée et a vocation à être transformée en chambre d'apaisement (*cf. infra* § 7.1.2).

a) Les chambres d'isolement de l'unité de psychiatrie en soins intensifs (UPSI)

L'unité de psychiatrie en soins intensifs (UPSI) a vocation, dans le fonctionnement de l'établissement, à recevoir les patients en crise qu'ils proviennent de l'extérieur ou, pour ceux déjà hospitalisés, des unités de secteur dès lors que le placement à l'isolement se prolongerait. Elle présente une organisation spatiale qui est à remettre en perspective avec l'aménagement d'origine où elle comptait dix chambres d'isolement. Cette unité a en effet vu le jour dans le cadre d'un nouveau projet architectural et l'élaboration d'un référentiel d'aménagement et d'équipement des chambres d'isolement¹⁰. A compter de l'année 2018, leur nombre a été réduit¹¹ progressivement. Ainsi, quatre chambres ont reçu une destination hôtelière avec un mobilier standardisé. Elles permettent d'accueillir, au sein même de l'unité, des patients, sortis de la crise, dont l'état clinique ne justifie plus un maintien à l'isolement. Elles peuvent servir, pour certains patients, à une période d'observation avant leur retour dans leur unité d'origine, une orientation sur une unité de secteur pour d'autres, et moins fréquemment leur sortie.

L'accès à la CI se fait par un sas avec une cabine de douche qui dessert deux chambres d'isolement. Un dispositif d'horodatage est fixé dans le sas mais il n'est pas visible par un patient contentonné. Les toilettes sont à l'intérieur de la chambre sans séparation ce qui ne garantit pas l'intimité des patients. Elles sont équipées d'un mobilier spécifique en mousse.

La localisation du bureau infirmier ne permet pas une surveillance visuelle des chambres à partir de ce local. Celle-ci s'exerce par un dispositif de vidéosurveillance avec une caméra installée dans chaque chambre dont les images sont renvoyées au bureau infirmier ainsi que par une observation à l'oculus¹². Si, de ce point de vue, la distribution des locaux apparaît peu fonctionnelle, le CGLPL est défavorable à l'usage de la vidéosurveillance dans les chambres d'isolement considérant que la surveillance doit s'exercer par une vue directe et permettre un

¹⁰ CGLPL, Rapport de visite du centre hospitalier Sainte-Marie de Clermont-Ferrand, fév. 2009.

¹¹ Les chambres d'isolement sont les chambres 1 et 2, 3 et 4, 8 et 9. La chambre 9 était provisoirement reconvertie en chambre standard au moment du passage des contrôleurs pour accueillir un patient « inadéquat » faute de structure adaptée et dont la chambre standardisée était en attente de réparation sur un ouvrant.

¹² Le système de vidéosurveillance occulte les toilettes à l'écran.

contact avec le patient. L'établissement est conscient de cette nécessité et réfléchit à un positionnement du bureau infirmier en position centrale dans le cadre d'une réorganisation des locaux.

L'unité dispose d'un patio qui permet aux patients, sur décision médicale, d'accéder à un espace ouvert et de fumer. Une salle d'activités qui sert également de salon visiteur et une salle à manger également à usage de salle de télévision permettent d'accueillir ceux qui sont en chambre standardisée ainsi que ceux à l'isolement, en sortie séquentielle. Ces aménagements sont pertinents.

b) Les chambres d'isolement des unités de secteur

Globalement, les cinq chambres d'isolement que l'on retrouve dans les unités Saint-Louis, Saint-Luc et Sainte-Agathe (cf. *supra*) sont similaires¹³.

Qu'il s'agisse du rez-de-chaussée ou du premier étage, la chambre d'isolement jouxte le bureau infirmier. L'accès se fait par le couloir central où un sas dessert la chambre et la douche. A l'unité Saint-Louis (Rdc et 1), un accès est possible par le bureau infirmier. Les toilettes sont à l'intérieur de la chambre avec une cloison qui les masque partiellement aux vues, sauf à l'unité Sainte-Agathe (Rdc). Outre le lit, l'aménagement comprend un bouton d'appel. Une horloge sans horodatage est située dans le sas. Celle-ci n'est cependant pas visible d'un patient qui serait placé sous contention, de même qu'il n'aurait pas la capacité d'actionner le bouton d'appel. Le mobilier est variable selon les unités. Au sein des unités Saint-Luc (Rdc et 1), on relève la présence d'une table et d'un pouf en mousse. A l'unité Sainte Agathe, il n'est pas prévu de mobilier pour prendre le repas, ce qui conduit le patient à utiliser le lit à cet effet. La surveillance se fait à partir du bureau infirmier et il n'existe pas de dispositif de vidéosurveillance. Il n'y a pas d'accès direct sur l'extérieur, le patient devant être accompagné pour fumer dans le patio.



Aménagement des chambres d'isolement des unités Saint-Louis Rdc et premier étage

¹³ La chambre d'isolement de l'unité de pédopsychiatrie fait l'objet d'un développement particulier au paragraphe correspondant.

RECOMMANDATION 6

L'équipement des chambres d'isolement doit être complété par l'installation d'un bouton d'appel, accessible en cas de contention, d'une horloge avec horodatage, visible d'une personne attachée, d'une table et d'un siège lorsque tel n'est pas le cas. A l'UPSI, le respect de l'intimité des patients utilisant les toilettes doit être assuré, en évitant toute vue directe sans écran. De plus, le CGLPL rappelle sa position défavorable aux systèmes de vidéosurveillance, la surveillance devant être exclusivement humaine, ce qui contribue à assurer le contact avec le patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHU fait observer que la vidéosurveillance n'existe que dans les deux boxes d'isolement des urgences, car les équipes de l'UPP ne se trouvent pas toujours à proximité directe de ces derniers et la vidéo permet de prévenir des incidents majeurs. Naturellement, les précautions autorisant le respect de l'intimité du patient ont été assurées (ex : toilettes situées dans l'angle mort).

Par ailleurs, la direction du CHSM fait valoir que la recommandation sera prise en compte lors des travaux. Elle précise qu'à l'UPSI, le respect de l'intimité des patients utilisant les toilettes est assuré, en évitant toute vue directe sans écran et en « floutant » la silhouette.

Le CGLPL salue la prise en compte de la recommandation par le CHSM pour l'équipement des futures chambres d'isolement. Il insiste néanmoins sur la nécessité de proscrire les systèmes de vidéosurveillance. La recommandation est ainsi maintenue.

7.1.2 Les espaces d'apaisement

L'établissement est engagé dans une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention. Elle se traduit notamment par la diminution des CI et leur reconversion corrélative en espaces d'apaisement, tandis que d'autres salles peuvent également recevoir cette destination. Leur nombre est en augmentation constante depuis janvier 2019, date d'ouverture du premier espace.

	Intersecteur	Centre		Nord		Sud		Pédopsy
Unité	UPSI	St Louis Rdc	St Louis 1	St Luc Rdc	St Luc 1	St Agathe Rdc	St Agathe 1	
Total : 5 +1 en travaux	<i>En projet</i>	2* (dont 1, extension en cours)	0	<i>En projet</i>	1	1	<i>Travaux en cours</i>	1

Etat récapitulatif des chambres d'apaisement dont travaux en cours

*outre l'espace d'apaisement proprement dit, l'unité dispose d'un « espace de médiation physique et sportive » (le terme d'« espace sportif et dynamique » est également employé) utilisé à cet effet.

L'unité Sainte-Agathe Rdc dispose d'une chambre d'apaisement. La chambre d'isolement de l'unité du premier étage (Sainte-Agathe 1) n'est plus utilisée et des travaux sont en cours pour la transformer en espace d'apaisement. A l'unité Saint-Luc Rdc, une salle est également en cours de transformation pour cet usage, dont le projet présenté aux contrôleurs paraît très pertinent. A l'unité Saint-Louis Rdc, la salle existante est en cours de réaménagement avec une extension sur un bureau mitoyen. L'accès à l'espace de relaxation sensoriel sera ainsi précédé d'un temps d'entretien avec un soignant dans un lieu contigu et approprié. Au moment de la visite, ce lieu

renové devait être livré sous quinzaine, le matériel étant déjà sur place. Une salle baptisée « espace de médiation physique et sportive » ou « espace sportif et dynamique » avec des matériels divers dont un punching-ball est également à la disposition des patients.

Comme indiqué précédemment, l'UPSI connaît une évolution qui tend à diminuer progressivement le nombre de CI. Il a été indiqué aux contrôleurs que la prochaine étape consiste à en ramener le nombre à quatre. Par ailleurs, un nouveau projet architectural vise à réorganiser la distribution des locaux de l'UPSI et de l'UEAO, en créant un espace d'apaisement.



Exemple d'espace d'apaisement

BONNE PRATIQUE 6

Depuis janvier 2019, l'établissement s'est engagé dans une politique active de diminution du nombre de chambres d'isolement et de leur transformation corrélative en espaces d'apaisement.

7.2 L'ETABLISSEMENT S'INVESTIT DANS UNE DEMARCHE INSTITUTIONNALISEE DE MOINDRE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION DONT CERTAINES ACTIONS SONT TOUJOURS EN COURS

7.2.1 Le cadre institutionnel

La recherche d'un moindre recours à l'isolement et à la contention fait partie des axes de travail sur lesquels s'investit le CHSM. Cette dimension se traduit dans les documents auxquels ont eu accès les contrôleurs comme dans les échanges avec les professionnels.

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention apparaît bien documenté. De manière préalable, après avoir rappelé le cadre légal et réglementaire, il rend compte avec précision de la conformité ou non des pratiques de l'établissement au regard de chacune des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) en la matière. Il s'appuie également sur les constats et recommandations formulées par l'ARS dans sa mission d'inspection des 8 et 9 janvier 2020. Si les aspects conformes sont recensés dans une annexe, ceux pour lesquels la conformité est insatisfaisante font l'objet d'une analyse avec un retour sur les deux années précédentes assorti de l'évolution enregistrée pour l'année du rapport. Cette démarche permet de mesurer précisément les écarts qui subsistent et de fixer les objectifs à atteindre pour l'année

suivante, sous forme de plan d'action. Le rapport rend compte également de l'état d'avancement de la réflexion institutionnelle et des actions retenues pour limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention. Celles-ci portent sur la formation du personnel, le projet de soins, l'intégration de la dimension qualité-gestion des risques ainsi que la dimension éthique. Il convient d'y ajouter l'évolution de l'infrastructure (cf. *supra* § 7.1). Le rapport annuel est présenté devant la CME, de même que les indicateurs isolement et contention, trimestriellement. Pour les trois premiers trimestres de l'année 2021, la présentation a eu lieu le 9 décembre 2021, la crise sanitaire ayant perturbé le rythme fixé.

Les entretiens et échanges avec les professionnels montrent que les éléments figurant dans le rapport annuel sont connus et que celui-ci ne relève pas d'un exercice convenu¹⁴.

Un protocole de mise en chambre d'isolement comportant un logigramme a été élaboré à l'usage des équipes soignantes, datant du 24 février 2015, il gagnerait à être actualisé (cf. recommandation n°7 § 7.2.2). De plus, sur le même principe, afin d'explicitier les dernières évolutions législatives, une fiche avec logigramme pour les isolements supérieurs à quarante-huit heures et pour les contentions supérieures à vingt-quatre heures pourrait être réalisée. Nonobstant cette remarque, l'établissement s'est approprié les nouvelles dispositions précitées avec la mise en place, dans le logiciel Cariatides, d'une fiche traçant les informations à fournir au patient, à la famille, aux proches ou au tuteur, et à l'autorité judiciaire. Le document contient une annexe invitant le patient à se prononcer sur le recours au juge des libertés et de la détention (JLD) et à l'assistance par un avocat. Les soignants sont chargés de notifier et d'explicitier les décisions, l'information vers l'extérieur étant assurée, pour l'UPSI, par le secrétariat commun à l'UEAO. Hors les jours et heures ouvrables, cette information incombe au personnel soignant, ce qui est surtout sensible les fins de semaines.

Un protocole de mise sous contention est toujours en cours d'élaboration mais non finalisé à ce stade.

RECO PRISE EN COMPTE 4

L'établissement doit finaliser la formalisation du protocole de mise en œuvre d'une contention mécanique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que le protocole est rédigé, en cours de validation et sera diffusé à la fin du mois de septembre 2022.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

7.2.2 La mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention

Compte tenu de l'organisation de l'établissement, en principe, l'unité de psychiatrie en soins intensifs (UPSI) reçoit des patients en crise provenant du service des urgences du centre hospitalier universitaire ou ceux des unités de secteur pour des placements à l'isolement excédant quarante-huit heures. Les situations sont appréciées au cas par cas, l'objectif pouvant être un séjour de rupture avec le secteur de provenance. Ce principe connaît des aménagements puisqu'à l'unité Saint-Louis Rdc, plutôt que de transférer un patient suivi depuis plusieurs années,

¹⁴ Les rapports 2019 et 2020 sont également sensiblement différents dans leur organisation avec des contenus en évolution.

le temps de la mise en œuvre d'une décision d'isolement, il a été jugé préférable de l'y maintenir¹⁵. Un autre objectif qui a présidé à la création de l'UPSI est d'éviter de mobiliser les soignants des unités de secteur dans l'accompagnement de la mesure d'isolement au détriment des autres patients. L'effectif de l'UPSI a été adapté en conséquence avec un droit ouvert de treize IDE et quatre AS, un déficit d'un infirmier étant observé au moment de la visite. Quotidiennement, en service de jour, quatre soignants dont au moins deux IDE sont présents. Un ASH assure la permanence de l'entretien des locaux. De nuit, la continuité du service est assurée par un IDE et un AS, provenant, comme pour le reste de l'établissement, d'une équipe dédiée (cf. § 3.3.2).

Par ailleurs, l'effectif de l'UPSI est renforcé de quatre AS, mis à disposition par l'ARS pour prendre en charge un patient spécifique. Au moins l'un d'entre eux est présent en permanence. Le patient inadéquat, hébergé en chambre standardisée, est en attente d'un transfert vers un établissement adapté à sa pathologie. Son hospitalisation au sein de l'UPSI qui se pérennise illustre l'une des difficultés que rencontre cette unité. De même, au moment de la visite, les contrôleurs ont relevé la présence d'un mineur de seize ans, en provenance du service des urgences du CHU, accueilli initialement, en chambre d'isolement, avec le statut de SPDRE, puis en soins libres, en chambre standardisée¹⁶. Il devait rejoindre l'unité de pédopsychiatrie (cf. § 10.2).

De fait, de nombreux patients sont adressés par le service des urgences du CHU sur décision du représentant de l'Etat avec, pour certains, une orientation sur un placement à l'isolement d'emblée. Même si la décision est levée ultérieurement, le patient a pu se trouver dans cette situation alors même que son état ne le justifiait pas. Il serait cohérent que la décision soit prise après une évaluation locale par le médecin psychiatre du service.

Enfin, l'UPSI, tout comme désormais l'UEAO, accueille également **des patients détenus**, adressés par l'unité sanitaire du centre pénitentiaire de Riom. Dans un certain nombre de cas, ceux-ci sont en attente d'une place disponible à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon. Les délais sont souvent importants¹⁷. Ces patients peuvent être placés en chambres standardisées, sauf si une mesure d'isolement est décidée. Tel était le cas pour un patient au moment de la visite, présent depuis le 21 janvier 2022. Le CHSM s'emploie, en lien avec l'établissement pénitentiaire d'origine, de garantir les droits de communication de la personne détenue qui est prise en charge selon le même régime que les autres patients présents à l'UPSI. En 2019, sur une file active de 1619 patients, 35 patients détenus¹⁸ ont été hospitalisés, en 2020 sur une file active de 1377 patients, 38 patients détenus sont dénombrés et en 2021 sur une file active de 1397 patients, 40 patients détenus ont été hospitalisés à l'UPSI.

S'agissant de la durée des décisions d'isolement, elles sont variables selon les unités mais celles supérieures à quarante-huit heures peuvent en représenter la moitié, voire au-delà à l'UPSI (cf. § 7.3).

L'isolement dit séquentiel ou aménagé, c'est-à-dire avec des temps d'ouverture, est pratiqué. Il correspond à une période d'évaluation.

¹⁵ A l'unité Saint-Luc du premier étage, un patient relève d'une situation atypique car il ne souhaite pas quitter la chambre d'isolement qu'il occupe.

¹⁶ La décision est du 3 décembre 2021, la levée a été prononcée le 9 décembre.

¹⁷ Selon les informations communiquées, un délai de deux à trois semaines est fréquent.

¹⁸ Au titre de l'article D398 du code de procédure pénale.

Un médecin somaticien, commun à l'UEAO, est présent à l'UPSI en matinée, les jours ouvrables, sauf le mercredi. Hors de ces créneaux, en cas de besoin, il est fait appel au médecin de garde. Au sein de l'établissement, les fins de semaine, le médecin psychiatre de garde est présent le samedi et le dimanche matin. En dehors de ce laps de temps, l'évaluation est effectuée par l'interne de garde qui en réfère téléphoniquement au médecin senior qui se déplace au besoin. Durant la mission, il n'a pas été relevé d'isolement hors des locaux prévus à cet effet et les patients conservent leur chambre dans les unités le temps de la mesure, ce qui n'a pas toujours été le cas dans le passé. Cependant, l'exploitation du registre révèle, bien que peu nombreux, des placements hors espaces dédiés (cf. § 7.3).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir qu'il s'agit d'erreur de saisie puisqu'aucune mesure n'est réalisée hors espace dédié (même remarque pour le § 7.3.2). Néanmoins, les contrôleurs se fondent sur les registres transmis par l'établissement lors de la visite.

Les conditions de vie des patients placés à l'isolement sont sensiblement identiques dans les différentes unités. Les communications téléphoniques et les visites sont possibles sur décision médicale, tout comme les sorties pour fumer. Le port du pyjama n'est pas systématique, sauf à l'UPSI¹⁹. Cette mesure est à individualiser sur décision du médecin en évitant toute banalisation ou usage coutumier. Le protocole de mise en chambre d'isolement qui prévoit la mise en pyjama dans le processus suivi par les soignants doit être adapté en conséquence.

RECOMMANDATION 7

Le port du pyjama en chambre d'isolement ne peut relever d'une mesure coutumière et doit faire l'objet d'une prescription médicale individualisée. Le protocole de mise en chambre d'isolement doit être actualisé en conséquence.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir que le port du pyjama est une prescription médicale. Elle précise que le protocole de mise en chambre d'isolement sera révisé en conséquence.

La recommandation est maintenue en l'état.

Le recours à la contention est peu pratiqué au sein de l'établissement mais sa formalisation reste d'actualité (cf. § 7.2.1).

7.2.3 Les alternatives et les évolutions en cours

La recherche d'un moindre recours à l'isolement est énoncée dans la politique générale dans laquelle s'est engagée le CHSM sous la supervision de la CME et qui doit être intégré dans le nouveau projet d'établissement. Elle se traduit concrètement par l'existence d'un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) sur la prescription et la surveillance de l'isolement et de la contention, d'une EPP « pratique soignante et appel à renfort ponctuel » qui intègre la dimension de moindre recours à l'isolement ainsi que des actions de formation qui y

¹⁹ Au premier jour de la visite, quatre patients occupaient les chambres d'isolement, revêtus du pyjama sur prescription médicale. Cette mesure est cependant apparue coutumière.

concourent par le désamorçage des situations de crise et un positionnement adapté²⁰. La recherche d'alternatives à l'isolement est également matérialisée par la généralisation des espaces d'apaisement (cf. § 7.1) et la définition d'indicateurs de suivi²¹.

Parmi les initiatives prises par l'établissement, figure la désignation d'une personne ressource chargée de travailler sur les alternatives à l'isolement et à la contention. Il s'agit d'une infirmière en pratique avancée (IPA), affectée au secteur Centre, qui intervient deux jours par semaine sur l'unité fermée (Saint-Louis Rdc). Son activité étant diversifiée, tant au profit du secteur Centre que de la direction des soins pour des missions transverses, elle consacre une journée par semaine à l'amélioration des pratiques professionnelles en matière d'isolement et de contention. Elle est impliquée dans les travaux de l'EPP « isolement et contention » précité, dans les projets de déploiement de salles d'apaisement ainsi que dans l'appropriation des indicateurs de suivi par unité (cf. *infra*). Dans le prolongement d'une action préexistante au sein des unités Saint-Louis Rdc et de l'unité Sainte-Agathe Rdc, elle développe la pratique de l'entretien post-isolement, pour laquelle un guide d'entretien a été réalisé²². Ce type de bilan reste cependant circonscrit à ces deux unités et gagnerait à être généralisé compte tenu de son intérêt. De même, hormis à l'unité Saint-Louis Rdc, il n'est pas apparu de temps de reprise institutionnalisé en équipe des décisions d'isolement.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les entretiens avec le patient à l'issue d'une période d'isolement doivent être généralisés et formalisés dans toutes les unités concernées. Il en est de même de l'institutionnalisation des retours d'expérience en équipe au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait observer que la recommandation est bien prise en compte par l'établissement comme faisant partie du plan d'actions annuel sur les mesures d'isolement et de contention.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

Cependant, l'établissement a bien identifié l'intérêt, pour chaque unité, d'évaluer ses pratiques. La direction compte s'appuyer, à cet effet, sur une déclinaison de l'utilisation du registre en lien avec le département de l'information médicale et le pôle qualité (cf. *infra* § 7.3).

²⁰ Formation « Oméga » et formation « pratique soignante et appel à renfort ».

²¹ Nombre de chambres d'isolement ; nombre d'espaces d'apaisement ; nombre d'appels à renfort/mois, nombres d'évènements indésirables liés à l'isolement, la contention ; nombre de patients isolés/mois ; nombre de patients contentionnés/mois ; nombre d'heures d'isolement ou de contention/patient/mois ; nombre de patients mineurs isolés ; nombre de patients placés sous main de justice ; nombre de formations en lien avec la prévention ou la pratique de mise en isolement ; nombre de professionnels formés.

²² Le principe n'est pas en tant que tel, celui du « soignant neutre », en provenance d'une autre unité, mais celui d'un soignant de l'unité Saint-Louis rez-de-chaussée n'ayant pas participé à la mise à l'isolement.

7.3 L'ÉTABLISSEMENT S'APPUIE SUR LE REGISTRE EN RECHERCHANT SON APPROPRIATION PAR LES PROFESSIONNELS DES UNITÉS DE SOINS

7.3.1 Les données globales extraites du registre

L'établissement dispose d'un dispositif d'enregistrement des décisions d'isolement et de contention dans le dossier du patient informatisé sous logiciel Cariatides. Le processus permet la constitution du registre d'isolement et de contention tel qu'il est prévu à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique. Les données relatives à ces décisions, par patient, ont été mises à la disposition des contrôleurs dès le premier jour de visite. La lisibilité du registre pourrait être améliorée en utilisant le modèle communiqué par le CGLPL. Les contrôleurs ont pu échanger avec le médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), l'assistante médico-administrative de ce même département et des collaborateurs de la direction des systèmes d'information.

L'établissement, dans le cadre de sa politique de moindre recours à l'isolement et à la contention suit l'évolution des décisions afférentes depuis 2017. D'un point de vue statistique, le rapport contention-isolement pour l'année 2020 indique que pour une file active de 1377 patients²³, 251 ont été placés en chambre d'isolement soit 18,22 % de la file active et 42 % des patients en soins sans consentement. 499 mesures ont été décidées²⁴. La durée maximale de présence en chambre d'isolement a été de 345,5 jours, la durée moyenne est proche de 15 jours. 49 patients à l'isolement, soit 19,52 % et 3,56 % de la file active, ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, chiffre équivalent à celui de 2019. La durée moyenne est inférieure à un jour (0,7 contre 0,4 en 2019).

Si globalement de 2017 à 2019, le nombre de mesures d'isolement et le nombre de patients diminuent, l'année 2020 infléchit cette tendance²⁵. L'établissement dans ses conclusions relève l'impact potentiel des mesures de confinement qui ont accru les tensions psychiques dans les unités fermées mais aussi une dynamique entravée au niveau des actions pour développer les alternatives, tout comme au niveau des formations.

Pour l'année 2021, les contrôleurs s'appuient sur la production des chiffres qui leur ont été fournis. Pour une file active de 1397 patients, 283 ont été placés en CI, soit 20 % de la file active, et 37 % des patients admis en soins sans consentement. 601 mesures d'isolement ont été décidées. La durée maximale, tout comme la durée moyenne d'isolement par patient, sont peu pertinentes car quatre d'entre eux relèvent de situations particulières. A la demande des contrôleurs, une extraction supplémentaire a été produite. Ces quatre patients représentent 11 % du nombre de mesures d'isolement, 31 % du temps passé à l'isolement, 52 % du nombre de mesures de contention et 49 % du temps passé en contention. Abstraction faite de ceux-ci, la durée maximale de présence en CI est de six heures alors que la durée moyenne par mesure est légèrement inférieure à quatre jours, ce qui interroge sur l'exactitude de l'un des deux chiffres²⁶.

²³ 1377 patients hospitalisés à temps plein. Source : activité générale (documentation communiquée à la mission).

²⁴ L'UPSI concentre 246 mesures pour 174 patients.

²⁵ + 13,6 % de patients concernés et + 12 % de mesures.

²⁶ En intégrant ces quatre patients, la durée maximale de présence est de 364 jours et la durée moyenne d'isolement par mesure est de près de 5 jours, selon les chiffres fournis.

41 patients, soit 3 % de la file active et 14,5 % de ceux placés en isolement ont eu une contention associée pour un total de 155 mesures et une durée maximale de six heures²⁷.

7.3.2 Les tendances par unité de soins

Toujours pour l'année 2021, le tableau de synthèse, communiqué par le DIM, dessine les tendances suivantes par unité de soins. A l'UPSI, sur une file active de 266 patients, 234 (88 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 376. La durée moyenne d'isolement est légèrement supérieure à six jours et demi. 31 patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, soit 12 % de la file active et 13 % des patients placés en isolement. Le nombre de mesures de contention s'établit à 109. Leur durée moyenne est légèrement supérieure à cinq heures, la durée maximale étant inférieure à sept heures trente.

Pour le secteur Centre, à l'unité Saint-Louis Rdc, sur une file active de 100 patients, 19 (19 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 44. La durée moyenne d'isolement est légèrement supérieure à quatre jours. Cinq patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, soit 5 % de la file active et 26 % des patients placés en isolement. Le nombre de mesures de contention s'établit à six. Leur durée moyenne est légèrement supérieure à cinq heures, la durée maximale étant inférieure à sept heures trente.

A l'unité Saint-Louis 1, sur une file active de 173 patients, 27 (16 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 39. La durée moyenne d'isolement est de quatre jours. Quatre patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, soit 2 % de la file active et 15 % des patients placés en isolement. Le nombre de mesures de contention s'établit à sept. Leur durée moyenne est légèrement supérieure à cinq heures, la durée maximale étant de deux heures.

Pour le secteur Nord, à l'unité Saint-Luc Rdc, sur une file active de 130 patients, 30 (23 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 75. La durée moyenne d'isolement est de deux jours. Un patient a fait l'objet d'une mesure de contention associée. A l'unité Saint-Luc 1, sur une file active de 124 patients, cinq (4 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à six. Les durées moyenne et maximale d'isolement sont peu pertinentes en raison de l'hébergement d'un patient au long cours. Aucune mesure de contention n'a été appliquée.

Pour le secteur Sud, à l'unité Sainte-Agathe du Rdc, sur une file active de 138 patients, 41 (30 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 99. La durée moyenne d'isolement est légèrement inférieure à deux jours et demi. Six patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, soit 4 % de la file active et 1,5 % des patients placés en isolement. Le nombre de mesures de contention s'établit à 21. Leur durée moyenne est de cinq heures trente, la durée maximale étant inférieure à sept heures.

A l'unité Sainte-Agathe 1, sur une file active de 205 patients, 11 (5 %) ont fait l'objet d'une mesure d'isolement. Le nombre de mesures d'isolement s'établit à 22. La durée moyenne d'isolement est de trois jours. Trois patients ont fait l'objet d'une mesure de contention associée, soit 1,5 %

²⁷ A titre purement indicatif, sur un volume de quinze établissements possédant un registre exploitable, représentant quatre-vingt-huit unités contrôlées par le CGPL en 2018 et 2019, une proportion de 14,5 % patients de la file active ont fait l'objet d'une mesure d'isolement (chiffre variant de 8 à 31 % selon les établissements). Une proportion de 3,9 % de patients de la file active ont fait l'objet d'une mesure de contention associée (chiffre variant de 0 à 10 % selon les établissements).

de la file active et 27 % des patients placés en isolement. Le nombre de mesures de contention s'établit à six. Leur durée moyenne est de cinq heures trente, la durée maximale étant inférieure à sept heures trente.

L'UEAO, l'UFADO et les unités Saint-Louis 2 et Saint-Luc 2 ne sont pas citées ici, en raison du nombre très faible de mesures d'isolement et l'absence de mesures de contention associées.

En cohérence avec la mission qui lui est assignée, l'UPSI est l'unité où l'isolement et les mesures de contention associées sont les plus pratiquées, suivie par les unités fermées. On relève des durées maximales anormalement élevées et totalement atypiques à l'UPSI ainsi que dans les unités Saint-Luc 1 et Sainte-Agathe Rdc. Elles correspondent à quatre patients au long cours (*cf. supra*). De manière générale, le recours à la contention est mesuré tant en volume qu'en durée.

Les contrôleurs ont également procédé à l'exploitation des mesures prises par unité jusqu'au niveau de chaque patient. Elle correspond à l'extraction qui leur a été remise à leur arrivée. Elle couvre la période du 1^{er} janvier 2021 au 30 janvier 2022 et comporte un nombre de mesures associées à chaque identifiant permanent de patient (IPP). Ces données, en raison de leur temporalité, diffèrent sensiblement de la synthèse qui leur a été fournie pour l'année 2021 mais permettent de disposer d'informations plus complètes. Cinq unités ont retenu plus particulièrement leur attention. Ainsi à l'UPSI, plus de la moitié des mesures d'isolement sont supérieures à 48 heures (63 %). Trente-sept patients ont connu trois mesures d'isolement ou plus. Deux patients ont connu onze mesures d'isolement et un dix-huit. Vingt-deux mesures d'isolement supérieures à douze heures concernent des patients en soins libres. Seize mesures d'isolement ont été prises hors chambre dédiée. Ces données sont à appréhender avec circonspection, car des échanges avec les professionnels et de l'interrogation par échantillonnage de certains dossiers, des erreurs de saisie par défaut d'actualisation et des biais liés à la conception du logiciel ont été relevés. A l'unité Saint-Louis Rdc, dix-sept mesures d'isolement ont été supérieures à 48 heures (37 %). Deux mesures d'isolement supérieures à douze heures concernent des patients qui apparaissent en SL, sans que leur statut ait été revu après ce délai. Un patient a connu une mesure d'isolement hors chambre dédiée. Cependant, il semble que l'intéressé ait été à l'UPSI. De même, une erreur de positionnement d'un patient tant au niveau de l'unité que du type d'hébergement a été relevée. A l'unité Saint-Louis 1, dix-neuf mesures d'isolement ont été supérieures à 48 heures (46 %). Six mesures d'isolement supérieures à douze heures concernent des patients en SL. Un patient a connu une mesure d'isolement hors chambre dédiée, ce qui pourrait relever d'une erreur de saisie. A l'unité Saint-Luc Rdc, vingt mesures d'isolement ont été supérieures à 48 heures (24 %). Trois mesures d'isolement supérieures à douze heures concernent des patients en SL, sans que leur statut ait été revu après ce délai. A l'unité Saint-Agathe Rdc, trente-et-une mesures ont été supérieures à 48 heures (29 %). Neuf mesures d'isolement supérieures à douze heures concernent des patients qui apparaissent en soins libres, sans que leur statut ait été revu après ce délai. Trois patients ont connu une mesure d'isolement hors chambre dédiée²⁸.

La mise à l'isolement au sein d'un espace dédié, la transformation du mode légal d'hospitalisation pour les patients en SL, lorsque la mesure excède douze heures ainsi que le caractère exceptionnel des mesures d'isolement supérieures à quarante-huit heures sont des sujets qui ont fait l'objet de recommandations de l'ARS à l'issue de sa mission d'inspection des 8 et 9 janvier

²⁸ Il n'a pas été procédé à une consultation des dossiers des patients des unités Saint-Luc rez-de-chaussée et Sainte-Agathe rez-de-chaussée pour approfondir ces constats.

2020. L'établissement suit l'évolution de ces pratiques au travers d'un certain nombre d'indicateurs qu'elle a retenus et qui sont présentés à la CME²⁹. Un indicateur supplémentaire sur le changement de statut de soins libres en soins sans consentement, à l'échéance maximale des douze heures, pourrait y être ajouté. De même, l'exactitude des informations saisies constitue un enjeu.

RECOMMANDATION 8

Le changement de statut des patients en soins libres, objets d'une décision d'isolement, doit intervenir à l'échéance maximale des douze heures.

Afin de pouvoir assurer la pertinence des analyses, le contrôle sur la qualité des informations enregistrées doit être renforcé.

Il a été indiqué aux contrôleurs que le pôle de l'information médicale assure la formation des soignants de l'établissement à l'utilisation du logiciel Cariatides, pour les trois statuts, ce qui représente un volume de trois cents personnes par an. Cette action est complétée par la mise en ligne sur l'intranet d'un « pas à pas ». Il a également été précisé qu'au niveau de l'association Sainte-Marie, un groupe de travail associant des médecins et des cadres de santé a été constitué pour échanger des informations et aboutir à une harmonisation notamment par suite des dernières évolutions législatives. Les réunions sont trimestrielles. Il est l'interlocuteur unique de l'éditeur Symaris, concepteur du logiciel.

7.3.3 L'appropriation du registre par les unités de soins

Les indicateurs d'isolement et de contention sont produits par le département de l'information médicale (DIM) et font partie des outils destinés à analyser les pratiques. Une impulsion supplémentaire, dans le prolongement d'une position favorable de la CME de décembre 2021, est en cours d'initialisation. Elle associe le chef de service de l'intersecteur, la responsable qualité et le pôle DIM. L'objectif est, à partir de l'appropriation des indicateurs d'isolement et de contention, de décliner une analyse par unité de soins. Cette démarche concerne les professionnels de chaque unité, sous la responsabilité des médecins et des cadres de santé. Le processus, outre le fait qu'il s'appuie sur la production d'éléments statistiques, doit mettre à profit une grille d'analyse des indicateurs d'isolement et de contention. Les contrôleurs observent positivement que la grille inclut un contrôle de cohérence entre les données de l'extraction produite par le DIM et les mesures mises en œuvre au sein de l'unité. Cette vérification devrait permettre de réduire, corriger et à tout le moins déceler et expliciter d'éventuelles erreurs d'enregistrement. Certaines unités se sont déjà impliquées dans la démarche projetée en commençant à produire au titre d'un rapport d'activités des informations sur leurs pratiques. Tel est le cas de l'unité Saint-Louis Rdc qui a fourni des éléments assez exhaustifs comportant les mesures visant à aboutir à un moindre recours à l'isolement.

Ce projet, après avoir été retardé par la crise sanitaire, a vocation à aboutir en cours d'année. Une présentation trimestrielle en CME de la synthèse de ces travaux est prévue.

²⁹ Vingt-trois mesures hors espace dédié ont ainsi été signalées pour les trois premiers trimestres de 2021. Indicateurs Iso-contention (CME du 9/12/2021) : T1 : 9 ; T2 : 9 ; T3 : 5.

BONNE PRATIQUE 7

L'implication des unités d'hospitalisation dans le recensement et l'analyse des mesures d'isolement et de contention favorise une démarche pertinente d'évaluation des pratiques.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA CDSP N'A AUCUNE ACTIVITE ET LA PLACE DES USAGERS MERITE D'ETRE DEVELOPEE

8.1.1 La CDSP

La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP) ne s'est pas réunie depuis l'année 2020, faute de renouvellement de sa composition, en raison notamment de l'absence de candidats dans le corps médical.

Elle ne peut en conséquence depuis cette époque remplir les missions qui sont les siennes.

RECOMMANDATION 9

La commission départementale de soins psychiatriques doit se doter des moyens d'exercer ses compétences, notamment, assurer au moins deux visites annuelles de l'établissement et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique. Il est urgent que de nouveaux membres soient nommés.

8.1.2 La commission des usagers

La commission des usagers (CDU) est active. Elle se réunit quatre fois par an, établit des comptes rendus de ses réunions ainsi qu'un rapport annuel.

En font partie, la directrice, un médiateur médecin, un médiateur non-médecin, deux représentants des usagers et leurs deux suppléants.

A l'occasion de chacune de ses réunions, sont traités les sujets suivants : les plaintes orales ou écrites, les événements indésirables graves, le projet des usagers, les dossiers contentieux, le questionnaire de satisfaction, ainsi que des questions diverses, telle que la COVID, l'isolement et la contention, ou encore l'accès au dossier médical.

8.1.3 Les représentants des usagers

Les représentants des usagers (RU) sont très présents dans les différentes institutions du CHSM. Les relations avec la direction de l'établissement sont excellentes.

Les RU assurent une permanence mensuelle dans la maison des usagers c'est-à-dire un bureau mis à leur disposition dans le hall d'accueil face aux ascenseurs. Ces permanences sont annoncées par affichage dans les unités d'hospitalisation. Mais peu d'usagers, patients ou familles, ne viennent à ces permanences dont l'existence paraît très confidentielle.

Les RU rencontrées par les contrôleurs envisagent de demander à la direction de l'établissement de pouvoir passer dans les unités pour y rencontrer directement les patients, démarche qu'il convient de soutenir.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI NUMERISE EST BIEN TENU MAIS IL EST DIFFICILEMENT ACCESSIBLE A UNE AUTORITE DE CONTROLE

Depuis le mois d'avril 2021, le livre de la loi du CHSM est entièrement informatisé via le logiciel Planipsy. Sont définitivement abandonnés les registres volumineux dont les feuillets étaient couverts des très nombreux documents devant y figurer.

Il est tenu par la responsable du bureau des entrées. Chaque patient en SSC y est enregistré lors de son admission, puis tous les documents le concernant permettant de suivre son hospitalisation, et d'en contrôler la légalité, sont théoriquement scannés et intégrés dans le dossier patient.

Le contrôle de cet outil a été dans un premier temps laborieux, nécessitant pour un contrôleur de se familiariser avec le logiciel.

L'accès à un dossier patient est facile, de même que l'accès aux documents scannés le concernant. L'accès à l'historique est plus difficile. Ainsi a-t-il été impossible d'obtenir une vision et un contrôle des dossiers patients à partir du dernier arrivé, en remontant dans le temps.

Si la numérisation du registre est pertinente comme facilitant sa tenue, le programme informatique devrait toutefois évoluer afin d'en faire un outil de contrôle et de suivi pratique et abordable. La possibilité d'obtenir les dossiers par type de SSC et les dossiers par ordre chronologique devrait être déployée.

Enfin, les contrôleurs ont pu constater que des documents ou des informations devant figurer dans le livre de la loi n'y figuraient pas, tel que l'acte de notification des droits ou encore les actes de notifications des décisions, ou des décisions elles-mêmes. Les courriers d'information au préfet et aux tuteurs y figurent alors qu'ils ne font pas partie des documents listés par l'article L3212-11 du code de la santé publique.

Après échanges avec les contrôleurs pendant la mission, les derniers dossiers des patients hospitalisés en SSC pendant la mission ont comporté tous les documents exigés par le code de la santé publique.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Le livre de la loi informatisé doit comporter pour chaque patient en SSC tous les documents exigés par l'article L3212-11 du CSP ; le logiciel de gestion du livre de la loi doit en permettre un accès facilité aux autorités de contrôle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que tous les documents en lien avec les soins sans consentement sont intégrés au registre de la loi depuis la visite.

Des requêtes ont été créés sur le logiciel pour permettre d'obtenir une liste de mesures classée par ordre chronologique ou par type de soins sans consentement.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

8.3 LE CONTROLE DES MESURES D'HOSPITALISATION PAR LE JLD EST RIGOREUX

Une convention en date du 9 juillet 2014 organise les audiences du juge des libertés et de la détention (JLD), lesquelles se tiennent toutes au CHSM, que ce soit pour les patients de l'établissement, pour ceux du CH de Thiers ou encore ceux du CHU de Clermont-Ferrand. Les audiences se tiennent les mardis et vendredis matin.

La convention prévoit une information du JLD en temps réel de toute nouvelle hospitalisation, afin qu'il puisse organiser ses audiences.

8.3.1 L'information du patient

Elle est délivrée par les soignants lors de l'accueil dans l'unité, ou dans les jours qui suivent une fois le patient apaisé, puis lors de la convocation du patient à l'audience JLD.

Cette convocation arrive dans l'unité dans les jours précédant l'audience. Elle est remise contre récépissé signé par le patient, ou bien par deux soignants si le patient est dans l'impossibilité de signer.

La convocation informe le patient qu'il peut avoir accès aux pièces du dossier, et que la consultation en est possible par requête déposée au secrétariat du directeur de l'établissement, dans les conditions prévues par l'article L.1111-7 du CSP lequel est intégralement reproduit sur le récépissé devant être retourné au greffe du JLD.

Or l'article L1111-7 du CSP traite de la communication du dossier médical et ne s'applique pas à l'accès à un dossier judiciaire. Le principe du contradictoire doit s'appliquer, de sorte que toutes les pièces du dossier soumis au JLD et notamment les pièces médicales doivent pouvoir être communiquées sans restriction au patient convoqué devant le JLD et sans présence d'un tiers ou d'un médecin lors de la consultation.

Les conditions ainsi posées dans ces convocations pour que le patient prenne connaissance des pièces du dossier le concernant ne permettent pas de considérer que la procédure suivie est équitable.

PROPOSITION 16

Un patient convoqué devant le juge des libertés et de la détention doit pouvoir prendre connaissance de l'ensemble des pièces du dossier judiciaire sans avoir à suivre le formalisme de l'art L1111-7 du CSP relatif à la communication du dossier médical.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM sollicite les références à l'accès au dossier judiciaire.

En application de l'article 3211-13 du code de la santé publique, les pièces mentionnées à l'article R3211-12 peuvent être consultées au greffe de la juridiction et la personne en soins psychiatriques, lorsqu'elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne. Le formalisme de l'article L1111-7 du CSP ne s'applique qu'au dossier médical *stricto sensu*.

La recommandation est maintenue sous la forme d'une proposition.

Le récépissé de la convocation comporte une rubrique qui doit être renseignée sur le choix par le patient de l'avocat chargé de sa défense : un avocat qu'il désigne ou bien l'avocat commis d'office.

En général, l'avocat commis d'office est désigné ; il est indiqué qu'il est systématiquement rémunéré dans le cadre de l'aide juridictionnelle, ce qui participe de l'apaisement des patients.

8.3.2 L'audience

Elle se tient dans une salle prévue à cet effet, équipée informatiquement. Une salle est réservée aux entretiens avocats ; l'accessibilité de la salle est assurée par un fléchage facilement repérable assurant ainsi théoriquement la publicité des débats. Cependant, l'accès au bâtiment dans lequel se trouve la salle d'audience nécessite un pass, de nature à restreindre cette publicité.

Cependant, lors des deux audiences auxquelles ont assisté les contrôleurs, le père d'un patient, puis le frère d'une patiente, étaient présents.

Une particularité mérite d'être notée quant à l'organisation de ces audiences : les patients du CHU sont peu présents aux audiences, non pas du fait de l'incompatibilité médicalement constatée d'y assister, mais par commodité pour le personnel du CHU. En conséquence, l'audience se déroule par téléphone. Le JLD passe un temps assez long à joindre le service dans lequel se trouve le patient, puis correspond avec le patient avec des interruptions de communication et sans que l'avocat n'ait pu échanger avec lui. Il arrive que le patient n'ait pas été consulté sur le dispositif mis en place. La légalité de ces modalités de tenue de l'audience est interrogée par les contrôleurs.

RECOMMANDATION 10

Les audiences du juge des libertés et de la détention tenues par téléphone, pour examiner le maintien de l'hospitalisation en soins sans consentement doivent être proscrites. Les règles du procès équitable ne sont pas respectées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHU indique que les audiences en visioconférence sont autorisées par les textes. Le CHU les applique dès lors que le patient préfère ce mode opératoire car un transfert du patient doit être opéré vers le tribunal judiciaire et celui-ci est très chronophage pour les équipes soignantes. Le CHSM souffre moins de cette difficulté car il se situe à proximité du TJ. Le JLD a explicitement indiqué lors d'une réunion en date du 2 juillet 2021 que « le recours à la visioconférence est possible uniquement à condition que le patient donne expressément son accord. L'audience téléphonique n'est possible qu'à titre subsidiaire à défaut de fonctionnement de la visioconférence ».

Néanmoins, les conditions d'organisation de l'audience par téléphone et non par visioconférence à laquelle les contrôleurs ont assisté ont été motivées par l'impossibilité du CHU d'organiser les transports ce qui est inadmissible d'autant plus que, dans ces conditions, le recueil du consentement du patient apparaît bancal. La recommandation est maintenue.

Par ailleurs, la direction du CHSM précise que les audiences en présentiel ont repris depuis la fin de la crise sanitaire pour les patients hospitalisés dans l'établissement.

L'audience se déroule pour les patients présents dans des conditions très respectueuses des droits du patient. Les soignants qui accompagnent les patients assistent à l'audience.

Cependant, la décision n'est pas annoncée au patient par le juge mais elle est prise dans la journée et notifiée et expliquée par un soignant qui n'a pas toujours reçu la formation suffisante. Il est regrettable que ce ne soit pas le JLD qui, après avoir pris sa décision, l'annonce et l'explique à l'oral quitte à la formaliser dans la journée. Le délibéré devrait être réservé aux procédures complexes au cours desquelles des nullités ont été soulevées.

PROPOSITION 17

Les décisions prises à l'issue de l'audience devraient, en principe, être annoncées et explicitées par le juge des libertés et de la détention au patient, dans l'intérêt de ce dernier.

8.3.3 Les avocats

Les avocats du barreau de Clermont-Ferrand assurent la défense des patients en SSC devant le JLD. Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché.

Il est apparu manifeste aux contrôleurs ayant assisté aux audiences pendant le temps du contrôle que si certains avocats possédaient bien la matière, d'autres semblaient l'ignorer totalement.

Les avocats intervenant sont inscrits sur une liste de volontaires. L'ordre des avocats doit assurer à ces avocats une formation régulière nécessitée par la complexité juridique de ce type de défense, par l'évolution de la législation, et par une jurisprudence abondante souvent très pertinente.

PROPOSITION 18

L'ordre des avocats doit assurer une formation continue des avocats avant de les inscrire sur la liste des avocats volontaires pour assurer la défense devant le JLD des personnes hospitalisées en SSC.

L'établissement doit assurer un affichage du tableau de l'ordre des avocats.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM indique qu'elle va solliciter la transmission d'un tableau de l'ordre à jour afin de l'afficher.

La recommandation est maintenue sous forme de proposition.

8.3.4 Les décisions du JLD

Pour tous les établissements du ressort du JLD de Clermont-Ferrand, en 2020, sur 741 décisions, 15 sont des décisions de mainlevées différées, 59 de constats de nullités ; en 2021, sur 744 décisions, 17 sont des décisions de mainlevées différées et 105 de nullités.

Les décisions du JLD pour l'année 2021 constatant des nullités ou des levées des mesures pour les patients du CHSM ont été communiquées aux contrôleurs. Il en ressort les éléments suivants :

- huit d'entre elles font suite à une saisine du JLD par le patient ;
- les motifs d'annulation sont variables notamment : dossiers remis au JLD incomplets ; délais non respectés dans l'établissement des CM des 24h ou 72h ; défauts de notification des décisions d'admission aux familles ou aux tuteurs ; recherches de tiers tardives en cas de SPPI ; certificats médicaux ne motivant pas la nécessité de soins sous contrainte ; défaut de notification de ses droits au patient ; défaut d'information du préfet ; certificats médicaux suspects au motif d'une rédaction identique ; décisions d'admission avec effet rétroactif car anti datées ; cadres juridiques des SSC imprécis ou contradictoires à la lecture des certificats médicaux ; qualité de tiers contestable ; absence d'interprète.

Ces décisions et leurs motivations montrent la qualité et la rigueur du contrôle ainsi exercé par le JLD.

En revanche, au moment du contrôle, le service du JLD, pourtant informé par le CHSM des mesures d'isolement et de contention, ne procédait pas à leur contrôle. La mise en place de ce contrôle devait être organisé à la suite de la publication au journal officiel du décret d'application des dispositions de l'article 17 de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique.

9. LES SOINS

9.1 L'ACCES AUX ACTIVITES THERAPEUTIQUES RESTE LIMITE EN RAISON DE L'INDISPONIBILITE DES SOIGNANTS

9.1.1 L'organisation de la continuité des soins

Du lundi au vendredi, les psychiatres sont présents le matin dans les unités et, l'après-midi, ils assurent des consultations pour les patients de leur secteur. Un psychiatre est d'astreinte de 8h30 à 20h00 sur place et de 20h00 à 8h30 à son domicile.

Les samedis, dimanches et jours fériés, un psychiatre d'astreinte est sur place de 8h30 à 12h30 et à son domicile de 12h30 à 8h30.

Des internes en psychiatrie assurent des gardes pour la psychiatrie et les troubles somatiques. Jusqu'en janvier 2022, il y avait un interne de garde de 8h30 à 20h30 et un autre de 20h30 à 8h30. Néanmoins, avec la raréfaction des internes, la fréquence des gardes a atteint un niveau difficilement soutenable et a conduit à l'épuisement collectif de ceux restés en poste. En effet, de neuf internes au début du semestre, l'effectif est passé à quatre puis trois (en raison d'une infection par la Covid) pour assurer des gardes. Un interne a ainsi effectué dix gardes de nuit entre le 28 décembre 2021 et le 9 janvier 2022 – donnée transmise aux contrôleurs, contestée par la direction du CHSM. Les gardes de jour ont donc été supprimées et la garde de nuit des internes a été avancée de deux heures, 18h30 au lieu de 20h30. La direction a procédé au recrutement d'un médecin intérimaire jusqu'à la fin février 2022 qui assure une permanence de 13h00 à 20h00. La nuit, l'effectif réduit d'internes ne permet pas de couvrir les besoins et il est actuellement fait appel aux bonnes volontés des psychiatres pour effectuer des gardes sur place pendant lesquelles ils devront assurer des prises en charge somatiques pour lesquelles ils ne se sentent pas compétents.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que les internes ont été sollicités en priorité pour assurer les gardes la nuit et non plus la journée. De plus, un médecin généraliste a été positionné sur la tranche 13h/20h. Elle indique que la tranche horaire 18h30/8h30 n'a été mise en place que pendant quinze jours en janvier 2022 jusqu'à l'arrivée du médecin généraliste. Par ailleurs les médecins psychiatres sont positionnés sur des astreintes et non plus sur des gardes ; la surveillance somatique faisant partie des missions.

En ce qui concerne les soignants, le CHSM a fait le choix d'équipes de nuit spécifiques, mixtes, qui prennent leur service dans n'importe quelle unité en fonction des besoins. Les contrôleurs ont pu les rencontrer lors d'une visite de nuit et constater le sérieux des transmissions orales et écrites entre les deux équipes de jour et de nuit.

9.1.2 L'accès aux consultations médicales et entretiens infirmiers

A l'UAEO et à l'UPSI, les patients sont vus tous les jours par un psychiatre en présence d'un IDE. Il y a un psychiatre référent mais pas d'IDE. Les échanges entre soignants et médecins se déroulent tous les jours de manière formalisée lors d'un *staff* élargi³⁰, afin d'évoquer l'état clinique de chaque patient et faire le point sur l'état des liens avec les proches du patient.

³⁰ Le staff réunit des IDE de l'UAEO et de l'UPSI, et les IDE régulateurs les médecins du service, psychiatres et omnipraticiens, le médecin chef de l'intersecteur, les internes, les cadres de santé, les secrétaires.

Les entretiens infirmiers se déroulent à la demande des patients ou à la suite d'observations des soignants.

Les relations médecins soignants sont aisées, ce qui favorise la cohésion des prises en charge.

A Sainte-Agathe, les patients sont vus en consultation régulièrement chaque semaine.

Si, dans l'unité Rdc, les échanges entre soignants et médecins sont très fluides et ce pour le bénéfice des patients, il n'en va pas de même dans l'unité Sainte-Agathe 1 (cf. § 3.3.2, recommandation prise en compte n°1) où les relations entre les deux psychiatres et l'ensemble de l'équipe soignante sont dégradées. Elles se limitent au strict minimum, aucun échange sur les patients n'est instauré et l'un des deux psychiatres donnerait des ordres aux soignants en criant devant les patients. Les infirmiers ressentent méfiance et hostilité de la part des médecins et ne se sentent pas écoutés. Cet état de fait, connu de la direction, engendre une rotation et un absentéisme importants du personnel soignant ainsi que des demandes de mutation pour d'autres services rarement satisfaites faute de candidat pour se rendre à Sainte-Agathe 1 (cf. observations de la direction au § 3.3.2 a).

De leur côté, les patients de cette unité perçoivent ces tensions et considèrent que les consultations psychiatriques sont conduites de manière expéditive, sans écoute. Cette ambiance produit des effets délétères sur les patients qui constatent un moindre investissement professionnel des soignants et une rupture dans l'accompagnement en raison de l'instabilité du personnel.

Pour les deux psychiatres rencontrés par les contrôleurs, l'absentéisme et l'impermanence des équipes constituent plutôt la source des difficultés que la conséquence de leur comportement jamais remis en cause.

A Saint-Louis, chaque patient bénéficie d'un médecin référent. Les patients sont tous vus au moins deux fois par semaine voire plus si nécessaire en présence d'un soignant. Il n'est pas institué d'IDE référent et les entretiens infirmiers se déroulent à la demande des patients ou à la suite d'un repérage clinique, leur fréquence reste très individualisée.

A Saint-Luc, le médecin référent est également institué. Les patients sont vus en consultation au moins une fois par semaine. Il n'est pas désigné d'IDE référent.

9.1.3 Les entretiens psychologiques

Les patients en éprouvant le besoin peuvent être suivis en entretien par les psychologues du secteur.

9.1.4 Le travail d'équipe centré sur le patient

a) Les transmissions

Dans toutes les unités, elles se déroulent trois fois par jour à chaque changement d'équipe de soignants. Elles se font sur un mode écrit et oral comme les contrôleurs ont pu le constater et l'état de chaque patient est abordé.

b) Les réunions flash ou staff

Elles se tiennent tous les jours dans les unités en présence des médecins, soignants et cadres et permettent de faire le point sur chaque patient.

c) Les réunions médico-sociales

Elles associent toutes les semaines médecins, soignants, cadres, psychologue et assistant social (sauf à l'UAEO pour les deux derniers professionnels) afin d'évoquer les aspects médico-sociaux de la prise en charge des patients. Leur fréquence est beaucoup plus aléatoire à Sainte-Agathe 1.

d) Les réunions cliniques

Elles ont pour objet un échange et une réflexion entre psychiatre et soignants sur une pathologie ou un patient ayant présenté une prise en charge complexe. A Sainte-Agathe elles sont inexistantes, à Saint-Louis elles ont été supprimées lors de la pandémie et n'ont pas repris faute d'interne. A l'UPSI, le projet est d'en organiser une, une fois par mois. A Saint-Luc, elles se déroulent mensuellement et à l'UAEO elles ont été réinstaurées en janvier 2022 et se tiennent le vendredi après-midi.

9.1.5 Les réunions patients-soignants.

A Saint-Louis Rdc, tous les quinze jours, se tiennent des réunions communautaires où les soignants sont en tenue de ville et où l'ordre du jour est confié aux patients. Un compte rendu est rédigé à l'issue de chacune de ces rencontres et classé à des fins de consultation. Les propositions des patients ont permis l'installation d'une console de jeux et l'instauration dans l'unité, quatre jours par semaine à 10h00, d'un temps « café-collation » totalement géré par les patients à tour de rôle.

Aucune réunion n'est instituée à l'UAEO, l'UPSI, Sainte-Agathe et Saint-Luc.

A Saint-Luc toutefois il est prévu de les réinstaurer comme avant la crise sanitaire.

PROPOSITION 19

Les unités doivent instaurer des réunions soignants-soignés à un rythme régulier.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise qu'un plan d'actions est mis en place afin de généraliser les réunions soignants-soignés dans les unités de soins avec une périodicité définie.

Le CGLPL salue cette initiative. La recommandation est en l'état maintenue sous la forme d'une proposition.

9.1.6 La gestion des patients au long cours

Hormis l'UAEO et l'UPSI, toutes les unités hébergent des patients depuis plus de 280 jours. Ces patients présentent non seulement des troubles psychiatriques mais aussi du comportement associé le plus souvent à un déclin cognitif et sont dans l'attente de structures d'accueil qui, bien souvent, n'en veulent pas car non dotées en personnel suffisant pour s'en occuper.

A Sainte-Agathe, trois patients sont hospitalisés, l'un depuis 2017 en SL et les deux autres depuis 2020, l'un en PI et l'autre en SDRE.

A Saint-Luc, deux patients présentent des troubles complexes : l'un hurle fréquemment, l'autre nécessite un renfort de l'équipe soignante demandé à l'ARS et dont la réponse était en attente au moment du contrôle. Par ailleurs, le travail partenarial entrepris au secteur Nord avec les foyers d'hébergement de Saint-Germain et Saint-Prié-des-Champs, qui consistait à faire intervenir des psychiatres de Sainte-Marie dans ces structures, a tourné court, faute de moyens,

et ils n'interviennent plus qu'une fois par semaine en visioconférence. En effet, le CHSM étant une association privée à but non lucratif, il a été exclu du Ségur de la santé et n'a pu bénéficier de moyens supplémentaires (cf. § 3.2).

A Saint-Louis, en 2021, sept patients sont restés plus de 280 jours dans l'unité et, au moment du contrôle, trois patients relevaient d'autres lieux de vie : l'un étranger schizophrène stabilisé, un second atteint de démence précoce secondaire à un psycho-trauma en attente d'une place en MAS et un troisième âgé de plus de 70 ans érotomane. Le séjour le plus ancien datait de l'automne 2017, en SDT.

Certains patients sont orientés vers l'UIAS qui compte un patient en soins sans consentement présent depuis 2013.

9.1.7 Le libre choix du médecin

La question ne se pose guère dans les unités où les médecins sont bien perçus par les patients. Au secteur Nord, la demande généralement acceptée doit être faite au chef de pôle. A Sainte-Agathe 1, la demande d'un patient auprès de la direction est restée sans suite et il a dû conserver son médecin, ce qu'il vit mal et ne favorise pas l'alliance thérapeutique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise qu'elle n'a pas eu connaissance de cette demande qui n'est pas non plus remontée à la CDU.

9.1.8 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

a) Dans les unités

A l'UAEO, la télévision en accès libre est installée dans chaque chambre ainsi que dans la salle commune. Il est mis à la disposition des patients des mandalas, un baby-foot, des jeux de société et ils peuvent accéder à la bibliothèque de l'hôpital. Un atelier cuisine grandement apprécié des patients était régulièrement organisé dans l'unité mais depuis l'entrée en vigueur de l'interdiction d'utiliser des œufs, plus aucun gâteau ni crêpe ne peut être confectionné, à leur grand désarroi, et il ne leur reste plus à concocter que des salades de fruits. L'unité dispose de 400 € par an pour les activités socio-thérapeutiques : sorties au restaurant, achat de tickets de tram, de nourriture, de produits d'hygiène pour les patients. Les ergothérapeutes interviennent dans l'unité à la demande des IDE ou des médecins. Un patient sur cinq en SSC dispose d'une autorisation de sortie inférieure à 12h.

A l'UPSI, le pôle sport intervient pour des prises en charge groupales ou individuelles.

Aucun patient en SSC n'a d'autorisation de sortie.

A Sainte-Agathe Rdc, l'offre d'activités varie selon la disponibilité et l'investissement des soignants. Des activités sportives se déroulent le matin de 9h00 à 9h30, des randonnées sont organisées régulièrement, mais d'une façon générale, les patients s'ennuient et l'offre reste insuffisante. Les soignants sont peu disponibles à l'exception du week-end où certains peuvent prendre le temps de participer à des jeux de société.

Les permissions de sortie sont accordées sans difficulté aux patients en SSC. Sur les dix-huit patients en SSC, huit peuvent sortir pour une durée maximale de 48h et cinq pour une durée inférieure à 12h.

A Saint-Louis Rdc, il est proposé des ateliers d'art créatif sur diverses thématiques, une activité chorale, se déroulant plutôt le week-end en lien avec les demandes des patients, des moments d'écoute musicale dans l'espace multi-sensoriel (quatre séances pour vingt-six bénéficiaires en

2020) et un accompagnement par les soignants dans les espaces d'apaisement notamment à la salle de boxe éducative. Toutefois, les patients se plaignent de l'ennui et, de l'aveu même des médecins, il manque des soignants pour accompagner les patients dans les activités thérapeutiques. Par ailleurs, une coiffeuse intervient dans l'unité sur rendez-vous ou bien reçoit les patients accompagnés à son salon en ville. Ce service est facturé au patient. Les coupes de cheveux masculines sont effectuées gracieusement par un soignant qui dispose d'un certain talent dans ce domaine. Dix-sept patients en SSC sur vingt peuvent sortir pour une durée maximale de 48h.

A Saint-Luc Rdc, pour les mêmes raisons, peu d'activités thérapeutiques hormis quelques jeux de société et l'intervention de l'ergothérapeute le jeudi après-midi, sont organisées à l'attention des patients. Certains d'entre eux ont exprimé un sentiment d'ennui et les contrôleurs ont constaté l'absence d'accès à la lecture, à la presse, même locale (la cadre de santé met à disposition son abonnement professionnel au journal local mais en un seul exemplaire), aux sorties dans le parc, alors que les patients des unités 1 et 2 peuvent se rendre à la médiathèque bien fournie.

Avant la crise sanitaire certains patients pouvaient bénéficier de sorties thérapeutiques.

b) En dehors des unités

Le CHSM dispose d'un plateau intersectoriel très complet d'activités culturelles, sportives, de bien-être et d'art-thérapie conçues comme des soins de support pour toutes les personnes soignées en hospitalisation à temps complet ou en ambulatoire. L'hôpital de jour d'Art-Thérapie, le CATTP Culture et Sport, la kinésithérapie, la musicothérapie, la chorale, les soins esthétiques, l'atelier de mosaïque, la bibliothèque/kiosque et la cuisine thérapeutique sont placés sous la responsabilité d'un psychiatre à 0,5 ETP. Cet intersecteur compte également un cadre infirmier, des IDE (1,9 ETP), un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une socio-esthéticienne, tous à temps plein. Les activités artistiques et culturelles, à médiation sportive ou autres, le théâtre ou encore la danse, viennent en appui des thérapies médicamenteuses et sont intégrées dans le parcours de soins du patient. Elles sont évaluées et tracées dans le dossier médical informatisé du patient.

Au moment du contrôle, quelques patients des unités fermées suivaient ces activités : dix à Sainte-Agathe Rdc, six à Saint-Louis Rdc, deux à Saint-Luc Rdc et aucun à l'UAEO et à l'UPSI.

Le manque de disponibilité des soignants pour accompagner à ces activités thérapeutiques les patients des unités fermées, imparfaitement stabilisés, privent ces derniers des bénéfices qu'elles procurent tant sur le plan physique que psychique.

PROPOSITION 20

Le CHSM doit conduire une réflexion pour améliorer l'accès des patients des unités fermées aux activités proposées par l'intersecteur CESK (Culture, Esthétique, Sport, Kinésithérapie) et Art-Thérapie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que cette réflexion est inscrite dans l'écriture du nouveau projet médical notamment avec la remise en place des CATTP ce qui est salué par le CGLPL.

La recommandation est maintenue sous la forme d'une proposition.

9.2 LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT EST ANCRÉE DANS LES PRATIQUES

9.2.1 Le projet de soins individualisé (PSI)

Le PSI constitue la référence pour la prise en charge des patients mais modulée selon les unités d'hospitalisation. A Sainte Agathe, l'alliance thérapeutique est recherchée même si le projet de soins n'est pas écrit. A Saint-Louis, le PSI existe, il est expliqué au patient mais n'est pas formalisé et fait l'objet d'un échange hebdomadaire avec les soignants, le psychologue et l'assistante sociale.

A Saint-Luc, le PSI constitue un véritable contrat de soins, il est expliqué au patient et réévalué régulièrement ainsi que le statut, en équipe pluridisciplinaire, dans le cadre des réunions institutionnelles.

9.2.2 Les réunions de synthèse

Les réunions de synthèse préalables à la sortie réunissent tous les professionnels intervenant dans la prise en charge des patients : infirmiers de CMP et HJ, tuteurs, curateurs, familles, assistant de service social de l'hôpital de jour le cas échéant. A Saint-Louis, le patient est présent en deuxième partie de réunion et ses observations sont recueillies.

9.2.3 Les groupes de pairs

Aucune unité d'hospitalisation complète n'a instauré le dispositif des médiateurs pairs mais cette thématique fait l'objet d'une réflexion au niveau de la direction.

Toutefois, au sein de l'unité de réhabilitation, une patiente sortie de l'hospitalisation et suivie en ambulatoire a acquis la compétence de pair aidant et anime des ateliers sur l'estime de soi.

9.2.4 La personne de confiance

La notion de la personne de confiance est globalement connue des soignants et son rôle expliqué d'abord dans les unités d'admission, à l'UPSI et à l'UAEO et si besoin, par la suite, dans les unités d'accueil. Elle est contactée par téléphone à l'arrivée du patient à l'EHSM afin de recueillir son accord et pas nécessairement sollicitée ensuite. Au secteur Nord, elle est associée aux soins si le patient le souhaite et peut être contactée par l'équipe ou reçue par un médecin.

Nombre de patients ayant désigné une personne de confiance

Unités	Effectifs de patients dans chaque unité	Effectifs ayant désigné une personne de confiance
UAEO	9	4
UPSI	6	4
Ste Agathe RDC	25	21
Ste Agathe 1	24	17
St Louis RDC	25	15
St Louis 1	24	18
St Luc RDC	24	8
St Luc 1	25	NC

9.2.5 Les modalités d'accès aux traitements

a) L'organisation et les moyens de la psychiatrie

L'établissement est doté d'une pharmacie centrale placée sous la responsabilité de deux pharmaciens, 1,8 ETP pour le CHSM et 0,2 ETP pour le secteur médico-social, et employant 5,6 ETP préparateurs en pharmacie.

Les professionnels y travaillent du lundi au vendredi de 8h30 à 16h20.

Les pharmaciens procèdent quotidiennement à la validation de toutes les prescriptions médicamenteuses et d'examens complémentaires qui leur parviennent par voie électronique sur le logiciel Cariatides. Ils repèrent les surdosages, les interactions médicamenteuses, vérifient les prescriptions d'examens biologiques requises pour certains traitements et rédigent des commentaires avec différents niveaux d'alerte visibles par les infirmiers et les médecins, ces derniers se devant d'y répondre. Au moment du contrôle le taux de réponse était de 70 %.

Dans la semaine, après validation des ordonnances, les préparateurs conditionnent chaque jour avec l'aide d'un robot, les médicaments, comprimés et gélules, en sachets unitaires au nom du patient avec le nom, la date et l'heure de prise du médicament. Ils sont ensuite envoyés quotidiennement, dans les unités, avec les injectables et les dispositifs médicaux, en caissons scellés et la conformité de la livraison est validée dans le logiciel Cariatides. Dans les unités de soins, les IDE complètent les piluliers avec les autres médicaments prescrits.

Le week-end et les jours fériés, les besoins sont anticipés, les unités disposent du stock de médicaments nécessaires et les IDE peuvent se fournir à l'armoire électronique reliée au logiciel Cariatides. Si toutefois certains médicaments ne sont pas disponibles, les unités peuvent contacter une pharmacie de ville ou bien celle du CHU de Clermont-Ferrand.

Les pharmaciens procèdent également à la conciliation médicamenteuse sur une patientèle cible prenant des médicaments à haut risque iatrogénique comme l'insuline (environ vingt patients par an) en prenant contact avec les pharmacies d'officine, les médecins généralistes ou tout professionnel de santé intervenant dans l'établissement d'origine du patient.

b) La distribution des médicaments

Avant la remise d'un médicament à un patient, les IDE effectuent un contrôle de la prescription. Les médicaments sont généralement dispensés individuellement en salle de soins ou en chambre sauf à Sainte-Agathe 1 où, à midi, ils sont distribués dans la salle à manger ce qui est peu propice à la confidentialité et n'offre pas de temps d'échange.

La prise ou non de médicament est enregistrée en temps réel sur le logiciel prévu à cet effet.

c) Les traitements si besoin

Il existe des protocoles d'administration si besoin de médicaments *per pos* ou injectables validés par les pharmaciens. Ces prescriptions sont établies selon le protocole pour une durée de sept jours mais, en réalité, pour toute la durée du séjour du patient. Le recours aux psychotropes injectables reste exceptionnel malgré leur fréquente prescription, comme en témoigne le tableau suivant :

Nombre de prescriptions si besoin de médicaments psychotropes injectables et nombre d'injections réalisées

Unités	Antipsychotiques prescrits	Antipsychotiques administrés	Anxiolytiques prescrits	Anxiolytiques administrés
UAEO	375	3	296	2
UPSI	1150	18	933	20
Ste Agathe RDC	510	2	426	1
Ste Agathe 1	221	4	89	2
Ste Agathe 2	33	1	24	0
St Louis RDC	331	2	228	0
St Louis 1	368	4	283	4
St Louis 2	60	0	42	0
St Luc RDC	537	2	419	3
St Luc 1	52	1	36	1
St Luc 2	59	0	48	1

d) Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS)

Ils se tiennent quatre fois par an. Les contrôleurs ont été destinataires de leurs comptes rendus.

e) L'éducation thérapeutique et l'information des patients

L'éducation thérapeutique est organisée par un comité coordonné par un médecin psychiatre qui se réunit trois à quatre fois par an. Pour l'heure, des ateliers d'éducation thérapeutique sont effectivement mis en place mais ne concernent pas les patients en hospitalisation complète, seulement l'extra hospitalier. Toutefois, la plupart des patients rencontrés disent être bien informés sur leur traitement.

Un des deux pharmaciens anime également pour les aidants un atelier sur les traitements médicamenteux.

Les pharmaciens et les membres du COMEDIMS ont élaboré plusieurs fiches d'information destinées aux patients et distribuées dans les unités avec l'espoir de susciter des échanges avec les professionnels de santé, sur, à titre d'exemple, les thèmes suivants :

- Cannabis et Entretien pharmaceutique ;
- Antalgique et Insuline ;
- Lithium et lévothyroxine ;
- Aliments et médicaments ;
- Clozapine et Zypadhera ;
- Hygiène buccodentaire ;
- Effets indésirables des médicaments.

f) L'information des soignants

Outre le travail sur les médicaments utilisés dans l'établissement, les COMEDIMS ont élaboré avec le COPIRISQ des fiches à l'intention des soignants, sur les bonnes règles d'utilisation des médicaments ou des dispositifs médicaux, disponibles sur le logiciel YES.

De plus, en 2022, l'un des pharmaciens assurera une formation des soignants sur les effets secondaires et toxiques des médicaments. Lors du contrôle, le contenu de cet enseignement était totalement élaboré et prêt à être dispensé.

9.3 L'ORGANISATION DES SOINS SOMATIQUES PATIT D'UNE INSUFFISANCE DE MOYENS ET DES DIFFICULTES RELATIONNELLES AVEC LE SERVICE DES URGENCES DU CHU DE CLERMONT-FERRAND

9.3.1 Organisation et moyens, l'accès au médecin généraliste

L'EHSM emploie sept omnipraticiens dont cinq âgés de plus de 60 ans, soit 3,9 ETP dont un ETP affecté à l'EPHAD, l'USLD et la gérontopsychiatrie. Pour les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie adulte, les effectifs sont ainsi répartis :

- UEAO et UPSI : 0,5 ETP ;
- Secteur Nord : 0,78 ETP ;
- Secteur Centre : 0,7 ETP ;
- Secteur Sud : 0,8 ETP ;
- Sainte-Catherine : 0,2 ETP.

Un médecin somaticien intérimaire a été recruté pour effectuer des permanences de 13h00 à 20h00 du lundi au vendredi jusqu'au 11 février 2022, puis un autre à partir du 14 février mais de 13h00 à 17h00, sans visibilité pour les mois à venir.

Les médecins généralistes affectés aux unités d'hospitalisation n'effectuent pas de gardes de nuit ni de week-end ou jours fériés. Celles-ci sont confiées aux internes en psychiatrie tant pour les tableaux psychiatriques que somatiques mais en raison de la faiblesse de leurs effectifs au moment du contrôle, certaines plages n'étaient pas couvertes et il était fait appel aux psychiatres volontaires pour les combler, malgré le risque encouru de se voir reprocher une faute caractérisée au pénal justifiant une condamnation, pour avoir pris en charge une pathologie étrangère à leur spécialité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que, selon une procédure écrite, les professionnels doivent contacter le 15 en cas d'urgence. De plus, des recherches de partenariat avec des organismes extérieurs (urgences du PSR, SOS médecins, AMUAC...) ont toutes échouées faute de ressources médicales sur le département.

Sur leur temps de présence, les médecins généralistes titulaires ou intérimaires voient tous les patients entrant dans un délai de 24 heures, quel que soit leur statut ainsi que ceux placés en chambre d'isolement et tous ceux présentant des symptômes ou nécessitant un suivi de leur pathologie somatique. Auparavant, les week-ends et jours fériés, ce travail était assuré par les internes en psychiatrie, mais depuis la restauration du respect de la réglementation en matière de gardes, la permanence des soins somatiques présente des lacunes et, en cas d'urgence, il est fait appel au 15. Pour pallier ces manques, au moment du contrôle, la direction de l'EHSM était à la recherche de partenariats avec des cabinets libéraux notamment le Pôle Santé République

et l'AMUAC (Association des Médecins Urgentistes de l'Agglomération Clermontoise) qui se déplace lors de l'admission de patients en soins sans consentement.

Selon les médecins et internes rencontrés, la plupart des appels de nuit concernent des troubles somatiques. Dans les trois quarts des cas, le problème est géré en interne mais pour le reste, un avis des urgentistes du CHU s'avère nécessaire et c'est alors que, de l'avis unanime, les choses se gâtent. Les internes qui appellent se font en général très mal recevoir, au point qu'ils craignent de le faire quand bien même l'EHSM n'est pas équipé pour prendre en charge des troubles somatiques nécessitant un bilan et un traitement en urgence (gaz du sang, dosage des troponines, etc.). Selon les médecins et internes de l'EHSM, les patients atteints de troubles psychiatriques seraient stigmatisés par les urgentistes du CHU et leur symptomatologie minorée. Tous ces facteurs – compétences limitées des psychiatres en matière somatique, effectifs médicaux restreints amenant à gérer plusieurs situations en même temps, crainte des réactions hostiles des médecins urgentistes du CHU – exposent les malades à des pertes de chance. Selon certains psychiatres, des décès sont survenus en raison d'une surveillance somatique insuffisante.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir que tous les décès inattendus font l'objet d'une analyse des causes profondes et que les propos rapportés n'engagent que les médecins qui les ont tenus.

RECOMMANDATION 11

Il est impératif que le climat relationnel entre le service des urgences du CHU et les médecins de garde du CHSM s'améliore et que les vulnérabilités spécifiques des patients souffrant de pathologies psychiatriques soient mieux connues des médecins urgentistes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHU précise qu'un médecin psychiatre sénior est actuellement positionné au sein des urgences du CHU facilitant les échanges confraternels avec les médecins urgentistes. Elle ajoute que « *seuls un tiers des patients atteints de troubles psychiatriques mais relevant du secteur de Sainte-Marie sont actuellement quotidiennement transférés vers cet établissement : les deux tiers restants demeurent aux urgences, généralement en UHCD ou bien finissent par rejoindre les unités conventionnelles de la psychiatrie du CHU faute de places* », situation qui serait aggravée le week-end puisque seuls les patients en SDRE ne pourraient être transférés le week-end vers le CHSM. Par ailleurs, les urgences du CHU accueillent sans possibilité de refus les patients du CHSM présentant des problèmes somatiques. Ce alors que « *les médecins psychiatres de Sainte-Marie mettent souvent en avant les difficultés somatiques d'un patient arrivé au CHU en urgences pour refuser ou différer d'éventuels transferts pourtant légitimes au sein de leur établissement* ». Néanmoins, des réflexions ont d'ores et déjà été engagées notamment dans le cadre du projet médical de psychiatrie adopté par les instances du CHU au sein duquel la collaboration avec le CHSM se traduit en particulier dans le projet de structuration de la filière des urgences psychiatriques en extra hospitalier.

Certaines unités sont dotées de cabinets médicaux mais à l'UAEO et à l'UPSI, faute de local, les patients sont vus dans leur chambre.

L'oxygène est disponible en bouteilles et de ce fait pour une durée limitée. Le CHSM compte deux électrocardiographes, l'un réservé au cardiologue et l'autre, portable, à l'usage de tous les autres

praticiens, au fonctionnement capricieux, sans connexion informatique permettant le transfert des enregistrements pour solliciter un avis spécialisé, ce qui contraint les médecins à faire des photos avec leurs téléphones portables pour recevoir l'interprétation de leurs confrères du CHU avec les pertes de temps que cela génère dans les situations nécessitant *a priori* une prise en charge rapide. Il faut souligner la demande des médecins, non honorée au moment de la visite du CGLPL, de l'achat d'un électrocardiographe par secteur.

PROPOSITION 21

Les unités d'hospitalisation doivent toutes comporter un cabinet médical équipé du matériel nécessaire à l'exercice d'un omnipraticien.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise qu'un bureau équipé est mis à la disposition du médecin généraliste dans la plupart des unités.

Néanmoins, les contrôleurs ont constaté l'insuffisance globale des équipements.

La recommandation est donc maintenue sous forme de proposition.

Les unités sont équipées de défibrillateurs et il y a un *bladder scan*³¹ pour tout l'établissement.

9.3.2 L'accès aux médecins spécialistes

Lorsqu'il s'agit de solliciter un avis auprès d'un confrère spécialiste au CHU, aucune difficulté ne se pose. En revanche, hormis la cardiologie qui bénéficie du concours d'un cardiologue une demi-journée par semaine au sein du CHSM, l'accès aux consultations spécialisées relève du parcours du combattant. Au CHU, les spécialistes exigent en général un passage aux urgences dans le climat relationnel que l'on sait. En 2021, une consultation en ORL a pu être proposée sans le passage par les urgences. En pneumologie, les délais d'attente pour un rendez-vous excèdent une année, les pneumologues hospitaliers ne prennent plus de nouveaux patients, et aucune ressource alternative n'existe en ville. Les médecins généralistes ne disposent pas de matériel pour effectuer les consultations gynécologiques entrant dans leur champ de compétences : pas de table d'examen avec étriers, pas de spéculums à usage unique, dont l'achat leur aurait été refusé, pas de matériel à usage unique pour la pose et le retrait d'implants contraceptifs ou pour réaliser des frottis cervico-utérins de dépistage. En cas de besoin, les patientes sont adressées à des gynécologues en ville avec des délais variables selon la nature du problème rencontré.

Les médecins ne disposent ni de contraceptifs oraux ni de préservatifs.

PROPOSITION 22

Les cabinets médicaux doivent être équipés de matériel permettant un suivi gynécologique entrant dans le champ de compétence des médecins spécialisés en médecine générale.

Dans sa réponse au rapport provisoire, sur le contenu du rapport, la direction du CHSM précise que l'avis d'un médecin neurologue peut être sollicité. Par ailleurs, elle fait valoir qu'aucune demande d'achat de spéculum ne lui est parvenue. Enfin, sur simple demande, les patients peuvent disposer de contraceptifs ou de préservatifs.

³¹ Le *bladder scan*, ou échographe vésical, est un appareil portable, fonctionnant avec des batteries, destiné à mesurer le volume de la vessie avec précision grâce à sa technologie à ultrasons.

Par ailleurs, sur la recommandation, elle relève que tous les médecins généralistes ne pratiquent pas des examens gynécologiques et que les patients qui ont besoin d'un examen gynécologique sont adressés au CHU dans le cadre d'un partenariat privilégié.

Cette recommandation qui rejoint celle de l'équipement mis à disposition des médecins somaticiens est maintenue sous forme de proposition.

En ce qui concerne les soins dentaires, les patients sont pris en charge par l'unité d'odontologie de l'université dans des délais satisfaisants et les prothèses dentaires sont également fournies par ce service. De plus, un dentiste libéral installé à Clermont-Ferrand accepte de prendre en charge des patients du CHSM.

Pour l'ophtalmologie, si le patient est déjà suivi par un praticien libéral il y est adressé et sinon, il est conduit aux urgences ophtalmologiques du CHU. L'accès aux lunettes de vue ne pose pas de difficulté avec les opticiens de la ville.

9.3.3 L'accès aux examens complémentaires

Les examens biologiques sont confiés à un laboratoire privé GENBIO qui se montre très réactif en journée.

L'accès à l'imagerie médicale est plus compliqué car il nécessite la mobilisation de soignants pour accompagner le patient à l'examen. Le CHSM adresse à un cabinet de ville et obtient des rendez-vous dans un délai d'une semaine pour la radiologie, l'échographie et le scanner. En revanche, en cas d'indication d'examens en urgence, l'obtention de rendez-vous est difficile.

Pour accéder à une IRM au CHU, les patients doivent attendre deux à trois semaines.

9.3.4 L'accès aux soins paramédicaux

Un kinésithérapeute à temps plein intervient sur l'ensemble de l'EHSM. Très occupé, il est difficile à joindre et les unités d'hospitalisation ne le sollicitent plus. Les patients sont adressés en ville sur leur temps de sortie autorisé.

Les honoraires des podologues restant à la charge des patients, les soignants ne sollicitent plus ces professionnels.

9.3.5 L'addictologie

L'unité intersectorielle ambulatoire d'addictologie (UA), constituée d'un HJ et d'un CATTP d'Addictologie (alcool, tabac, cannabis, troubles des conduites alimentaires) ainsi que d'une équipe de liaison addictologique intra hospitalière, et les consultations d'addictologie assurés par le CMP, sont rattachés au secteur Sud. L'unité d'addictologie participe à deux actions conduites par l'ARS en ce qui concerne le tabac : la « Journée mondiale sans tabac » et le « mois sans tabac », ainsi que par la mise en place d'un groupe « tabac et relaxation ». De plus, un groupe multi-addictions « sensibilisation, information et partage », animé par les infirmiers de l'UA, intervient dans les services d'hospitalisation temps plein autour des pratiques addictives, afin de favoriser l'extériorisation et la prise de conscience des personnes souffrant de ces troubles.

9.3.6 L'éducation à la santé

Elle est comprise comme l'éducation thérapeutique et se déroule sous forme d'ateliers mais pour les patients suivis en ambulatoire.

Il n'a pas été observé d'autres actions d'éducation à la santé.

9.4 LA PREPARATION A LA SORTIE FAIT PARTIE INTEGRANTE DU PROJET DE SOINS

9.4.1 Les modalités des sorties de courte durée, de levée de la mesure et des programmes de soins

a) Les autorisations de sorties

Dans l'ensemble des unités les autorisations de sortie pour les patients en soins sans consentement sont liées à la clinique. Pour les patients en SDRE, un deuxième avis médical est parfois demandé par le représentant de l'Etat. Certains patients en soins libres (SL) connaissent le régime des limitations de sortie : deux patients à l'UPSI et trois à Sainte-Agathe 1 ne peuvent quitter l'unité pour une durée supérieure à 12h (cf. § 6.1.1, proposition n°11).

Quelques unités accueillent plus de trois nuits par semaine des patients en programme de soins (PS) comme le montre le tableau suivant :

Effectifs des patients bénéficiant d'autorisations de sortie selon leur statut

Unités	Nombre de patients	SDRE	SDT	PS	Sorties ≤ 12h	Sorties de 48 h
Ste Agathe RDC	25	10	8	0	3 SDRE 2 SDT	5 SDRE 3 SDT
Ste-Agathe 1	24	0	1	1	3 SL	1 SDT
St-Louis RDC	25	3	17	1	0	2 SDRE 15 SDT
St-Louis 1	24	1	8	0	NC	NC
St-Luc RDC	24	2	17	6	NC	0
St-Luc1	25	0	0	0		
UEAO	9	0	5	0	1	0
UPSI	6	3	1	0	2 SL	0

NC : non communiqué

b) La préparation à la sortie

Des réunions de synthèse associant médecins, soignants, psychologues et assistants sociaux de l'intra mais aussi de l'extra hospitalier se tiennent avant tout projet de sortie. Les tuteurs et éventuellement la famille y sont conviés.

Sur le secteur Nord, pour faciliter les liens entre l'intra et l'extra hospitalier, deux réunions entre médecins se tiennent les lundis et vendredis, incluant la pédopsychiatrie et l'intersecteur. Certains psychiatres se déplacent à l'extérieur pour évaluer les demandes d'hospitalisation émanant de l'extra hospitalier et fixer des rendez-vous en CMP pour les patients dont les sorties sont programmées. Enfin, une fois par semaine, une réunion du pôle décide de la répartition par date de naissance des patients sans domicile fixe.

Les contrôleurs ont constaté, notamment à Saint-Louis, que des soignants se rendaient au domicile préalablement à la sortie, avec le patient, pour évaluer ses conditions de logement, faire procéder à des travaux le cas échéant, ou bien rechercher un logement plus adapté avant d'envisager un retour au domicile. Des séjours d'essai et des visites sont également organisés avec les soignants dans des structures médico-sociales susceptibles d'offrir une place.

Pour des patients en soins libres, le CHSM a créé une unité intersectorielle d'accompagnement à la sortie (UIAS) de dix-neuf lits qui ne reçoit que des patients âgés de 15 à 64 ans, présentant un trouble psychiatrique chronique stabilisé, sans trouble du comportement associé, afin de développer l'autonomisation, les habilités sociales, la prise de conscience de la pathologie et l'adhésion au traitement. Cette unité s'appuie également sur le réseau médico-social du département voire de la région. En 2020, cinq patients y ont été admis et cinq en sont sortis dont trois accueillis en foyers occupationnels et EHPAD et deux hospitalisés sur leur secteur. Neuf patients ont également bénéficié de séjours temporaires : six en foyers occupationnels, deux en FAM et un en famille d'accueil.

Malgré ce dispositif, toutes les unités rencontrent des difficultés à trouver des lieux de vie adaptés à leurs patients lorsqu'ils ne peuvent envisager un retour chez eux en raison de pathologies somatiques associées à des troubles psychiatriques chroniques. De plus, selon les cadres, les délais de réponse aux dossiers adressés à la MDPH sont très longs (plusieurs mois). En témoigne l'hospitalisation au long cours de certains patients évoquée précédemment. Par exemple, un patient hospitalisé à l'UPSI depuis deux années dont la prise en charge nécessite le renfort de quatre AS relève d'une MAS. Cependant, aucune structure n'a tenu son accueil au regard de l'importance de ses troubles. Avec l'accord de ses proches, une orientation a été réalisée dans une structure adaptée en Belgique mais la MDPH a opposé son refus en lien avec l'éloignement géographique alors que la prise en charge de ce patient à l'UPSI atteint ses limites et est inadaptée.

Enfin, le suivi médical est organisé : les rendez-vous en CMP sont programmés et si les délais s'avèrent trop importants, les patients sont revus en consultation à l'EHSM.

9.4.2 Les modalités du collège des professionnels

Aux échéances prévues par les textes, le collège composé de trois membres appartenant au personnel de l'établissement : un psychiatre participant à la prise en charge du patient, un médecin psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient statuent sur la nécessité du maintien ou non des soins sans consentement. Les échéances sont tenues par le secrétariat médical selon un protocole écrit porté à la connaissance des contrôleurs. Néanmoins, au moment du contrôle, en lien avec la crise sanitaire le collège ne se réunissait plus (cf. § 4.3.5, recommandation n°12).

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA SPECIFICITE DU PATIENT AGE EST PRISE EN COMPTE ET L'ACCES AUX SOINS EST ASSURE

10.1.1 L'organisation du service et les conditions d'accueil

L'unité Sainte-Anne, est spécialisée dans l'hospitalisation à temps plein de patients âgés souffrant de troubles psychiatriques. Au sein de l'établissement, le pôle autour de la personne âgée comprend également une structure pour personnes âgées dépendantes de vingt lits (EHPAD) ainsi qu'un hôpital de jour. D'une capacité de vingt-trois lits, l'unité accueille les patients en soins libres ou en soins sans consentement, sous le régime de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (SDT) ou pour péril imminent (PI), à l'exclusion des hospitalisations sur demandes du représentant de l'Etat (SDRE). Au premier jour de la visite, vingt-et-un patients étaient hospitalisés dont dix-sept en soins libres, deux à la demande d'un tiers et deux pour péril imminent. L'unité a vocation à accueillir les patients les plus âgés. Leur âge s'échelonnait de soixante-deux ans à soixante-seize ans. En pratique, ce critère n'est pas déterminant car tout dépend des places disponibles, chaque situation étant appréciée au cas par cas, d'autant que certains présents dans les unités de soins souhaitent y rester³².

Les locaux, desservis par un ascenseur, occupent le deuxième étage du bâtiment Sainte-Thérèse³³. Une aile est à usage de bureaux, de salle de détente pour le personnel soignant et de magasins. Le reste de l'étage comprend les chambres, les salles de douche, le bureau infirmier, la salle à manger ouverte sur un espace avec un téléviseur. Un salon avec un autre téléviseur et un baby-foot est contigu à cet espace de détente. Dix-neuf chambres sont individuelles, deux chambres étant à deux lits. En raison de la crise sanitaire et de patients testés positifs à la Covid-19, toutes les chambres étaient occupées individuellement au moment de la visite. Le bâtiment Sainte-Thérèse est ancien mais les locaux sont apparus bien entretenus. Les difficultés rencontrées tiennent à leur conception. De fait, si les chambres disposent de toilettes, les douches, au nombre de six, leurs sont extérieures. Deux salles de bain ont été aménagées pour des patients, à mobilité réduite. Aucun de ces espaces n'a de baignoire. L'inconvénient majeur réside dans l'étroitesse des quatre salles de douche qui n'ont pas fait l'objet de transformations, rendant difficile l'accueil de patients peu autonomes ou diminués. Une autre difficulté tient au fait que l'unité ne soit pas de plain-pied même si un ascenseur de grande capacité la dessert. En effet, si les patients ont accès à l'extérieur et notamment au jardin, ceux qui souffrent de difficultés de mobilité peuvent nécessiter un accompagnement, ce qui les rend tributaires de la disponibilité des soignants en fonction de l'activité du moment et de l'effectif présent. L'amélioration de cette infrastructure est prévue à terme, l'établissement ayant un projet de restructuration qui se traduira par le regroupement des activités de gériatrie au sein d'un « gérontopôle », alliant offre de soins et conception architecturale.

³² Pour sa part, le rapport d'activité pour l'année 2020 mentionne l'âge de soixante-dix ans, en précisant que celui-ci peut être ramené à soixante ans si des places sont disponibles.

³³ L'EHPAD se situe au troisième étage du bâtiment Sainte-Thérèse et l'hôpital de jour le bâtiment Sainte Jeanne d'Arc. Ces structures n'ont pas été visitées car elles n'accueillent pas de personnes en soins sans consentement.



Salle de douche de l'unité de gérontopsychiatrie

L'équipe est composée de 1,7 ETP de temps médical dont 0,1 ETP de médecin chef et 0,6 ETP de médecin généraliste, de 0,4 ETP de cadre supérieur de santé, de 0,45 ETP de psychologue, de 1,6 ETP d'assistant de service social et de 0,6 ETP de secrétaire médicale.

Deux médecins psychiatres interviennent généralement le matin tandis qu'un médecin gériatre est présent les jours ouvrables, tous les après-midis. Le personnel affecté comprend un cadre de santé, huit infirmiers diplômés d'Etat (IDE), cinq aides-soignants (AS) et six agents des services hospitaliers (ASH). Le service ne souffre pas de déficit mais le renouvellement est important dans la mesure où, sur ces deux dernières années et pour treize soignants, seuls cinq sont encore présents. Huit soignants ont bénéficié d'une formation complémentaire sur la prise en charge du sujet âgé. En termes de fonctionnement, l'effectif minimum présent est de deux IDE et un AS. Un soignant de jour renforce, en général, les équipes. Celles-ci sont sollicitées, ce qui tient vraisemblablement à la spécificité du public accueilli et à son degré d'autonomie³⁴. Le service de nuit est assuré par un IDE et un AS. Une neuropsychologue, une psychologue et une assistante sociale apportent leurs concours.

10.1.2 Les modalités de prise en charge et la vie quotidienne

Le suivi des patients est assuré lors de réunions hebdomadaires, le mercredi, entre médecins, infirmiers et psychologues. Une synthèse est produite à l'issue. Outre le traitement de leurs troubles psychiatriques, l'hospitalisation se traduit par la prise en charge de diverses pathologies, décrites comme le plus souvent nombreuses pour ce public. Leur identification est assurée lors de la visite effectuée par le médecin somaticien à l'entrée. Celui-ci met en place les consultations dans les différentes spécialités pour lesquelles les rendez-vous sont facilités. Ceux-ci ont lieu au CHU mais aussi, hebdomadairement, dans l'unité avec un neurologue ou au sein de l'établissement pour le cardiologue. Il est également fait appel au centre mutualiste dentaire. Au moment de la sortie, le courrier du médecin psychiatre intègre les aspects somatiques. Au besoin, le médecin généraliste prend attache avec son confrère, médecin traitant du patient. L'unité n'a pas vocation à accueillir des sujets en long séjour. Cependant, tel est le cas pour l'un d'entre eux

³⁴ Une dizaine de patients nécessitent, par exemple, d'être aidés pour s'habiller.

où la prévalence de la dimension psychiatrique a conduit à son retour. Compte tenu de la situation, une équipe mobile spécialisée assure un accompagnement. Certaines sorties peuvent également être retardées faute de lits d'aval. Bien que la file active diminue³⁵ et sans pouvoir établir ici un lien de cause à effet, on observe, depuis 2018, une augmentation constante de la durée moyenne de séjour (DMS) par patient et par séjour³⁶.

Les contacts avec les familles sont assurés à l'occasion d'invitations aux réunions de synthèse, de contacts téléphoniques ou des visites des proches. Treize patients, sur vingt-et-un présents, bénéficiaient d'une présence familiale. Les difficultés rencontrées sont liées bien souvent aux situations de précarité et de détresse, ce qui peut compliquer les modalités de sortie et de retour au domicile. Elles nécessitent alors une forte mobilisation du cadre de santé et du personnel soignant en lien avec l'assistante sociale. L'engagement des tuteurs et curateurs est variable et les difficultés à joindre certains sont prégnantes, ce qui ne facilite pas le traitement des situations.

Les activités avec le personnel soignant sont apparues peu développées et tributaires de l'effectif présent. Il s'agit essentiellement de jeux de société et de petites sorties. Deux fois par semaine, une activité de gymnastique douce est proposée sur place. Les patients peuvent également participer aux activités mises en place au sein de l'établissement. Un budget de huit cents euros est attribué pour l'activité cuisine, les fêtes de fin d'année et l'organisation de sorties. Il est jugé suffisant au regard de l'effectif disponible.

Dans le domaine des restrictions aux libertés, il n'y avait pas de prescription de port du pyjama. Tous les patients étaient autorisés à utiliser leurs téléphones portables. Six patients hospitalisés, deux en soins sans consentement et quatre en soins libres avaient accès à des sorties accompagnées de moins de douze heures. Au moment de l'arrivée des contrôleurs, les visites des familles avaient été suspendues, plusieurs patients ayant été testés positifs à la Covid-19. La situation était en voie d'amélioration, avec un retour à la normale le 7 février.

Les pratiques d'isolement et de contention restent exceptionnelles et mises en œuvre à l'UPI. Il n'est pas fait usage de « sécuridraps³⁷ ».

La crise sanitaire a désorganisé le circuit de prise en charge des patients jusqu'à la fermeture de l'hôpital de jour, les moyens étant reportés sur l'hospitalisation à temps plein. Cette situation a eu pour conséquence d'entraver la dynamique existante, conjuguée aux difficultés de recrutement de personnels soignants. L'objectif est désormais de développer les alternatives à l'hospitalisation à temps plein par le recours à l'hôpital de jour ainsi que par le développement de la prise en charge ambulatoire en anticipant sur la crise afin de diminuer le volume de ré-hospitalisations. La situation des personnes âgées dépendantes est également un enjeu avec le rôle des équipes mobiles de psychiatrie chargées de créer du lien avec les EHPAD.

³⁵ 2018 : 177 ; 2019 : 168 ; 2020 : 137 ; 2021 : 114. Source : rapport d'activités 2020 et données 2021 communiquées par l'établissement.

³⁶ DMS/patient - 2018 : 45,7 ; 2019 : 47,2 ; 2020 : 57,4 ; 2021 : 67,5. DMS/séjour : 2018 : 36,6 ; 2019 : 37,1 ; 2020 : 45,7 ; 2021 : 54,6.

³⁷ Il s'agit d'un couchage de sécurité pour prévenir les chutes des personnes désorientées pendant leur sommeil. Il est étudié pour garantir le confort et la liberté de mouvement : le patient peut dormir dans toutes les positions naturelles.

10.2 LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE EST DYNAMIQUE ET CREATIVE

10.2.1 Présentation du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

a) Les difficultés rencontrées par le PPEA

La psychiatrie infanto-juvénile est organisée en secteurs de pédopsychiatrie, correspondant à des zones géo-démographiques de prise en charge de 200 000 habitants, soit le double des secteurs de psychiatrie adulte. Selon des témoignages recueillis, l'inadéquation entre la détermination des secteurs d'application de l'activité de psychiatrie enfant et adultes peut entraîner des ruptures notamment lors du difficile passage de l'enfance à l'âge adulte.

Dans le département du Puy-de-Dôme, trois établissements sont chargés de répondre aux besoins en psychiatrie de la population infantile :

- le CHSM pour le nord du département et, dans une moindre mesure, dans quelques communes du centre du département ;
- le CHU pour le sud-ouest et le centre du département ; il comporte douze lits d'hospitalisation en pédiatrie et deux lits fléchés pour les adolescents souffrant de troubles alimentaires ou du comportement ;
- le CH de Thiers et d'Ambert à l'est et au centre du département.

Le secteur de pédopsychiatrie comprend une filière petite enfance et une filière adolescence. Le maillage territorial en ambulatoire pour les mineurs est conséquent et à conserver au regard d'une file active qui ne cesse d'augmenter en partie en lien avec la crise sanitaire.

Le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PPEA) du CHSM dispose de huit dispositifs de soins pédopsychiatriques. Certaines structures se trouvent à Clermont-Ferrand : deux unités d'hospitalisation temps plein – une unité de crise de six lits ouverte 365 jours par an et une unité de soins et études pour adolescents de 12 à 18 ans de dix lits ; deux HJ enfants (UFEN) et adolescents ; un CMP pluridisciplinaire adossé à une unité soignante pédopsychiatrique d'accueil et d'accompagnement (UPAA, avec notamment 0,50 ETP de médecin scolaire).

A Riom, les structures ambulatoires sont un HJ enfants (UFEN Riom, enfants à partir de 3 ans) et un CMP pluridisciplinaire avec intervention de l'UPAA. Au moment du contrôle, un pédopsychiatre s'occupe de l'HJ Riom sur un tiers temps et le poste médical sur le CMP de Riom est vacant. L'équipe soignante devrait s'enrichir d'un poste d'IPA.

Les structures ambulatoires ne sont pas ouvertes le week-end. Seul l'HJ adolescent est ouvert le mardi jusqu'à 20h00, les autres ferment à 18h00.

Le PPEA est confronté à un sous-effectif de médecins pédopsychiatres et à une difficulté chronique de recrutement ; la pénurie étant également constatée au sein des départements limitrophes de l'Allier et de la Corrèze. La situation a été particulièrement compliquée avant la crise sanitaire, compromettant le maintien de l'unité soins et études par les autorités de tutelles. Le pôle compte seulement trois pédopsychiatres, un médecin chef de pôle, récemment embauché un psychiatre adulte a rejoint le PPEA pour intervenir à l'HJ adolescent et un seul pédopsychiatre intervient dans le dispositif ELISE et à l'unité soins et études. Par ailleurs, les effectifs sont également dotés d'un médecin PMI (0,80 ETP) intervenant à l'HJ enfants de Clermont-Ferrand.

Malgré ces difficultés, les professionnels du PPEA portent de nombreux projets.

b) La dynamique du PPEA

A moyens constants, le PPEA a mis en place l'unité de pédopsychiatrie d'accueil et d'accompagnement (UPAA) qui permet de répondre à toutes les demandes émanant des parents, d'orienter au mieux les enfants et adolescents vers la prise en charge la plus adaptée. Au moment du contrôle, des groupes d'observations pluridisciplinaires (infirmiers, orthophonistes, psychomotricien, institutrice) pour les plus jeunes enfants étaient mis en place. Déployés sur six à huit séances réunissant trois enfants et deux professionnels autour d'une médiation, ces groupes s'emploient à analyser au mieux les difficultés de l'enfant pour déterminer la prise en charge la mieux adaptée en complément de l'observation médicale. Un *staff* hebdomadaire est organisé pour la répartition des dossiers étant précisé qu'en première intention, un entretien infirmier d'abord téléphonique puis physique est organisé. En fonction de la problématique, ce dernier peut être réalisé au domicile de la famille. Un dossier patient est ouvert dès l'entretien d'accueil téléphonique, les observations y sont tracées systématiquement. L'équipe est composée de quatre IDE mais au moment du contrôle cette unité fonctionnelle (UF) fonctionnait avec deux IDE³⁸ mobilisées du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00.

Par ailleurs, compte tenu du constat national de l'augmentation de la souffrance psychique des enfants en lien avec la crise sanitaire, le dispositif de prévention ELISE a été mis en place par le PPEA également à moyens constants, dix-huit mois avant le contrôle. Le CHSM est lié au rectorat par une convention qui couvre neuf établissements. Il a pour objectif de prévenir le décrochage scolaire et l'entrée dans la souffrance psychique. Le repérage est réalisé par l'intervention d'infirmiers, intervenant à l'USE, qui tiennent des permanences d'évaluation et d'orientation cliniques dans des établissements scolaires en appui aux équipes éducatives, infirmiers et médecins scolaires. Un soignant est référent d'un établissement et assure une présence deux heures par semaine sur place. L'équipe travaille en lien étroit avec infirmier et médecin scolaires et conseiller principal d'éducation (CPE). Les situations sont présentées en réunion *staff* chaque semaine de manière anonyme. Après évaluation, l'équipe ELISE rencontre le mineur après recueil de l'accord des parents et de celui du mineur. Un entretien IDE est alors organisé et si besoin avec un médecin psychiatre. Une orientation à l'USE ou un suivi ambulatoire peuvent être préconisés. Les parents et l'infirmier scolaire sont informés par lettre de liaison. Ce dispositif devait être à nouveau déposé dans le cadre du fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) afin de recevoir un financement.

Le projet d'équipe mobile (EM) en pédopsychiatrie retenu dans le cadre du projet « *mesures nouvelles en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* » est un dispositif partagé complémentaire de l'équipe mobile du CHU et de l'équipe précarité de l'hôpital de Thiers. De plus, dans le cadre du projet « 1000 jours », un projet en périnatalité sur le territoire Riom-Combrailles a été retenu venant compléter le dispositif du CHU sur la prise en charge et le repérage des troubles du spectre autistique (TSA) avec un dispositif ouvert sur d'autres pathologies. Cette EM intersectorielle intervient dans les institutions, à leur demande et avec l'accord des familles ou représentants légaux des enfants pour aider à traiter une situation aiguë avec un enfant ou un adolescent nécessitant une intervention spécialisée, en lien et coordination avec les autres équipes notamment pour des situations qui seraient déjà connues des autres secteurs. Le public concerné est particulièrement vulnérable : mineurs pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE), et/ou en situation de précarité, pour l'EM du CH de Thiers, mineurs accueillis au sein des instituts

³⁸ La troisième IDE se trouvait en formation IPA et la quatrième en congé maternité.

médico-sociaux, et des instituts médico-éducatifs ou encore des partenaires sociaux pour le CHSM, tout public en situation d'urgence pour l'équipe du CHU.

Enfin, dans le projet médical à venir, la création d'une unité 16-25 ans est en cours de réflexion afin de réunir de jeunes patients présentant des entrées dans des psychoses, d'éviter leur hospitalisation avec des adultes de tout âge et d'éviter les ruptures de leur prise en charge lors du passage à la majorité.

10.2.2 Les unités d'hospitalisation

Les deux unités d'hospitalisation complète pour enfants et adolescents présentent des organisations et fonctionnements communs (a). Leur spécificité les rend complémentaires (b et c).

a) Présentation générale

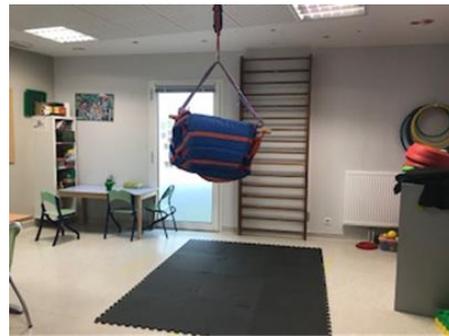
i) Les locaux

Les unités d'hospitalisation pour enfants et adolescents se trouvent au sein d'un bâtiment isolé des unités d'hospitalisation pour adultes, situé à environ 500 mètres du bâtiment administratif du CHSM.



Vues de l'extérieur du bâtiment du PPEA

Le rez-de-chaussée du bâtiment est scindé en deux parties aménagées de manière similaire hébergeant l'HJ adolescents (HJA), d'une part, et l'HJ enfants (JE), d'autre part. Outre les bureaux administratifs et de consultation, les locaux comportent notamment des salles d'activités, de relaxation, une salle de sport avec des machines de musculation, une cuisine thérapeutique, des espaces bibliothèque, une salle d'observation et la consultation UPAA. De plus, au troisième étage du bâtiment des salles d'atelier bien équipées permettent l'organisation de médiations diverses (atelier musique, poterie, atelier esthétique, couture) outre une salle de réunion et d'accueil des parents. Ces locaux sont mutualisés pour les équipes de l'intra et de l'extra hospitalier. Un budget est alloué au PPAE pour le financement d'activités. Des subventions sont par ailleurs sollicitées auprès d'institutions ou associations comme le Clermont football club ou encore le Lyons club et le Soropimist.



Salle de classe et salle d'activités au rez-de-chaussée



Salles d'activités du 3^{ème} étage

Une équipe de huit ASH maintient la propreté des locaux. Par ailleurs, à droite du bâtiment se trouvent un parc arboré équipé d'un potager et un *city-stade*. Le bâtiment ne dispose pas de cafétéria mais un projet de kiosque en extérieur dans le jardin pour l'été 2022 est à l'étude.



Parc arboré et city-stade jouxtant le bâtiment du PPEA

ii) La prise en charge

La prise en charge des patients enfants et adolescents à l'unité fonctionnelle adolescents temps plein (UFADO) et à l'unité fonctionnelle pour adolescents soins et études (USE) est assurée par des équipes pluridisciplinaires très investies composées de médecins pédopsychiatres, d'éducateurs spécialisés, d'infirmiers avec l'appui d'autres professionnels intervenant également à l'HJ : psychomotriciens, orthophoniste, enseignante détachée de l'EN à temps plein, institutrice employée par le CHSM, psychologues, assistantes de service social. De plus, un travail avec les titulaires de l'autorité parentale permet d'appréhender l'histoire du jeune patient, des médiations thérapeutiques variées sont proposées faisant partie intégrante du soin.

Dans les deux unités, les contrôleurs ont observé une prise en charge individualisée des patients et une communication fluide entre tous les membres des équipes. De plus, l'équipe de nuit rencontrée, composée de trois soignants pour tout le bâtiment (une IDE et deux AS au sein de chacune des deux équipes de nuit qui tournent sur le service de nuit), est particulièrement impliquée auprès de patients pouvant être très jeunes (dès 7 ans) et particulièrement vulnérables.

Les deux unités disposent de leur propre règlement intérieur. Le règlement intérieur est remis aux parents avec le dossier d'admission qui est le même pour les deux unités. Chaque unité dispose d'un projet de service. La plupart des mineurs hospitalisés à l'UFADO poursuivent leur prise en charge à l'USE.

L'interdiction commune écrite dans les projets de service est celle des relations sexuelles. Au regard de la sensibilité de la question s'agissant de mineurs, une action d'éducation sur le sujet pourrait être mise en place à l'attention des adolescents et un accompagnement des équipes également au regard des comportements de mise en danger de certains adolescents au sein des unités (cf. § 6.7, proposition n°5).

Les deux unités bénéficient de la présence d'un médecin pédiatre une demi-journée par semaine. Elle réalise un bilan somatique complet à l'arrivée des mineurs qui, malgré une médication limitée, rencontrent à leur arrivée le cardiologue intervenant au CHSM. Les parents sont mobilisés pour les consultations de médecins spécialistes. Par ailleurs, la garde somatique couvre les unités d'hospitalisation pour mineurs ainsi que l'astreinte psychiatrique. L'équipe d'addictologie intervient au sein des deux unités.

L'intervention d'une enseignante détachée de l'Education nationale à temps plein et d'une institutrice employée par le CHSM constitue un point fort de la prise en charge qui fait souvent défaut dans la prise en charge des mineurs hospitalisés en psychiatrie. L'objectif est d'accompagner les mineurs à reprendre une scolarité à l'extérieur en utilisant plusieurs médias adaptés à la situation de chaque jeune patient. Les interventions sont individualisées tout au long de l'année scolaire. Les jeunes sont souvent reçus individuellement ou en très petits groupes (trois ou quatre) dans la mesure où la plupart présentent une phobie scolaire et redoutent le regard de leurs pairs. Les patients pris en charge à l'HJA qui ont pu connaître un temps d'hospitalisation sont souvent suivis par l'enseignante pour l'organisation des cours à distance via le CNED. L'enseignante intervient à l'UFADO et à l'HJA lorsqu'elle n'a pas de temps de médiation scolaire à l'USE. Elle participe à la réunion d'équipe hebdomadaire de l'USE et à celle de l'HJA et fait le point régulièrement avec l'équipe de l'UFADO, ses observations sont tracées. Elle reçoit les parents à leur demande et peut les solliciter pour les inscriptions administratives. Au regard de l'augmentation des problématiques en lien avec la scolarité depuis le début de la crise sanitaire, le temps enseignant paraît sous-évalué.

Les équipes de jour préparent les piluliers, dans la mesure où le bras automatique de la pharmacie n'est pas en capacité d'enregistrer la fermeture de l'USE les week-ends. Les relations sont décrites comme fluides avec la pharmacie du CHSM.

iii) Les relations institutionnelles

Les relations avec le tribunal pour enfants sont décrites comme fluides. En revanche, elles sont plus compliquées avec l'ASE lorsqu'un mineur est pris en charge en pédopsychiatrie. Les projets de sortie tardent à se dessiner. Par ailleurs, certaines hospitalisations peuvent être sollicitées directement auprès du juge des enfants sans qu'elles soient forcément pertinentes et sans

qu'une solution alternative n'ait pu être travaillée notamment pour les enfants ou adolescents en crise clastique qui mettent en difficulté le cadre du placement éducatif. Par exemple, une enfant de sept ans, placée à l'ASE présentant un comportement hétéro-agressif a été placée au CHSM par OPP du juge des enfants, elle présentait des troubles de l'attachement nécessitant une prise en charge plus adaptée qu'en placement éducatif classique sans pour autant qu'une hospitalisation soit indiquée mais elle mettait à mal le cadre éducatif.

b) L'UFADO

L'UFADO est une unité d'hospitalisation pour adolescents et enfants en situation de crise psychique. Elle propose une évaluation (bilan diagnostique, observation psychiatrique, comportementale, psychologique, scolaire, évaluation familiale et sociale), la mise en place d'un projet de prise en charge dans l'objectif d'une réinsertion sociale et scolaire de l'enfant, et d'un apaisement de ses troubles.

i) Les locaux

Située au premier étage du bâtiment, elle comporte six lits d'hospitalisation et deux lits d'accueil de jour pouvant être occupés par quatre enfants, ouverte du lundi au dimanche avec une astreinte de pédopsychiatre le samedi matin (8h30-12h00).

Elle comporte également des salles d'activités (une de jeux vidéos, une grande salle d'activités avec un atelier expo-photos, une salle polyvalente équipée d'un poste informatique dédié au travail scolaire). Une passerelle extérieure permet de sortir dans le parc.

Les chambres sont équipées d'une salle de douche avec WC, d'un bouton d'appel (dans la chambre et dans la salle de bain), d'un verrou de confort, d'un lit non scellé, d'une table, d'une chaise, d'une table de chevet, d'une armoire fermant à clé à la disposition du mineur et d'un tableau permettant d'y afficher des photographies et autres décorations. Les portes des chambres sont pleines. Une salle de bain commune permet un moment de relaxation. Un lave-linge permet l'entretien des effets personnels des mineurs.

Malgré l'existence d'une salle à manger et une cuisine stabilisée, les repas sont pris dans les chambres contrairement à l'USE qui a organisé deux services au réfectoire (cf. § 5.4, proposition n°10).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que, depuis le 14 février 2022, les repas sont à nouveau servis dans la salle à manger.

ii) L'organisation des soins

Les enfants peuvent y être hospitalisés avant leurs dix ans. Ils y sont orientés par le CHU (service d'urgence, de pédiatrie ou de pédopsychiatrie), la famille et, majoritairement, par les consultations ambulatoires (CMP adolescents). Les titulaires de l'autorité parentale sont contactés chaque semaine téléphoniquement ou rencontrés physiquement. Les familles peuvent appeler les mineurs entre 19h30 et 20h30 les mardi, jeudi et week-end, après autorisation du médecin et elles peuvent joindre le service à tout moment de la journée pour prendre des nouvelles de leur enfant.

L'équipe³⁹ est composée d'une cadre de santé, de trois éducateurs spécialisés (3 ETP) et de treize IDE (12,80 ETP). Les données relatives à la file active varient d'un document à un autre⁴⁰ ; selon les données par unité, elle est de 42 mineurs en 2020 et 52 en 2021 – 14 depuis le 1^{er} janvier 2022. En 2021, deux mineurs ont été hospitalisés par ordonnance de placement provisoire du juge des enfants et aucun mineur en SDRE n'est hospitalisé à l'UFADO en 2020 et 2021.

La durée moyenne de séjour est courte (environ trois semaines) ce qui rend le travail sur la dimension scolaire plus limité. Néanmoins, depuis le début de la crise sanitaire les jeunes patients pris en charge présentent davantage de mal être dans le cadre scolaire et des décrochages scolaires. L'enseignante s'emploie à les remobiliser et à garder le lien avec l'établissement scolaire ou encore les accompagner vers une réorientation via le CIO. Au moment du contrôle quatre jeunes sur six hospitalisés étaient suivis par l'enseignante. De plus, des passerelles entre l'UFADO et l'USE sont facilement mises en place.

Tous les matins une réunion (dénommée flash) entre l'équipe soignante et le médecin psychiatre permet d'aborder l'évolution quotidienne de chaque mineur. La sortie d'hospitalisation est progressive. Le suivi à l'hôpital de jour peut être mis en place pendant l'hospitalisation pour éviter la rupture dans la prise en charge.

Le médecin pédopsychiatre reçoit chaque mineur plusieurs fois par semaine, souvent avec un IDE. L'interne et les IDE mènent également des entretiens. Le psychologue suit l'ensemble des mineurs hospitalisés sauf s'ils ont déjà un suivi par un psychologue en ambulatoire – suivi qui se poursuit pendant l'hospitalisation.

La journée s'étend du lever entre 6h30 et 8h00 – petit déjeuner entre 7h00 et 9h00, déjeuner à 12h00, dîner à 19h00 – au coucher, retour en chambres à 21h00 la semaine et 22h30 le vendredi et le samedi ainsi que deux soirs en semaine pendant les vacances scolaires.

Des médiations sont proposées toute la journée autour d'activités créatives ou sportives (poterie, art plastique, cuisine thérapeutique) à l'intérieur de l'unité et à l'extérieur (balades, médiation animale, visite au centre culturel, musée de Clermont-Ferrand, escalade) certaines sont fixes et d'autres ponctuelles. L'UFADO et l'USE mutualisent certaines activités notamment le sport collectif et la salle de musculation se trouvant au rez-de-chaussée du bâtiment, l'atelier culturel (notamment danse, rap, *street art*).

Des groupes de parole sont animés par le psychologue et le médecin.

S'il est indiqué qu'il est interdit de fumer au sein du service, il n'en demeure pas moins qu'en pratique les adolescents sont accompagnés dans la gestion du tabac et peuvent en consommer à l'extérieur, un dialogue avec les parents est engagé sur ce point.

De plus, l'interdiction du téléphone portable inscrite dans le règlement intérieur n'est pas totalement appliquée en pratique. En effet, le téléphone portable est remis au mineur sans carte SIM en fin de journée pour éviter les prises de clichés et les diffusions sur les réseaux sociaux. Cette restriction n'apparaît pas justifiée ce d'autant plus que lors des autorisations de sortie ils

³⁹ Il ressort du tableau de charges du mois de janvier 2022 les données suivantes : 1,1 ETP de médecin pédopsychiatre ; 1 ETP d'interne ; 0,1 ETP de médecin pédiatre ; 0,20 ETP de CSS ; 0,5 ETP de psychologue ; 0,15 ETP de psychomotricien ; 0,3 ETP d'ASS ; 1 ETP d'enseignant spécialisé ; 0,20 ETP d'enseignant détaché (non salarié) ; 0,25 ETP de secrétaire médicale et 0,20 ETP d'employé administratif.

⁴⁰ Différentiel issu des tableaux « activité relative aux mineurs » et « annexe par unité ».

peuvent y avoir accès. Le temps de l'hospitalisation peut aussi être le temps d'une éducation thérapeutique sur l'utilisation du téléphone portable.

RECO PRISE EN COMPTE 7

L'UFADO doit interroger l'interdiction faite aux patients de disposer de leur carte SIM.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM précise que depuis le 14 février 2022, les jeunes hospitalisés disposent de leur téléphone avec carte SIM pendant les « temps calmes », tous les jours de 12h45 à 14h00 et de 19h00 à 20h30, plus demandes particulières.

La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

iii) La gestion de la crise

L'UFADO dispose d'une chambre d'isolement qui est dotée du même mobilier que dans les unités de secteurs adultes et elle est équipée d'une caméra (cf. § 7.1.1, recommandation n°6). Elle a été occupée par un jeune atteint de troubles autistiques qui pouvait s'y réfugier pour se protéger des stimulations extérieures. Lorsque la mesure d'isolement dépasse la durée de 48 heures, le mineur est transféré à l'UPSI.



Vue de la CI

De plus, faute de structure adaptée pour la gestion de la crise des patients mineurs ils peuvent se trouver hospitalisés en CI dans des unités adultes, ou à l'UPSI, ou encore en HC en unité pour adultes lorsqu'il s'agit de mineurs proches de la majorité dont l'état clinique présente un écart important avec le reste du groupe accueilli à l'UFADO.

Les données chiffrées confirment les témoignages des professionnels rencontrés sur le caractère exceptionnel de cette pratique, en baisse par rapport à l'année 2019⁴¹. Ainsi en 2020, sept mineurs dont un sur ordonnance de placement provisoire du juge des enfants (OPP), ont séjourné dans un secteur adulte – six à l'UEAO, un à l'UPSI ; en 2021, huit mineurs dont deux en SPDRE et un sur OPP, ont séjourné dans un secteur adulte – quatre à l'UEAO, trois à l'UPSI, un à Saint-Luc 2. Ils étaient tous âgés d'au moins 16 ans révolus. Une seule fille a connu ce type d'hospitalisation en 2020. Les DMS sont alors courtes – 7,1 en 2020 et 11 en 2021.

⁴¹ Douze mineurs hospitalisés à temps plein en unité pour adultes en 2019.

Ces mineurs sont alors mélangés avec tous les âges et toutes les pathologies. Ils n'ont pas accès à des activités adaptées à leur âge, ni à la poursuite de leur scolarité.

Au moment du contrôle, un mineur de 16 ans se trouvait hospitalisé en SDRE à l'UPSI depuis le 3 décembre 2021 à partir des urgences du CHU. Il présentait un comportement hétéro-agressif à l'égard de ses parents à la suite de changements perturbants dans son environnement. De plus, il a fait l'objet d'une mesure d'isolement au service des urgences du CHU associée à une contention, le 2 décembre 2021, en raison de passage à l'acte hétéro-agressif à l'égard du personnel soignant de ce service. Son hospitalisation, considérée comme délétère (refus d'alimentation notamment), a été levée le 9 décembre 2021, puis il a été à nouveau hospitalisé en SDRE le 11 décembre 2021 à partir du CHU, en raison d'une agitation et d'une hétéro-agressivité physique. Il devait rejoindre l'UFADO sur une courte durée pour réintégrer ensuite l'IME au sein duquel il est scolarisé. Malgré la présence et le consentement des parents à la mesure d'hospitalisation, ce statut a été privilégié afin de pouvoir le placer en isolement – l'isolement d'un patient en soins libres n'étant pas prévu par la loi. Le statut de SDRE particulièrement stigmatisant est exclusivement destiné à son hospitalisation en chambre d'isolement. Cette situation illustre le paradoxe du texte législatif en vigueur qui ne prévoit aucune disposition spécifique pour les mineurs.

RECOMMANDATION 12

Un mineur ne doit pas être hospitalisé dans une unité pour adultes.

Le législateur doit adapter le texte relatif aux mesures d'isolement et de contention au statut spécifique des mineurs pris en charge en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait observer que la prise en charge de mineur en unité adulte est exceptionnelle.

En cas d'exception, la prise en charge est sécurisée : décision/lien entre l'équipe de pédopsychiatrie et l'équipe du secteur adulte, mobilisation de professionnels de la pédopsychiatrie sur l'unité adulte en accompagnement des professionnels sur le secteur adulte.

Le CGLPL maintient sa recommandation à l'attention des autorités de tutelle qui doivent donner les moyens de l'hospitalisation des mineurs dans des structures dédiées.

Les données chiffrées communiquées démontrent une utilisation limitée de l'isolement et des durées qui ne sont globalement pas excessives. Ainsi, à l'UFADO, du 31 juillet 2021 au 13 janvier 2022 dix patients ont fait l'objet d'une mesure d'isolement, dont une patiente à cinq reprises (soit quinze mesures). Deux patients étaient âgés de 12 ans pour une durée d'une heure, deux patients étaient âgés de 13 ans pour des durées de 12 heures avec chacun une contention de 11,67 heures, les autres patients étaient âgés de 16 et 17 ans pour des durées de 12 heures et deux de 36 heures ; pour deux mesures, les durées ne sont pas renseignées⁴². Les cinq mesures concernant la même patiente sont comprises entre 12 heures et 36 heures avec une contention lors du premier isolement de 26,87 heures. Treize mesures concernaient des patients en soins libres et deux hospitalisés par OPP.

⁴² Tableau des mesures d'isolement UFADO.

Il est urgent que les unités d'HC du PPEA bénéficient d'un espace d'apaisement adapté au public, ce d'autant plus que selon les témoignages recueillis certaines mesures d'isolement auraient pu être évitées avec une salle d'apaisement adaptée. En effet, un local a été sacralisé par les professionnels en vue de son aménagement en espace d'apaisement ; le projet n'a pas avancé depuis plusieurs années.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Il est urgent que les unités d'hospitalisation complète du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent soient dotées d'un espace d'apaisement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction du CHSM fait valoir que depuis le 1^{er} août 2022, l'UFADO dispose d'un espace d'apaisement étudié pour les jeunes pris en charge dans cette unité. La recommandation est considérée comme prise en compte.

c) L'USE

L'unité soins et études (USE) accueille des adolescents en hospitalisation programmée tout au long de l'année scolaire. Les objectifs sont la recherche de la réinsertion familiale, scolaire ou professionnelle.

Elle est ouverte du lundi matin au vendredi à 17h00 et une partie des vacances scolaires, ce qui implique que les mineurs hospitalisés disposent d'un logement pour les fins de semaine et une partie des vacances scolaires – il est rare que des mineurs confiés à l'ASE y soient hospitalisés. Les titulaires de l'autorité parentale doivent remplir un dossier de pré-admission. Les conditions de séjour sont contractuelles, déterminées avec l'adolescent et les responsables légaux et réévaluées si besoin. Au moment du contrôle, la liste d'attente était composée de six candidats. Les données relatives à la file active varient d'un document à un autre⁴³ ; selon les données par unité elle est de 21 mineurs en 2020, 21 en 2021 et 11 en 2022.

L'USE propose un projet individualisé de prise en charge dont le principal objectif est la reprise progressive de la scolarité classique à l'extérieur. Lors de l'entretien de pré-admission le règlement du service est remis au mineur et à ses parents. Ces derniers peuvent visiter l'unité le vendredi à 17h00, soit après le départ en week-end des adolescents. La journée s'étend depuis le lever au plus tard à 8h00 – petit-déjeuner entre 7h00 et 8h30, déjeuner à 12h00 et dîner à 19h00.

Située au deuxième étage du bâtiment, elle comporte dix lits d'hospitalisation et deux places d'accueil de jour. Ces dernières sont essentiellement occupées par des adolescents en attente d'une hospitalisation complète au sein de l'unité. Elle dispose d'une salle de télévision accessible à des créneaux déterminés, d'une grande salle d'activités et d'une salle informatique. Elle est dotée de terrasses.

Les chambres d'hospitalisation sont équipées de la même manière qu'à l'UFADO. Les mineurs disposent des clés de leur chambre qu'ils déposent au bureau infirmier avant chaque sortie. Les adolescents peuvent appeler et être appelés par leur famille tous les jours après le dîner, de 20h00 à 21h00. Par ailleurs, des plages horaires sont réservées pour les appels des titulaires de l'autorité parentale au service.

⁴³ Différentiel issu des tableaux « activité relative aux mineurs » et « annexe par unité ».

L'équipe⁴⁴ est composée d'un cadre de santé, deux éducateurs spécialisés (1,75 ETP), de dix IDE (9,20 ETP, dont un absent au moment du contrôle) et d'une assistante de service social (1 ETP). L'effectif de sécurité est de trois soignants le matin et trois l'après-midi, complété par un soignant de journée.

Chaque mineur a deux référents afin d'assurer une continuité. Les parents s'adressent plus particulièrement à eux et, en cas de relations compliquées, au cadre de santé. L'un des référents est présent aux rendez-vous médicaux et aux entretiens avec les titulaires de l'autorité parentale.

Tous les soignants sont référents d'une ou de deux médiations organisées en périphérie du temps scolaire souvent en fin de journée (arts du cirque, sport collectif, journal, randonnée, gastronomie, atelier, fitness, jeux de société, etc.). Pendant les vacances scolaires, les mineurs participent à l'élaboration du programme. Les sorties sont l'occasion de les autonomiser sur la gestion de leur argent de poche et de leur téléphone portable.

L'enseignante détachée de l'Education nationale fait le lien avec l'inspection académique et avec les établissements scolaires de secteur. L'emploi du temps du jeune est alors aménagé au jour le jour en introduisant un nombre d'heures de cours de plus en plus conséquent, tout en respectant le rythme de l'élève. Le lundi, entre 16h30 et 17h30, elle propose une aide aux devoirs.

Pendant le premier mois, qui correspond à une période d'observation, le mineur n'a pas l'autorisation de sortir seul. Après le dîner et jusqu'au coucher à 21h15, il dispose de son téléphone portable pour joindre ses proches. Ils sortent à l'extérieur avec leur téléphone portable. Chaque mineur dispose d'une boîte dans le bureau des soignants dans laquelle ils peuvent déposer la clé de leur chambre lorsqu'ils partent en cours. Un registre permet de tracer les entrées et sorties. Ces dernières sont gérées sur la base d'un contrat de confiance. Si un mineur a l'accord de sortir une heure et qu'il souhaite rester à l'extérieur plus longtemps il doit contacter le service par téléphone. Par ailleurs, en cas de suspicion d'introduction d'un objet interdit le dialogue est privilégié. Au retour d'une sortie, il peut être demandé au mineur de vider son sac, les vérifications en chambre se font toujours en présence du mineur.

Les deux places d'accueil de jour sont utilisées en amont et en aval de l'hospitalisation.

⁴⁴ En complément, les données du tableau de charge pour les mois de janvier 2022 sont les suivantes : 0,5 ETP de médecin pédopsychiatre ; 0,5 ETP d'interne ; 0,16 ETP de CSS ; 0,3 ETP de psychologue ; 0,15 ETP d'ASS ; 0,5 ETP d'enseignant détaché (non salarié) ; 0,25 ETP de secrétaire médicale et 0,20 ETP d'employé administratif.

11. CONCLUSION

Le respect des droits fondamentaux des patients est un souci partagé par l'ensemble des professionnels du CHSM. Les nombreux projets portés par l'établissement dans l'intérêt de l'amélioration de la prise en charge des patients démontrent un fort engagement malgré une période difficile pour les établissements de santé mentale.

Les équipes au sens large font preuve d'un réel souci de la personne du patient et du respect de ses droits fondamentaux. Très ouvertes à la réflexion, elles ont permis des échanges très riches avec les contrôleurs. La permanence des soins psychiatriques est assurée et la qualité de la prise en charge au sein des unités d'hospitalisation repose sur des équipes pluridisciplinaires investies auprès des patients.

Par ailleurs, le dialogue institutionnel est fluide, les secteurs ne fonctionnent pas en silo ce qui permet de porter des valeurs communes et des projets collectifs cohérents dans l'intérêt de la prise en charge des patients.

Les conditions de vie des patients sont globalement de bonne qualité et l'hygiène des locaux et du linge est remarquable. Le projet immobilier de réfection des unités se trouvant dans les bâtiments plus anciens permettra d'harmoniser l'offre hôtelière et de faciliter la liberté d'aller et venir de l'ensemble des patients.

Les dernières restrictions dans la vie quotidienne liées à la crise sanitaire doivent être levées dans l'ensemble des unités au regard des disparités constatées (horaires d'ouverture des unités, organisation des repas, etc.).

Des améliorations sont par ailleurs attendues sur les informations délivrées aux patients en soins sans consentement sur leur statut et leurs droits. Par ailleurs, une réflexion doit être engagée par les établissements du département sur le statut des soins sur décision du représentant de l'Etat sous l'égide des autorités de tutelles.

Enfin, l'établissement, après avoir dédié une unité à la mise en œuvre des mesures d'isolement, conduit, depuis 2017, une politique qui vise progressivement à réduire le nombre de chambres d'isolement, à évoluer vers des solutions alternatives, comme les espaces d'apaisement, et à un travail sur les pratiques impliquant les professionnels exerçant dans les unités d'hospitalisation, ce qui est à saluer.

Les professionnels du CHSM, ancrés dans une dynamique de remise en question et d'évolution continue des pratiques professionnelles, ont été très attentifs aux observations émises et le contrôle s'est déroulé dans de très bonnes conditions.

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