



---

## Rapport de visite :

4 au 14 septembre 2023 – 1<sup>ère</sup> visite

Pôle de psychiatrie du centre  
hospitalier universitaire de  
Clermont-Ferrand

*(Puy-de-Dôme)*



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite annoncée du pôle de psychiatrie enfant/adulte du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand (Puy-de-Dôme) du 4 au 14 septembre 2023. Au premier jour de la visite, il dispose de 128 lits d'hospitalisation complète répartis en cinq unités pour adultes et une unité de pédopsychiatrie. Les unités pour adultes sont toutes susceptibles de recevoir des patients en soins sans consentement (SSC) mais uniquement à la demande du directeur ; les patients en soins sur demande du représentant de l'Etat étant historiquement hospitalisés au centre hospitalier spécialisé Sainte-Marie, situé au centre-ville de Clermont-Ferrand.

Le CHU n'échappe pas à un contexte général de tension sur les recrutements, son attractivité est impactée par la charge de travail au sein du pôle, mais également par des conditions matérielles de travail dégradées en comparaison notamment avec l'établissement voisin de Sainte-Marie. Trois unités d'hospitalisation du CHU ont fermé dans les mois précédant le contrôle en raison du manque de praticiens. Le contexte général du département est également très tendu, le CH Sainte-Marie a été contraint de fermer 80 lits au cours des huit premiers mois de l'année 2023 en raison du départ de plusieurs psychiatres vers des cliniques privées. L'organisation de l'offre de soins de l'hospitalisation à temps complet dans le département ne répond plus aux besoins de la population concernée. Le service des urgences psychiatriques et psycho-traumatologiques (UPP), vers lequel se rendent la majorité des patients du département, en subit quotidiennement les répercussions, entre vingt et trente personnes y patientent (parfois plusieurs jours) dans des conditions indignes avant qu'une solution d'hospitalisation soit trouvée.

Les difficultés de pilotage et de communication au niveau du pôle, du CHU et de l'ARS ne contribuent pas à l'amélioration de la prise charge des patients et au développement d'une réflexion sur leur parcours. Le « projet médical du pôle de psychiatrie 2021-2026 » n'est pas, au moment du contrôle, validé par l'ARS, et aucun projet de restructuration bâtementaire du pôle de psychiatrie, pourtant indispensable, n'est inscrit dans le projet pluriannuel d'établissement (PPI) du CHU.

Les conditions d'hébergement sont attentatoires à la dignité et à l'intimité des patients, et rendent les conditions de travail des personnels particulièrement difficiles. La majorité des chambres ne sont pas individuelles – l'unité de pédopsychiatrie compte plusieurs chambres triples – et les unités disposent au mieux de trois WC et trois douches pour vingt-quatre lits. L'absence d'espaces extérieurs sécurisés entrave la liberté d'aller et venir des patients.

Les restrictions aux libertés individuelles ne reposent pas toujours sur des évaluations cliniques mais varient en fonction du statut juridique du patient. L'information, tant sur les droits généraux des patients hospitalisés que sur les droits spécifiques de ceux hospitalisés en SSC, est très insuffisante.

Le volume et la durée des mesures d'isolement sont relativement élevés ; les mesures de contention associées restent assez exceptionnelles. Toutefois, le paramétrage du registre isolement/contention ne permet pas d'extraire des données permettant d'en avoir une approche exhaustive et d'alimenter la réflexion interne en la matière.

Un rapport provisoire a été adressé, le 7 mai 2024, au chef d'établissement, à la préfecture du Puy-de-Dôme, aux chefs de juridiction et à l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Seules les directions du CHU et de

l'ARS ont adressé des observations au CGLPL, respectivement le 24 juillet et le 12 juin 2024 ; ces observations sont intégrées au présent rapport définitif.

## 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.*

**Aucune entrée de table des matières n'a été trouvée.**

### 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 ..... 16**

Le projet médical du pôle doit impérativement être validé par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et un projet de restructuration immobilière élaboré dans les meilleurs délais afin de garantir le respect de la dignité des conditions d'hébergement des patients et l'ergonomie des prises en charge.

#### **RECOMMANDATION 2 ..... 19**

Le plan pluriannuel d'investissement 2023-2032 doit intégrer le nécessaire projet à définir de restructuration bâtementaire du pôle de psychiatrie.

#### **RECOMMANDATION 3 ..... 20**

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients de psychiatrie hospitalisés en soins sans consentement.

#### **RECOMMANDATION 4 ..... 22**

Tous les patients hospitalisés doivent être pris en charge par des équipes médicales et soignantes complètes et stables garantissant une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

#### **RECOMMANDATION 5 ..... 24**

L'association des équipes de nuit aux temps de réunion et de réflexion institutionnelle des unités doit être recherchée et facilitée notamment pour les synthèses cliniques.

#### **RECOMMANDATION 6 ..... 25**

Les cadres et soignants du pôle doivent bénéficier d'une formation aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement. Un plan de développement des compétences pluriannuel doit être élaboré.

#### **RECOMMANDATION 7 ..... 25**

Les nouveaux soignants doivent bénéficier d'un tutorat, en complément de la formation initiale d'adaptation en psychiatrie.

Les équipes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs.

#### **RECOMMANDATION 8 ..... 28**

Les agents doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme et être tenus informés du suivi des événements qu'ils déclarent avec la mention de la détermination d'axes d'amélioration concrets.

**RECOMMANDATION 9 ..... 29**

Les soignants, à la différence des forces de l'ordre, ne sont pas habilités à effectuer des ouvertures et fouilles des sacs. L'inventaire des effets des patients par les soignants ne peut avoir lieu que de manière encadrée par le règlement intérieur avec l'assentiment et en présence de ces derniers.

**RECOMMANDATION 10 ..... 30**

Le service des urgences psychiatriques et psycho-traumatologiques doit être doté d'un effectif suffisant et de locaux ergonomiques, afin de répondre de façon adaptée et sereine à l'exercice de ses missions.

**RECOMMANDATION 11 ..... 32**

L'organisation de l'offre de soins de l'hospitalisation à temps complet dans le département du Puy-de-Dôme doit répondre aux besoins de la population concernée et prévenir l'attente quotidienne de vingt à trente patients à présentation psychiatrique dans des conditions indignes, sans respect de l'intimité ni de la confidentialité, au sein du service d'accueil des urgences adultes.

**RECOMMANDATION 12 ..... 35**

Les mesures d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une décision d'un psychiatre, après son évaluation clinique présenteielle du patient, et d'une traçabilité dans un registre spécifique. Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être qu'exceptionnelles et motivées par la seule nécessité de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Leur mise en œuvre pour des motifs sécuritaires doit immédiatement cesser.

**RECOMMANDATION 13 ..... 37**

Tout patient admis en hospitalisation doit bénéficier de la réalisation d'un inventaire contradictoirement signé, de ses valeurs et de ses effets personnels, dont la copie lui est remise.

**RECOMMANDATION 14 ..... 38**

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et le péril imminent doit rester exceptionnel.

**RECOMMANDATION 15 ..... 39**

Des supports écrits (livret d'accueil, règles de vie) relatifs aux informations sur l'hospitalisation dans les services de psychiatrie et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

**RECOMMANDATION 16 ..... 40**

Les patients en soins sans consentement doivent, à chaque étape de la procédure, recevoir toutes les informations relatives à leur statut, leurs droits, ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. À ce titre, ils doivent être clairement informés des motifs de la mesure dont ils font l'objet par la transmission systématique d'une copie de la décision et des certificats médicaux qui en sont le support ou par la reprise de leurs termes. Ces informations doivent leur être transmises sur un support qu'ils peuvent conserver.

**RECOMMANDATION 17 ..... 43**

Le pôle de psychiatrie doit faire l'objet d'une restructuration bâtimementaire complète qui garantisse le respect de la dignité des conditions d'hébergement et l'ergonomie de la réalisation des projets de soins. L'architecture retenue doit disposer pour ce faire de chambres individuelles, dotées de WC et de douche.

Des espaces extérieurs agréables, sécurisés et librement accessibles doivent être aménagés. Il convient d'élargir la plage horaire d'accès à l'extérieur en soirée pour les patients désirant fumer ou s'aérer.

- RECOMMANDATION 18** ..... 44  
L'établissement doit fournir des vêtements de secours adaptés et des kits hygiène, comportant une brosse à dent et du dentifrice, aux patients qui en sont dépourvus.
- RECOMMANDATION 19** ..... 47  
Les règles relatives aux restrictions aux libertés individuelles doivent être harmonisées entre les unités et s'adapter à l'évaluation clinique plutôt qu'au mode d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 20** ..... 48  
La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur une évaluation clinique et il ne peut être considéré comme un outil de prévention des sorties non autorisées.
- RECOMMANDATION 21** ..... 49  
L'établissement doit garantir aux patients l'accès à un réseau wifi gratuit et fiable.
- RECOMMANDATION 22** ..... 49  
Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salles de visite offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. La possibilité pour des mineurs de rendre visite à un parent ou un proche doit être effectivement garantie, sauf à ce qu'une mesure judiciaire ou l'intérêt supérieur des mineurs s'y oppose.
- RECOMMANDATION 23** ..... 50  
L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle concernant la sexualité des patients, considérant à la fois la liberté sexuelle des patients et la nécessaire protection des plus vulnérables, et assurer la formation du personnel à ce sujet. Il doit également garantir l'information des patients concernant la prévention des infections sexuellement transmissibles, la contraception et la notion de consentement.
- RECOMMANDATION 24** ..... 52  
Les chambres d'isolement doivent garantir la sécurité et l'intimité des patients. Des dispositifs d'appel doivent leur être accessibles en cas de contention. La maintenance doit être assurée sans délai, et garantir notamment des conditions de température adaptées.
- RECOMMANDATION 25** ..... 53  
Toutes les unités doivent disposer d'un espace d'apaisement et de professionnels formés à son utilisation en nombre suffisant.
- RECOMMANDATION 26** ..... 55  
Les patients ne peuvent être régulièrement soumis à des isolements séquentiels, ni être hébergés, de fait, dans une chambre d'isolement. Sauf contre-indication médicale motivée, ils doivent pouvoir conserver leurs vêtements personnels et ne pas faire ainsi l'objet d'une mise en pyjama systématique.  
La mise en chambre d'isolement nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet, relevant de la compétence du médecin généraliste.  
Le service de sécurité incendie doit être informé en temps réel de toutes les mesures d'isolement et de contention mises en œuvre.
- RECOMMANDATION 27** ..... 56  
Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention sans que son statut d'hospitalisation n'évolue concomitamment vers une procédure de soins sans consentement.

**RECOMMANDATION 28 ..... 57**

Le personnel en charge du suivi des mesures de soins sans consentement et de celles d'isolement et de contention doit bénéficier d'un effectif et d'un équipement adaptés.

**RECOMMANDATION 29 ..... 58**

La démarche d'information du patient, en cas de mesure d'isolement ou de contention prolongée, si elle ne peut être menée à bien initialement, doit être renouvelée dès que l'état de ce dernier le permet, et une traçabilité être assurée. Le recueil de sa volonté quant aux personnes à éventuellement informer de ces mesures doit être anticipé.

**RECOMMANDATION 30 ..... 59**

Des débriefings systématiques doivent être organisés avec les patients, à des fins de prévention du recours à l'isolement et/ou à la contention.

**RECOMMANDATION 31 ..... 60**

Le registre de l'isolement et de contention doit renseigner l'ensemble des informations prévues par le code de la santé publique. Il doit permettre d'évaluer les pratiques de chacune des unités d'hospitalisation et être régulièrement exploité à des fins d'analyse et de réflexion.

**RECOMMANDATION 32 ..... 61**

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention doit être régulièrement édité, rendre compte de l'ensemble des pratiques (urgences psychiatriques comprises), de la politique de limitation du recours à ces mesures et de l'évaluation faite de sa mise en œuvre. Il doit être soumis à la commission des usagers ainsi qu'au conseil de surveillance pour avis.

Le projet du pôle de psychiatrie doit également présenter des volets spécifiques de cette politique. Le groupe de réflexion et d'analyse sur les pratiques d'isolement et de contention (GRESPIC) doit se réunir régulièrement et associer l'ensemble des référents concernés. Les missions de ces derniers doivent être précisées.

**RECOMMANDATION 33 ..... 62**

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée de toute urgence par l'agence régionale de santé et exercer pleinement ses prérogatives de contrôle et sa fonction de recours pour les patients.

**RECOMMANDATION 34 ..... 63**

Les patients en soins sans consentement doivent être informés du rôle et des modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier d'un contact direct et régulier avec ses représentants.

**RECOMMANDATION 35 ..... 64**

Le registre de la loi doit être renseigné en temps réel. L'ensemble des informations et documents énumérés par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent y figurer.

**RECOMMANDATION 36 ..... 65**

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 L.1111-7 du CSP relatif à la communication du dossier médical.

L'avis d'audience doit être modifié en ce sens et, par ailleurs, ne plus laisser apparaître d'ambiguïté sur le rôle de l'avocat qu'il soit choisi ou commis d'office.

**RECOMMANDATION 37 ..... 65**

Afin de respecter la dignité des patients, l'établissement doit veiller à ce qu'ils puissent se présenter devant le JLD en tenue de ville et non en pyjama.

**RECOMMANDATION 38 ..... 66**

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 des personnes hospitalisées en soins sans consentement devant le juge des libertés et de la détention.

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

**RECOMMANDATION 39 ..... 66**

Lors de leur notification une copie de la convocation devant le JLD et de l'ordonnance doit obligatoirement être remise au patient.

**RECOMMANDATION 40 ..... 67**

Les patients concernés par l'indication doivent bénéficier d'entretiens réguliers avec des psychologues, afin notamment d'éviter toute rupture de ce soin spécifique éventuellement débuté en ambulatoire.

**RECOMMANDATION 41 ..... 68**

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues dans toutes les unités.

**RECOMMANDATION 42 ..... 68**

Tous les patients doivent pouvoir obtenir lecture et copie de leur dossier médical, selon les dispositions légales.

**RECOMMANDATION 43 ..... 69**

Les patients doivent bénéficier, de façon équivalente entre les unités, du matériel nécessaire aux activités occupationnelles, afin de favoriser leur socialisation et de prévenir un sentiment d'ennui marqué.

**RECOMMANDATION 44 ..... 71**

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent bénéficier, de façon équivalente entre les unités, de prises en charge en activités thérapeutiques répondant aux besoins de leur état clinique, et dispensées par un nombre adapté d'intervenants spécialisés, dans des locaux ergonomiques dont l'état respecte la dignité.

**RECOMMANDATION 45 ..... 72**

L'effectif médical de Gravenoire doit permettre aux patients de bénéficier d'entretiens psychiatriques selon une régularité adaptée à leurs besoins d'évaluation clinique, d'adaptation de leur traitement et d'élaboration de leur projet de soins.

**RECOMMANDATION 46 ..... 73**

Les patients mineurs faisant l'objet d'indication de prise en charge en addictologie doivent pouvoir bénéficier du dispositif d'addictologie hospitalier et ambulatoire très diversifié mis en œuvre.

**RECOMMANDATION 47 ..... 74**

L'unité d'électro convulsivothérapie doit bénéficier, dans les plus brefs délais, des travaux permettant de garantir la dignité et l'intimité des patients, ainsi que l'ergonomie des soins, lors du déroulement des séances de cette activité.

**RECOMMANDATION 48 ..... 75**

L'effectif des médecins généralistes doit répondre toute l'année aux besoins de prise en charge des soins somatiques des patients, permettre leur participation aux réunions institutionnelles et aux projets de soins et la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé et à la prévention.

**RECOMMANDATION 49 ..... 75**

Les médecins généralistes doivent disposer de bureaux et de locaux d'examen spécifiques dans les unités, afin de garantir la dispensation de soins somatiques dans des conditions dignes et adaptées.

**RECOMMANDATION 50 ..... 76**

L'organisation de l'acheminement des prélèvements sanguins vers le lieu d'analyse doit garantir le strict respect des délais, afin de prévenir le désagrément pour les patients de la répétition douloureuse et inutile des prises de sang.

**RECOMMANDATION 51 ..... 77**

Les délais d'attribution d'une allocation, d'autorisation d'orientation en structure médicosociale spécifique et de reconnaissance qualifiée du statut de travailleur handicapé par la maison départementale des personnes handicapées doivent répondre aux besoins des patients concernés.

**RECOMMANDATION 52 ..... 77**

Les délais d'évaluation des situations de mise sous protection juridique et de nomination d'un administrateur des biens ou de la personne doivent répondre aux besoins des patients concernés.

**RECOMMANDATION 53 ..... 78**

La ressource de structures médicosociales territoriales et l'efficacité des partenariats à mettre en œuvre avec le service insertion accueil orientation et les bailleurs sociaux doivent répondre aux besoins des patients concernés.

**RECOMMANDATION 54 ..... 78**

La mise en œuvre de partenariats spécifiques efficaces avec les médecins de ville doit permettre l'organisation de relais de soins adaptés pour les patients de l'unité d'addictologie.

**RECOMMANDATION 55 ..... 79**

L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs, et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement et de la diminution du coût de la santé.

**RECOMMANDATION 56 ..... 80**

Les patients doivent être informés de leur droit de désigner une personne de confiance, qui doit être invitée à venir signer le formulaire d'acceptation de sa désignation et contactée pour son association aux différentes étapes du projet de soins.

**RECOMMANDATION 57 ..... 81**

L'équipe de la pharmacie doit disposer de l'effectif et du matériel informatique adaptés pour la vérification systématique des prescriptions et la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie dans le pôle de psychiatrie.

**RECOMMANDATION 58 ..... 82**

La prescription des médicaments « si besoin » doit être conforme aux règles de bonnes pratiques et l'administration des médicaments doit respecter la confidentialité dans toutes les unités.

**RECOMMANDATION 59 ..... 85**

Un protocole général définissant les modalités de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte doit être établi pour faciliter la liaison et la poursuite des prises en charge conformément aux dispositions de l'article R. 6123-189 du code de la santé publique.

**RECOMMANDATION 60 ..... 90**

Le retrait du téléphone portable doit être individualisé et lié à l'état clinique du patient évalué par le médecin. Le maintien de son accès doit être le principe, en lien avec les consignes des titulaires de

l'autorité parentale le cas échéant, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant aux soignants d'accompagner les mineurs dans l'utilisation de l'outil numérique.

**RECOMMANDATION 61 ..... 91**

Toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors qu'elle est contraire aux exigences de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris au titre de soins sur décision du représentant de l'Etat, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>14</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
2.1 Le projet médical du pôle est en attente de validation par l'ARS et le projet immobilier sans concrétisation depuis de nombreuses années .....	15
2.2 En l'absence d'un nécessaire projet de restructuration, moins de 0,1 % du plan pluriannuel d'investissement 2023-2032 est consacré au pôle de psychiatrie ..	18
2.3 L'insuffisance des effectifs liée aux difficultés de recrutement compromet la qualité des prises en charge .....	21
2.4 Le signalement d'événements indésirables ne constitue pas un levier d'amélioration tangible .....	26
2.5 L'espace éthique de l'établissement n'est pas sollicité par le pôle de psychiatrie .....	29
<b>3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT</b> .....	<b>30</b>
3.1 De nombreux patients attendent dans des conditions indignes aux urgences une hospitalisation en psychiatrie .....	30
3.2 Les patients admis en soins sans consentement sont pour l'essentiel hospitalisés sur le fondement d'un seul certificat médical .....	37
3.3 L'information, notamment relative aux droits des patients hospitalisés sans consentement, est lacunaire .....	39
<b>4. LES CONDITIONS DE VIE</b> .....	<b>41</b>
4.1 Les locaux ne sont pas adaptés à la prise en charge psychiatrique et ne respectent pas la dignité des patients .....	41
4.2 L'accès à l'hygiène n'est pas adapté aux besoins des patients .....	44
4.3 Les placards ouverts et l'absence de verrou de confort ne garantissent pas la protection des effets personnels.....	45
4.4 Les repas sont réchauffés et servis en barquettes de plastique ce qui est inadapté .....	45
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>47</b>
5.1 Malgré l'ouverture des portes, la liberté d'aller et venir, est, dans plusieurs unités, restreinte d'office pour les patients en soins sans consentement .....	47
5.2 De nombreux patients sont soumis au port obligatoire d'un pyjama institutionnel .....	47
5.3 Les locaux ne sont pas adaptés aux visites des proches .....	48
5.4 L'accès au vote est assuré malgré l'absence de note organisationnelle.....	49
5.5 L'accès aux cultes est peu sollicité .....	50

5.6	La vie affective et sexuelle des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle.....	50
<b>6.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>51</b>
6.1	Les chambres d'isolement ne garantissent pas la sécurité et l'intimité des patients et le pôle ne compte qu'un seul espace d'apaisement.....	51
6.2	Des patients en soins libres font l'objet de mesures d'isolement et de contention et des mesures d'isolement séquentiel prolongées sont mises en œuvre.....	53
6.3	Le registre isolement/contention n'est pas conforme aux prescriptions légales et la politique de limitation du recours à ces mesures pas clairement définie.....	59
<b>7.</b>	<b>LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>62</b>
7.1	La CDSP ne répond pas à ses missions et les représentants des usagers n'interviennent pas dans les unités d'hospitalisation .....	62
7.2	Le registre de la loi ne répond pas aux exigences légales et ne permet pas un contrôle de la situation individuelle des patients .....	63
7.3	Le contrôle des mesures d'hospitalisation par le JLD est effectif .....	64
<b>8.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>67</b>
8.1	Les patients hospitalisés ont insuffisamment accès aux entretiens psychologiques et aux activités thérapeutiques .....	67
8.2	L'effectif des généralistes est insuffisant pour répondre de façon adaptée aux besoins de prises en charge somatiques et d'éducation à la santé et à la prévention .....	74
8.3	De nombreux facteurs compliquent voire rendent impossibles certains projets de sortie .....	76
8.4	Les outils de soins favorisant l'expression du consentement sont très insuffisamment mis en œuvre.....	79
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>83</b>
9.1	L'établissement ne dispose plus d'unité d'hospitalisation spécifique pour les personnes âgées .....	83
9.2	Les mineurs sont pris en charge par une équipe attentive à leurs besoins mais les locaux d'hospitalisation sont indignes .....	83

---

# Rapport

16/18 quai de la Loire

CS 70048

75921 PARIS CEDEX 19

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Céline Delbauffe, cheffe de mission ;
- Marie Crétenot ;
- François Koch ;
- Louisa Mathoux ;
- Antoine Meyer ;
- Julien Starkman.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), six contrôleurs ont effectué une visite du pôle de psychiatrie enfant/adulte du centre hospitalier universitaire (CHU) de Clermont-Ferrand – situé 58 rue Montalembert – du 4 au 14 septembre 2023. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement à 15h00. Ils ont été accueillis par la coordonnatrice générale des soins. L'ensemble des documents demandés a été mis à leur disposition et ils ont pu visiter les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie. En l'absence de la directrice par intérim et de plusieurs membres de la direction le premier jour de la visite, la réunion de présentation de la mission a été organisée le lendemain matin ; une dizaine de personnes y assistaient dont la directrice par intérim, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la médecin cheffe de pôle, deux médecins chefs de service et des cadres administratifs.

Le directeur de cabinet du préfet du Puy-de-Dôme, le directeur départemental de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Clermont-Ferrand et la procureure près ce tribunal ont été informés de la visite. Les contrôleurs ont rencontré un des juges des libertés et de la détention (JLD) chargés du contrôle des mesures d'hospitalisation en soins sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités d'hospitalisation. Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec de nombreux patients, des membres du personnel de santé, des agents de l'administration et des intervenants extérieurs exerçant sur le site.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs ; les délégués de deux d'entre elles (CGT et FO) ont été reçus en entretien.

Une réunion de restitution s'est tenue le 14 septembre à 11h30 en présence de la directrice par intérim, d'une trentaine de personnes – membres de la direction et de l'équipe soignante – et de sept représentants du personnel.

Un rapport provisoire a été adressé, le 7 mai 2024, au chef d'établissement, à la préfecture du Puy-de-Dôme, aux chefs de juridiction et à l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, pour une période d'échange contradictoire d'un mois. Seules les directions du CHU et de l'ARS ont adressé des observations au CGLPL, respectivement le 24 juillet et le 12 juin 2024 ; ces observations sont intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE PROJET MEDICAL DU POLE EST EN ATTENTE DE VALIDATION PAR L'ARS ET LE PROJET IMMOBILIER SANS CONCRETISATION DEPUIS DE NOMBREUSES ANNEES

#### 2.1.1 La place de l'établissement au sein du département

Le CHU de Clermont-Ferrand est l'un des quatre CHU de la région Auvergne-Rhône Alpes. Ses activités de soins (divisées en quinze pôles) sont regroupées sur trois sites hospitaliers : Gabriel-Montpied (où se situe le pôle de psychiatrie), Estaing, et Louise-Michel. Il compte 1 915 lits et places et 9 926 salariés.

Il fonctionne en direction commune avec cinq autres centres hospitaliers (CH) du département et, depuis le mois de janvier 2022, avec celui de Montluçon situé dans l'Allier.

Le CHU est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Territoires d'Auvergne » regroupant quatorze établissements publics de santé de l'Allier et du Puy-de-Dôme.

La prise en charge des patients nécessitant des soins en santé mentale dans le département du Puy-de-Dôme se répartit entre plusieurs acteurs publics et privés :

- le CHU de Clermont-Ferrand ;
- les CH de Thiers et d'Ambert ;
- le centre hospitalier Sainte-Marie (CHSM), établissement du secteur privé non lucratif, qui couvre cinq secteurs de psychiatrie générale ;
- 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.

Le pôle de psychiatrie enfant/adulte est compétent sur deux secteurs de psychiatrie générale du département et un inter secteur de pédopsychiatrie. Au moment de la visite, il dispose de 128 lits d'hospitalisation complète et compte cinq unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes et une unité de pédopsychiatrie (12 lits).

Trois unités ont fermé dans les mois précédant le contrôle en raison du manque de praticiens (cf. § 2.3) : l'unité d'hospitalisation pour patients âgés Rameau (en janvier 2022) ; l'unité Gergovie qui, au cours de la visite, réouvrait à titre expérimental sous la forme d'une unité de 10 lits d'hospitalisation à durée limitée (UHLD) de post-urgences ; et, au mois de juillet 2023, l'unité d'hospitalisation complète « Pass'aje<sup>1</sup> » destinée aux patients âgés de 16 à 25 ans (cf. § 9.2.1).

#### 2.1.2 L'organisation du pôle

Le pôle de psychiatrie enfant/adulte assure ses missions de secteur conjointement à des fonctions d'expertise, d'enseignement et de recherche. Il est composé de quatre structures :

##### a) Le service de psychiatrie de l'adulte et de psychologie médicale, dit « Psy A »

Situé dans le bâtiment A, ce service sectorisé (63G08) – dirigé par la cheffe de pôle – est spécialisé dans les troubles psychiques émergents, les troubles de l'autisme et la psychiatrie générale. Il compte deux unités d'hospitalisation, Ravel et Berlioz, de 24 lits chacune. Ce service comprend par ailleurs un hôpital de jour (HDJ), deux centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), une

---

<sup>1</sup> Prévention Accueil de la Souffrance Spécifique de l'Adulte Jeune.

équipe de psychiatrie de liaison, un centre de compétence syndrome Gilles de la Tourette, un centre de recherche sur l'autisme adulte et une équipe mobile de secteur.

#### *b) Le service de psychiatrie de l'adulte, dit « Psy B »*

Situé dans le bâtiment B, ce service sectorisé (63G09) est spécialisé dans la prise en charge des troubles de l'humeur (dépression résistante et troubles bipolaires), des troubles psychotiques et de la schizophrénie, des troubles des conduites alimentaires et la psychiatrie générale. Il compte également deux unités d'hospitalisation, Les Dômes et Pariou, de 24 lits chacune. Le service dispose d'un HDJ et du seul centre médico-psychologique (CMP) pour adultes du pôle, situé à Cournon. Cette pauvreté du dispositif de secteur en ambulatoire peut être mise en miroir avec le mode d'admission par le service d'accueil des urgences (SAU) faute d'un suivi et d'une programmation possible des hospitalisations et participe à l'encombrement des urgences (cf. § 3.1).

#### *c) Le service d'addictologie et de pathologies duelles*

Également situé dans le bâtiment B, il est spécialisé dans la prise en charge des addictions complexes et leur prévention. Il s'agit d'un dispositif intersectoriel départemental (cf. § 8.1.3). Il dispose d'une unité d'hospitalisation à temps complet de 20 lits (Gravenoire).

#### *d) Le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*

Les différents bâtiments du service sont situés à proximité des bâtiments A et B, mais dans un espace clos et séparé de la psychiatrie adulte. Le fonctionnement du service et la prise en charge des mineurs sont développés dans le paragraphe 9.2.

### 2.1.3 Le projet médical

Le « projet médical du pôle de psychiatrie 2021-2026 » n'est toujours pas, au moment du contrôle, validé par l'ARS qui conditionne cette validation à la restructuration de la filière urgences psychiatriques et à une coopération renforcée de l'ensemble des acteurs du territoire, notamment avec le CH Sainte Marie et les centres hospitaliers de Thiers, d'Issoire et de Riom.

L'évolution des locaux du pôle et le volet immobilier constituent des éléments essentiels du projet médical. En effet, l'indignité des conditions d'hospitalisation (cf. § 4.1), dans des bâtiments construits en 1976, est une difficulté majeure. Les conditions d'hébergement sont attentatoires à la dignité et à l'intimité des patients et rendent les conditions de travail des personnels particulièrement difficiles. De plus, l'implantation des deux services de psychiatrie adulte dans des bâtiments séparés contribue à des fonctionnements autonomes et parfois divergents, et hypothèque l'émergence d'une logique de parcours interservices. Les contrôleurs ont fait le constat d'une communication très limitée et d'un manque de synergies entre la « psy A » et la « psy B ». Si chaque service met en place un certain nombre de projets, ces derniers ne sont pas arbitrés et pas nécessairement réfléchis en termes de parcours du patient.

Or, l'ensemble des projets immobiliers portés depuis deux décennies n'ont jamais abouti à une reconstruction bâtiminaire et aucun projet n'est inscrit dans le projet pluriannuel d'établissement (PPI).

## RECOMMANDATION 1

Le projet médical du pôle doit impérativement être validé par l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et un projet de restructuration immobilière élaboré dans les meilleurs

délais afin de garantir le respect de la dignité des conditions d'hébergement des patients et l'ergonomie des prises en charge.

Dans sa réponse la directrice générale de l'ARS précise : « *Il n'entre pas dans les prérogatives de l'ARS de valider le projet médical d'un établissement de santé qui est du ressort de la commission médicale d'établissement. En revanche, les dialogues de gestion organisés mensuellement avec l'établissement, en particulier sur les projets immobiliers, abordent régulièrement le sujet de la psychiatrie. Il a alors été souligné depuis plusieurs mois que ce nouveau projet médical était dans ses grandes lignes conforme aux orientations de la politique nationale comme régionale dans le champ de la psychiatrie. L'ARS a confirmé son soutien au projet immobilier sur la psychiatrie générale et adulte, projet d'ailleurs identifié dès 2021 dans le cadre du Ségur investissement. Il a toutefois été regretté que les propositions concernant la psychiatrie de liaison aux urgences (au CHU, au CH d'Issoire et de Riom) soient insuffisantes. En conséquence, deux réunions ont ensuite eu lieu avec des représentants du CHU et du CH Ste Marie de Clermont sur ce sujet. L'ARS a rappelé les textes réglementaires et précisé ce qui était attendu afin d'améliorer la prise en charge des patients ayant des troubles mentaux se présentant dans ces 3 services d'accueil et d'urgence. Suite à ces réunions, les deux établissements n'ont malheureusement pas produit le plan d'actions attendu mais un simple constat des nombreux dysfonctionnements existants (déjà connus de l'ARS). Quant à la coopération entre les deux établissements, elle s'est nettement améliorée ces dernières années même si elle reste perfectible. Nous constatons qu'ils portent dorénavant plusieurs projets en commun (centre référent de réhabilitation psycho-sociale, équipes mobiles de pédopsychiatrie) et que le dialogue entre les médecins est renoué ».*

Elle note également que « *Des réunions régulières avec des représentants du pôle de psychiatrie ont été régulièrement organisées par l'ARS ces dernières années et ont permis d'octroyer à cet établissement de nouveaux moyens (création de centre référent TCA, de centre référent de réhabilitation psycho-sociale, renfort des CMP, équipes mobiles de pédopsychiatrie, HDJ de crise adolescents, financement du tutorat, moyens pour réduire l'isolement et la contention, etc.). Il est à noter par contre que les nombreux changements de directeur délégué sur la psychiatrie au sein du CHU ne favorisent pas la continuité et la mise en œuvre des actions sur ce pôle ».*

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le projet médical 2021-2026 a été présenté aux instances délibératives et consultatives du CHU en décembre 2021 et février 2022. Suite à sa réception par Monsieur le Directeur Général de l'ARS, plusieurs échanges ont eu lieu à l'initiative du médecin référent de psychiatrie avec la communauté médicale de psychiatrie et la direction sur la période 2022- 2023. Les attendus de l'ARS ont été précisés aux acteurs du CHU notamment en matière de structuration de la filière des urgences psychiatriques. Le pôle de psychiatrie s'est dès lors engagé dans une démarche volontariste associant l'ensemble de la communauté médicale du pôle de psychiatrie, l'encadrement et la direction. Parallèlement, des travaux de réflexion et de concertation ont été menés à l'initiative du CHU en direction de ses partenaires et notamment les acteurs de santé mentale du territoire. Une priorisation des objectifs a été opérée dans la conduite du projet afin de consolider le pôle à court terme, répondre aux enjeux de santé mentale saillants à court et moyen terme, apporter une réponse concrète et territoriale aux problématiques de rupture des parcours patients. L'actualisation du projet médical de psychiatrie a fait l'objet d'une validation en Conseil de surveillance le 18/12/2022 et d'une transmission à l'ARS (validation orale*

*lors d'une réunion plénière). Le projet de psychiatrie, comme l'ensemble du projet de l'établissement, n'est pas soumis à une validation formelle de l'ARS. La direction de l'offre de soins de l'ARS a validé le projet lors d'une visite sur le site le 15 mai 2024 et les transformations de l'offre de soins engagées et programmées sur la période 2023 /2028 ».*

## **2.2 EN L'ABSENCE D'UN NECESSAIRE PROJET DE RESTRUCTURATION, MOINS DE 0,1 % DU PLAN PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT 2023-2032 EST CONSACRE AU POLE DE PSYCHIATRIE**

Le budget<sup>2</sup> global du CHU s'élève à 827 millions d'euros, et le déficit consolidé de l'établissement à 1 million, à la clôture de l'exercice de l'année 2022. Le CHU a bénéficié d'une aide conséquente des autorités de tutelles pendant la crise sanitaire, et d'une aide de trésorerie en fin de période de pandémie de 5 millions d'euros. Le CHU accuserait un déficit de 17 millions d'euros en l'absence de ces aides.

La mise en œuvre de la nouvelle réforme du financement de l'activité de psychiatrie, pour laquelle l'année 2022 fut « blanche », fait l'objet d'une application progressive et balbutiante. Le financement de l'activité de psychiatrie de l'établissement provient, principalement, en 2022 :

- de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 27,7 millions d'euros ;
- des mesures « Ségur<sup>3</sup> », reconductibles (87 621 euros pour le renfort des psychologues en CMP) et non reconductibles (1,8 millions d'euros pour la revalorisation du personnel médical et non-médical) ;
- des mesures « Braun<sup>4</sup> », non reconductibles (363 927 euros pour la majoration des heures supplémentaires, du temps de travail additionnel, des sujétions de nuit du personnel non médical et des heures de nuit du personnel médical) ;
- du montant pour la compensation du dégel du point d'indice (436 000 euros) ;
- de crédits reconductibles (notamment dispositif Vigilans<sup>5</sup> : 50 000 euros, taux de réévaluation : 209 000, renfort de la prise en charge en pédopsychiatrie : 165 000, financement d'emplois de chefs de clinique de pédopsychiatrie : 37 000) ;
- de crédits non reconductibles (notamment transports liés à l'article 80 : 133 428 euros, structuration de la filière troubles des conduites alimentaires (TCA) : 81 911, relèvement de l'indice minimal de traitement : 53 719, primes d'encadrement et managériale : 16 167, montant complémentaire lié à la mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie : 1,48 million) ;
- de compléments pour l'année 2022 hors compte financier :

---

<sup>2</sup> Toutes les données ont été communiquées par la direction des affaires financières.

<sup>3</sup> Le « Ségur de la santé » prévoit, entre autres, une revalorisation des carrières et des rémunérations du personnel non médical d'un certain nombre d'établissements et services sociaux et médico-sociaux.

<sup>4</sup> Instruction N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023 : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/45382>.

<sup>5</sup> Vigilans est un dispositif de recontact téléphonique destiné à rappeler les personnes ayant fait une tentative de suicide. L'objectif est de soutenir les personnes dans cette période de crise, d'évaluer le risque d'un nouveau passage à l'acte, et d'éviter la réitération suicidaire. Initialement déployé en Hauts-de-France, il est maintenant national et déployé dans plusieurs régions.

- le projet PULS-TNF<sup>6</sup>, 20 733 euros sur 3 ans pour le financement de 0,3 ETP de psychologue au titre du FIOP<sup>7</sup> ;
- des conventions de recettes, 303 430 euros (dispositif de soins psychiatriques et d'accompagnement en périnatalité, programme « Pro Famille », subvention « radicalisation », dispositif « emploi accompagné », opération « mois sans tabac »).

Aucun projet de restructuration n'est prévu. Seuls 400 000 euros, sur les 437 millions d'euros du plan pluriannuel d'investissement 2023-2032 approuvé par l'ARS, soit moins de 0,1 %, sont consacrés au pôle de psychiatrie, pour quelques travaux de réhabilitation, de rafraîchissement et la pose d'une climatisation.

## RECOMMANDATION 2

Le plan pluriannuel d'investissement 2023-2032 doit intégrer le nécessaire projet à définir de restructuration bâtementaire du pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Il est nécessaire d'apporter les modifications ci-dessous sur la page 15/77 permettant de préciser les ressources dédiées au fonctionnement et à la mission des services de psychiatrie du CHU : « Le financement de l'activité de psychiatrie de l'établissement provient, principalement, en 2022 : De la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 26.7 millions d'euros ; Des mesures « Ségur3 », reconductibles (87 621 euros pour le renfort des psychologues en CMP) et non reconductibles (1.5 millions d'euros pour la revalorisation du personnel médical et non médical) ; (...) Des conventions de recettes, 281 023 euros (155 400 euros pour le dispositif de soins psychiatriques et d'accompagnement en périnatalité, 50 000 euros pour le programme « Pro famille », 9 300 euros pour la subvention « radicalisation », 65 147.88 euros pour le dispositif « emploi accompagné », 1176 euros pour l'opération « mois sans tabac »). Le CHU réserve une part de crédits en investissements, en travaux de maintenance et d'équipement pour accompagner dans les bâtiments existants les transformations des structures et la mise en conformité des locaux : Mise en place de climatisation dans les unités ; Travaux permettant l'ouverture de l'USIJ (unité de crise des jeunes adolescents) en 2024 ; Adaptation des locaux du centre de neuromodulation, ECT ; Locaux et investissements sur 2 CMP ouverts en 2024. La réflexion autour de la reconstruction du bâtiment de la psychiatrie a été initiée en fin d'année 2023 et fait l'objet de nombreuses discussions avec les autorités de tutelle. Le projet de reconstruction du bâtiment de la psychiatrie (adultes et infante-juvénile) est identifié par la gouvernance de l'établissement comme l'une des priorités du schéma directeur immobilier. A ce titre, l'établissement s'est fixé l'objectif d'une transmission du rapport socio-

<sup>6</sup> PULS-TNF : programme de soins des troubles neurologiques fonctionnels. Les patients sont orientés vers le programme PULS-TNF après un diagnostic par un médecin généraliste puis, un neurologue. L'équipe propose une évaluation psychiatrique et psychologique afin de comprendre la survenue de ces troubles neurologiques fonctionnels, une psychoéducation (informations sur le trouble neurologique) afin d'avoir une meilleure compréhension de votre pathologie, et un accompagnement individuel et/ou en groupe, adapté et personnalisé. Reposant sur la multidisciplinarité, PULS-TNF s'articule autour de cinq grandes thématiques de soin : le diagnostic, un suivi neurologique et psychiatrique, la psychoéducation, de la rééducation (kinésithérapie, orthophonie...) et la psychothérapie.

<sup>7</sup> FIOP : fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP). Ce fonds a vocation à financer ou à amorcer le financement de projets innovants se traduisant par la transformation des organisations, l'introduction d'une pratique, d'une intervention ou d'une procédure, pouvant éventuellement déjà être éprouvée mais requérant d'être adaptée dans un contexte nouveau. Créé en 2019, le FIOP est doté pour l'année 2023 de 12 millions d'euros au niveau national.

*économique n°1 à l'Agence Régionale de Santé en décembre 2024, dans l'objectif notamment d'obtenir un soutien à l'investissement dans le cadre du Ségur n°2 des investissements en santé pour une programmation d'une opération de modernisation en 2028/2030 au plus tard. La reconstruction bâtementaire qui pourrait se faire en deux phase travaux uniquement, prendra appui sur le projet médical du Pôle finalisé en décembre 2023 avec un double objectif d'adaptation de l'offre de soins sur son volet capacitaire et architectural aux besoins des patients accueillis. Le PGFP prévoit dès 2025 un budget de 1M€ pour réalisation des études. La soutenabilité financière du projet passera, entre autres, au-delà de l'accompagnement financier dont pourrait bénéficier l'établissement, par le développement d'activités nouvelles à forte valeur ajoutée et une réflexion autour des organisations soignantes, de sorte à garantir un retour sur investissement du projet ».*

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens 2020-2024, signé entre l'établissement et l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes, comporte un indicateur relatif à la « limitation du recours à l'isolement et à la contention », dans le cadre d'une mise en conformité du projet d'établissement avec les orientations du projet territorial de santé mentale. Il ne comprend aucun indicateur spécifique des droits fondamentaux des patients hospitalisés en soins sans consentement (SSC).

### RECOMMANDATION 3

Le contrat prévisionnel d'objectifs et de moyens signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes doit comporter des indicateurs spécifiques des droits fondamentaux des patients de psychiatrie hospitalisés en soins sans consentement.

*Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Le CPOM permet la déclinaison par objectifs des orientations du projet régional de santé 2018/2028 sur 4 composantes dont une porte sur la mise en œuvre du projet médical sur la psychiatrie. Il est négocié et évalué sous le double aspect du respect de l'autonomie des établissements et de leur participation à une réponse territoriale de l'offre de soins. Il porte l'amélioration et la structuration de 3 filières de soins prioritaires pour lesquelles une coopération avec les établissements privés est nécessaire et notamment le centre hospitalier Sainte Marie. Le prochain CPOM sera élaboré à partir du prochain projet d'établissement, en cours d'élaboration. Des indicateurs spécifiques pourront être intégrés au regard de leur pertinence. Ces indicateurs à construire seront définis en collaboration avec l'équipe médicale et soignante du Pôle ».*

Le financement d'un projet d'hôpital de jour de 12 places pour les adolescents en situation clinique de crise n'a pas été approuvé et soutenu par l'ARS. Le CHU n'a pas mis en œuvre de plan de suppression de postes, notamment à l'occasion de la fermeture de trois unités dans le pôle de psychiatrie.

Le pôle bénéficie d'une enveloppe annuelle, à répartir entre les unités pour le financement d'activités occupationnelles ou l'achat de petites fournitures, mais aussi de dons ponctuels<sup>8</sup>.

Les praticiens hospitaliers qui donnent des cours au centre de formation des professionnels de santé rattaché au CHU peuvent choisir, sous la forme d'un « pseudo-intéressement », de ne pas être rémunérés mais de porter la somme dans un « pot commun » au bénéfice du pôle, afin d'en demander la restitution pour des achats qui ne sont pas soumis à la commande publique.

<sup>8</sup> Un don a permis l'achat d'un punching-ball et de livres pour un montant de 1 500 euros, pour une unité en 2023.

## 2.3 L'INSUFFISANCE DES EFFECTIFS LIEE AUX DIFFICULTES DE RECRUTEMENT COMPROMET LA QUALITE DES PRISES EN CHARGE

### 2.3.1 Le recrutement et les effectifs

Le CHU n'échappe pas au contexte général de difficultés de recrutement, même si des actions sont engagées pour attirer et fidéliser de jeunes professionnels. L'attractivité du pôle de psychiatrie est minorée par la charge de travail et les conditions matérielles en son sein (en comparaison notamment avec le CH Sainte-Marie). Le secteur libéral offre également des perspectives de contraintes différentes et des rémunérations supérieures, en particulier pour les médecins.

Comme indiqué *supra*, plusieurs départs de médecins ont contraint le pôle et la direction à fermer plusieurs unités. Quatre postes de PH restaient vacants au moment du contrôle<sup>9</sup>. Si les ETP de psychiatre pourvus paraissent relativement préservés sur le pôle, ce n'est pas le cas dans toutes les unités, et des perspectives de déficit supplémentaire à court terme sont à signaler<sup>10</sup>. Si le pôle s'appuie sur de nombreux internes, avec 15 postes autorisés, leur nombre pourrait aussi diminuer rapidement. Des initiatives ont été là aussi engagées (allègement des contraintes sur les gardes somatiques et renforcement de la *seniorisation* ; édition d'une vidéo sur l'internat). Seuls deux médecins généralistes interviennent sur le pôle (1,40 ETP), ce qui paraît peu au regard des besoins (cf. § 8.2).

L'effectif de personnel non médical est stable ces dernières années, autour de 300 ETP au total sur le pôle, extrahospitalier compris. Des postes intra hospitalier demeurent vacants dans certaines unités (ex. temps d'agent de service hospitalier -ASH- à Berlioz et Gravenoire, d'aide-soignant -AS- à Dômes). La rotation des personnels<sup>11</sup>, les démissions et arrêts de travail prolongés contribuent également à une contraction des ressources et compétences disponibles dans certaines unités (ex. à Pariou, Dômes). L'encadrement est en place (6 cadres, à mi-temps, et une cadre supérieure) mais l'équipe est dans l'ensemble très récente, avec des besoins importants de formation et d'acculturation. Plusieurs cadres effectivement recrutés en 2022 ou 2023 sont faisant fonction ou récemment diplômés et deux seulement peuvent compter sur une expérience préalable et récente en psychiatrie.

Les nombres d'assistants de service social (ASS) (cf. § 4.3), de psychologues et d'ergothérapeutes<sup>12</sup> (cf. § 8.1), sinon leur temps de présence effective dans les unités, ont pu être signalés comme insuffisants au regard des besoins d'accompagnement des patients. Le pôle compte 2 infirmiers de pratique avancée (IPA)<sup>13</sup> et un pair-aidant, mais ce dernier, intégré à l'équipe des centres experts, n'intervient pas dans les unités d'hospitalisation. (cf. § 8.4).

---

<sup>9</sup> Postes non pourvus sur le Centre de Ressources Autisme, l'unité Pas'Aje, la psychiatrie de liaison et l'équipe mobile psychiatrie de la personne âgée.

<sup>10</sup> Ex. un seul médecin pour l'UHDL à la réouverture, dans l'attente d'un interne ; remplacement précaire de congés au sein de l'unité Gravenoire avec un déficit persistant d'1,6 ETP sur 2 prévus ; perspective de temps médical réduit sur l'unité Berlioz, avec le passage anticipé en octobre 2023 d'un médecin sur l'unité Chopin (ex-unité Pas'aje).

<sup>11</sup> Pour l'ensemble du CHU, plus d'un infirmier sur deux recrutés entre 2018 et 2021 avait, fin 2022, quitté l'établissement, cf. RSU, Année 2022.

<sup>12</sup> Déficit de psychologue en psychiatrie B ; 4 ergothérapeutes pour l'ensemble du pôle (3,8 ETP), dont 1 congé maternité non remplacé en psychiatrie A ; avec parfois des temps de présence de 2 demi-journées/unité.

<sup>13</sup> Un en psychiatrie A, un autre devant intervenir à compter de novembre 2023 à Chopin ; un autre en psychiatrie B (à 0,5 ETP sur l'intra-hospitalier).

Le déséquilibre entre hommes et femmes dans les équipes soignantes, les premiers étant souvent peu nombreux, sinon absents comme à l'UDHL au moment de la réouverture, est un enjeu identifié, au regard aussi des problématiques de sécurité que rencontre l'établissement<sup>14</sup> (cf. § 2.4.2).

Le service des urgences est également concerné par des enjeux d'effectifs, avec un préavis de grève au moment du contrôle (cf. § 3.1.1).

#### RECOMMANDATION 4

Tous les patients hospitalisés doivent être pris en charge par des équipes médicales et soignantes complètes et stables garantissant une prise en charge pluridisciplinaire de qualité.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Equipe médicale : A l'exception de la pédopsychiatrie, tous les secteurs de psychiatrie adulte sont en difficulté de recrutement. Un turnover de 10 % des effectifs médicaux a été constaté en 2023. L'établissement s'efforce de recruter et de fidéliser des professionnels médicaux dans un contexte démographique de spécialité défavorable au niveau national. Equipe paramédicale : L'effectif des équipes para médicales du pôle de psychiatrie est stable et le turn over des équipes paramédicales a diminué en 2023 et juin 2024 de 8 % à 4,9 % tout en s'intégrant dans la politique de mobilité des professionnels, facteur d'attractivité et de la qualité de vie au travail. Les mouvements de personnels et les créations de postes s'organisent via la publication des postes à la bourse à l'emploi. Toutes parutions de poste font l'objet d'une diffusion sur les boîtes mails et sont disponibles sur l'intranet du CHU. Le secteur de la psychiatrie est attractif pour le personnel paramédical et chaque publication reçoit plusieurs candidatures internes et/ou externes. Comme l'ensemble des pôles cliniques du CHU, le pôle psychiatrie a un dispositif de pool de remplacement interne d'IDE et AS pour répondre aux suppléances pour les formations et l'absentéisme. En cas d'absentéisme de courte durée non résolu, le pôle bénéficie de l'intervention du pool de suppléance du site Gabriel Montpied. Pour un absentéisme inopiné l'encadrement sollicite les professionnels du pôle pour effectuer les postes avec récupération ou paiement en heures supplémentaires. Il utilise l'application HUBLO qui propose des missions ponctuelles aux professionnels inscrits. Les compétences des agents du pôle psychiatrie sont prioritairement recherchées. Les situations d'absentéisme au long cours ou plurielles bénéficient de mensualités de remplacement. De même, chaque année, sur la période estivale, un renfort est instauré pour la prise de congés. Le personnel est formé aux techniques thérapeutiques de désescalade de la violence. L'équipe d'encadrement du pôle psychiatrie est de 7 ETP avec une organisation transversale permettant d'organiser les compétences entre plusieurs unités. En 2024, la création de 2 nouvelles unités (HDJ et CMP) 0,5 ETP cadre a été allouée. Les cadres nouvellement arrivés sur le pôle ont bénéficié de formations internes pour leur acculturation en santé mentale. La formation E-learning des soins sans consentement est organisée pour les cadres (soignants et administratifs). Par ailleurs, les encadrants non diplômés ont bénéficié de formations de management et d'outils managériaux et d'un tutorat par des cadres en poste. La pair-aidance est développée sur le pôle pour permettre une prise en charge de qualité et de continuité. Le pair aidant à 50 % est rattaché au centre conjoint de réhabilitation (CHU-CH Sainte Marie) et participe aux jeudis du rétablissement qui se tiennent dans les halls des 2 bâtiments chaque jeudi ainsi qu'aux interventions en cours de déploiement dans les unités*

<sup>14</sup> Ce déséquilibre concerne plus globalement le CHU, avec moins de 21 % de personnels non médicaux masculins en 2022, cf. RSU, Année 2022 (2023).

*d'hospitalisation complète. Il participe sur le CHU à des ateliers d'éducation thérapeutique en lien avec sa pathologie et travaille en collaboration avec les pairs aidants du CH Sainte Marie en particulier pour à l'élaboration du congrès de réhabilitation psychosociale. Il est inscrit en 2024 au DU de pair-aidance et à la formation d'éducation thérapeutique du patient. La recherche de pairs-aidants est effective mais le recrutement est difficile. Le pôle dispose d'une équipe de 7 ETP d'assistante socio-éducatif. Pour 2024, une réflexion est menée par la gouvernance du pôle pour faciliter l'organisation et l'implication sur les territoires avec les assistants sociaux de secteur du conseil départemental et le milieu associatif ».*

### 2.3.2 L'organisation et le fonctionnement

Depuis le début de l'année 2023, le taux d'absentéisme au sein du pôle est non négligeable, quoiqu'inférieur à celui relevé en 2022, de même qu'observé pour l'ensemble du CHU<sup>15</sup>. Les remplacements sont en principe gérés en recourant prioritairement à un pool interne au pôle – doté de 5,8 ETP d'infirmier diplômé d'Etat -IDE-, 1,8 d'AS et 2 d'ASH – sinon à celui du site Gabriel Montpied, ensuite aux heures supplémentaires et au système Hublo<sup>16</sup>, même si les pratiques semblent pouvoir varier d'une unité à l'autre. Une réflexion générale, au niveau du CHU, est en cours sur la gestion de l'absentéisme, le dimensionnement et l'utilisation de ces moyens.

Les maquettes organisationnelles sont également en cours de refonte. L'effectif soignant pendant les week-ends est généralement de 2 pour habituellement plus de 20 patients<sup>17</sup>. Les équipes de nuit, spécifiques, ne sont également composées que d'un 1 IDE et d'1 AS, sauf renfort conjoncturel (ex. cas pour Ravel et Berlioz à la suite de la fermeture de Pass'aje). Par ailleurs, ces soignants ne sont qu'exceptionnellement associés ou représentés lors des temps collectifs des unités (réunions d'équipe, pluriprofessionnelles, synthèses) même si l'encadrement fait le lien. Les temps de transmission prévus sur les plannings sont respectés.

En l'état, les questions d'effectif constituent un motif récurrent dans les évènements indésirables enregistrés ces dernières années. Certains sont indicatifs de l'impact direct de ces difficultés sur la prise en charge des patients du pôle, avec notamment l'annulation d'activités thérapeutiques ou l'impossibilité pour des soignants d'accompagner les patients lors de certains entretiens.

Plusieurs professionnels font état de préoccupations relatives à la sécurité, suite notamment à des intrusions dans les unités et des agressions de patients ou de soignants. Il semble essentiel de pouvoir y répondre, sans compromettre pour autant le caractère relativement ouvert des unités d'hospitalisation.

<sup>15</sup> 8,7/8,8 %, contre 9,3 % en 2022 selon les données indicatives du service des ressources humaines, et 10,43 % sur l'ensemble du CHU (motifs médicaux) selon les données du RSU Année 2022 (2023).

<sup>16</sup> Outil de gestion des remplacements.

<sup>17</sup> Généralement 1 IDE, 1 AS (ou 2 ponctuellement à Gravenoire), 1 ASH (parfois uniquement le matin, ex. à Dômes). Une IDE, 2 AS et 2 ASH à Pariou.

## RECOMMANDATION 5

L'association des équipes de nuit aux temps de réunion et de réflexion institutionnelle des unités doit être recherchée et facilitée notamment pour les synthèses cliniques.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Depuis fin 2023, sur l'ensemble des unités d'hospitalisation complète, le dispositif de transmission a été consolidé afin de faire le lien entre les équipes de jour et les équipes de nuit. Des réunions sont régulièrement proposées aux équipes de nuit, avec des horaires adaptés. L'équipe médicale, l'équipe soignante de jour et le cadre transmettent les informations nécessaires pour la continuité des soins aux professionnels fixes de nuit. Les informations du patient dont les synthèses des staffs sont enregistrées dans le DPI. Les relèves ciblées sont l'objet d'un processus d'amélioration continue impliquant les médecins et les paramédicaux. Les professionnels en cas de difficulté bénéficient de formation sur les transmissions ciblées. A terme le déploiement du logiciel du dossier du patient informatisé Easily permettra d'améliorer les supports de transmission et d'avoir une connaissance améliorée des synthèses cliniques ».

### 2.3.3 La formation et le tutorat

Le règlement intérieur du CHU se réfère au droit individuel à la formation<sup>18</sup> et le pôle de psychiatrie (adultes et enfants) dispose d'un plan annuel de formation doté de 52.000 euros (utilisés à 88 % en 2022 et déjà à 89 % au 12 septembre 2023). Il n'y a en revanche pas de plan de développement des compétences pluriannuel (cf. article D.6124-252 du code de la santé publique). Le service de pédopsychiatrie n'a pas de plan de formation distinct mais un travail était anticipé sur ce volet. L'offre de formation est large et inclut des modules en interne<sup>19</sup>. Des professionnels du pôle sont également bénéficiaires du dispositif de promotion professionnelle qu'offre le CHU, avec la prise en charge de formations et des aides à la préparation de concours.

Le volume de formations suivies sur le pôle est significatif<sup>20</sup>, même si des soignants ont pu faire état de formations manquées faute de places, ou à raison de contraintes d'effectifs ou de nécessités de service ou plus exceptionnellement pour des questions de coût. Le déploiement d'un outil

<sup>18</sup> Chaque agent devant bénéficier annuellement, « en fonction de son temps de travail, d'un droit individuel à la formation. Ce droit est mis en œuvre à l'initiative de l'agent en accord avec son administration. Celle-ci prend en charge les frais de formation ».

<sup>19</sup> Plan de formation 2023: Habilités sociales dans les TSA ; Initiation à la RTMS, Approche Snoezelen ; Adaptation à l'emploi des nouveaux IDE en psychiatrie ; sémiologie en psychiatrie ; formation ETP ; Additions ; Troubles des comportements alimentaires ; entretien motivationnel ; repérer et prendre en charge les situations de violence ; prévenir et gérer l'agressivité et la violence en établissement de santé ; isolement et contention ; risque suicidaire ; aromathérapie ; traitement des états d'agitation ; communication hypnotique ; sophrologie ; réhabilitation psychosociale : concepts et outils ; formation pour ergothérapeutes et professeurs d'activité adaptée ; EMDR ; thérapie comportementale dialectique ; travail familial en institution ; psychothérapie interpersonnelle ; placements à l'enfance ; certification job coaching ; colloque CRIAVS ; outils de bilans psychiatriques.

<sup>20</sup> 157 formations du pôle suivies en 2022, décompte incluant IDE, AS, ASH, éducateurs et ergothérapeutes ; 47 suivies entre le 01.01.2023 et le 01.09.2023. Effectif global du pôle au 1<sup>er</sup> semestre 2023 : 351 professionnels non médicaux.

informatique dédié (GESFORM)<sup>21</sup> doit encore être finalisé, et les entretiens individuels liés être systématisés.

Il existe une formation d'adaptation en psychiatrie (15 000 euros de dotation, sur l'enveloppe globale du plan) mais celle-ci est réservée aux IDE (7 bénéficiaires en 2022). Si un module d'une journée sur les droits des patients figure au plan de formation général du CHU, son contenu n'est, par définition, pas pleinement adapté à la psychiatrie. Seule une AS en a bénéficié en 2022, et aucun soignant n'a été positionné sur ce même module pour 2023, à date du contrôle. Les formations sécurité incendie et isolement/contention, obligatoires, sont régulièrement assurées (cf. § 6.2.2).

### RECOMMANDATION 6

Les cadres et soignants du pôle doivent bénéficier d'une formation aux droits des patients hospitalisés en soins sans consentement. Un plan de développement des compétences pluriannuel doit être élaboré.

Il n'y a pas de tutorat structuré pour les nouveaux soignants, même si leurs postes peuvent être doublés les premiers jours de service. Aucun dispositif d'analyse des pratiques ou de supervision n'est non plus en place. Le projet de projet médical 2021-2026 évoque l'éventuelle mise en place « *d'espaces de parole ou de supervisions animés par un psychologue extérieur pour chaque unité des services de psychiatrie et d'addictologie* ». Face à la charge de travail, plusieurs professionnels ont pu exprimer le souhait de pouvoir redonner du sens à leurs interventions.

### RECOMMANDATION 7

Les nouveaux soignants doivent bénéficier d'un tutorat, en complément de la formation initiale d'adaptation en psychiatrie.

Les équipes qui en font la demande doivent bénéficier de réunions de supervision ou d'analyse des pratiques professionnelles, animées par des intervenants extérieurs.

Dans sa réponse la directrice générale de l'ARS précise : « *L'ARS a lancé en 2023 un nouvel appel à projets sur le tutorat par les pairs en psychiatrie et le CHU y a répondu. Il bénéficiera donc du soutien financier de l'agence pour la mise en place de ce dispositif à partir de 2024, l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes étant la seule ARS à avoir maintenu des financements sur ce type de dispositif qui a un effet positif sur la qualité des soins aux patients* ».

Au sujet des recommandations 6 et 7, la direction du CHU indique dans sa réponse : « *Le maintien et le développement de compétences est un enjeu majeur au CHU pour garantir la sécurité et la qualité des soins. Le plan de formation institutionnel s'appuie sur les besoins en formation. Une enveloppe spécifique annuelle de 52 000 euros en 2024 pour le pôle psychiatrie permet de répondre aux besoins spécifiques de la psychiatrie. Le plan de formation est construit chaque année à partir du projet médico-soignant et des attentes des professionnels. Pour 2024, le plan*

<sup>21</sup> Outil unique permettant notamment de recueillir les besoins de formation, saisir les demandes et de générer les dossiers acceptés.

*spécifique de psychiatrie intègre la formation aux droits des patients, les soins sans consentement, la gestion de la désescalade (snoezelen), de nouvelles approches thérapeutiques, l'accueil téléphonique et physique pour les AMA et les agents du bureau des entrées. Il propose aussi en 2024, pour l'HJ enfant A, une approche du travail en équipe avec des outils pédagogiques provenant du Canada.*

*Concernant les droits des patients : Formation en e-learning sur le thème des soins sans consentement (la plate-forme est proposée par l'ANFH ; les sessions sont programmées : formation d'une durée de 6 h via des modules de 30 min de juin à octobre 2024 ; formation des cadres du pôle, à terme, formation des professionnels du pôle de façon systématique). Information - sensibilisation aux droits des patients en psychiatrie (durée : une demi-journée ; calendrier : début 2025 ; public : 50 agents minimum, professionnels du Pôle ; objectif : solliciter un ou plusieurs intervenants (internes et externes) et mettre en place des conférences croisées pour cet événement au sein du CHU.*

*Sur les soins sans consentement, le CHU va mettre en œuvre une réorganisation modifiée sur la gestion des droits et des relations avec les juges chargés des recours et la préfecture et une dématérialisation des certificats permettant un soutien aux professionnels.*

*Tutorat par les pairs : Le CHU de Clermont-Ferrand a déposé un dossier dans le cadre d'un appel à projet pour du tutorat infirmier par les pairs en psychiatrie dans l'établissement. Par courrier du 18 janvier 2024, la Directrice Générale de l'ARS a indiqué que l'établissement était conforme au dispositif financé par l'ARS. Le calendrier de la formation du « tutorat par les pairs » retenu : formation de rappel sur les soins en psychiatrie, les dates 20, 21, 22 novembre ont été validées avec l'organisme SocleCare pour un groupe de 12 tuteurs. Formation en pédagogie : les dates des 20, 21 et 22 janvier 2025 ont été validées auprès du GRIEPS pour la formation « Tutorat en Psychiatrie » (par manque de disponibilités fin 2024) pour le même groupe de 12 tuteurs.*

*Des formations socles sont reconduites chaque année comme la gestion de la violence, la formation d'adaptation à l'emploi pour les IDE. En 2024, 10 IDE suivent la formation (certificat en soins psychiatriques). Le certificat spécialisé en Psychiatrie (3x3 jours) via le GRIEPS débutera le 05 juin prochain pour 10 agents tutorés du pôle (Module 1 : les 5, 6 et 7 juin 2024 ; Module 2 : les 9, 10 et 11 septembre 2024 ; Module 3 : les 18, 19 et 20 décembre 2024). Les formations sont reconduites voire déployées après évaluation et selon les besoins. Les professionnels ont aussi un accès facilité aux formations du CRA et du CRIAVS ».*

## 2.4 LE SIGNALLEMENT D'ÉVÉNEMENTS INDESIRABLES NE CONSTITUE PAS UN LEVIER D'AMÉLIORATION TANGIBLE

### 2.4.1 Le traitement des événements indésirables

Tous les agents témoins d'un événement indésirable (EI) sont invités, dans l'approche de gestion des risques, à le signaler via le logiciel dédié (Qual'net) accessible depuis l'intranet. Néanmoins, l'anonymat n'est pas prévu, ni au stade de la déclaration, ni du traitement, ce qui est de nature à inhiber les agents. En pratique, dans le pôle de psychiatrie, les signalements sont essentiellement le

fait des IDE (82 %<sup>22</sup>) ; l'écart est significatif avec les AS et ASH qui s'en saisissent peu (9 %), à l'instar des cadres et des médecins.

En 2022, 189 EI ont été recensés<sup>23</sup> ; dont 11 associés aux soins et 1 grave (plainte pour viol d'une patiente majeure protégée à l'encontre un patient). Les thèmes les plus courants ont trait, par ordre d'occurrence, à des fugues et sorties à l'insu des services ; de la violence des patients ; des difficultés RH (manque d'AS ou d'IDE au planning) ; des défaillances techniques, en premier lieu des DATI<sup>24</sup> régulièrement défectueux ; et enfin des problèmes d'infrastructures. Le bâti est décrit comme une passoire thermique. Il est fait état de chaleur extrême l'été (plus de 32°C, voire 35°C, notamment dans les salles de soins ou les CI avec constat de déshydratation des patients) et de températures trop basses l'hiver (15°C dans des chambres). L'examen des EI des trois derniers mois témoigne de la persistance des problématiques en particulier propres au bâtimentaire et à l'équipement (chaleur, climatiseurs en nombre notoirement insuffisant ; DATI défaillants, etc.) et de l'apparition de d'intrusions devenues récurrentes dans les services avec violence, trafic de stupéfiants devant les bâtiments, surdosage chez plusieurs patients, etc. De juin à fin août, 16 incidents de cet ordre ont été signalés.

Les soignants se sont montrés, pour la plupart, désabusés par la portée de leurs signalements, ce que tend à confirmer une enquête de satisfaction concernant les fiches d'événements indésirables (FEI) conduite en janvier 2022. Parmi les répondants sur le pôle (12), 75 % se sont déclarés peu satisfaits ou insatisfaits, déplorant un manque d'information sur l'analyse des FEI et, plus globalement, la suite des événements.

Depuis juin 2023, toutes les FEI sont centralisées au niveau de la direction qualité, gestion des risques et droits de usagers (DQGRDU), sans transmission préalable par les cadres qui en restent informés après réception. Les EI dont la gravité est cotée à 3 ou plus (majeure, critique ou catastrophique) ou dont la criticité (fréquence perçue x gravité avérée) atteint 15 font l'objet d'un passage en comité de revue des EI (CREI) pour ouverture d'un « suivi complémentaire » et détermination des suites à donner. Les autres sont transmises, avec activation le cas échéant d'un fil de discussion, aux responsables des services concernés, à charge pour eux de s'en saisir. Cependant, force est de constater que les risques liés au manque de sécurisation des lieux ou au bâti restent sans réponses tangibles.

Les contrôleurs ont consulté des retours de FEI. Par exemple, dans le cas d'un EI d'août 2023 signalant des températures de 35°C dans les bureaux, le déclarant n'a été avisé que de l'évaluation des risques (ici criticité cotée à 2) suivie de la date de clôture du traitement, sans mention de commentaires, ni d'actions réalisées à la suite de la FEI ; le laissant penser que son signalement « n'a servi à rien ».

Selon le bilan 2022 des FEI, 4 ont fait l'objet d'un suivi complémentaire. 3 ACP ont été conduites dont l'une concernant un EI de fin 2021 (tentative de suicide d'un patient). Toutefois, aucun comité thématique relatif au bâti et équipements, ni aux problématiques associées aux trafics de stupéfiants et intrusions dans les services au centre d'enjeux de sécurité et de prévention des risques n'a été mis en place.

---

<sup>22</sup> Bilan FEI 2022 : pôle de psychiatrie, 24 avril 2023.

<sup>23</sup> 130 concernent précisément les unités d'hospitalisation complète : 68 en psychiatrie A, 53 en psychiatrie B, 9 dans l'unité de pédopsychiatrie.

<sup>24</sup> Dispositif d'alarme des travailleurs isolés.

La commission des usagers (CDU) ne reçoit qu'une présentation d'un bilan global sans indication des actions correctives mises en œuvre.

### RECOMMANDATION 8

Les agents doivent pouvoir déclarer un événement indésirable de manière anonyme et être tenus informés du suivi des événements qu'ils déclarent avec la mention de la détermination d'axes d'amélioration concrets.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le CHU de Clermont-Ferrand a mis en place une charte d'incitation à la déclaration des événements indésirables fondée sur une démarche volontaire d'amélioration de la qualité telle que préconisée par l'HAS et mise en œuvre dans la plupart des établissements hospitaliers. Un retour au déclarant ne serait pas possible en cas d'anonymisation. En revanche, une restitution en équipe est proposée pour informer des actions correctives envisagées ou mises en place. La procédure actuelle est largement diffusée et les agents ont recours régulièrement aux déclarations d'EI. A noter que depuis la diffusion de la nouvelle FEI mise en place au CHU en juin 2023, le nombre de déclarations du pôle de psychiatrie a augmenté régulièrement (294 FEI en 2023 en augmentation de 36 %). La nouvelle FEI permet en simplifiant le circuit d'améliorer le retour vers le déclarant via le fil de discussion, et à chaque étape du traitement. Certaines FEI nécessitent la mise en place d'un plan d'actions impliquant plusieurs acteurs et d'analyses de causes profondes (ACP) associant systématiquement les acteurs de terrain. Le CREX, comité de retour d'expérience du pôle, a été réactivé en 2024, avec des réunions régulières qui permettent la mise en place d'ACP et de plans d'actions. 1ère ACP effectuée en avril 2024, puis le 13 juin 2024 sur un EIG déclaré à l'ARS. Conformément au décret du 1er juin 2016, la CDU est informée des événements indésirables graves ainsi que des mesures correctives ».*

#### 2.4.2 La gestion des violences et incidents

La gestion des fugues et sorties à l'insu des services est protocolisée et n'appelle pas d'observations particulières. Les violences font l'objet d'une déclaration à l'Observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) et peuvent donner lieu à des débriefings en équipe. Les cadres de santé sont formés à la méthode d'analyse systémique des incidents. Les victimes peuvent être orientées ou accompagnées vers les services de police. Cependant, aucune information particulière (ex. livret d'accueil ou affichage) n'informe de leurs droits les patients victimes, témoins ou déclarants des violences, ni ne définit pour le personnel la conduite à tenir (ex. mesures de protection conservatoires à mettre en œuvre dans l'unité). Aucune réunion ou action spécifique n'a, par ailleurs, été rapportée s'agissant de la prévention des violences interpersonnelles.

Les soignants se considèrent globalement formés aux techniques de désescalade. Toutefois, comme indiqué *supra*, nombreux font part d'un sentiment d'insécurité liée aux dysfonctionnements récurrents des DATI, aux intrusions de personnes étrangères aux services agitées et souvent alcoolisées, aux trafics et consommations de toxiques et à l'absence d'appui extérieur en cas de problème. Le service de sécurité (incendie) ne se déplace pas. Les forces de l'ordre sollicitées n'interviennent pas ou tardivement et sont décrites comme peu réactives.

Sans politique concertée avec les forces de l'ordre et les autres acteurs locaux, ni procédure à suivre, les équipes (notamment de nuit) répondent, face au risque d'intrusion de stupéfiants, de façon hétérogène et parfois inadaptée. Il a été fait état dans l'une des unités de fouilles par les soignants

des sacs des patients le soir à la remontée en bâtiment. Cette pratique est de nature à porter atteinte aux droits fondamentaux des patients.

### RECOMMANDATION 9

Les soignants, à la différence des forces de l'ordre, ne sont pas habilités à effectuer des ouvertures et fouilles des sacs. L'inventaire des effets des patients par les soignants ne peut avoir lieu que de manière encadrée par le règlement intérieur avec l'assentiment et en présence de ces derniers.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *L'usage actuel n'est pas une fouille mais un contrôle visuel approfondi avec information et recueil du consentement du patient si cela est possible. Ce contrôle vise à organiser la sécurité des patients et des professionnels à l'entrée des patients aux urgences ou en unité d'hospitalisation. Ce point majeur est réprécisé dans la dernière version du règlement intérieur pour l'ensemble des services du CHU. Concernant la psychiatrie l'ensemble des procédures sera rappelé via un livret d'accueil remis aux patients. Un livret d'accueil en cours de rédaction du pôle de psychiatrie ainsi que des volets spécifiques par unité vont permettre de mieux formaliser la communication relative aux droits des patients et aux règles de vie. Ce livret d'accueil fera l'objet d'une présentation en Commission des Usagers. Un travail sera prochainement engagé en partenariat avec les patients pour consolider les pratiques en matière de retours de permission en lien avec la procédure institutionnelle* ».

## 2.5 L'ESPACE ETHIQUE DE L'ETABLISSEMENT N'EST PAS SOLLICITE PAR LE POLE DE PSYCHIATRIE

La réflexion éthique au CHU est portée par le groupe de réflexion éthique clermontois (GREC) qui n'est animé que par deux personnes, un cadre et un médecin. Il se réunit quatre fois par an lors de plénières qui peinent à regrouper une trentaine de participants.

Le GREC, qui travaille en lien avec l'espace de réflexion éthique Auvergne-Rhône-Alpes, anime diverses formations (initiales et continues), des groupes de travail, des rencontres publiques (cafés éthiques, conférences-débats, etc.) et traite les rares saisines qui lui sont adressées (une dizaine par an).

L'espace éthique est mal connu des services de psychiatrie qui ne le sollicitent pas. De son côté, le GREC ne s'est pas emparé, ces dernières années, de sujets de réflexion propres à la psychiatrie et aux droits des patients hospitalisés dans ces services.

### 3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

#### 3.1 DE NOMBREUX PATIENTS ATTENDENT DANS DES CONDITIONS INDIGNES AUX URGENCES UNE HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE

##### 3.1.1 Présentation et organisation du service des urgences psychiatriques et psycho-traumatologiques

Le service des urgences psychiatriques et psycho-traumatologiques (UPP) fait historiquement partie du pôle « urgences » du CHU, qui a souhaité et soutenu sa création en 2004. Il est situé au sein du service d'accueil des urgences (SAU) adultes. Les missions de l'UPP comprennent l'évaluation et l'orientation des patients présentant un trouble psychiatrique ou addictologique, le dispositif Vigilans, les consultations post-urgences et la participation à la CUMP<sup>25</sup>.

Les locaux, étroits et exigus<sup>26</sup>, et l'effectif<sup>27</sup> sont insuffisants pour répondre de façon adaptée à l'exercice de ses missions dans le contexte d'une demande croissante de soins.

#### RECOMMANDATION 10

Le service des urgences psychiatriques et psycho-traumatologiques doit être doté d'un effectif suffisant et de locaux ergonomiques, afin de répondre de façon adaptée et sereine à l'exercice de ses missions.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « L'UPP est intégré au service des urgences et assure ses missions grâce à une organisation médicale et paramédicale adaptée au regard des contraintes actuelles des locaux. L'organisation actuelle permet une présence paramédicale dédiée à la psychiatrie de 2 IDE du lundi au vendredi de 7h00 à 19h00 ; et d'1 IDE les samedis et dimanches pour les missions relatives à l'accueil des patients et à leur surveillance et au suivi du diagnostic. Ces missions sont assurées en lien avec le service des urgences doté de : Nombre d'IDE : 94.8 EPV ; Nombre d'AS : 47.10 EPV ; Nombre d'ASH : 9.6 EPV ; Total : 418.50 EPV. Les effectifs médicaux et para médicaux de l'UPP seront réinterrogés pour assurer une permanence 24/24 h dans le cadre du projet d'établissement afin d'élargir la garde d'interne sur place à une seniorisation.

Concernant les locaux et avant la mise en œuvre du projet GM3, l'équipe des urgences réfléchit à la possibilité de mettre à disposition des chambres de l'UHCD pour des patients de psychiatrie en cours d'évaluation. Dans le cadre du projet de modernisation des urgences inclus dans l'opération

<sup>25</sup> CUMP : cellule d'urgence médicopsychologique.

<sup>26</sup> Les locaux de l'UPP se composent, derrière une porte fermée au moyen d'un clavier à code, d'un couloir étroit desservant une salle de soins IDE et trois bureaux exigus équipés d'un ordinateur, nommés bureau « médical, infirmiers, ou internes », utilisés de façon mutualisée.

<sup>27</sup> L'effectif de l'UPP associe 0,5 ETP de PH cheffe de service (par ailleurs à 0,3 ETP à la CUMP et 0,2 ETP pour le dispositif Vigilans) ; 0,4 ETP de PH (par ailleurs à 0,6 ETP dans le service d'addictologie) ; 0,5 ETP d'assistant partagé (qui commencera au mois de novembre 2023) ; 3 ETP d'internes ; un cadre de santé commun avec le SAU ; 3,6 ETP d'IDE (3 à 100 %, 1 à 40 %, 1 à 20 %, et 1 IDE positionnée en plus depuis 18 mois dans les suites d'une reprise après un accident du travail) ; un IPA dont le recrutement a été annoncé comme imminent (0,4 ETP pour le flux et le parcours de soin des patients sortants de l'UPP, 0,2 ETP pour le dispositif Vigilans, 0,4 ETP pour la consultation post-urgence et l'activité de recherche).

« GM3 », l'UPP va bénéficier de locaux plus adaptés à la prise en charge des patients : 170 m<sup>2</sup> de locaux dédiés (4 chambres simples avec sanitaires dont une PMR, 3 boxes de consultations, 2 boxes d'isolement) ; pour les professionnels sont prévus 1 bureau médical et 1 affecté aux internes/externes, 51 m<sup>2</sup> de locaux partagés avec l'UHCD (bureau du responsable médical et 2ème bureau médical, salle de staff et salle de détente des personnels), auxquels s'ajouteront des locaux communs de stockage ».

Le départ d'une dizaine de psychiatres<sup>28</sup> et la fermeture de 80 lits<sup>29</sup> du CH Sainte-Marie, et celle de trois unités dans le pôle de psychiatrie du CHU (cf. § 2.1.2) ont constitué une perte de moyens responsable d'un report conséquent et non-anticipé d'une partie importante de l'activité du CH vers les services de psychiatrie du CHU, en premier lieu desquels l'UPP.

Le service ne dispose plus d'aucun lit spécifique depuis la fermeture des cinq disponibles à la journée entre 8h00 et 16h00, lors des travaux de restructuration du SAU en 2014. L'insuffisance de la ressource en lits restants disponibles sur le territoire contribue à expliquer cette difficulté d'exercice ; quotidiennement, une vingtaine de patients à présentation psychiatrique attendent sur des brancards dans le SAU, pour des périodes pouvant atteindre plusieurs jours. L'indignité des conditions matérielles de cette attente, sur des brancards dans les couloirs ou dans la zone d'attente temporaire (ZAT), en chasuble institutionnelle légère et fendue sur l'arrière, parfois en situation de contention, sans respect de l'intimité ni de la confidentialité des échanges, sous des lumières de néon exclusivement, est manifeste. Les patients sont également parfois hospitalisés dans l'attente dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du SAU. Des prises en charge, dont certaines en soins sans consentement (SSC) débutent au SAU et les patients peuvent y faire l'objet de la rédaction des certificats de 24h et 72h. Les difficultés d'orientation des patients concernent l'hospitalisation complète, les structures médicosociales et de logement social (cf. § 8.3). Pour illustration, le jour de la visite du service le 11 septembre, 20 patients attendaient une solution d'hospitalisation dans un service de psychiatrie, le délai maximum d'attente était de six jours et concernait un patient en SSC du CH Sainte-Marie dont le certificat de 72h avait été rédigé dans le SAU.

Au sujet de l'insuffisance de la ressource en lits disponibles sur le territoire, la directrice générale de l'ARS note dans sa réponse : « Il nous semble utile de rappeler que le taux d'équipements en lits de psychiatrie générale du département est très élevé (par rapport aux taux national comme régional) tout comme le taux de recours à l'hospitalisation temps plein. Plus qu'un problème de nombre de lits, il existe un problème de coordination entre les acteurs autorisés en psychiatrie comme avec les psychiatres libéraux qui sont relativement nombreux dans ce territoire. D'autre part, compte tenu du nombre de passages très élevé de patients ayant des troubles mentaux au sein du SAU du CHU, celui-ci devrait organiser une prise en charge au sein de son unité d'hospitalisation de courte durée adaptée à ces patients (Art. D. 6124-22 du CSP). Or vous constatez que les lits spécifiques qui préexistaient ont été supprimés à partir de 2014 ».

Les longs délais des rendez-vous de consultation dans les différents CMP du territoire<sup>30</sup>, autour de trois semaines pour une IDE et de trois mois pour un psychiatre, compliquent encore cette situation,

<sup>28</sup> Lors du premier semestre de 2023.

<sup>29</sup> Fermeture d'une vingtaine de lits chaque année pendant quatre ans.

<sup>30</sup> CMP de Cournon pour le CHU, CMP du CH Sainte-Marie.

au motif de multiples re-présentation des patients aux urgences dans l'intervalle pour une nouvelle évaluation et l'obtention éventuelle d'une prescription. Les délais de rendez-vous avec les psychiatres libéraux, lorsqu'ils prennent encore de nouveaux patients, ne sont brefs que pendant les deux premiers mois de leur installation.



*Conditions d'attente indignes des patients, séparés par des rideaux de douche dans la ZAT*

### RECOMMANDATION 11

L'organisation de l'offre de soins de l'hospitalisation à temps complet dans le département du Puy-de-Dôme doit répondre aux besoins de la population concernée et prévenir l'attente quotidienne de vingt à trente patients à présentation psychiatrique dans des conditions indignes, sans respect de l'intimité ni de la confidentialité, au sein du service d'accueil des urgences adultes.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La structuration de la filière psychiatrique est une préoccupation constante au CHU de Clermont-Ferrand et inscrite dans le projet médical. Le taux d'hospitalisation de patients ayant une pathologie psychiatrique (sans problème somatique aigu) est de 6 % soit 8 patients en moyenne par jour. Les actions du pôle de psychiatrie et du pôle des urgences ont visé à réduire ce temps d'attente dans la zone d'attente temporaire de l'accueil avec les moyens suivants déjà mis en œuvre ou prévus. En post-urgence : création UHDL ouverte en septembre 2023 qui accueille 60 % de ces patients en post urgence ; création de 12 lits Unité Chopin pour jeunes adultes en situation de crise et pathologies psychiatriques émergentes par transformation de Pass-aje (ouverture 2024) ; création d'une unité d'HJ de soins intensifs adolescents (ouverture en septembre 2024).*

*Les objectifs du projet sont aussi de proposer des solutions alternatives à l'hospitalisation en post urgence en fonction de l'indication médicale : créer une offre de soins de crise post urgences alternatives à l'hospitalisation (Centre d'Accompagnement Ambulatoire pour Jeunes Adultes et Equipe Mobile d'intervention Précoce (EMIP)) et poursuivre les recrutements de l'équipe Mobile de Psychiatrie pour la Personne Agée, suite à la fermeture de l'Unité Rameau.*

*Enfin, l'objectif est d'améliorer la régulation avec le centre hospitalier de Sainte Marie et les cliniques privées ; l'enjeu est de coordonner le parcours des patients à partir du mode d'entrée en phase de crise via l'UPP. Ainsi, dans l'objectif d'une meilleure articulation de l'UPP avec les unités*

*du pôle de psychiatrie, la structuration d'unités dédiées à la prise en charge aiguë des patients en aval des urgences est en cours de déploiement. Les objectifs opérationnels suivants sont déployés concomitamment pour éviter toute rupture dans le parcours de soins : Améliorer la gestion des lits d'hospitalisation de psychiatrie ; Améliorer l'offre de soins de crise post urgences en hospitalisation.*

*Dans le cadre du renouvellement des autorisations en psychiatrie, des conventions ont été actualisées avec les cliniques privées du bassin clermontois et le CHSM pour favoriser la logique de parcours, de graduation et limiter les délais d'hospitalisation par une meilleure répartition des patients. Le recueil du capacitaire disponible pour chaque structure se fait bi quotidiennement. Ce conventionnement est favorable au dialogue promouvant la complémentarité, l'entraide et la confiance entre les membres. Le projet de Fédération médicale inter hospitalière de psychiatrie, concernant les établissements publics du GHT, Groupement hospitalier de territoire, vise également à une meilleure gestion des flux par la structuration d'un réseau. Enfin, dans le cadre de développement de l'offre sectorisée du CHU, un premier CMP a ouvert en avril 2024 sur Gerzat, couvrant ainsi un territoire « de plaine » et un second sur Rochefort-Montagne sur la zone « montagne » est prévu à la livraison des travaux en fin d'année. Enfin, l'analyse des pratiques à l'entrée aux urgences est en cours afin d'encadrer et limiter les conduites stigmatisantes : un déshabillage et une mise de chemise d'hôpital n'est pas systématique mais se justifie dès lors que certains examens sont prescrits tels que l'imagerie, ECG, certaines poses de voies veineuses ».*

Deux IDE sont présents quotidiennement entre 8h00 et 16h00, l'un de 8h00 à 15h30 et l'autre de 8h30 à 16h00. Les médecins sont présents quotidiennement en journée entre 8h30 et 18h30 et la garde sur place est uniquement assurée par un interne entre 18h30 et 8h30. Un psychiatre senior des urgences est présent le samedi matin, et un des urgences ou du pôle de psychiatrie le dimanche matin, jusqu'à 13h00. Les psychiatres du CH Sainte-Marie ne participent pas à cette permanence de soins alors qu'elle concerne majoritairement les patients dont ils ont la responsabilité des soins.

Les patients proviennent de la rue, de leur domicile, d'une autre structure de soins ou d'hébergement, et se présentent seuls, accompagnés d'un proche ou des forces de l'ordre. Ils sont accueillis par une IDE d'accueil et d'orientation et attendent leur prise en charge sur des brancards, dans un box ou dans le couloir, dans les conditions sus-décrites. La prise des constantes et l'examen somatique sont systématiques. Leurs valeurs sont déposées dans un coffre de l'accueil en journée avant leur transfert au service de la régie.

Lors d'une décision de sortie, les retours à domicile sont effectués seuls, avec un proche ou en ambulance, et les transferts vers un autre centre de soins en ambulance avec une éventuelle sédation adaptée à l'état clinique.

Un IDE répartit chaque matin la liste des patients à prendre en charge entre les psychiatres et les internes, la cheffe de service n'ayant, dans les conditions actuelles de son exercice, matériellement pas le temps de les voir physiquement. Deux réunions de staff quotidiennes sont tenues dans le service, qui permettent la présentation pour validation de l'orientation de tous les patients reçus au psychiatre senior, qui participe également au staff du matin organisé par les urgentistes.

L'orientation des patients en hospitalisation complète dans le respect de la sectorisation a été décrite comme complexe et difficilement tenable. 70 % des patients reçus à l'UPP sont originaires d'un secteur qui dépend du CH Sainte-Marie, faisant face à de grandes difficultés pour accueillir les patients dont il a la charge, et vers lesquels sont prioritairement adressés ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), d'une pathologie psychiatrique

complexe relevant d'une prise en charge en unité fermée ou en CI, ou sans domicile fixe. Les services de psychiatrie A et B accueillent dans ce contexte un nombre conséquent de patients « hors secteur ».

Les patients faisant l'objet d'une mesure de SDRE « mairie » sont directement adressés au CH Sainte-Marie, les autres mesures de SDRE étant initiées à l'UPP avant leur orientation. Ceux faisant l'objet d'une mesure de soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE) bénéficient d'une recherche systématique d'un tiers. La mesure de soins sur demande d'un tiers (SDT) classique a été décrite comme privilégiée, mais l'analyse statistique des données concernant l'activité de soins en SSC de l'établissement révèle l'importance majoritaire des formes dérogatoires (en urgence -SDTU et pour péril imminent -SPI), en contradiction avec les dispositions légales (cf. § 3.2).

Les soignants de l'équipe animaient un mouvement social lié au manque de moyens le jour de la visite de l'UPP<sup>31</sup>.

### 3.1.2 Les pratiques d'isolement et de contention dans le service d'accueil des urgences

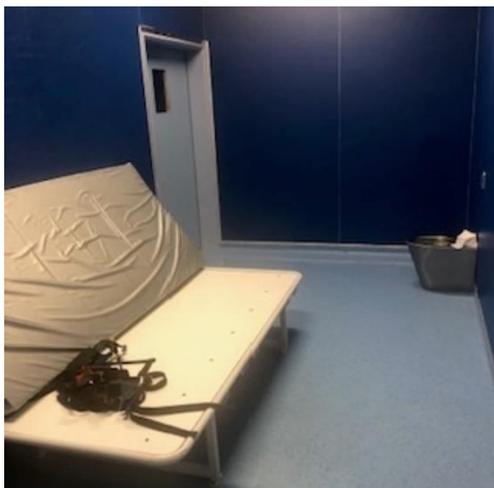
Le SAU dispose de deux chambres d'isolement (CI) situées de façon centrale dans le service mais d'aucun espace d'apaisement. Chaque patient isolé est confronté à la vue du matériel de contention systématiquement disposé sur les lits, même en l'absence d'indication spécifique.

La configuration des CI manque, pour respecter l'intimité et la dignité des patients isolés, d'un sas qui la sépare du couloir pour l'une des deux, de WC dont la disposition respecte l'intimité, de variateurs permettant le réglage de l'intensité de l'éclairage et de la température, d'un dispositif d'appel accessible en situation de contention, d'une horloge horodatée pour se repérer dans le temps, d'un adaptable pour la prise des repas autre que le plateau posé sur le lit ou les genoux, d'un accès à un espace extérieur pour prendre l'air ou fumer (cf. § 6.1, Recommandation 25). Les CI sont équipées de caméras de vidéosurveillance, dont les images transmises sur les écrans des salles de soins infirmières somatique et psychiatrique ne sont pas enregistrées.



*Vue directe sur les WC depuis le sas pour la CI1 et depuis le couloir des urgences pour la CI2*

<sup>31</sup> Les revendications concernaient l'insuffisance de l'effectif devant une demande croissante de soins, de lits disponibles pour l'hospitalisation depuis les fermetures et de la formation des soignants concernant la prise en charge des patients à présentation psychiatrique aux urgences.



*Les contentions attendent les patients isolés dans les deux CI, même en l'absence d'indication*

Les urgentistes utilisent les CI pour les patients alcoolisés, qui sont isolés jusqu'au sevrage complet, avant leur réévaluation clinique somatique et psychiatrique systématique. Le psychiatre prend des décisions d'isolement et de contention la journée, l'urgentiste ou l'interne la nuit, pour des patients à présentation psychiatrique agités. Les CI sont parfois utilisées pour la prévention de la fugue d'un patient dément, suicidaire et faisant l'objet d'une mesure de SSC, ou présentant un antécédent de fugue du service des urgences, le temps de trouver une solution d'hospitalisation en service de psychiatrie.

Seules les décisions d'isolement et de contention du psychiatre font l'objet d'une traçabilité dans le logiciel MEDIQUAL. Elles sont suivies d'une prescription de la surveillance infirmière. La décision d'une transformation de la mesure est prise en fonction de l'état clinique du patient après une observation de quelques heures. Les décisions de l'urgentiste sont uniquement tracées par les IDE pour le dossier de soin, le logiciel repérant l'hébergement dans ces chambres de façon identifiable.

## RECOMMANDATION 12

Les mesures d'isolement et de contention doivent faire l'objet d'une décision d'un psychiatre, après son évaluation clinique présentielle du patient, et d'une traçabilité dans un registre spécifique.

Les mesures d'isolement et de contention ne peuvent être qu'exceptionnelles et motivées par la seule nécessité de prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. Leur mise en œuvre pour des motifs sécuritaires doit immédiatement cesser.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Une commission dédiée à la thématique des soins sans consentement est en place sur le pôle selon une périodicité de 4 réunions annuelles a minima. Pilotée par un psychiatre, elle a pour mission de mettre à jour régulièrement les procédures relatives aux soins sans consentement, d'isolement et de prescription et évaluation des contentions dans les services de soins. Leur rédaction est proposée à la direction adjointe à la qualité pour les implémenter dans la GED. Une information complémentaire en proximité des équipes est faite par les cadres de santé. Par ailleurs, l'essentiel du flux des admissions se fait via

*le SAU et l'UPP. Par nature, ces admissions en urgence traduisent régulièrement des situations critiques de mise en danger de la personne, auto ou hétéro-agressivité.*

*Dans le cadre de ses missions, le Groupe de réflexion et de suivi des pratiques d'isolement et contention (Grespic, ex-groupe d'analyse des pratiques professionnelles) analyse justement les pratiques pour identifier et mettre en œuvre les actions correctives. Dans sa veille juridique, il est attentif aux évolutions et actualise les procédures.*

*Les Recommandations de l'HAS sont mises en œuvre à savoir : L'isolement est réalisé sur décision d'un psychiatre, d'emblée ou secondairement. Le médecin est préférentiellement le psychiatre traitant du patient dans l'unité de soins. En cas de décision prise par un interne ou un médecin non psychiatre, et durant les périodes de garde, cette décision doit être confirmée par un psychiatre dans l'heure qui suit, après examen médical permettant de déterminer si l'isolement est justifié, doit être maintenu ou levé. Cette confirmation doit être tracée dans le dossier du patient. La Procédure du CHU est conforme à la réglementation & aux recommandations de bonne pratique. L'isolement, pratique de dernier recours, ne peut être mis en place que sur décision motivée d'un Médecin Psychiatre Sénior et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. En situation d'urgence (tout péril imminent concernant le patient lui-même, les autres personnes soignées et/ou le personnel) et en l'absence d'un Médecin Psychiatre Sénior, la mise en chambre d'isolement peut être décidée par un Médecin, un Interne, l'équipe IDE. La prescription médicale, réalisée dans l'heure qui suit le début de la mise en isolement, doit venir confirmer l'indication de mise en chambre d'isolement après examen médical. Les modalités de surveillance du patient sont clairement définies dans la prescription et portent sur l'aspect physique, psychique et biologique. Un Médecin Psychiatre Sénior établit le certificat médical initial de placement en isolement. Ce document est obligatoire, l'indication doit être motivée, horodatée et permettre l'identification du prescripteur. La mesure est identifiée dans le dossier médical ».*

Le téléphone portable est autorisé en CI, sauf contre-indication liée à l'état clinique ou à des appels réitérés à un mineur qui s'en trouverait en difficulté. Les patients peuvent être accompagnés pour fumer.

Lors de la visite de l'UPP, une CI était utilisée de façon ouverte pour un patient en attente de son transfert vers le CH Sainte-Marie (cf. § 6.2.2), et l'autre pour la prévention d'une automutilation d'un patient autiste de 18 ans ayant eu besoin d'un isolement avec contention dans les suites d'un soin dentaire ayant occasionné une douleur marquée. Ce patient, par ailleurs hébergé en foyer et bénéficiant d'un suivi psychiatrique ambulatoire, a vu la transformation de sa mesure en SSC par l'interne de garde.

Le port de la chasuble institutionnelle fendue à l'arrière concerne les patients isolés et ceux présentant un risque de fugue, comme tous ceux admis au SAU, et celui du pyjama bleu est réservé aux patients hospitalisés à l'UHCD (cf. § 6.2.2).

### 3.1.3 L'accueil dans les services

Le patient est accueilli par une IDE. Son affectation initiale en chambre, laissée à l'appréciation de l'équipe qui sollicite parfois l'avis du psychiatre en fonction de l'état clinique, est le plus souvent contrainte par le nombre restreint de places disponibles, notamment en chambre individuelle (cf. § 4.1). Les changements de chambres, notamment lors de l'indication d'une chambre seule à libérer,

sont décidés en équipe avec le psychiatre. Les AS indiquent au patient les lieux communs (réfectoire, salon de télévision, sanitaires) sans proposer systématiquement la visite de l'unité.

La réalisation de l'inventaire des valeurs et des effets personnels du patient est très variable selon les unités. Il est parfois convenablement mené, avec le renseignement par le patient et un soignant d'un formulaire spécifique signé par deux soignants. Il peut ne concerner que les valeurs, celui des effets n'étant pas réalisé, au motif d'un manque de temps, ou pas signé contradictoirement ni remis en copie remise au patient. Il est parfois réalisé en l'absence du patient, les soignants ne fouillant pas les sacs, au motif d'éviter de se piquer avec d'éventuelles aiguilles.

### RECOMMANDATION 13

Tout patient admis en hospitalisation doit bénéficier de la réalisation d'un inventaire contradictoirement signé, de ses valeurs et de ses effets personnels, dont la copie lui est remise.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « A l'accueil des patients en hospitalisation complète, selon l'état du patient les locaux communs lui sont présentés. En cas d'admission la nuit, la présentation du service s'effectue le lendemain matin. Lors de l'audit réalisé en mai 2024, si un inventaire est réalisé sur les effets personnels, il n'est pas remis systématiquement au patient. De même, la signature n'est pas systématique. Le CHU a programmé une action de sensibilisation qui sera prochainement déployée au niveau des unités par l'encadrement. Un nouvel audit sera réalisé pour mesurer la conformité des pratiques. En parallèle, un audit sur la gestion des valeurs dans les différentes unités du pôle est en cours sur juin 2024 pour harmoniser les pratiques au sein du pôle (mode opératoire spécifique à la psychiatrie) et communiquer auprès des agents les pratiques attendues. Pour les soins sans consentement, l'inventaire est fait systématiquement au niveau de l'UPP ».

Le patient se voit retirer les médicaments, tous les objets coupants, piquants, contendants ou pouvant être apparentés à une arme et, s'il y a lieu, l'alcool ou les toxiques qu'il a en sa possession. Certains objets (les clés de voiture, le téléphone portable, etc.) peuvent être retirés sur décision médicale, de façon individualisée et indépendante du mode d'hospitalisation.

L'entretien médical d'entrée est réalisé dans les 24h de l'admission, avec l'interne ou le psychiatre de l'unité, le plus souvent en présence d'un IDE. Les certificats médicaux de 24 et 72h sont établis dans les temps réglementaires et par des praticiens différents. La détection des personnes devant bénéficier d'une mesure de protection des biens est réalisée conjointement par les psychiatres et les soignants, puis l'ASS est sollicitée en tant que de besoin pour le renseignement et l'envoi des dossiers à la maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

### 3.2 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT POUR L'ESSENTIEL HOSPITALISES SUR LE FONDEMENT D'UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL

Les chiffres communiqués font apparaître une relative stabilité de la file active globale<sup>32</sup> du pôle de psychiatrie entre 2021 et 2022 : 8 571 patients ont été pris en charge en 2021 et 8 845 en 2022. Le nombre de patients admis en hospitalisation à temps plein est également stable : 1 467 en 2021 et 1 393 en 2022.

<sup>32</sup> Comprenant les prises en charge en ambulatoire et en hospitalisation à temps plein.

Au cours de ces deux années, la proportion d'hospitalisations à temps complet par rapport à la file active globale oscille entre 17,12 % en 2021 et 15,75 % en 2022. En 2022, la durée moyenne de séjour (DMS) par patient dans l'ensemble des unités est de 33,98 jours, variant – pour les unités encore ouvertes au moment du contrôle – de 27,77 dans l'unité de pédopsychiatrie à 56,33 jours dans l'unité Les Dômes.

Le taux d'occupation moyen des unités adultes en 2022 est de 82 %. Selon les propos recueillis, la fermeture de lits en interne et au CH Sainte-Marie ces derniers mois a augmenté le nombre d'hospitalisations hors secteur et le taux d'occupation. On ne note pas de déplacement de patients la nuit pour recevoir une entrée ni de recours à des sorties prématurées pour libérer une place. En revanche, en cas de suroccupation, les lits hôteliers des patients placés en chambre d'isolement (CI) ne sont pas toujours conservés ; il arrive que des patients soient maintenus en CI « porte ouverte » dans l'attente qu'un lit se libère – le plus souvent, qu'une chambre individuelle, denrée rare à l'établissement, se libère (cf. § 4.1).

Les patients hospitalisés en SSC représentent 15,06 % de la file active d'hospitalisation à temps plein en 2021 et 15,79 % en 2022, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale<sup>33</sup>.

Comme indiqué *supra* (cf. § 3.1.1), le CHU hospitalise uniquement les patients en soins sans consentement sur décision du directeur ; ceux en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont historiquement admis au CH Sainte-Marie, en raison de l'ouverture de l'ensemble des unités du CHU (cf. § 5.1) a-t-il été précisé.

Les décisions de SSC prises par le directeur sont très majoritairement édictées au titre de l'urgence (article L. 3212-3 du code de la santé publique) : 65,91 % en 2022 ; viennent ensuite les soins à la demande d'un tiers « classiques » (SDT) : 19,55 % et les soins en péril imminent (SPI) : 13,64 %.

Les patients en SSC sont donc principalement hospitalisés en mode dérogatoire. Le recours majoritaire à ces procédures porte atteinte aux droits des patients en les privant d'une double évaluation médicale certifiée lors de la mise en place de la mesure et de l'intervention d'un tiers qui constitue une voie de levée de la mesure de SSC.

#### RECOMMANDATION 14

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins à la demande d'un tiers en urgence et le péril imminent doit rester exceptionnel.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le recours à la procédure dérogatoire (tiers en urgence) correspond aux situations de patients arrivant via le SAU. Le recours à un tiers est systématiquement recherché et les admissions pour péril imminent sont exceptionnelles et tracées dans le dossier : aucune décision n'a été levée par le JLD sur la base de ces motifs ; les décisions de soins sans consentement en péril imminent sont peu nombreuses et donnent lieu à une traçabilité dans le dossier et à une justification de la procédure, en 2023 les décisions pour péril imminent ont représenté 10 % de l'ensemble des décisions de soins sans consentement ; 23 décisions pour péril imminent pour 215 procédures. Statistiques actualisées : les hospitalisations sans consentement représentent 13 % des admissions en psychiatrie soit 111 séjours sur 839 du 1er janvier 2024 au*

<sup>33</sup> 26 % en 2021, cf. Coldefy M., Gandré C., « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Questions d'économie de la santé* n° 269 - Juin 2022.

30 juin 2024 sur une période de 6 mois. Les décisions d'hospitalisation pour péril imminent représentent 10 % des hospitalisations sans consentement ».

### 3.3 L'INFORMATION, NOTAMMENT RELATIVE AUX DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES SANS CONSENTEMENT, EST LACUNAIRE

#### 3.3.1 Les informations générales

Informelle, l'information générale donnée aux patients est insuffisante.

Le CHU dispose d'un « livret d'accueil du patient hospitalisé » dont la dernière version, datant de 2023, a été remise aux contrôleurs. Cependant, cette dernière version n'était disponible dans aucune unité au moment de la visite. Cinq éditions antérieures (entre 2016 et 2022) y ont été en revanche retrouvées, distribuées aux patients au moment de leur arrivée ou au fond d'un placard selon les unités. Ce livret d'accueil – quelles que soient ses versions – ne contient aucune information relative aux conditions spécifiques de séjour dans les services de psychiatrie et ne consacre aucune ligne aux SSC ni aux droits spécifiques attachés à ce type de soins.

Un « livret » d'accueil des services de psychiatrie adulte, datant également de 2023, a également été remis aux contrôleurs. Ce document de quatre pages ne comporte aucune information spécifique à la psychiatrie et n'est distribué dans aucune unité.

Quatre des cinq unités pour adultes disposent d'un règlement intérieur affiché dans l'unité mais certains ne sont pas actualisés. Quelques informations supplémentaires relatives aux horaires des visites, des distributions de cigarette ou des repas sont affichées dans certaines unités ainsi que divers documents<sup>34</sup>.

Les informations sont essentiellement communiquées oralement par les soignants, lors de l'entretien d'accueil, dans les jours qui suivent l'admission ou en fonction des questions posées. Si les soignants connaissent les règles de vie des services de psychiatrie, ils ne sont pas formés et donc pas nécessairement compétents pour répondre à l'ensemble des questions des patients. A titre d'exemple, le rôle de la personne de confiance n'est pas maîtrisé par l'ensemble des soignants, certains la confondant avec la personne à prévenir.

#### RECOMMANDATION 15

Des supports écrits (livret d'accueil, règles de vie) relatifs aux informations sur l'hospitalisation dans les services de psychiatrie et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Un flyer de présentation est en place sur le pôle psychiatrie. Un groupe de travail pluriprofessionnel mis en place en avril 2024 a pour objectif la rédaction d'un livret d'accueil plus complet reprenant les modalités de prises en charge et les droits des patients. Ce livret générique sera accompagné par un flyer spécifique par unité pour préciser les spécificités de chaque unité (règles de vie et organisation des soins). Il est prévu de dématérialiser le livret d'accueil (QR code). Le livret d'accueil de l'établissement mentionne les voies de recours pour les patients en hospitalisation libre et en soins sans

<sup>34</sup> Charte du patient hospitalisé, charte des droits et libertés de la personne âgée en situation de handicap et de dépendance, charte de bientraitance du CHU de Clermont-Ferrand, etc.

*consentement. Le livret d'accueil du Pôle de psychiatrie à l'attention des professionnels va inclure les informations en lien avec les droits des patient et les règles de vie ».*

### 3.3.2 Les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Le processus de notification des décisions et d'information sur les droits et voies de recours est largement défaillant.

L'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que les personnes hospitalisées sans consentement doivent être informées le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à leur état de la décision d'admission et de chacune des décisions ultérieures ainsi que des raisons qui les motivent. Il dispose, par ailleurs, que doivent leur être communiquées les informations relatives à leur situation juridique, aux droits attachés à leur statut et aux voies de recours qui leurs sont ouvertes.

A cette fin, un document de « *notification à un patient de la décision de lui imposer des soins psychiatriques ainsi que de ses droits, garanties et voie de recours* » est supposé être remis lors de la notification de la décision d'admission ou de maintien. Cependant, ce document qui fait office de bordereau de remise d'une copie de la décision contre émargement du patient ne lui est la plupart du temps pas remis mais est renvoyé au bureau des entrées. De plus, la copie de la décision d'admission, ou des décisions ultérieures, n'est pas systématiquement remise dans toutes les unités, il arrive qu'elle ne le soit qu'à la demande expresse du patient.

Enfin, l'information du patient est notoirement insuffisante puisque les motivations des décisions du directeur se limitent à viser les certificats médicaux sans en reprendre les termes ni les annexer à la décision. Bien que les décisions du directeur précisent toutes « *considérant qu'il résulte du contenu du certificat médical du Docteur X, joint au présent arrêté (sic) et dont je m'approprie les termes...* », les certificats médicaux ne sont jamais joints et le patient demeure dans l'ignorance des motifs médicaux qui fondent sa privation de liberté.

#### RECOMMANDATION 16

Les patients en soins sans consentement doivent, à chaque étape de la procédure, recevoir toutes les informations relatives à leur statut, leurs droits, ainsi qu'aux moyens de formuler des requêtes auprès de l'établissement et des autorités hiérarchiques, judiciaires, de tutelle ou de contrôle. À ce titre, ils doivent être clairement informés des motifs de la mesure dont ils font l'objet par la transmission systématique d'une copie de la décision et des certificats médicaux qui en sont le support ou par la reprise de leurs termes. Ces informations doivent leur être transmises sur un support qu'ils peuvent conserver.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La procédure actuelle permet au patient d'être informé de la décision via une copie de la décision et de la notification. Les certificats médicaux sont désormais transmis en appui de la décision à compter du 01/07/2024. La formation en cours permettra de sensibiliser de nouveau les professionnels du Pôle de Psychiatrie et des urgences. Suite à la réunion annuelle avec la présidente du Tribunal judiciaire du 19 juin 2024 et la tenue du GRESPIC le 26 juin, un travail de sécurisation de l'information donnée est engagé pour s'assurer que le patient a bien été informé de la mise en place de soins sans consentement et que le cas échéant, copie du certificat médical puisse lui être remis avec accusé de réception et traçabilité ».*

## 4. LES CONDITIONS DE VIE

### 4.1 LES LOCAUX NE SONT PAS ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ET NE RESPECTENT PAS LA DIGNITE DES PATIENTS

Les bâtiments, construits dans les années 70, n'offrent pas des conditions d'hébergement dignes et respectueuses de l'intimité des patients. Ils ne répondent pas aux exigences légales de prise en charge de patients en hospitalisation complète en psychiatrie<sup>35</sup>.

Dans les cinq unités d'hospitalisation complète pour adulte, plus de 80 % des lits (116 au total) se situent dans quarante-cinq chambres doubles et une triple. Seul un lit sur cinq est situé dans une chambre individuelle.

Si la surface des chambres individuelles apparaît adéquate (entre 12 et 14 m<sup>2</sup>), celle des chambres doubles, dans lesquelles les patients disposent d'un espace très réduit pour circuler autour des lits, est insuffisante (16 ou 17 m<sup>2</sup>).



*Chambres doubles dans les unités adulte*

Les portes des chambres sont dépourvues de verrou de confort, ce qui occasionne des intrusions d'autres patients. Par ailleurs, certaines d'entre elles sont équipées d'un fenestron ce qui porte atteinte à l'intimité des patients. Les fenêtres sont bridées pour ne s'entrouvrir que de 12 cm, ce qui rend impossible une aération suffisante. Les bâtiments manquent d'isolation thermique (cf. § 2.4.1) ; les patients se plaignent d'avoir trop chaud l'été et trop froid l'hiver (seuls sont climatisés le bureau infirmier, le salon télé et la salle à manger). Aucun placard ne ferme à clef. Les tables et les chaises ne sont pas toujours en nombre suffisant dans les chambres (souvent une seule petite table pour deux patients).

Les chambres ne disposent que d'un minuscule cabinet de toilette, uniquement équipé d'un lavabo (une minorité de chambres en sont même dépourvues), fermé par un rideau de douche.

---

<sup>35</sup> Article D. 6124-257 du CSP : « Tout site assurant la prise en charge de patients en hospitalisation complète comprend : 1° Des chambres individuelles ou de deux lits, équipées de sanitaires. Chaque chambre est équipée d'un dispositif d'appel accessible à chaque patient et d'un placard fermant à clé. Chaque chambre individuelle est équipée d'un verrou permettant au patient de s'enfermer de l'intérieur et aux seuls soignants d'ouvrir la porte. (...) ».



*Espaces sanitaires dans des chambres de l'unité Ravel et Gravenoire*

Chaque unité dispose d'un salon de télévision et d'une salle d'activités, quelques rares livres et des jeux de société y sont accessibles aux patients. Aucune unité ne dispose de salon pour les visites (cf. § 5.3).

Toutes situées en étage, les unités sont dépourvues de terrasse ou de patio extérieur sécurisé et donc d'un accès direct à l'air libre. Les espaces extérieurs accessibles aux patients – accompagnés ou non par un soignant – se limitent aux abords des bâtiments sur les parkings surchargés entourés de quelques parcelles de gazon. Les patients s'agglutinent pour fumer sur les quelques sièges et sous les rares abris disponibles.

Par ailleurs, les unités étant verrouillées de 20h30 à 7h00 (de 19h45 à 7h00 pour Berlioz), aucun accès à l'air libre n'est possible, ce qui représente une période de sevrage tabagique de 12h imposée aux fumeurs.





*Espaces extérieurs aux abords des deux bâtiments de psychiatrie*

### RECOMMANDATION 17

Le pôle de psychiatrie doit faire l'objet d'une restructuration bâtementaire complète qui garantisse le respect de la dignité des conditions d'hébergement et l'ergonomie de la réalisation des projets de soins. L'architecture retenue doit disposer pour ce faire de chambres individuelles, dotées de WC et de douche.

Des espaces extérieurs agréables, sécurisés et librement accessibles doivent être aménagés. Il convient d'élargir la plage horaire d'accès à l'extérieur en soirée pour les patients désirant fumer ou s'aérer.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le projet de reconstruction du bâtiment de la psychiatrie (adultes et infanto-juvénile) est identifié par la gouvernance de l'établissement comme l'une des priorités du schéma directeur immobilier. A ce titre, l'établissement s'est fixé l'objectif d'une transmission du Rapport socio-économique n°1 à l'Agence Régionale de Santé en décembre 2024, dans l'objectif notamment d'obtenir un soutien à l'investissement dans le cadre du Ségur n°2 des investissements en santé. L'établissement s'attache en sus à rechercher les financements complémentaires nécessaires à cette opération majeure en lien avec les collectivités territoriales impliquées. Le calendrier prévisionnel est le suivant : Elaboration du programme médical en deux tranches psychiatrie infanto juvénile prioritaires et psychiatrie adulte en 2024 ; Elaboration du rapport socio-économique RSE 1 décembre 2024 (opportunité, cadrage des axes du projet médical, axe stratégique des prises en charge en lien avec le développement ambulatoire, les urgences et le GHT ; Mise en place d'un comité de pilotage pluridisciplinaire ; Elaboration RSE 2 en 2025 (dimensionnement et capacitaire, analyse financière) ; Etudes technique complémentaires et AMO en 2026 pour un montant de 1 M€ (implantation sur le site de Gabriel Montpied, études réseaux) ; Elaboration RSE 3 2026 ; Démarrage des travaux 2028. La reconstruction bâtementaire prendra appui sur le projet médical du Pôle finalisé en décembre 2023 avec un double objectif d'adaptation de l'offre de soins sur son volet capacitaire et architectural aux besoins des patients accueillis. La soutenabilité financière du projet passera, entre autres, au-delà de l'accompagnement financier dont pourrait bénéficier l'établissement, par le développement d'activités nouvelles à forte valeur ajoutée et une réflexion autour des organisations soignantes, de sorte à garantir un retour sur investissement rapide du projet. L'architecture retenue doit permettre d'améliorer sensiblement*

*les conditions hôtelières et assurer une fonctionnalité des locaux adaptées aux prises en charge actuelles et aux évolutions futures de la discipline ».*

Le dernier diagnostic technique amiante date du 15 janvier 2016, il pointe la présence d'amiante dans l'ensemble des bâtiments d'hospitalisation et particulièrement dans l'unité pour adolescents (notamment dans les dalles de sol de tout le rez-de-chaussée, les gaines de ventilation du local-ménage au rez-de-chaussée et certaines salles de bain). Ce diagnostic n'a néanmoins donné lieu à aucune intervention curative.

#### 4.2 L'ACCES A L'HYGIENE N'EST PAS ADAPTE AUX BESOINS DES PATIENTS

Les unités ne sont équipées que de trois WC et de trois douches pour vingt-quatre patients (vingt à l'unité Gravenoire) ; l'unité Pariou ne dispose que de deux espaces sanitaires. L'accès aux douches est libre le matin, elles sont ouvertes sur demande l'après-midi mais, selon le témoignage d'un patient, « *encore faut-il que les soignants soient disponibles* ». En pratique, le nombre de douches accessibles aux patients est encore plus restreint. En effet, l'une des salles de douche est généralement réservée aux patients nécessitant un accompagnement à la toilette ou parfois à des patients porteurs d'une pathologie contagieuse.

L'insuffisance de sanitaires dans les unités – outre qu'elle constitue une atteinte grave à l'intimité des patients – induit fréquemment un mauvais état de propreté de ces locaux, malgré l'intervention des ASH, qui accentue l'indignité des conditions d'hébergement.

En cas de besoin, l'hôpital fournit de petits échantillons de savon et de shampoing en sachet de plastique, de petites savonnettes, des rasoirs, de la mousse à raser et des peignes mais pas de dentifrice ni brosse à dents. Les soignants se procurent de mini tubes de dentifrice auprès de la faculté dentaire et achètent parfois avec leurs propres deniers des brosses à dents pour les patients démunis.

Le lavage du linge personnel est effectué en priorité par les proches du patient. Il est possible de faire appel à un service de pressing payant. Pour les patients sans ressources, le linge peut être nettoyé dans la machine à laver de l'unité ; celle de l'unité Pariou était en panne depuis un mois lors de la visite.

S'agissant des vêtements de secours, les règles varient selon les unités : certaines ne disposent d'aucuns effets, d'autres constituent des stocks. Aucune organisation n'est prévue par l'établissement, tout dépend de la bonne volonté des soignants qui apportent eux-mêmes des vêtements qu'ils n'utilisent plus et gardent ceux laissés par les patients ou donnés par leurs familles.

#### RECOMMANDATION 18

L'établissement doit fournir des vêtements de secours adaptés et des kits hygiène, comportant une brosse à dent et du dentifrice, aux patients qui en sont dépourvus.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Depuis le 6 juin 2024 le CHU a déployé un kit d'urgence : une réserve de 10 kits brosse à dents/dentifrice est disponible dans les unités de soins avec un dispositif de renouvellement. Il existe des réserves de vêtements (dons) au sein des unités. En cas de besoin dans une unité sans stocks, les professionnels s'approvisionnent dans les autres services. En cas de besoin, le service social prévoit avec le patient un approvisionnement auprès*

*des associations caritatives. Un lave-linge est disponible sur chaque bâtiment de psychiatrie adulte (renouvellement de la machine en 2024) pour laver les effets personnels des patients ».*

#### **4.3 LES PLACARDS OUVERTS ET L'ABSENCE DE VERROU DE CONFORT NE GARANTISSENT PAS LA PROTECTION DES EFFETS PERSONNELS**

Les patients, ne disposant pas de placard fermant à clef et les chambres étant dépourvues de verrou de confort, conservent peu de biens en chambre en raison du risque de vol. Les objets interdits ou de valeur sont donc placés dans des casiers qui ferment à clefs, situés dans un local annexe au bureau infirmier. Pour le numéraire et les cartes bancaires, la plupart des unités disposent d'un coffre dans le bureau du cadre, qui seul en possède la clef ; en son absence, les patients ne peuvent donc accéder à leurs moyens de paiement.

Les patients ont également la possibilité de déposer leurs objets de valeurs de petite dimension (bijoux, numéraire, moyens de paiement, etc.) à la régie du CHU, mais cette procédure est rarement utilisée en raison de l'éloignement géographique de la régie et de la complexité de la procédure.

Les unités de psychiatrie disposent de sept ASS (dont certaines exercent à temps partiel), souvent associées aux réunions hebdomadaires de staff de chaque unité. Lorsque le besoin d'une protection juridique est identifié, le dossier est constitué par l'ASS. Sa principale difficulté est de trouver en temps utile un médecin agréé acceptant de réaliser une expertise (facturée 170 euros) : seuls trois praticiens sont habilités pour l'ensemble des unités d'hospitalisation complète, ce qui est jugé nettement insuffisant. Pour cette raison, le délai moyen d'obtention d'une décision du juge des tutelles excède quatre mois. Le curateur ou le tuteur désigné appartient à l'UDAF, à l'association La Croix-Marine Auvergne-Rhône Alpes ou à l'association tutélaire Nord Auvergne. Leur réactivité est plutôt faible lorsqu'ils sont sollicités pour acheter au patient du tabac ou des vêtements, mais aussi pour aller au domicile du patient pour en rapporter des affaires ou pour effectuer une visite dans le cadre d'une recherche de logement. La réactivité semble meilleure pour le financement des sorties provisoires, ou la collaboration avec l'ASS à un projet de sortie définitive.

#### **4.4 LES REPAS SONT RECHAUFFES ET SERVIS EN BARQUETTES DE PLASTIQUE CE QUI EST INADAPTE**

Le déjeuner et le dîner sont servis dans la salle à manger de l'unité. Sur prescription médicale, tous les repas peuvent être pris en chambre. Entre le dîner, servi à partir de 18h00 ou 18h30 selon les unités, et le petit-déjeuner, pris à 7h30, 8h00 ou 8h15, le délai de jeûne est excessif (de 13 heures à 14 heures 15). Les équipes de nuit rencontrées indiquent que des patients s'en plaignent ; la possibilité de conserver des denrées non périssables en chambre ne peut suffire à compenser cette situation.

Lors des repas, le placement est libre dans la salle-à-manger sauf dans une unité où les soignants établissent un « *plan de table* ».

Les repas arrivent dans les unités en liaison froide dans des barquettes thermoscellées et réchauffées dans des fours situés dans la pièce annexe de la salle-à-manger. Les fours chauffent à une température comprise entre 95°C et 110°C. Or, sur douze types de barquettes utilisées, deux ne supportent pas une température supérieure à 80°C selon les notices du fabricant. La direction du CHU en a conscience, puisque la suppression des barquettes de plastique est programmée pour l'année 2025, mais seulement pour les services de maternité et de pédiatrie, sans pouvoir expliquer pourquoi cet objectif ne peut pas concerner l'ensemble des services du CHU, dont la psychiatrie.



*Barquettes en plastique thermoscellées placées dans un four*

Les menus servis en psychiatrie sont identiques à ceux de tous les services du CHU, selon une rotation des menus toutes les deux semaines. Ils respectent les régimes spéciaux, les allergies et les aversions. Une diététicienne peut intervenir en psychiatrie mais le temps qu'elle peut y consacrer est jugé insuffisant.

Les patients ne se plaignent pas du grammage, notamment car ils peuvent bénéficier de portions supplémentaires en fin de repas. En revanche, les légumes cuits à l'eau sont jugés très peu appétissants et manquant de goût, voire parfois caoutchouteux. Quant à la viande rouge, le steak haché par exemple, elle ressort du four toujours très cuite.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 MALGRE L'OUVERTURE DES PORTES, LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR, EST, DANS PLUSIEURS UNITES, RESTREINTE D'OFFICE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Les locaux de la psychiatrie, situés à l'écart des autres bâtiments du site Gabriel Montpied, sont entièrement ouverts ; aucune barrière ni clôture ne les sépare du reste du site ni de l'extérieur. Un espace vert comprenant quelques bancs et de la végétation se trouve entre les bâtiments A et B mais est très restreint et régulièrement jonché de déchets. Les cafétarias et services du CHU sont situés dans les autres bâtiments du site et nécessitent de longer plusieurs parkings pour s'y rendre depuis la psychiatrie. Pour les sorties du périmètre du CHU, une autorisation médicale est requise. Les patients qui sortent restent donc principalement aux abords des bâtiments du pôle, essentiellement composés de parkings (cf. § 4.1).

Les portes des unités sont ouvertes : sauf indication médicale contraire, les mouvements sont libres et les chambres accessibles durant toute la journée ; la liberté d'aller et venir est cependant restreinte par le dénuement des espaces extérieurs et le manque de locaux collectifs conviviaux. Les patients ont seulement obligation d'être présents dans l'unité à certains moments de la journée, comme au moment de la distribution des médicaments ou durant les repas.

Selon leur état clinique les patients peuvent sortir de l'unité librement ou seulement accompagnés d'un soignant ; dans deux des unités, les patients en SSC ne sont pas autorisés à sortir seuls de l'unité en raison de leur statut d'hospitalisation et ce indépendamment de leur état clinique. Le nombre de patients devant être accompagnés pour sortir est compris entre deux et six patients par unité au moment de la visite.

### 5.2 DE NOMBREUX PATIENTS SONT SOUMIS AU PORT OBLIGATOIRE D'UN PYJAMA INSTITUTIONNEL

Dans la majorité des unités, les restrictions aux libertés individuelles découlent de décisions médicales et sont discutées avec les patients. Les consignes sont inscrites informatiquement sur le dossier du patient et réévaluées régulièrement.

L'accès au tabac est adapté à l'état clinique et à la vulnérabilité du patient : certains disposent librement de leurs cigarettes et de leur briquet, tandis que pour d'autres le tabac est conservé au bureau infirmier et distribué à horaires fixes au cours de la journée. L'achat de tabac peut se faire seul ou accompagné dans un bureau de tabac à proximité du CHU.

En revanche, à l'unité Ravel, des restrictions sont systématiquement appliquées aux patients en SSC selon leur seul mode d'hospitalisation. Outre l'impossibilité de sortir seuls, déjà mentionnée, tous les patients placés en SSC se voient retirer leur téléphone et doivent porter un pyjama.

#### RECOMMANDATION 19

Les règles relatives aux restrictions aux libertés individuelles doivent être harmonisées entre les unités et s'adapter à l'évaluation clinique plutôt qu'au mode d'hospitalisation.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *L'harmonisation des pratiques entre les unités se travaille au sein du GROUPE DE REFLEXION ET DE SUIVI DES ISOLEMENTS ET CONTENTIONS (GRESPIC) du pôle de Psychiatrie. Les prescriptions relatives aux restrictions individuelles sont adaptées à l'évaluation clinique et au mode d'hospitalisation de chaque patient et réévaluées en*

*fonction de l'évolution. Une cellule qualité a été réactivée depuis 6 mois avec une charte et un nouveau fonctionnement. Il est notamment question de la promotion institutionnelle des bonnes pratiques et de la démarche qualité, de la définition et de l'application des protocoles, de l'harmonisation des pratiques ».*

L'usage du pyjama est courant dans les premières heures suivant l'hospitalisation, notamment en cas d'arrivée depuis les urgences. Par la suite, son port relève d'une décision médicale avec réévaluation régulière. Selon des soignants, une partie des restrictions imposées, notamment le port du pyjama et les sorties accompagnées, serait à mettre sur le compte de l'ouverture totale du site sur l'extérieur. Le pyjama est en effet considéré par le personnel comme un outil de lutte contre les fugues.

Ni chaussons ni sandales ne sont distribués aux patients en pyjama qui doivent, s'ils ne sont pas autorisés à porter leurs chaussures personnelles, se déplacer avec des surchaussures aussi bien dans l'unité qu'à l'extérieur. En cas de stock insuffisant de pyjamas, les patients peuvent se voir imposer le port d'une chasuble institutionnelle, ce qui renforce le caractère stigmatisant de cette mesure.

#### RECOMMANDATION 20

La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur une évaluation clinique et il ne peut être considéré comme un outil de prévention des sorties non autorisées.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La prescription de mise en pyjama n'est pas systématique. Elle repose sur une évaluation médicale. Elle n'a pas pour objectif de limiter les sorties non autorisées* ».

### 5.3 LES LOCAUX NE SONT PAS ADAPTES AUX VISITES DES PROCHES

La grande majorité des patients disposent de leurs téléphones portables et de leurs chargeurs, l'autorisation étant la règle et les restrictions l'exception. Selon les unités, ces restrictions peuvent être liées à l'état clinique ou au statut du patient avec un retrait systématique pour les patients en SSC (cf. § 5.2). En cas de retrait du téléphone, les patients peuvent utiliser sur demande un téléphone du bureau infirmier. Selon les consignes médicales, les appels peuvent alors se dérouler dans leur chambre ou dans le bureau infirmier.

Les ordinateurs et les tablettes sont en principe autorisés et des postes de radio peuvent être empruntés auprès du personnel soignant. En revanche, les patients n'ont pas accès à la presse écrite, en l'absence d'abonnement des unités. Les unités ne disposent chacune que d'un seul téléviseur situé dans le salon. Au moment de la visite, le téléviseur de l'unité Ravel ne disposait pas de télécommande et n'était donc pas utilisable par les patients. Le contact des patients avec l'extérieur et leur divertissement s'avère essentiellement possible avec leurs téléphones personnels.

Un accès wifi est proposé aux patients du CHU. Celui-ci coûte toutefois 2,60 euros par jour, ce qui constitue une charge financière importante. La qualité de la connexion varierait, selon les propos recueillis, en fonction la localisation des chambres dans l'unité.

### RECOMMANDATION 21

L'établissement doit garantir aux patients l'accès à un réseau wifi gratuit et fiable.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La politique actuelle de l'établissement permet l'utilisation des téléphones portables avec forfait de données (dont sont dotés la plupart des patients) ou bien l'achat d'un accès wifi au tarif journalier institutionnel (2euros 85) qui fait l'objet d'une gestion par une société de prestation de service comme pour l'ensemble des séjours des patients hospitalisés au CHU* ».

Les visites sont possibles les après-midis et les week-ends sauf contre-indication médicale, avec une organisation souple en termes d'horaire et de durée. Les unités ne disposent cependant pas de salle spécifique pour accueillir les proches. En l'absence d'espace réservé, convivial et confidentiel, les visites se déroulent donc le plus souvent dans les espaces communs ou en dehors de l'unité. Les visites des mineurs ne sont en revanche pas souhaitées au sein des unités et sont soumises à autorisation médicale.

### RECOMMANDATION 22

Les unités d'hospitalisation doivent aménager des salles de visite offrant des conditions agréables, dignes et garantissant l'intimité des visites. La possibilité pour des mineurs de rendre visite à un parent ou un proche doit être effectivement garantie, sauf à ce qu'une mesure judiciaire ou l'intérêt supérieur des mineurs s'y oppose.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le Pôle facilite les visites et met à disposition des salons en fonction des contraintes bâtementaires. Il existe au-delà des salons des espaces ouverts disponibles au rez-de-chaussée des bâtiments à disposition des familles et des entourages. Pour les mineurs, il existe une possibilité de rendre visite au parent sauf à ce qu'une mesure judiciaire ou l'intérêt supérieur des mineurs s'y oppose. Un salon des familles va également être mis en place en pédopsychiatrie suite à un appel à projet cofinancé par la fondation « pièces jaunes » et le CHU* ».

L'hospitalisation sous anonymat est possible ; elle doit être signalée au bureau des entrées ou au personnel soignant et est inscrite dans le dossier du patient visible de tout le personnel, y compris du standard du CHU. Les patients peuvent également demander à ne pas avoir de contacts ou donner de nouvelles à certaines personnes. Aucune information systématique n'est en revanche faite sur le droit à une hospitalisation confidentielle.

## 5.4 L'ACCES AU VOTE EST ASSURE MALGRE L'ABSENCE DE NOTE ORGANISATIONNELLE

Bien qu'aucune note organisationnelle n'en prévoie les modalités exactes, les patients sont informés, en amont des scrutins, des possibilités dont ils disposent pour exercer leur droit de vote. Les familles sont contactées pour établir des procurations et des permissions de sortie sont accordées afin de se rendre à un bureau de vote.

## 5.5 L'ACCES AUX CULTES EST PEU SOLLICITE

Au sein des unités, le droit et les modalités de l'accès aux cultes n'est pas clairement affiché, et le livret d'accueil renvoie uniquement aux coordonnées des aumôneries mentionnées sur le site Internet du CHU. Les représentants des cultes juifs et orthodoxes n'ont toutefois pas pu être contactés via les numéros indiqués. Un projet de prospectus est en cours, visant notamment à informer sur les différents cultes présents dans l'établissement.

Selon le personnel soignant, il y aurait très peu de demandes de la part des patients en matière de soutien spirituel. Les différents aumôniers n'interviennent que sur demande, à l'exception des aumôniers catholiques qui sont employés par le CHU. Ces derniers se déplacent régulièrement dans les unités et disposent d'une chapelle à l'entrée du CHU où une messe hebdomadaire est célébrée.

## 5.6 LA VIE AFFECTIVE ET SEXUELLE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La sexualité est une dimension de la vie des patients largement occultée dans l'établissement. Si le règlement intérieur ne prohibe pas explicitement les relations sexuelles, dans la pratique, la plupart des soignants appliquent une interdiction de principe, en s'appuyant notamment sur l'article du règlement interdisant la présence de patients dans des chambres autres que la leur. La sexualité ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle et les situations à risque sont gérées au cas par cas par les équipes.

Aucune information systématique n'est donnée concernant la contraception, la prévention des infections sexuellement transmissibles ni le respect du consentement. Aucun préservatif n'est mis à disposition dans les unités en cas de besoin.

### RECOMMANDATION 23

L'établissement doit engager une réflexion institutionnelle concernant la sexualité des patients, considérant à la fois la liberté sexuelle des patients et la nécessaire protection des plus vulnérables, et assurer la formation du personnel à ce sujet. Il doit également garantir l'information des patients concernant la prévention des infections sexuellement transmissibles, la contraception et la notion de consentement.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *L'établissement met en place des actions de prévention et dispose d'outils (sex-life pour les services adultes et no taboo pour la pédopsychiatrie). Des formations ont été déployées par le CRIAVS pour l'utilisation de l'outil sex-life. Une réflexion doit être conduite en interne concernant les droits de la liberté sexuelle pour les personnes hospitalisées dans un contexte de vulnérabilité* ».

## 6. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 6.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE GARANTISSENT PAS LA SECURITE ET L'INTIMITE DES PATIENTS ET LE POLE NE COMPTE QU'UN SEUL ESPACE D'APAISEMENT

Le CHU dispose de quatre chambres d'isolement (CI), situées dans les unités adultes Berlioz, Ravel, Pariou et Dômes. Des patients peuvent y être transférés depuis les unités n'en disposant pas (Gravenoire, UHDL). Les CI du SAU sont décrites au paragraphe 3.1.2.

Les quatre CI, situées à proximité des postes des soignants, sont de conception similaire : pièce avec matelas épais en mousse, mobilier adapté et WC en inox situé face au lit ; sas attenant avec douche et lavabo. Elles sont propres et lumineuses, même si l'ouverture des fenêtres est très limitée (moins de 15 cm). Plusieurs points compromettant le respect de la dignité et de l'intimité des patients<sup>36</sup> sont à relever :

En matière d'agencement et d'équipement :

- l'existence d'un visuel possible depuis le fenestron de la porte extérieure située au niveau du couloir de l'unité, soit sur la tête des patients allongés/contenus (Berlioz), soit sur la douche (Ravel, où le fenestron est équipé d'un simple store manuel, accessible à tous) ;
- l'existence d'un visuel direct sur le WC pour le patient isolé, en l'absence de séparation ; de même, le WC est directement visible des soignants depuis l'oculus et fenestron du sas ;
- l'absence d'accès autonome des patients aux commandes de la lumière, de la température (climatisation/chauffage) et des stores, celles-ci étant situées dans le sas ;
- l'absence de bouton d'appel accessible au patient en cas de contention (les boutons d'appels muraux, présents dans la chambre et dans le sas, sont eux fonctionnels) ;
- l'absence d'horloge murale fixe indiquant aussi la date (des horloges à aiguilles sont parfois déposées ou scotchées contre l'oculus du sas, mais elles sont dans certains cas difficilement lisibles des patients en cas de contention ; un calendrier de papier est ponctuellement utilisé).

S'agissant de la maintenance :

- des problèmes récurrents de chauffage et de climatisation, ayant donné lieu à des FEI ;
- des huisseries défectueuses ou présentant des risques (surfaces abrasives) ;
- des délais ou durées d'intervention pouvant conduire à ce que les chambres soient indisponibles pendant plusieurs jours ou semaines (ex. à Dômes, entre le 22 août et le 4 septembre 2023).

---

<sup>36</sup> Cf. Art.D.6124-265 CSP : « Chaque chambre d'isolement dispose d'une luminosité naturelle, d'une aération, d'un dispositif d'appel accessible, de sanitaires respectant l'intimité du patient et sa dignité, d'un point d'eau, d'une horloge indiquant la date et l'heure et du mobilier adapté à l'état clinique du patient ».



Chambres d'isolement (Berlioz et Pariou)



Lit, mobilier de la chambre d'isolement, et ouverture fenêtre maximale (unité Pariou)

#### RECOMMANDATION 24

Les chambres d'isolement doivent garantir la sécurité et l'intimité des patients. Des dispositifs d'appel doivent leur être accessibles en cas de contention. La maintenance doit être assurée sans délai, et garantir notamment des conditions de température adaptées.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La faisabilité technique et le chiffrage de la mise en place de dispositif d'appel est programmée par la direction des travaux. Pour les appels malades en lien avec la direction du pôle de psychiatrie : il s'agira de trouver la solution permettant de répondre à cette recommandation, tout en éliminant les risques de passage à l'acte dans le cadre d'un risque suicidaire. Les chambres d'isolement en psychiatrie adulte sont dotées d'un système de climatisation. En termes de calendrier, il est proposé de finaliser cette première phase avant l'automne 2024 pour inscription budgétaire et réalisation des travaux début 2025* ».

En l'état, le CHU ne dispose que d'un seul espace d'apaisement (*Snoezelen*), situé à l'entrée de l'unité Berlioz et largement équipé (siège souple et fauteuil massant, dispositifs lumineux et sonores, matériel pour le toucher, aromathérapie, etc.). Il est régulièrement utilisé, en présence d'un soignant, et constitue une ressource utile, y compris en prévention d'un recours à l'isolement. D'autres unités peuvent y recourir, mais cela suppose qu'il soit libre et qu'un soignant, formé à son utilisation, puisse se rendre disponible. Il n'existe aucun projet global d'aménagement d'autres espaces d'apaisement en psychiatrie adulte, y compris dans le projet médical en cours de validation. Si l'unité de pédopsychiatrie dispose d'un projet d'espace d'« hypostimulation » (évoqué lors d'une

réunion au mois de mai 2023), celui-ci reste à concrétiser. Du matériel aurait été commandé. En l'état, aucun espace équipé n'est disponible. Un espace *Snoezelen* existe dans les locaux de l'HDJ mais il n'est pas accessible pour les mineurs hospitalisés à temps plein.



Espace d'apaisement, unité Berlioz

#### RECOMMANDATION 25

Toutes les unités doivent disposer d'un espace d'apaisement et de professionnels formés à son utilisation en nombre suffisant.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Actuellement, le pôle de psychiatrie dispose de trois espaces d'apaisement : Psychiatrie A (HJ personnes âgées et Berlioz) et HDJ Enfant. L'installation d'un espace d'hypo-simulation est en cours sur l'HC adolescents. Un projet est en cours de réflexion sur la psychiatrie B. Par ailleurs, plusieurs services disposent de plusieurs espaces de relaxation : Psychiatrie A : HC CHOPIN/ CAAJA : soins de confort et de relaxation ; Psychiatrie B : GRAVENOIRE : salle de relaxation en cours d'installation HC UHDL/HJ TCA : salle de relaxation et de massage. Par ailleurs, la formation *Snoezelen* a débuté en 2023 (3 jours) et a fini en juin 2024 (2 jours). Il est envisagé soit de la déployer par les personnes formées soit de reconduire la formation au plan de formation 2025 pour avoir un socle plus important de professionnels formés ».

## 6.2 DES PATIENTS EN SOINS LIBRES FONT L'OBJET DE MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION ET DES MESURES D'ISOLEMENT SEQUENTIEL PROLONGEES SONT MISES EN ŒUVRE

Les pratiques d'isolement et de contention aux urgences et celles concernant les mineurs sont respectivement abordées aux paragraphes 3.1.2 et 9.2.3.

### 6.2.1 Les protocoles et procédures

Le CHU s'est doté d'outils utiles à la mise en œuvre de la réforme relative aux mesures d'isolement et de contention<sup>37</sup>. Une note interne diffusée en février 2022 (« Mesures d'isolement et de contention en psychiatrie »), valant également pour les patients admis aux urgences, en expose notamment les règles de mise en œuvre et les modalités de cumul des durées. Elle se double d'un

<sup>37</sup> Cf. Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022.

« organigramme », et de « modes opératoires » sur les procédures. La mise à jour d'un document complémentaire (« bonnes pratiques ») édité il y a plusieurs années est nécessaire et engagée.

En l'état, des décisions d'isolement récentes comportent encore des mentions impropres (ex. nécessité d'un « recours à une chambre d'apaisement pour limiter les stimulations reçues » ; ou « à une chambre de soins sécurisée », « CSI »). Les formulaires destinés au JLD (« certificat initial » 1A et « certificat renouvellement » 1F) permettent de renseigner l'« état mental » rendant nécessaire les mesures ou leur prolongation mais ils n'anticipent pas d'indications du risque imminent ou immédiat pour le patient ou autrui, ni des mesures alternatives tentées<sup>38</sup>. Ces éléments sont toutefois bien tracés informatiquement lors de la décision médicale et les mesures prises par des internes sont validées par des médecins seniors, avec mention au registre. Si elles ne constituent pas la norme, des indications « si besoin » et une pratique séquentielle prolongée, peuvent encore avoir lieu (cf. *infra*).

### 6.2.2 La mise en œuvre et la surveillance des mesures

Sauf exception (2 sur les 8 premiers mois en 2023), les mesures sont toujours mises en œuvre dans les CI. De nombreux professionnels du pôle (57 en 2022 ; 46 en 2023) ont bénéficié de la formation inscrite au plan général de formation du CHU mais réservée aux professionnels de psychiatrie. S'y ajoutent des réactualisations de compétences faites au niveau des unités mais qui ne sont pas nécessairement tracées (cf. § 6.3.2). Des besoins de formation subsistent néanmoins (ex. à Pariou, unité nouvellement dotée d'une CI).

Dans plusieurs unités, les patients sont systématiquement mis en pyjama lors de l'isolement, politique parfois plus généralement appliquée pour les patients en SSC (cf. § 5.2). L'accès aux effets personnels est généralement fonction de l'avis médical. Un traitement sédatif est associé, sauf contre-indication.

Une forme d'isolement « porte ouverte », avec des temps de circulation possibles dans l'unité et parfois en dehors, est régulièrement pratiquée dans plusieurs unités. Les motivations évoquées par les médecins et soignants sont multiples et en partie inadéquates : difficultés à réintégrer rapidement un patient dans une chambre individuelle faute de disponibilité ; volonté de ne pas lever trop vite une mesure ; évitement des contraintes liées au fait de devoir sinon prendre éventuellement des mesures répétées exigeant une vigilance accrue et complexe (ex. calcul de durées sur 15 jours). Cette pratique constitue, dans certains cas, une forme d'isolement séquentiel prolongé, parfois sur plusieurs jours, incompatible avec les impératifs stricts de nécessité et de proportionnalité (cf. article L3222-5-1 du CSP). Par ailleurs, dans de tels cas, la chambre d'hospitalisation des patients n'est pas systématiquement conservée.

La surveillance des mesures est effectivement prescrite, assurée par les psychiatres et les équipes soignantes, et tracée<sup>39</sup>. Le médecin généraliste est appelé si nécessaire, il n'existe pas de consultation systématique lors des placements en isolement.

Il n'est pas fait recours à un dispositif de vidéosurveillance. En revanche, la sécurité des patients concernés n'est pas pleinement assurée dans la mesure où le service de sécurité incendie n'est pas systématiquement informé de la mise en œuvre de mesures d'isolement et de contention.

---

<sup>38</sup> Cf. mentions du modèle en annexe 3 à l'instruction n°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022.

<sup>39</sup> Le document interne « Mode opératoire pour isolement » prévoit, en lien avec la décision médicale d'isolement, une prescription sur Crossway. Une mesure ne peut être informatiquement validée sans que ne soit renseignées des indications pour la surveillance.

## RECOMMANDATION 26

Les patients ne peuvent être régulièrement soumis à des isollements séquentiels, ni être hébergés, de fait, dans une chambre d'isolement. Sauf contre-indication médicale motivée, ils doivent pouvoir conserver leurs vêtements personnels et ne pas faire ainsi l'objet d'une mise en pyjama systématique.

La mise en chambre d'isolement nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet, relevant de la compétence du médecin généraliste.

Le service de sécurité incendie doit être informé en temps réel de toutes les mesures d'isolement et de contention mises en œuvre.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « La procédure interne du CHU prévoit un examen somatique systématique. En fonction de l'évaluation clinique, les praticiens psychiatres posent des modalités d'isolement avec ou sans effets personnels. Ces mêmes modalités sont réévaluées et ajustées au long de la prise en charge. Un audit sur les pratiques sera réalisé avec le service qualité en lien avec les chefs de services concernés. La chambre d'isolement n'est pas considérée comme une chambre supplémentaire. Une chambre libre doit être disponible dans l'unité pour accueillir le patient lors de la levée de l'isolement. Sécurité incendie : les procédures de l'établissement sont conformes aux règlements de sécurité des établissements de type U § 1. Conformément à l'arrêté du 10 décembre 2004 portant approbation de dispositions complétant et modifiant le règlement de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public dans les hôpitaux ou les services nécessitant une surveillance particulière des patients, les portes des locaux ou unités de soins peuvent être maintenues exceptionnellement verrouillées, à condition d'être placées chacune sous la responsabilité d'un préposé à leur ouverture. Ce verrouillage peut être réalisé selon l'un des deux principes suivants : Par un verrouillage par clés. Dans ce cas les personnels soignants doivent être dotés du passe correspondant ; ce passe doit être mis à disposition des services de secours en cas d'incendie. Les soignants affectés dans les services du pôle de psychiatrie disposent de la clé ; dès que l'alarme se déclenche, quel qu'en soit les raisons, le personnel a la responsabilité d'ouvrir les portes de la chambre d'isolement. Le CHU s'engagera néanmoins vers une organisation où le service de sécurité sera informé de l'occupation de la chambre d'isolement ».

### 6.2.3 Les pratiques actuelles

Des données indicatives concernant les mesures tracées sur les huit premiers mois de l'année 2023 ont pu être extraites, revues et exploitées. Il en ressort qu'au niveau des unités d'hospitalisation du pôle :

- une proportion significative des patients admis en SSC y sont soumis<sup>40</sup>. Des patients en soins libres le sont également<sup>41</sup>. Les changements de mode d'hospitalisation sont le cas échéant

<sup>40</sup> Evaluation à 24,6 % si l'on ne retient pour référence que les patients initialement hospitalisés en SSC. Ces données ne sont qu'indicatives, celles partagées par l'établissement et ayant servi au calcul ne permettent pas de distinguer pleinement les patients admis en SSC de ceux basculés en SSC en cours d'hospitalisation, ni ainsi de déterminer précisément et simplement la file active SCC globale à l'admission.

<sup>41</sup> Seuls 33 des 39 patients concernés par au moins une mesure d'isolement étaient effectivement en SSC lors de l'initiation de ces mesures.

généralement effectifs à 24h mais des exceptions, ou un défaut d'indication claire dans le registre, sont à relever<sup>42</sup> ;

- la durée des mesures d'isolement peut être importante, avec parfois des mesures successives tracées à intervalles inférieurs à quelques heures<sup>43</sup>. Dans le même temps, les durées d'isolement tracées peuvent être supérieures au temps effectif, puisque des patients sont soumis à un régime ouvert et/ou séquentiel (cf. § 6.2.2) ;
- les mesures de contention sont limitées, avec un faible nombre de patients concernés<sup>44</sup>. Des unités n'y avaient pas eu recours depuis le début de l'année 2023, comme Dômes et Pariou, mais cette dernière venait seulement d'être dotée d'une chambre d'isolement. Si le nombre de mesures est plus important dans certaines unités (notamment Berlioz), elles concernent toujours un nombre limité de patients (cinq au total sur la période).

Des mesures d'isolement (et de contention associée dans près d'un tiers des cas<sup>45</sup>) sont aussi mises en œuvre à l'accueil (SAU) et dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) aux urgences (cf. § 3.1.2), pour des patients ensuite hospitalisés en psychiatrie<sup>46</sup>. Toutes ont été tracées comme mises en œuvre « hors CI ». L'essentiel de ces mesures de contention ont été tracées comme ayant été maintenues pour des durées standards<sup>47</sup>, ce qui peut interroger sur la fiabilité des données, sinon la proportionnalité stricte des mesures mises en œuvre.

#### RECOMMANDATION 27

Aucun patient hospitalisé en soins libres ne doit faire l'objet d'une mesure d'isolement ou de contention sans que son statut d'hospitalisation n'évolue concomitamment vers une procédure de soins sans consentement.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Les procédures en vigueur sur le pôle et le CHU décrivent les conditions d'isolement ou de contention. Les patients en crise en hospitalisation libre*

<sup>42</sup> Ainsi pour deux adultes maintenus en SL et pourtant isolés pour des durées de plus de 24h. Dans 3 cas au moins, le mode d'hospitalisation à 24h n'était pas clairement renseigné dans le registre.

<sup>43</sup> Evaluation indicative à 61h de durée moyenne (pour ce calcul, les mesures au registre espacées de moins de 30 minutes ont été fusionnées).

<sup>44</sup> Evaluation à 0,8 % de la file active totale, mineurs compris, et à 4,1 % de la file active des adultes en SSC.

<sup>45</sup> 11 patients, soit 30,6 % des 36 patients isolés.

<sup>46</sup> Sur 322 passages aux urgences :150 hospitalisations consécutives au niveau du pôle du CHU; 137 à Sainte-Marie; et 35 sur d'autres établissements. 36 patients isolés au moins une fois – soit, au plus, 11 %, de la file active des personnes ensuite hospitalisées en psychiatrie. Données indicatives, car les données transmises par l'établissement portent sur les passages suivis d'une hospitalisation et non la file active (des patients uniques).

<sup>47</sup> 12 mesures tracées au total : 1 de 28h ; mais 9 de 6h, 1 de 12h, et 1 de 24h.

*devant être contentionnés sont évalués dans les meilleurs délais et font l'objet d'une indication d'hospitalisation sans consentement le cas échéant ».*

#### 6.2.4 Le contrôle du JLD

Des formulaires pour l'information (1B) et la saisine (1C) obligatoires du JLD ont été mis en place ; ils présentent des erreurs ou imprécisions<sup>48</sup>. Font en revanche défaut des outils informatiques permettant d'anticiper, outre les délais de renouvellement des mesures (ex. de type « sablier » ou « feu tricolore »), ceux d'information ou de saisines du JLD<sup>49</sup>. L'articulation avec le JLD repose essentiellement sur le suivi opéré par la seule cadre juridique du bureau des entrées (qui gère par ailleurs la régie et le registre de la loi). Si en l'état, et sauf exception notable<sup>50</sup>, les obligations d'information et de saisines sont respectées, l'organisation apparaît insuffisante, notamment en cas d'absence ou de congés ou de conjonction de mesures.

Depuis le début de l'année, les procédures sont peu nombreuses et les levées exceptionnelles (0 sur 2 ordonnances pour la contention ; 1 sur 37 pour les isolements). Les levées ont été plus importantes en 2022 (6 sur 21, notamment pour non-respect des règles de cumul des durées ; défaut d'information du curateur ; ou des pièces manquantes). Le JLD ne s'auto-saisit pas en cas de simple information.

#### RECOMMANDATION 28

Le personnel en charge du suivi des mesures de soins sans consentement et de celles d'isolement et de contention doit bénéficier d'un effectif et d'un équipement adaptés.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Une réorganisation sur la numérisation et l'informatisation d'un certain nombre de tâches administratives en lien avec la rédaction des mesures en soins sans consentement est prévue permettant d'adapter la charge aux effectifs dédiés à cette activité en service normal et en période de garde. Le recrutement prochain d'un personnel administratif compétent permettra de faciliter la gestion continue des procédures d'hospitalisation sans consentement ».

D'autres formulaires types sont utilisés pour assurer et tracer l'information du patient (« 1D ») et des proches (« 1E »), ces derniers étant effectivement prévenus, le cas échéant par téléphone, généralement par le médecin. Toutefois, le recueil de la volonté des patients n'est pas anticipé ni

<sup>48</sup> Le formulaire transmis aux contrôleurs relatif à la saisine du JLD (1C) comporte *a priori* une erreur quant aux durées devant y donner lieu (mention de 48h pour l'isolement et 24h pour la contention, en lieu et place de 72h et 48h respectivement). Le formulaire relatif à l'information du JLD comporte une mention « Prescription continue ou séquentielle », mention qui n'apparaît pas adaptée.

<sup>49</sup> Notamment pour les calculs automatiques des durées pour les mesures à intervalle de moins de 48h ou sur une période glissante de 15 jours. Ce type d'outil a pu être sollicité, mais sans suite, visiblement dans l'attente du déploiement préalable d'un nouveau logiciel informatique sur l'ensemble du CHU (*Easily*), mais dont la psychiatrie pourrait ne pas bénéficier à court terme.

<sup>50</sup> En 2023 : un patient isolé 55h et soumis à deux mesures consécutives de 17 heures d'isolement, sans information du JLD.

organisé s'agissant du fait de prévenir ou non des proches et lesquels, le cas échéant. De fait, c'est parfois le tiers ou un membre de famille connu du service qui sera, de fait et par défaut, prévenu<sup>51</sup>. Les formulaires développés prévoient l'information du patient concernant son droit de demander à être entendu, son consentement à un échange téléphonique le cas échéant et le renseignement des éventuels motifs médicaux pouvant sinon faire obstacle, dans l'intérêt du patient, à son audition. Les demandes d'audition sont exceptionnelles. Les patients sont alors entendus par téléphone. Des outils permettant au patient de saisir le JLD ont aussi été développés<sup>52</sup>. Toutefois, aucune requête en levée émanant de patients ou de leurs proches n'a été recensée, sans pour autant que cette situation ne suscite de réflexion particulière. La traçabilité de la seconde représentation éventuellement faite au patient des informations obligatoires en cas de mesure prolongée, dès lors qu'il n'était initialement pas en mesure de recevoir l'information, n'est pas assurée. Seule l'impossibilité initiale est tracée.

### RECOMMANDATION 29

La démarche d'information du patient, en cas de mesure d'isolement ou de contention prolongée, si elle ne peut être menée à bien initialement, doit être renouvelée dès que l'état de ce dernier le permet, et une traçabilité être assurée. Le recueil de sa volonté quant aux personnes à éventuellement informer de ces mesures doit être anticipé.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *La procédure interne de l'établissement prévoit cette démarche d'information et son renouvellement en cas d'incapacité pour le patient d'être informé. Un rappel sur la mise en œuvre de la procédure sera réalisé dans les meilleurs délais. Comme mentionné à la recommandation 16, un travail est engagé pour améliorer la traçabilité de l'information donnée et sa traçabilité. En ce sens, les certificats médicaux seront dotés d'une case indiquant si le patient est en état ou non de recevoir l'information de notification. Cela permettra si nécessaire de porter à sa connaissance les mesures prises le concernant* ».

#### 6.2.5 La recherche d'alternatives

Des professionnels du pôle (IDE, AS, ASH, éducateurs et ergothérapeutes) ont pu bénéficier de formations pertinentes sur la prévention et la gestion de l'agressivité et de la violence en établissement de santé ou encore la prise en charge des situations de violence (24 suivis individuels en 2022, 12 déjà en 2023 au 1<sup>er</sup> septembre 2023). Des efforts de désescalade sont généralement déployés.

Le nombre de soignants formés à l'utilisation du seul espace *Snoezelen* disponible est aussi un enjeu. Aucun ne l'a visiblement été nouvellement en 2022, mais une session de formation était programmée en décembre 2023 pour 15 soignants. Par ailleurs, il n'existe pas de perspective claire

<sup>51</sup> Si une note signale bien l'attention à porter à une volonté contraire du patient, les pratiques actuelles ne garantissent pas nécessairement le respect de cette volonté et du secret médical (cf. art. L. 3222-5-1 et Instruction n°DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 : *L'information des proches doit tenir compte de l'intérêt et de la volonté du patient, notamment lorsque ce dernier a explicitement exprimé son opposition au contact de certaines personnes parmi les proches ou ne souhaiterait pas faire connaître son hospitalisation. Cette opposition est tracée dans le dossier du patient*).

<sup>52</sup> Une requête type peut être adressée au bureau des entrées ou un procès-verbal faire suite à une demande verbale auprès du directeur.

de création d'autres espaces d'apaisement, y compris dans le projet de projet médical 2021-2026 transmis aux contrôleurs (cf. § 6.1).

Les alternatives à l'isolement et à la contention sont peu réfléchies et formalisées. Il n'y a pas de directives anticipées (cf. § 8.4.1) ou de plans de prévention partagés établis avec les patients, susceptibles aussi d'aider à prévenir certaines situations de crises. Des reprises (débriefings) post-mesure avec les patients peuvent avoir lieu, notamment lors des entretiens médicaux, mais ils ne sont pas systématiques. La question est parfois simplement réabordée en réunion d'équipe.

### RECOMMANDATION 30

Des débriefings systématiques doivent être organisés avec les patients, à des fins de prévention du recours à l'isolement et/ou à la contention.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Il existe des temps prévus dans les protocoles des services concernés insuffisamment développés et mis en œuvre. Un rappel sera prévu en ce sens dans les équipes avec une traçabilité dans le dossier du patient* ».

## 6.3 LE REGISTRE ISOLEMENT/CONTENTION N'EST PAS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES ET LA POLITIQUE DE LIMITATION DU RECOURS A CES MESURES PAS CLAIREMENT DEFINIE

### 6.3.1 Le registre d'isolement et de contention

Un registre d'isolement/contention peut être édité par requête sur l'intranet (onglet rapports, « registre isolement/contention ») mais son paramétrage ne permet pas d'extraire des données exhaustives, fiables et exploitables répondant pleinement aux attendus du code de la santé publique<sup>53</sup>. Le statut de certaines mesures est incertain (ex. mention « planifiées » ou « en cours ») et plusieurs informations obligatoires n'apparaissent pas (âge du patient, mode d'hospitalisation, nom des professionnels ayant surveillé les mesures). Le registre actuel ne permet pas non plus d'évaluer précisément et donc de confronter les pratiques des différentes unités<sup>54</sup>. Hormis aux fins d'élaboration du rapport annuel, aucune extraction du registre, à des fins d'analyse, n'a été récemment sollicitée auprès du bureau des entrées ou du DIM, que ce soit par le pôle, le groupe de travail dédié (cf. § 6.3.2) ou encore les équipes des unités. Aucune communication du registre n'a été sollicitée par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), inactive depuis 2022.

<sup>53</sup> Cf. Art. 3222-5-1-III. : « Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, un identifiant du patient concerné ainsi que son âge, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. (...) ».

<sup>54</sup> A raison notamment des mesures mises en œuvre dans une unité autre que celle d'hospitalisation, mais qui sont tracées par la première des deux.

**RECOMMANDATION 31**

Le registre de l'isolement et de contention doit renseigner l'ensemble des informations prévues par le code de la santé publique. Il doit permettre d'évaluer les pratiques de chacune des unités d'hospitalisation et être régulièrement exploité à des fins d'analyse et de réflexion.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Deux audits seront prochainement organisés sur le pôle de psychiatrie : un audit concernant la tenue du registre ; un audit sur les pratiques d'isolement et de contention. Les critères d'évaluation seront précisés en lien avec l'analyse des pratiques et la démarche qualité et d'amélioration continue du CHU. L'analyse actuelle réalisée par un professionnel consiste à suivre les variations en volume des dossiers SSC avec comparaison sur l'année précédente. Un travail sur la fiabilisation du requêtage est en cours pour le second semestre 2024, associant le DIM et la DI. A partir de cette extraction fiabilisée, les résultats seront communiqués au GRESPIC et aux unités pour définir et mettre en œuvre des actions d'amélioration ».

### 6.3.2 La politique de l'établissement

Un retard significatif a été pris dans l'édition du rapport annuel obligatoire, qui constitue en principe un outil de référence de la politique de limitation du recours aux mesures d'isolement et de contention. A la date du contrôle, seul celui pour l'année 2021, édité en mars 2022, était disponible. Ce dernier reste lacunaire et n'intègre pas les pratiques tracées au niveau du service des urgences, pour des patients ensuite hospitalisés au sein des unités de psychiatrie. Si plusieurs actions à entreprendre y sont listées, plusieurs devaient encore l'être. Faute aussi de rapport édité pour l'année 2022, les pratiques de l'établissement n'ont pas fait l'objet de discussions récentes au niveau des instances. Ainsi, si le rapport pour l'année 2021 avait pu être discuté en commission médicale d'établissement (CME) ainsi qu'en commission des usagers (CDU), ni cette dernière, ni le conseil de surveillance – où le sujet n'a été abordé ni en 2022, ni en 2023 à date du contrôle – ne semblent avoir rendu d'avis<sup>55</sup>.

Il n'a pas été recensé d'autres documents du pôle abordant substantiellement la thématique. Si le projet médical 2021-2026 (non validé par l'ARS) l'évoque brièvement, la réflexion qu'il envisage sur une éventuelle « unité de soins intensifs sécurisée », où pourraient être regroupées les chambres d'isolement, interroge et inquiète plusieurs professionnels du pôle. Au niveau de l'établissement, seul le projet des usagers du CHU (2022-2025) prévoit de s'assurer de la pertinence du recours à ces mesures restrictives de liberté, et du respect de la réglementation, et avance un objectif de diminution des mesures d'isolement et de contention supérieures à 48h et 24h respectivement. Aucune évaluation, à partir des indicateurs définis dans ce projet, n'était toutefois en cours à date du contrôle.

L'établissement dispose d'un groupe de réflexion et d'analyse sur les pratiques d'isolement et de contention (GRESPIC), prolongement d'une EPP mise en place en 2016. Celui-ci vise à associer les différents praticiens et soignants référents des unités. La mobilisation effective de l'ensemble des

<sup>55</sup> Il est attendu un rapport « rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de la mise en œuvre » (cf. art. L. 32225-5-1 CSP). Pour mémoire, l'instruction DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 fait mention des données qualitatives et quantitatives attendues (cf. 2.3.2 Utilisation et restitution des données du registre). La transmission pour avis du rapport annuel à la CDU et au conseil de surveillance doit intervenir au plus tard le 30 juin chaque année.

professionnels concernés (y compris des urgences), et la fréquence des travaux (deux réunions seulement depuis le début de l'année 2023, à date du contrôle) restent des enjeux pour insuffler une réelle dynamique institutionnelle, y compris sur les points évoqués précédemment.

Les référents désignés au sein du pôle et des différentes unités concernant la thématique sont actifs dans la réactualisation des compétences des équipes (ex. pour la mise sous contention) mais ces efforts ne sont pas systématiquement tracés. L'actualité de ces références et la définition claire de leurs missions doivent également faire l'objet d'une vigilance particulière.

### RECOMMANDATION 32

Le rapport annuel sur l'isolement et la contention doit être régulièrement édité, rendre compte de l'ensemble des pratiques (urgences psychiatriques comprises), de la politique de limitation du recours à ces mesures et de l'évaluation faite de sa mise en œuvre. Il doit être soumis à la commission des usagers ainsi qu'au conseil de surveillance pour avis.

Le projet du pôle de psychiatrie doit également présenter des volets spécifiques de cette politique.

Le groupe de réflexion et d'analyse sur les pratiques d'isolement et de contention (GRESPIC) doit se réunir régulièrement et associer l'ensemble des référents concernés. Les missions de ces derniers doivent être précisées.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Le rapport 2022 a été présenté à la CDU lors de sa séance du 10 novembre 2023. Le prochain rapport 2023 sera présenté aux instances en 2024 des pôles concernés (urgence psychiatrie et des instances du CHU). Il est précisé que ce type de rapport n'est pas directement ciblé dans les compétences du conseil de surveillance et que l'exploitation des données doit être ciblée sur les acteurs des prises en charge. La gestion du registre, l'évaluation des isolements et des contentions est menée au niveau du CHU (gériatrie, urgences, psychiatrie) dans l'objectif d'améliorer la sécurité des soins, le respect des droits des patients. Ces éléments sont examinés par le GRESPIC, co-porté par un psychiatre et l'encadrement supérieur du pôle. Ses missions définies sur le pôle sont : rédaction annuelle du rapport sur les bonnes pratiques de limitation du recours à l'isolement et la contention (Rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de mise en œuvre d'une contention prévue par l'article L.3222-5-1 du Code de la Santé Publique (article 72 de la loi du 26 janvier 2016)); mise en œuvre, coordination et suivi des actions d'amélioration ; mise à jour des procédures. La structuration du GRESPIC va être améliorée en complément du déploiement du logiciel Planipsy permettant de disposer d'outils de suivi permettant les évaluations et les propositions d'actions ».

## 7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 7.1 LA CDSP NE REPOND PAS A SES MISSIONS ET LES REPRESENTANTS DES USAGERS N'INTERVIENNENT PAS DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION

#### 7.1.1 La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP)

La commission départementale des soins psychiatrique (CDSP) n'est pas en mesure d'exercer ses missions. En juin 2022, une partie de ses membres ont été renouvelés mais sans médecin généraliste ni second représentant des usagers, faute de candidature. Le psychiatre libéral désigné a démissionné le 8 juin 2023 et l'unique représentante des usagers, membre de l'UNAFAM, « ne donne plus de nouvelles » selon l'ARS. *In fine*, la CDSP ne compte plus qu'un psychiatre hospitalier relevant du CH de Thiers.

Le dernier rapport d'activité, pour l'année 2022, a trait à l'ensemble des établissements du département, sans distinction. Il ne comporte que des données chiffrées concernant le nombre d'hospitalisations en SSC dans le Puy-de-Dôme. Il n'y est fait état d'aucune réclamation traitée, demande d'information auprès du CHU, ni visite de l'établissement. La CDSP ne s'est pas déplacée au CHU depuis 2020.

Au regard du caractère virtuel de la CDSP, sa mission de contrôle et le droit des patients en SSC de la saisir le sont tout autant.

#### RECOMMANDATION 33

La commission départementale des soins psychiatriques doit être constituée de toute urgence par l'agence régionale de santé et exercer pleinement ses prérogatives de contrôle et sa fonction de recours pour les patients.

Dans sa réponse la directrice générale de l'ARS précise : « Nous vous informons que l'ARS a trouvé récemment un représentant de l'UNAFAM qui accepte d'y siéger. Par contre, malgré nos recherches actives, nous n'avons toujours pas trouvé à ce jour de médecins qui acceptent d'en faire partie. Cette recherche va donc continuer ».

#### 7.1.2 La place des usagers

En commission des usagers (CDU), la psychiatrie est représentée au travers de l'UNAFAM 63 qui compte un membre titulaire parmi les quatre représentants des usagers désignés<sup>56</sup> (titulaires et suppléants). Les représentants des usagers disposent d'un local d'accueil dans l'hôpital, l'UNAFAM n'y tient cependant aucune permanence et ne se rend que très occasionnellement au sein du pôle de psychiatrie. Quelques informations sont affichées au rez-de-chaussée des bâtiments sur le rôle de la CDU, avec indication des noms et adresses électroniques des représentants des usagers. Néanmoins, aucune affiche, ni flyers relatifs à l'UNAFAM et aux autres associations représentantes des usagers ne sont mis à disposition des patients et de leurs proches au sein des unités. De fait, elles ne sont pas identifiées par les patients. Le représentant de l'UNAFAM indique ne pas recevoir de sollicitations de leur part, ni de leur famille.

<sup>56</sup> Visite des malades en établissements hospitalier (VMEH), association pour le droit de mourir dans la dignité (ADMD), association François Aupetit concernant la maladie de Crohn.

Bien que les sujets de réclamations ne manquent pas, notamment au sujet des conditions matérielles d'hébergement, peu sont portées en CDU, dont la fonction reste méconnue. Il n'est fait mention que de deux réclamations depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 (l'une liée à l'introduction de stupéfiants dans les services, l'autre à des questionnements sur les traitements mis en place) ; cinq en 2022. En moyenne, les réclamations sont traitées dans un délai de 36 jours. La CDU se réunit onze fois par an.

La CDU a proposé, le 31 août 2021, un projet des usagers 2022-2025 intégrant trois points spécifiques à la psychiatrie : « s'assurer que les personnes hospitalisées en psychiatrie bénéficient de tous leurs droits », « faire diminuer le nombre des mesures d'isolement pratiquées au-delà des recommandations de la HAS », et une troisième concernant les mêmes ambitions au sujet de la contention. Dans cette perspective, la constitution d'indicateurs de contrôle a été préconisée : nombre de mesures d'isolement et contention supérieures respectivement à 48h et 24h dans l'année en cours et la précédente. Toutefois, le projet des usagers n'a pas fait l'objet d'un suivi de la part des membres de la CDU ; or, concrètement, ces indicateurs pourtant essentiels à toute analyse des pratiques n'ont pas été constitués (cf. § 2.2).

#### RECOMMANDATION 34

Les patients en soins sans consentement doivent être informés du rôle et des modalités de saisine de la commission des usagers et bénéficier d'un contact direct et régulier avec ses représentants.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Le livret d'accueil de l'établissement et le site internet du CHU incluent les modalités d'information et de recours aux représentants des usagers. Les affiches dans les unités ont été remises à jour. Le livret d'accueil spécifique à la psychiatrie en cours d'élaboration (cf. recommandation 9 et 15) précisera également les modalités de saisine de la CDU et les moyens de communication des représentants des usagers ».

### 7.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE REpond PAS AUX EXIGENCES LEGALES ET NE PERMET PAS UN CONTROLE DE LA SITUATION INDIVIDUELLE DES PATIENTS

Le registre, ou livre de la loi, est tenu par les agents du bureau des entrées du pôle sur un modèle normalisé. Aucun des registres ouverts n'a été visé depuis plusieurs années par les autorités concernées (président et procureur près le TJ de Clermont-Ferrand, préfet, maire et CDSP).

Hormis les informations relatives à l'identité du patient et ceux du tiers, la date d'entrée et les éventuelles mesures de protection renseignées au moment de l'admission, aucun autre élément n'est ajouté au registre avant que le patient n'ait quitté l'hôpital. Une fois sa sortie intervenue, un récapitulatif imprimé listant, par ordre chronologique, les différents certificats médicaux, décisions du directeur et ordonnances du JLD intervenus est collé dans le registre. Ce récapitulatif peut de plus présenter des erreurs ; ainsi, est-il indiqué pour une patiente ayant quitté l'établissement : « Ordonnance du JLD du 11.07.2023 levée » alors que l'ordonnance datait en réalité du 7 juillet et se prononçait sur un maintien de la mesure.

Aucun des documents expressément énumérés à l'article L3212-11 du CSP<sup>57</sup> n'est annexé au registre et la mention de la date de délivrance des informations exigées aux a et b de cet article n'y apparaît pas.

Ce registre très incomplet ne répond pas aux exigences légales et ne permet aucun contrôle en temps réel de la situation individuelle des patients et de l'évolution de la mesure de contrainte.

### RECOMMANDATION 35

Le registre de la loi doit être renseigné en temps réel. L'ensemble des informations et documents énumérés par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique doivent y figurer.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Cette recommandation fera l'objet d'un audit récurrent organisé en lien avec la direction de la qualité comme mentionné dans la recommandation n°31 ».

## 7.3 LE CONTROLE DES MESURES D'HOSPITALISATION PAR LE JLD EST EFFECTIF

Une convention de juillet 2014 organise les audiences du JLD qui se tiennent toutes dans les locaux du CH Sainte-Marie, que les patients soient hospitalisés dans cet établissement, au CHU ou au CH de Thiers. Les audiences se tiennent deux fois par semaine, les mardis et vendredis matin.

### 7.3.1 L'organisation de l'audience

L'avis d'audience valant convocation et son récépissé sont envoyés par le greffe du JLD, dans les jours précédant l'audience, au bureau des entrées qui les transmet à l'unité concernée. La convocation est supposément remise contre récépissé signé par le patient, ou bien par deux soignants si le patient est dans l'impossibilité de signer. Néanmoins, il arrive qu'elle ne soit pas laissée au patient mais renvoyée au bureau des entrées.

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. Sur ce point, la convocation précise : « si un avocat, choisi par vos soins, vous assiste dans la procédure, celui-ci défendra vos intérêts à l'audience ; à défaut, l'avocat d'office vous assistera ». Cette formulation est particulièrement malheureuse puisqu'elle peut laisser entendre au patient qu'un avocat commis d'office n'assurera pas la même défense de ses intérêts qu'un avocat choisi.

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

---

<sup>57</sup> Aux termes de l'article L.3212-11 du CSP, sont transcrits ou reproduits dans les 24h les nom, prénoms, profession, âge, domicile du patient ; la date admission ; les nom, prénoms, profession et domicile du tiers demandeur ; la date de délivrance des informations mentionnées aux a et b article L.3211-3 du CSP [notifications décision admission et toutes décisions / notification des droits et voies de recours et garanties] ; le cas échéant, mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; les avis et certificats médicaux ainsi que les attestations ; la date et le dispositif des décisions rendues par le JLD ; la levée des mesures autre que celles mentionnées au 7° (décisions JLD) ; les décès.

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.

### RECOMMANDATION 36

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 L.1111-7 du CSP relatif à la communication du dossier médical.

L'avis d'audience doit être modifié en ce sens et, par ailleurs, ne plus laisser apparaître d'ambiguïté sur le rôle de l'avocat qu'il soit choisi ou commis d'office.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le CHU vérifiera que chaque patient a eu connaissance des documents constituant son dossier d'hospitalisation sans consentement (décision d'admission, notification, certificat médical, saisine du JLD...). Concernant l'avis d'audience et le rôle de l'avocat, le CHU n'est pas compétent sur cette recommandation* ».

Les locaux affectés au JLD, convenablement indiqués, comptent une salle d'audience, un local permettant l'entretien individuel avec l'avocat et un espace d'attente.

L'audience se déroule pour les patients présents dans des conditions très respectueuses des droits du patient. Cependant, selon les propos recueillis, des patients du CHU se présentent fréquemment en pyjama à l'audience, ce qui constitue une atteinte à leur dignité.

### RECOMMANDATION 37

Afin de respecter la dignité des patients, l'établissement doit veiller à ce qu'ils puissent se présenter devant le JLD en tenue de ville et non en pyjama.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le CHU s'engage sur la modification des pratiques lors des audiences avec le juge des libertés. Ce point a été abordé lors de la réunion du GRESPIC en présence de psychiatres, interne, cadres de santé et infirmiers pour que l'information puisse être transmise dans l'attente du livret d'accueil, livrable au second semestre 2024* ».

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 nulle part affiché au sein du pôle de psychiatrie.

Les avocats intervenants sont inscrits sur une liste de volontaires. Selon les observations des contrôleurs et les propos recueillis, certains d'entre eux semblent ignorer totalement la matière. L'ordre des avocats doit assurer à ces avocats une formation régulière nécessitée par la complexité juridique de ce type de défense et par l'évolution de la législation.

### RECOMMANDATION 38

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 des personnes hospitalisées en soins sans consentement devant le juge des libertés et de la détention.

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

Les décisions du JLD sont annoncées à l'audience mais rédigées ultérieurement et notifiées par les soignants qui n'ont pas reçu de formation spécifique. De plus, selon les témoignages recueillis, les ordonnances ne sont pas systématiquement remises au patient après notification.

### RECOMMANDATION 39

Lors de leur notification une copie de la convocation devant le JLD et de l'ordonnance doit obligatoirement être remise au patient.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le CHU vérifiera que chaque patient a eu connaissance des documents constituant son dossier d'hospitalisation sans consentement (décision d'admission, notification, certificat médical, saisine du JLD...). Cf recommandation 36 ; des moyens visant à sécuriser la dispensation de l'information sont en cours d'étude et de mise en place type check-list* ».

#### 7.3.2 Les décisions

Pour l'ensemble des établissements du ressort du JLD de Clermont-Ferrand, en 2022, sur 720 décisions, 8 sont des décisions de mainlevées différées et 144 de constats de nullités.

Les trente-trois décisions du JLD, pour l'année 2022 et les huit premiers mois de l'année 2023, constatant des nullités ou des levées des mesures pour les patients du CHU ont été communiquées aux contrôleurs. Les motifs d'annulation sont variables : absence non motivée du patient à l'audience ou motivation médicale non valable car rédigée par un médecin participant à la prise en charge du malade ; saisine du JLD tardive ; défaut d'information du curateur ou tuteur ; défaut ou retard injustifié dans la notification des décisions et des droits au patient ; défaut de motivation de l'urgence ; défaut de notification des décisions d'admission aux tiers, etc.

## 8. LES SOINS

### 8.1 LES PATIENTS HOSPITALISÉS ONT INSUFFISAMMENT ACCÈS AUX ENTRETIENS PSYCHOLOGIQUES ET AUX ACTIVITÉS THÉRAPEUTIQUES

#### 8.1.1 L'organisation des soins dans les unités de psychiatrie

Pour rappel, le projet médical du pôle n'était pas validé lors de la visite et aucun projet d'unité n'a été communiqué.

Les patients bénéficient d'entretiens psychiatriques réguliers en présence d'un soignant<sup>58</sup>, pour leur évaluation clinique, l'adaptation de leur traitement et l'évocation de leur projet.

Différentes réunions institutionnelles sont tenues. Les transmissions infirmières<sup>59</sup> permettent des échanges pluriquotidiens sur l'évolution de l'état clinique des patients. Des réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires ou staffs, associant les intervenants des équipes hospitalières et ambulatoires, sont l'occasion d'aborder les projets de soins des patients. L'équipe de Pariou tient des réunions « cas complexe » bimestrielles, auxquelles sont invités tous les acteurs de la prise en charge du patient concerné.

Les patients ne bénéficient pas d'entretiens individuels avec des psychologues à Pariou, à Dôme et à Gravenoire.

#### RECOMMANDATION 40

Les patients concernés par l'indication doivent bénéficier d'entretiens réguliers avec des psychologues, afin notamment d'éviter toute rupture de ce soin spécifique éventuellement débuté en ambulatoire.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Sur indication médicale, les patients hospitalisés bénéficient de consultations de psychologue. Lorsque l'état du patient le permet, des permissions sont organisées afin de consulter leur psychologue de ville et d'éviter la rupture des soins* ».

Les patients de chaque unité bénéficient de façon progressive, adaptée à leur état clinique, de permissions de sortie de courte durée de 12 et de 48h. Le tiers demandeur en est informé.

La prise en charge en réhabilitation psychosociale est possible pour les patients de psychiatrie B indépendamment de leur statut d'hospitalisation. L'hôpital de jour (HDJ) du service dispose d'une équipe spécifique vers laquelle les patients faisant l'objet d'une indication sont orientés. Le pôle a par ailleurs mutualisé des activités de réhabilitation psychosociale en ambulatoire avec le CH Sainte-Marie, réalisées dans des locaux partagés au sein de la ville de Clermont-Ferrand.

Les patients ne bénéficient d'aucune réunion « soignant-soigné » dans les unités.

<sup>58</sup> Majoritairement une IDE, parfois un psychologue ou un AS.

<sup>59</sup> Réunions de transmission IDE : 6h00-6h15, 13h00-13h30, 20h15-20h30 tous les jours.

### RECOMMANDATION 41

Des réunions soignants-soignés, qui favorisent l'expression collective des patients, doivent être tenues dans toutes les unités.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Des temps soignants-soignés sont mis en place lors de repas thérapeutiques, ateliers occupationnels et thérapeutiques. Des plannings hebdomadaires sont en place dans les tous HDJ. Un repas thérapeutique est proposé tous les jours. Dans les unités d'hospitalisation complète, des planifications sont établies en infra de manière hebdomadaire, mensuelle (ateliers, repas thérapeutiques) ou annuelle (sorties, séjours thérapeutiques d'entraînement aux habilités sociales). Le rythme varie selon les patients accueillis et leurs symptômes d'une part, leur volonté de participation, ainsi que le personnel présent d'autre part (effectif, compétences développées). En fonction de leur projet de soins, les patients peuvent bénéficier des ateliers organisés en semaine ouverte par les CATTP et des HDJ* ».

Les soignants des unités ne bénéficient d'aucune réunion de supervision ni d'analyse des pratiques professionnelles.

Les patients dont l'état clinique *stricto sensu* ne justifie plus l'hospitalisation, relevant de prises en charge sociales ou médicosociales restées sans solution, sont inégalement répartis entre les unités, au motif de leurs spécificités d'accueil. Une dizaine de patients sont ainsi hospitalisés à Dôme, qui accueille des patients psychotiques chroniques ; deux à Pariou, plus centré sur la prise en charge des troubles de l'humeur et deux à Gravenoire, qui ont présenté des épisodes d'intoxications pendant l'hospitalisation. Les hospitalisations d'une durée de plus de six mois sont exceptionnelles à Berlioz, où une patiente déficiente mentale a bénéficié pendant plusieurs mois de l'aide d'une auxiliaire médicopsychologique (AMP) mobilisée par l'ARS. Les informations communiquées à Ravel font état de nombreux patients toujours hospitalisés en raison de difficultés d'accès à l'hébergement dans des logements ou des structures adaptées. Les équipes font face, lors de l'élaboration des projets de sorties, à l'insuffisance de structures de logement telles que logement social, foyer d'hébergement, EHPAD ou foyer d'accueil médicalisé (FAM) (cf. § 8.3).

Les patients ont le plus souvent accès à la lecture et à la copie de leur dossier médical selon les dispositions légales, excepté certains hospitalisés en SSC à Pariou, au motif d'un refus médical.

### RECOMMANDATION 42

Tous les patients doivent pouvoir obtenir lecture et copie de leur dossier médical, selon les dispositions légales.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Une procédure institutionnelle prévoit la communication des dossiers médicaux aux patients ou leurs ayants-droits à leur demande en*

lien avec le Département d'information médicale. Elle est accessible par le biais du livret d'accueil (page 18) et du site internet de l'établissement ».

### 8.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Plusieurs patients ont explicitement rapporté un sentiment d'ennui prégnant dans les unités : « je m'ennuie à fond et ça me rend fou », « on se meurt d'ennui, ce serait bien de changer ça », « on passe notre temps à fumer sur le parking devant les bâtiments ».

Les unités disposent d'une salle de télévision, de quelques jeux de société peu utilisés, et de quelques livres accessibles ou sous clef sans que les patients en connaissent l'existence. Une table de ping-pong est disponible au rez-de-chaussée du bâtiment A.

#### RECOMMANDATION 43

Les patients doivent bénéficier, de façon équivalente entre les unités, du matériel nécessaire aux activités occupationnelles, afin de favoriser leur socialisation et de prévenir un sentiment d'ennui marqué.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Un budget est attribué annuellement et est réparti en fonction des projets de chaque unité. Des programmes d'animation dans chaque unité ont été remis en place. La planification, la mise en routine d'activités à visée occupationnelle et thérapeutique permet de donner des repères aux bénéficiaires. L'adaptation des activités au public est toutefois essentielle et la constitution de groupe est pensée pour à la fois socialiser les usagers et leur offrir un cadre sécurisant et sécurisé. Il est à noter que le choix du patient est respecté et il peut refuser à la dernière minute de participer à l'activité. Pour maintenir des ateliers, des patients d'unités différentes sont parfois regroupés. Une nouvelle cuisine thérapeutique a été mise en service dans l'unité Vivaldi. Des activités cuisines regroupant des usagers de différents services ont déjà été proposés. Par ailleurs, le projet culture à l'hôpital est déployé sur le pôle de psychiatrie en lien avec la direction en charge du projet. A titre d'exemple, un groupe de composition musicale a ainsi été constitué pour les jeunes autour d'une artiste. Les activités sont reconduites avec des recherches de financements associés. Les espaces ateliers ou occupationnels (en sus de ceux mentionnés au point 44) sont prévus dans le cadre du projet de modernisation ou d'amélioration des prises en charge actuelles dans les locaux existants. Il est souhaité que des mutualisations d'espaces et d'activités soient étudiées, notamment pour favoriser le décloisonnement entre services. Un travail sera conduit avec les équipes pour rendre les espaces attractifs : peinture, thématique de l'espace, accessibilité renforcée, espaces de jeux collectifs. Dans le cadre de leur projet de soins, au cours de l'hospitalisation, les équipes recueillent tant que possible les centres d'intérêt des usagers pour orienter l'offre d'activités occupationnelles ».

L'accès aux activités thérapeutiques est hétérogène au sein des unités. L'équipe de Berlioz mobilise IDE, psychologue et ergothérapeute pour la dispensation d'activités. Elle propose un accès à l'espace Snoezelen de l'unité, de nombreuses activités médiatisées régulières, indiquées sur

prescription médicale et présentées sur un planning affiché<sup>60</sup>, un repas thérapeutique mensuel<sup>61</sup>, des séances hebdomadaires de « ciné-débat » et de méditation en pleine conscience avec la psychologue, et des sorties accompagnées à l'extérieur lorsque l'effectif le permet<sup>62</sup>. Ces activités concernent toutefois un nombre restreint de patients, n'excédant pas cinq quotidiennement.

L'équipe de Pariou a signalé son souhait de l'élaboration d'un projet d'unité recentré sur la prise en charge du patient et incluant un renforcement des activités proposées, décrites comme insuffisantes. Les IDE ont évoqué une disponibilité et un effectif insuffisants pour les activités thérapeutiques, au motif partiel de ceux dévolus aux activités de recherche (projet « eskétamine ») et à l'organisation de l'activité ECT (*cf. infra*). Les IDE souhaiteraient développer des activités massage, yoga et relaxation. Aucune activité accompagnée à l'extérieur ni aucun repas thérapeutique ne sont mis en œuvre. Les patients ont accès à l'ergothérapie deux demi-journées hebdomadaires et aux activités sportives un après-midi par semaine.

La prise en charge en ergothérapie des patients de Dôme, qui ne dispose d'aucune salle dévolue aux activités, est limitée à deux demi-journées hebdomadaires et concerne également un nombre restreint de patients, 7 des 25 lors de la visite. L'activité de sport ne leur est accessible qu'une heure par semaine. Ils peuvent bénéficier de quelques activités de groupe à l'extérieur lorsque l'effectif le permet (pique-nique au lac, sortie au cinéma).

L'équipe de Ravel a mentionné l'arrêt de l'activité hebdomadaire « cuisine thérapeutique » et son absence de disponibilité pour des activités thérapeutiques, au motif du nombre de patients nécessitant des soins de nursing et un accompagnement pour la réalisation de la toilette. Cinq à dix patients sont orientés vers l'ergothérapie sur prescription médicale, jusqu'à trois fois chaque semaine.

Le nombre d'activités a été qualifié d'insuffisant à Gravenoire, au motif du manque de personnel et de budget dévolu. L'équipe propose toutefois des réunions thématiques (« mieux fumer », « tabac et cannabis »), des séances ciné-cure (film concernant les addictions suivi d'une discussion), un atelier « feelgood » (évoquant des émotions au moyen de l'écrit), deux randonnées par mois (excepté lors des mois de juillet et août), deux repas thérapeutiques mensuels, des activités pâtisserie et jeux et des séances sportives individuelles ou de groupe.

Le pôle compte 3,6 ETP d'ergothérapeute (1 à 0,8 et 1 à 100 % pour la psychiatrie B ; 2 à temps plein pour la psychiatrie A, dont 1 en congé maternité non remplacée). Un moniteur de sport intervient également.

Les locaux dévolus associent au rez-de-jardin de chaque bâtiment plusieurs petites salles d'activité et de stockage et deux grandes salles de 30 m<sup>2</sup>. Ces dernières sont vétustes, les murs gris et sales présentent par endroits des auréoles de fuites d'eau (pour lesquelles les travaux sollicités n'ont pas été réalisés au bâtiment B) ; elles sont équipées de tables et de matériel divers. La venue dans les locaux peut également être libre, pour prendre un café ou emprunter un livre.

---

<sup>60</sup> Pour exemple, le planning prévu lors de la visite : activité belote le 13 août, trois patients en séance individuelle en salle *Snoezelen* le 15 août, un patient en salle *Snoezelen* le 16, sortie cafétéria avec deux patientes le 18, peinture sur soie avec l'ergothérapeute le 22, macramé et peinture sur soie avec l'ergothérapeute le 25, séance en salle *Snoezelen* avec un patient les 27 et 30, massage pour un patient le 4 septembre, séance de mots fléchés le 6, jeu de UNO le 7.

<sup>61</sup> Trois à quatre patients sont encadrés pour le choix du menu avec un budget fixé à l'avance, les achats à l'extérieur, et la réalisation du repas dans la cuisine thérapeutique située au rez-de-chaussée du bâtiment.

<sup>62</sup> Une sortie récente au musée Michelin avait été réalisée.

Les ergothérapeutes se rendent dans les unités pour rencontrer les patients hospitalisés en SL comme en SSC et reçoivent ceux des HDJ des deux services également concernés par une indication médicale. Ils proposent aux patients un rendez-vous d'entretien de 30 à 60 min, nécessaire à l'établissement des objectifs de prise en charge, des axes d'accompagnement et de leur déroulement (type et nombre de séances). Les ergothérapeutes effectuent aussi l'évaluation des personnes qui se rendent en consultation au centre expert « schizophrénie » les vendredis après-midi. Une vingtaine de patients est ainsi quotidiennement accueillie en semaine. Une séance dure 45 à 60 min, adaptable selon l'état clinique des patients pris en charge. Des créneaux horaires d'une heure sont donnés pour pouvoir accorder du temps à plusieurs patients simultanément pendant une même activité.

Aucun rapport de l'activité de l'ergothérapie n'est établi.

#### RECOMMANDATION 44

Les patients qui font l'objet d'une indication spécifique doivent bénéficier, de façon équivalente entre les unités, de prises en charge en activités thérapeutiques répondant aux besoins de leur état clinique, et dispensées par un nombre adapté d'intervenants spécialisés, dans des locaux ergonomiques dont l'état respecte la dignité.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Pour toutes les hospitalisations (temps complet ou ambulatoire) les professionnels ont développé des compétences spécifiques ou formés à des outils thérapeutiques animent des séances individuelles ou collectives (ETP, socio-esthétique, médiation animale, méditation en pleine conscience Snoezelen, animations culturelles, randonnées, activités sportives et piscine en pédopsychiatrie). En addictologie, l'équipe de liaison anime des ateliers ouverts à tous les patients. Une équipe mutualisée d'ergothérapeutes sur chaque bâtiment répond aux projets des services et activités individuelles sur prescription médicale. En 2023, sur 4 ETP ergothérapeute, 1 poste n'a pu être assuré en raison d'absentéisme. Les ergothérapeutes animent a minima 1 atelier par unité par semaine. Parallèlement, des accompagnements individuels se font en semaine ouvrée. L'activité sera tracée dans le dossier du patient les activités des ergothérapeutes. Un professionnel APA -activité physique adaptée- anime plusieurs séances quotidiennes de groupes avec des patients de plusieurs unités ».

#### 8.1.3 Les soins d'addictologie

Le pôle de psychiatrie dispose d'un service d'addictologie, historiquement développé et mis en œuvre par des psychiatres, et organisé selon un réseau inter-établissements qui comprend une ressource de lits d'hospitalisation à temps complet<sup>63</sup> et des structures ambulatoires<sup>64</sup>. Un projet d'évolution de l'unité Gravenoire vers une unité comprenant des lits d'hospitalisation réservés, 10 pour les patients d'addictologie et 10 pour les patients de psychiatrie présentant un trouble addictologique, a été signalé.

<sup>63</sup> Ressource en lits d'hospitalisation à temps complet en addictologie du réseau : unité Gravenoire du CHU (20 lits), CH Etienne Clémentel à Enval (35 lits), CH Thiers (15 lits).

<sup>64</sup> Structures ambulatoires du réseau d'addictologie : l'unité de soins, d'accompagnement, de traitement, d'information et de substitution (SATIS) du pôle de psychiatrie qui fonctionne sur le modèle d'un CATTP, l'HDJ addictologie du pôle de psychiatrie, l'équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) de Rioms.

Tous les addictologues du service sont psychiatres et s'organisent pour répondre de façon adaptée aux besoins des patients concernés. Un poste de PH à Gravenoire, un poste d'assistant spécialiste dans le service, ainsi qu'un poste de PH contractuel à l'ELSA sont vacants. Seul 0,4 ETP<sup>65</sup> des 2 théoriques de l'effectif médical de Gravenoire étant pourvu, les médecins ont signalé l'insuffisance de cet effectif pour assurer de façon adaptée une régularité des entretiens avec les patients. Des difficultés de recrutement ont été rapportées.

#### RECOMMANDATION 45

L'effectif médical de Gravenoire doit permettre aux patients de bénéficier d'entretiens psychiatriques selon une régularité adaptée à leurs besoins d'évaluation clinique, d'adaptation de leur traitement et d'élaboration de leur projet de soins.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Les difficultés de recrutement ont réduit en 2024 l'effectif de psychiatre à 4,7 ETP senior en 2024 pour toute l'activité d'addictologie (vs 7,67 en mars 2023). Des perspectives de recrutement d'un interne à l'automne 2024 et de fidélisation d'un temps partiel sont actées. Malgré les tensions sur les effectifs la continuité des soins est organisée et des staffs hebdomadaires sont proposés afin d'étudier chaque situation et d'évaluer les actions à mettre en œuvre dans le cadre du projet de soins et de vie de l'utilisateur* ».

Un PH du service de pneumologie assure une présence hebdomadaire pour les prises en charge de tabacologie.

La formation à l'addictologie dispensée aux IDE à l'IFSI a été décrite comme insuffisante. Le service organise une formation interne à l'occasion des staffs multidisciplinaires.

Les délais d'attente sont rapides, une réponse pouvant être apportée dans les 24h pour un rendez-vous de consultation dans les quinze jours s'agissant de la toxicomanie, de trois mois concernant l'alcool.

Les soins dans l'unité d'addictologie Gravenoire peuvent concerner des patients hospitalisés en SSC, ce qui a questionné les contrôleurs s'agissant du sens de la démarche. La « *préoccupation de ne pas s'inscrire dans une logique de contrainte* » a été apportée en réponse.

Les soignants de Gravenoire tiennent des réunions « échanger autour des addictions » concernant différents sujets relatifs à l'addictologie<sup>66</sup>, dont les patients sont informés par voie d'affichage dans les unités et auxquelles tous les patients du pôle peuvent s'inscrire. Cependant, les plannings ne sont pas affichés dans toutes les unités ou sont parfois obsolètes (Pariou), ne concernant que les réunions de la période du 24 janvier au 4 juillet 2023. De la même façon, celui des « jeudis du rétablissement », lorsqu'il est affiché, concerne la période du 15 juin au 7 septembre.

L'offre de soins ne concerne pas les mineurs, sauf de rares cas tenant de l'exception.

<sup>65</sup> Assuré par deux médecins à raison de 0,2 ETP chacun.

<sup>66</sup> Sujets des réunions : tabac et cannabis, faire le point sur le cannabis, comment mieux fumer.

## RECOMMANDATION 46

Les patients mineurs faisant l'objet d'indication de prise en charge en addictologie doivent pouvoir bénéficier du dispositif d'addictologie hospitalier et ambulatoire très diversifié mis en œuvre.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le lien existe entre le dispositif d'addictologie en place et l'unité de prise en charge des patients mineurs. Les actions sur les prises en charge des conduites addictives des jeunes mineurs sont en place : une offre de soins est indiquée aux 15-25 ans et leur famille avec le dispositif de consultation jeune consommateur, CJC, adossé au CSAPA. Elle est accessible via la MDA, maison des ados. La régularité de la tenue des jeudis de la réhabilitation doit permettre un affichage à destination des jeunes suivis en pédopsychiatrie ; une réflexion est portée au sein du pôle pour toutefois garantir un accès sécurisé à ce jeune public à des activités accueillant des adultes. Les équipes de liaison en addictologie sont justement sollicitées à la demande pour intervenir dans tous les services, tant en intra qu'en extrahospitalier. Le COPIL lieu de santé sans tabac LSST réfléchit pour assurer des permanences en pédopsychiatrie pour en effet accompagner les addictions des jeunes avec ou sans consommation de substances ».*

La continuité des soins addictologiques sur le secteur ambulatoire est organisée par les psychiatres lors de la sortie. Un HDJ « addictologie » est situé au rez-de-jardin du service, vers lequel les patients peuvent être adressés à la sortie, après une demande élaborée pendant l'hospitalisation, dans des délais brefs. Une approche dimensionnelle individualisée de réhabilitation psychosociale, adaptée à l'état clinique de chaque patient, selon une prise en charge intensive pendant une période de trois mois y est notamment accessible. Les suivis peuvent être conjoints. Une demande est évaluée au staff chaque semaine. 15 à 20 patients sont accueillis chaque jour. Un partenariat est développé avec deux associations pour les projets d'insertion professionnelle.

Le service fait partie d'un dispositif de juridiction résolutive de problèmes, travaillés avec la présidente du TJ, pour l'accompagnement de 15 patients.

### 8.1.4 L'électro convulsivothérapie

Le pôle dispose d'une unité d'électro convulsivothérapie (ECT), technique utilisée selon les indications *ad hoc*, après recueil et traçabilité du consentement du patient, les lundis, mercredis et vendredis matin entre 7h30 et 8h30.

Les patients proviennent du CHU ou sont adressés par des établissements de la région et parfois hors région. Ils sont en cours d'hospitalisation au CHU ou hospitalisés 24h avant la séance lorsqu'ils sont adressés. Ils bénéficient de séances à but curatif ou d'entretien.

L'équipe de la séance se compose du médecin responsable d'une unité (en alternance avec un docteur junior), d'un anesthésiste du CHU (trois participent à tour de rôle) et d'une IDE formée (plusieurs de Pariou se relaient pour cette activité).

Les séances se déroulent dans un unique local particulièrement indigne et inadéquat. La pièce exigüe et vétuste, située dans l'unité SATIS au rez-de-chaussée du bâtiment B, présente une superficie de 20 m<sup>2</sup>, une paillasse, un point d'eau et un placard le long du mur de droite, une fenêtre au fond et un système de climatisation mobile. Trois patients sont simultanément allongés sur des brancards, séparés par des rideaux de plastique de modèle « douche » qui ne préservent pas l'intimité lors de séances pratiquées successivement, deux patients étant témoins directs, visuels et

auditifs, de ce que vit le troisième. L'IDE et l'anesthésiste effectuent la prémédication du patient et la surveillance au scope de leurs constantes vitales. L'anesthésiste effectue une anesthésie brève, le psychiatre déclenche le choc pendant que l'IDE tient les électrodes ; une crise convulsive est déclenchée ou pas ; le patient se réveille surveillé par l'équipe ; il sera raccompagné par l'IDE présent ou une qui serait appelée en renfort pour ce faire. L'unité d'ECT ne dispose d'aucune salle d'accueil et de préparation des patients ni d'aucune salle de surveillance du réveil de l'anesthésie.



*L'indignité des conditions d'ECT pour trois patients allongés sur des brancards et séparés par un rideau de douche, sans aucune intimité*



*La paillasse et le système de climatisation de la pièce unique de l'unité ECT*

#### RECOMMANDATION 47

L'unité d'électro convulsivothérapie doit bénéficier, dans les plus brefs délais, des travaux permettant de garantir la dignité et l'intimité des patients, ainsi que l'ergonomie des soins, lors du déroulement des séances de cette activité.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Cette opération est inscrite au PPI 2024 selon une estimation de 150 000 €. Le calendrier prévisionnel de réalisation est le suivant : Finalisation de l'état des besoins et préparation de la consultation d'ici fin juin 2024 ; Procédure de mise en concurrence entre juillet et septembre 2024 ; Réalisation des travaux entre octobre et décembre ; Réception 3ème semaine de décembre 2024 ».

### 8.2 L'EFFECTIF DES GENERALISTES EST INSUFFISANT POUR REpondre DE FAÇON ADAPTEE AUX BESOINS DE PRISES EN CHARGE SOMATIQUES ET D'EDUCATION A LA SANTE ET A LA PREVENTION

Deux médecins généralistes assurent les soins somatiques des patients des six unités de psychiatrie A et B, l'un à 1 ETP pour quatre unités, l'autre à 0,4 ETP pour deux unités, et se remplacent lors de leurs périodes d'absences respectives. Les soins somatiques sont donc assurés en procédure « dégradée », à 0,4 ETP seulement lors des périodes de congés et de formations du généraliste exerçant à temps plein. Cet effectif ne leur permet pas par ailleurs de participer aux projets de soins, aux réunions institutionnelles ni d'effectuer des actions d'éducation à la santé et à la prévention. Une IDE de Berlioz formée à l'éducation thérapeutique a évoqué le projet d'animer des entretiens individuels avec les patients, sur indication médicale.

L'intégration des généralistes aux équipes de soins a été décrite comme perfectible et le turn-over des psychiatres comme une difficulté à créer des relations professionnelles durables et structurées.

#### RECOMMANDATION 48

L'effectif des médecins généralistes doit répondre toute l'année aux besoins de prise en charge des soins somatiques des patients, permettre leur participation aux réunions institutionnelles et aux projets de soins et la mise en œuvre d'actions d'éducation à la santé et à la prévention.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Chaque patient bénéficie d'une consultation à son arrivée. 1,4 ETP de médecine générale est dédié à l'évaluation somatique de chaque patient admis sur le pôle. Le fait que le pôle de psychiatrie soit intégré au CHU permet d'avoir des consultations internes, rapidement, de l'ensemble des spécialités. En dehors du service normal une procédure de prise en charge en urgence doit être formalisée (pour les urgences vitales et les urgences non vitales). En situation d'urgence, l'interne de garde avec le psychiatre de garde contacte soit les urgentistes soit le SAMU pour la prise en charge* ».

Les généralistes ne disposent d'aucun bureau spécifique dans les services ni d'aucune salle de soins équipée réservée aux soins somatiques. Les patients sont examinés dans la salle de soins infirmiers ou dans les chambres, multiples pour la grande majorité, sans respect de l'intimité ni de la confidentialité.

#### RECOMMANDATION 49

Les médecins généralistes doivent disposer de bureaux et de locaux d'examen spécifiques dans les unités, afin de garantir la dispensation de soins somatiques dans des conditions dignes et adaptées.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Dans le respect de l'intimité et de la confidentialité, les examens se font préférentiellement dans les chambres voire dans des bureaux de consultation existants. La définition du programme dans le cadre de la modernisation des locaux de psychiatrie permettra de statuer sur des locaux polyvalents ou des box de consultations dédiés* ».

Les patients sont examinés selon la charge de travail réelle du généraliste. Ceux provenant du SAU l'ont été aux urgences, ceux présentant un état clinique polypathologique le sont à l'entrée, et l'examen est différé au cours du séjour pour les autres. Les patients isolés sont examinés si le généraliste est présent ou contacté par l'équipe, mais de façon systématique dans les 24h à Dôme (cf. § 6.2.2). Les soignants peuvent joindre les généralistes par téléphone ou par courriel.

Les prélèvements biologiques réalisés sont acheminés par des coursiers et examinés par le personnel du laboratoire du CHU. Des prélèvements liés aux protocoles de recherche sont principalement effectués sur des patients hospitalisés à Pariou. Les résultats sont accessibles sur le logiciel RESLAB. Des difficultés de respect des délais d'acheminement vers le lieu d'analyse<sup>67</sup> ont été

<sup>67</sup> Ont été cités, par exemple, des cas de retard d'acheminement de prélèvements de gazométries sanguines vers le SAU qui dispose du lecteur spécifique pour les analyser.

rapportés. Les patients doivent dans ce cas subir le désagrément et la douleur de nouveaux prélèvements, pratiqués à l'aiguille. La réalisation des examens d'imagerie<sup>68</sup> n'appelle pas de commentaires.

### RECOMMANDATION 50

L'organisation de l'acheminement des prélèvements sanguins vers le lieu d'analyse doit garantir le strict respect des délais, afin de prévenir le désagrément pour les patients de la répétition douloureuse et inutile des prises de sang.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Les prélèvements sont acheminés par les navettes du CHU, des services de psychiatrie vers le centre de biologie (fiche 2 de la procédure jointe). Une fois analysés, les résultats sont disponibles pour le prescripteur sur l'outil informatique Cyberlab. L'analyse des prélèvements et des taux de non-conformité est réalisée par le pôle de biologie dans le cadre de la démarche qualité avec identification des causes propres au prélèvements et aux conditions d'étiquetage et de transport. La récente certification du COFRAC en 2024 n'a pas relevé de point d'attention en lien avec les prélèvements réalisés en psychiatrie. Cette analyse sera actualisée en 2024 afin d'objectiver cette recommandation et le cas échéant mettre en œuvre des actions correctives ».

Les hospitalisations spécialisées se font dans les services du CHU, directement en cas de situation clinique aiguë, après une évaluation au SAU sinon. La prise en charge des urgences somatiques est effectuée par le généraliste la journée. Le SMUR<sup>69</sup> est sollicité pour les situations urgentes impliquant la mise en jeu du risque vital<sup>70</sup>, stabilise le patient concerné et le transfère vers le service *ad hoc* sans évaluation préalable au SAU. Un soignant est détaché du service pour l'accompagnement du patient en cas de maintien de la mesure de SSC.

Les consultations externes de spécialités sont réalisées sans difficultés après le renseignement d'un bon de demande par le généraliste et le psychiatre, à l'exception de délais longs concernant certaines spécialités saturées. L'insuffisance de l'effectif de pneumologues notamment peut impliquer des délais de consultation dépassant douze mois. Les soins addictologiques sont pris en charge par des psychiatres du pôle (cf. § 8.1.3).

### 8.3 DE NOMBREUX FACTEURS COMPLIQUENT VOIRE RENDENT IMPOSSIBLES CERTAINS PROJETS DE SORTIE

Des permissions de sorties sont mises en œuvre pour la préparation des projets de sortie et de réinsertion, la réalisation de visites à domicile, parfois avec les ergothérapeutes. Les permissions de sortie accompagnées d'un soignant sont rares, au motif du manque de personnel.

Les assistants de service social (ASS) participent aux staffs d'étape du projet de soins lors du parcours d'hospitalisation et sont investies dans l'élaboration des projets de sortie. Elles associent les proches et peuvent établir des liens avec les employeurs avec l'accord du patient. Les ASS ont évoqué une forme d'épuisement professionnel devant l'accroissement de leur charge de travail. Elles ont

<sup>68</sup> Radiologie, tomodensitométrie, imagerie à résonance magnétique.

<sup>69</sup> SMUR : structure mobile d'urgence et de réanimation.

<sup>70</sup> Crise convulsive, infarctus du myocarde, embolie pulmonaire par exemple.

également souligné la détresse de nombreux patients lors de la période de pandémie de Covid, pendant laquelle la permanence des conseils départementaux a été fermée, laissant les usagers usuellement accueillis face à une précarisation brutalement accrue, au motif de la suspension d'aides financières, de coupures d'eau et d'électricité. Les délais longs, avoisinant les neuf mois, de traitement des demandes d'allocation adulte handicapé (AAH), de reconnaissance qualifiée de travailleur handicapé (RQTH) et d'orientation vers les foyers occupationnels (FO) ou les foyers d'accueil médicalisé (FAM) par la maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH) ont été rapportés.

### RECOMMANDATION 51

Les délais d'attribution d'une allocation, d'autorisation d'orientation en structure médicosociale spécifique et de reconnaissance qualifiée du statut de travailleur handicapé par la maison départementale des personnes handicapées doivent répondre aux besoins des patients concernés.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Les Assistants sociaux du service instruisent les demandes pour obtention d'allocation, d'aide et de reconnaissance de statut de travailleur handicapé et suivent leur évolution* ».

Les délais de nomination également longs, de quatre à six semaines pour un mandataire spécial et de plus de six mois pour un tuteur ou un curateur, ont également été signalés.

### RECOMMANDATION 52

Les délais d'évaluation des situations de mise sous protection juridique et de nomination d'un administrateur des biens ou de la personne doivent répondre aux besoins des patients concernés.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *En interne, les professionnels du service social des malades instruisent les demandes et suivent leur évolution. Le CHU n'est pas compétent sur les termes de la recommandation. La sensibilisation du juge des tutelles peut être envisagée en lien avec le procureur général* ».

Les orientations vers des solutions d'hébergement ont été qualifiées de particulièrement complexes, au motif de l'acceptation particulièrement insuffisante des dossiers proposés au service insertion accueil orientation (SIAO), qui n'accepterait en moyenne qu'un dossier proposé sur six, de l'insuffisance de la ressource de structures médicosociales pour lesquels les délais d'attente varient entre 3 et 4 ans, et de l'impossibilité de travailler en partenariat avec les bailleurs sociaux dont les délais d'attente sont les mêmes. L'unité Gravenoire a développé un partenariat avec le dispositif « un chez soi d'abord » et les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). La commission « réponse adaptée pour tous » (RAPT) de l'ARS a permis le financement d'un auxiliaire médicopsychologique (AMP) en contrepartie de l'accueil temporaire d'un patient de Berlioz hospitalisé depuis le mois de mai 2022 sans solution d'hébergement. Un partenariat est parfois possible avec des centres de réadaptation psychosociale, situés toutefois dans les villes éloignées de Brive-la-Gaillarde (Corrèze), Maurs (Cantal) et Clairevivre (Dordogne). Les réponses apportées par les intervenants du numéro « 115 » sont adaptées dans l'urgence, s'agissant notamment de personnes dépourvues de titre de séjour en cours de validité.

### RECOMMANDATION 53

La ressource de structures médicosociales territoriales et l'efficacité des partenariats à mettre en œuvre avec le service insertion accueil orientation et les bailleurs sociaux doivent répondre aux besoins des patients concernés.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *L'interface entre les structures hospitalières et le secteur médico-social constitue un élément essentiel du PRS 2023-2028. Des actions structurantes de collaboration et de partenariats avec des organismes et association, type Espérance 63, CHRS, « un chez soi d'abord », permettent de proposer des offres d'hébergement et de réinsertion. Le nombre de patients concernés est de 55, accueillis avec troubles psychiques sévères et addictologiques. La cellule du conseil local de santé mentale et la DAC traitant les cas complexes vise à orienter au mieux les patients relevant d'une prise en charge en structure sociale ou médico-sociale ».*

La mise en œuvre de relais de soins pour les patients de Gravenoire avec les médecins de ville, qualifiés d'opposants, ont été décrits comme difficilement réalisables, en l'absence par ailleurs de rencontre et de formation spécifiques.

### RECOMMANDATION 54

La mise en œuvre de partenariats spécifiques efficaces avec les médecins de ville doit permettre l'organisation de relais de soins adaptés pour les patients de l'unité d'addictologie.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Le CHU participe au conseil local de santé Mentale qui pilote des réunions régulières, associant divers intervenants des champs libéraux, sociaux, médico-sociaux pour limiter les ruptures de parcours de vie et promouvoir l'adhésion de l'usager. Les équipes de liaison en addictologie ELSA et ELSAT à l'échelle du territoire permettent d'orienter les usagers vers le dispositif CJC, consultations jeunes consommateurs, rattaché au CSAPA & à la MDA. En lien avec la médecine de ville le cas échéant. La mise en œuvre des CPTS du territoire permettant un maillage et l'identification de professionnels de santé (médecins, pharmaciens) pourrait assurer un suivi des prises en charges des patients présentant des conduites addictives. La tenue d'une journée thématique en addictologie, organisée par le PIEA en 2024, pôle inter établissement en addictologie, a permis d'aborder la question de l'accompagnement des pratiques addictives en dehors de toute structure sanitaire et d'envisager le concours des structures sociales, médico-sociales et de médecine de ville ».*

L'utilisation des programmes de soins est exceptionnelle. Aucun patient n'en faisait l'objet lors de la visite. La composition, la tenue du collège des professionnels de santé, et la rencontre collégiale et physique du patient ont été décrites comme conformes aux dispositions légales. Toutefois, le collège est rarement mis en œuvre, au motif de la brièveté des DMS des patients hospitalisés en SSC.

## 8.4 LES OUTILS DE SOINS FAVORISANT L'EXPRESSION DU CONSENTEMENT SONT TRES INSUFFISAMMENT MIS EN ŒUVRE

### 8.4.1 Les outils favorisant l'expression du consentement

Les projets de soins sont abordés lors des réunions institutionnelles en équipe pluriprofessionnelle auxquelles les patients ne participent pas. Ils sont expliqués au patient lors des entretiens avec le médecin. Les contrats de soins sont le plus souvent établis avec le patient sous forme orale, l'écrit étant principalement utilisé pour les projets de soins addictologiques. La signature d'un « *contrat de soins* » est proposée aux patients de Gravenoire.

Des psychiatres référents peuvent être désignés dans les unités lorsque l'effectif le permet mais aucune référence infirmière n'est mise en œuvre. Les familles peuvent être associées aux projets de soins en tant que de besoin et en tenant compte du consentement du patient.

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie ne sont pas mises en œuvre au CHU. Les soignants n'étaient pas informés des études récentes démontrant leur efficacité, s'agissant de la diminution des hospitalisations à temps complet en SSC<sup>71</sup> et de celle des coûts de santé des patients concernés<sup>72</sup>. Aucun médiateur de santé n'est formé ni recruté lors de la visite<sup>73</sup> pour son intervention dans les unités d'hospitalisation du pôle, malgré le bénéfice de leur intervention objectivement corrélé aux résultats des deux études précitées.

#### RECOMMANDATION 55

L'établissement doit mettre en œuvre la formation et le recrutement de médiateurs de santé pairs, et chaque patient doit pouvoir rédiger des directives anticipées incitatives en psychiatrie, au bénéfice de la prévention des hospitalisations et des soins sans consentement et de la diminution du coût de la santé.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Un pair aidant intervient dans le cadre du centre conjoint de Réhabilitation Psycho Sociale développé avec le CH de Sainte Marie. Un pair aidant, rémunéré dans le cadre d'un partenariat avec le CH de sainte marie, existe dans la prise en charge des troubles bi polaires. Un nouveau projet est en cours en addictologie. Par ailleurs, les « jeudis de la réhabilitation » proposés chaque semaine alternativement sur les services adultes A et B, permettent de garantir l'égalité d'accès à ce dispositif d'une part et le partage/échanges avec les patients et proches accueillis* ».

Les missions de la personne de confiance (PC) sont insuffisamment connues des équipes et mises en œuvre lors des projets de soins. Des confusions existent entre PC et personne à prévenir. Le formulaire de désignation n'est pas toujours renseigné, la PC est rarement contactée pour le recueil de son acceptation de sa désignation, et très peu sollicitée lors des étapes des projets de soins des

<sup>71</sup> Dr A. Tinland, « Efficacité des directives anticipées psychiatriques facilitées par un médiateur de santé-pair sur les hospitalisations sous contrainte pour les personnes vivant avec des troubles psychiques, un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, juin 2022.

<sup>72</sup> S. Loubière, « Les directives anticipées rédigées avec un pair-aidant sont coût-efficaces », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, avril 2023.

<sup>73</sup> L'intervention d'un médiateur de santé pair un an avant la date de la visite, et son non-remplacement depuis son départ ont été signalés.

patients. L'outil est donc peu mobilisé par les soignants qui évoquent plutôt la sollicitation des membres de la famille, et celle des curateurs et des tuteurs lorsque le patient fait l'objet d'une mesure de protection.

#### RECOMMANDATION 56

Les patients doivent être informés de leur droit de désigner une personne de confiance, qui doit être invitée à venir signer le formulaire d'acceptation de sa désignation et contactée pour son association aux différentes étapes du projet de soins.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Un audit spécifique à la psychiatrie réalisé en mai 2024 a conduit à l'identification des non-conformités ainsi que des leviers d'amélioration. Il est à noter la difficulté d'informer le patient à l'admission en cas de crise et du recueil de la signature de la personne de confiance. Un rappel aux pratiques attendues auprès des professionnels a été effectué dans les unités. Un nouvel audit sera diligenté fin 2024 sur l'ensemble des unités d'hospitalisation complète. Cet indicateur est suivi avec attention dans le cadre de la démarche qualité des soins du CHU* ».

#### 8.4.2 Le circuit du médicament

L'effectif du service de la pharmacie à usage interne (PUI) se compose de 23 pharmaciens, dont 6 assistants, et de 50 préparateurs en pharmacie<sup>74</sup>. Les pharmaciens assurent les missions internes à la PUI, la référence pharmaceutique des pôles cliniques et la coordination des sous-commissions de la commission du médicament et de dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Quatre à six COMEDIMS sont tenues par an pour le pôle de psychiatrie en fonction des sujets à développer. L'équipe de la pharmacie a présenté aux contrôleurs ses travaux psychiatriques de l'année 2022<sup>75</sup> et ses perspectives pour 2023<sup>76</sup>.

Les prescriptions ne sont pas vérifiées en l'absence de système informatique *ad hoc*<sup>77</sup>. La conciliation médicamenteuse<sup>78</sup> n'est pas mise en œuvre dans le pôle de psychiatrie, au motif d'un personnel insuffisant pour la réalisation de cette activité décrite comme chronophage.

<sup>74</sup> Préparateurs : 30 pour le processus médicaments, 6 pour celui des dispositifs médicaux stériles et 14 pour celui du plateau technique.

<sup>75</sup> Travaux 2022 : la validation du référencement de la buprénorphine à haut dosage d'action prolongée ; l'élaboration et la validation d'un protocole de soins d'utilisation de l'eskétamine pour le traitement des épisodes dépressifs caractérisés résistants.

<sup>76</sup> Perspectives 2023 : APP « sécurisation de la prescription des médicaments « si besoin » dans les services de psychiatrie » ; poursuite de la diffusion de « fiches info patients » pour le secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ; mise en place d'un tableau d'équivalence pour les benzodiazépines.

<sup>77</sup> Le changement de logiciel en cours au CHU lors de la visite, de *Crossway* vers *Easily*, ne permet pas l'analyse des prescriptions. L'analyse pharmaceutique est uniquement possible pour les prescriptions de médicament hors dotation, nécessitant une commande externe à la pharmacie : la prescription est alors vérifiée.

<sup>78</sup> Conciliation médicamenteuse : Processus qui vise à assurer la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient, et consiste à établir une liste fiable et complète de tous les médicaments assimilés par le patient sur une période déterminée. Elle a été débutée au CHU pour les patients des services de médecine (néphrologie, cardiologie, médecine interne, digestive, infectieuse et tropicale). Un projet de mise en œuvre dans le pôle de psychiatrie a été signalé.

## RECOMMANDATION 57

L'équipe de la pharmacie doit disposer de l'effectif et du matériel informatique adaptés pour la vérification systématique des prescriptions et la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse d'entrée et de sortie dans le pôle de psychiatrie.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *L'analyse de l'ensemble des prescriptions du pôle de psychiatrie n'est pas systématiquement menée. Seules les prescriptions émanant de demandes nominatives (hors dotation) sont validées par le pharmacien avant délivrance. La mise en œuvre de l'analyse des prescriptions et de conciliation est un enjeu du projet d'établissement pour améliorer la sécurité des soins ; elle est nécessairement précédée pour le CHU des étapes suivantes : de modernisation de la pharmacie, de changement des outils logiciels de prescriptions et du dossier médical. Les conditions de mises en œuvre élargies seront précisées en 2025 en lien avec le chef de pôle de la pharmacie* ».

Les IDE préparent les piluliers dans la salle de soins des unités. La pharmacienne référente pour le pôle de psychiatrie a effectué des audits des pratiques de prescriptions et d'administration des traitements concernant :

- la prescription « hors AMM<sup>79</sup> » des psychotropes en pédopsychiatrie, aux mois de février 2018 et 2019, pour laquelle le chef de service a effectué un rappel des dispositions réglementaires qui encadrent la prescription « hors AMM » à l'ensemble des praticiens et des internes du service ;
- les prescriptions de médicaments « si besoin » dans toutes les unités de la psychiatrie adulte, au mois d'octobre 2022 : ont été évalués l'indication, la posologie maximale par 24h, l'intervalle entre deux prises, la durée de la prescription, et la réévaluation du traitement. Les résultats de l'audit ont été insuffisants pour tous les items à l'exception de celui de la durée du traitement, et un nouvel audit de contrôle est prévu au mois d'octobre 2023 ;
- la sécurisation de la préparation et de l'administration des médicaments per os dans le pôle de psychiatrie adulte, au mois de janvier 2019 et de février 2022<sup>80</sup> ; les résultats montraient déjà en 2019 la nécessité du respect de la confidentialité de l'administration, à effectuer uniquement en salle de soins. Les constats du CGLPL lors de la visite en 2023 ont montré une distribution pratiquée sans respect de la confidentialité, dans les chambres, majoritairement multiples, le matin, et au réfectoire le midi et le soir à Pariou ; en chambre le matin à Ravel ; dans la salle de soins porte ouverte à Berlioz et à Gravenoire. L'équipe de Dôme distribue les traitements matin, midi et soir dans la salle de soins, porte fermée.

<sup>79</sup> AMM : autorisation de mise sur le marché. Autorisation de commercialisation d'un médicament après évaluation de son rapport bénéfice-risque, délivré par l'ANSM (agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé) ou l'EMA (european medicine agency).

<sup>80</sup> Audits pour lesquels les actions d'amélioration concernaient en 2019 : la sécurisation de la préparation des médicaments (préparation à l'aide de piluliers, achat de chariots de soins sécurisés pour le stockage des piluliers, rappel sur le respect des règles d'hygiène des mains et de la surface du plan de travail, rappel sur l'identification des médicaments dans les piluliers), et la sécurisation de l'administration des médicaments (respect de la confidentialité : administration des médicaments uniquement en salle de soins, traçabilité de l'administration des médicaments en temps réel) ; et en 2022, l'identification des médicaments jusqu'au moment de l'administration, traçabilité de l'administration des médicaments.

### RECOMMANDATION 58

La prescription des médicaments « si besoin » doit être conforme aux règles de bonnes pratiques et l'administration des médicaments doit respecter la confidentialité dans toutes les unités.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Une démarche sur la sécurisation des prescriptions « si besoin » est ciblée sur le pôle psychiatrie. Un audit sur les si besoin a été réalisé en 2023 piloté par le référent pharmacien du pôle. Des actions de sensibilisation ont été menées à la suite. Un second audit est en cours en 2024 pour la réévaluation des pratiques de prescription. Par ailleurs, sur le logiciel de prescription est en cours de paramétrage pour les anxiolytiques et les hypnotiques les plus utilisés en psychiatrie (dose maximum par prise, posologie maximum par jour et intervalle temporel entre les prises). Concernant l'administration des médicaments, un rappel sur le respect de la confidentialité a été réalisé aux équipes IDE ; précisément en 2023 sur Gravenoire, Pariou et Gergovie par l'encadrement de proximité. L'administration des médicaments doit évoluer sur un mode individuel et non collectif dans un lieu garantissant l'intimité ».

La pharmacienne référente pour le pôle de psychiatrie a animé trois séances d'éducation thérapeutique<sup>81</sup> de deux heures concernant la gestion du traitement médicamenteux au bénéfice de quatorze patients du CMPA et du CMPB en 2022.

<sup>81</sup> Programme de psychoéducation « Schiz'educ », module « comprendre et adhérer au traitement ».

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 L'ETABLISSEMENT NE DISPOSE PLUS D'UNITE D'HOSPITALISATION SPECIFIQUE POUR LES PERSONNES AGEES

Depuis la fermeture de l'unité Rameau en janvier 2022, le CHU ne dispose plus d'unité d'hospitalisation spécifique pour l'accueil des personnes âgées. Elles sont désormais hospitalisées dans les autres unités. Un projet d'HDJ de douze places, à vocation à la fois expertale et sanitaire en relais ou en alternative à l'hospitalisation complète, est en cours depuis la fermeture de l'unité Rameau.

### 9.2 LES MINEURS SONT PRIS EN CHARGE PAR UNE EQUIPE ATTENTIVE A LEURS BESOINS MAIS LES LOCAUX D'HOSPITALISATION SONT INDIGNES

#### 9.2.1 L'organisation du service

La psychiatrie infanto-juvénile dans le Puy-de-Dôme est organisée en trois inter-secteurs articulés autour des CH<sup>82</sup> et des structures à vocation départementale, placées sous l'égide du CHU, tels le centre de référence des troubles du langage et des apprentissages (CRTLTA) sur le site d'Estaing ou la maison des adolescents (MDA 63), en centre-ville, lieu d'accueil et d'orientation anonyme et gratuit à destination des 12-18 ans, ouvert trois demi-journées en semaine.

Depuis fin 2022, dans le cadre d'une coopération départementale, les équipes mobiles (EM) des trois inter-secteurs interviennent, de façon coordonnée, avec un guichet unique (mail et standard commun, secrétariat mutualisé) et des interactions rapprochées pour une double répartition : par territoire et sur indications particulières (sans considération de secteur) : urgence pour le CHU, intervention en établissement médico-social pour le CHSM et prévention-précarité. Faute de pédopsychiatre sur l'inter-secteur de Thiers (le CH peine à recruter), l'activité repose actuellement sur les deux autres EM.

Le service de psychiatrie infanto-juvénile du CHU accueille les enfants et adolescents de 0 à 18 ans dans cinq pôles d'activités et quatre sites, intégrant outre la pédopsychiatrie de liaison (EM) et le CRTLTA :

- la périnatalité et la psychiatrie du jeune enfant (0-5ans) : unité de périnatalité et de soins ambulatoires pour jeunes enfants (UPSAJE) sur le site Gabriel Montpied, spécialisée notamment dans le diagnostic et la prise en charge précoce des troubles du spectre autistique ;
- la psychiatrie de l'enfant (5-12 ans) – CHU Gabriel Montpied et CMP Issoire – consultations et hospitalisations de jour (HDJ de 28 lits) ;
- la psychiatrie de l'adolescent (12-18 ans) – CHU Gabriel Montpied, CMP Issoire, MDA – consultations, HDJ (8 lits) et hospitalisation complète (HC 12 lits) dans le cadre d'admissions pour l'essentiel programmées. Les lits d'HDJ sont utilisés en post-hospitalisation complète.

La pédopsychiatrie d'urgence au CHU est étroitement liée au travail de liaison en service de MCO étant donné la particularité des situations d'urgence rencontrées chez les mineurs (crises médico-psycho-sociales, intrications somatiques et psychiatriques et expressions somatiques de la

---

<sup>82</sup> Le Sud-Ouest et une partie du Centre du département pour le CHU ; le Nord et quelques communes du Centre pour le CH Sainte-Marie, l'Est et une partie du Centre pour les CH de Thiers et d'Ambert.

souffrance psychiatrique plus fréquentes) et la saturation de la filière d'aval<sup>83</sup>. En l'absence de lits de crise en HDJ et en HC, la réponse aux situations d'urgence nécessite très fréquemment des hébergements en pédiatrie générale « *alors même que la prise en charge spécifique de ces profils d'enfants ne leur est pas familière* » note le projet médical 2021-2026, dans sa version de décembre 2021.

Ces trois dernières années, le maillage ambulatoire a été restructuré en vue de constituer une équipe d'accueil et d'évaluation au sein de la consultation « enfants et adolescents » au CHU (binôme IDE/psychologue ou interne) et de renforcer l'offre de liaison et d'urgence pédopsychiatrique. L'organisation de la coopération départementale des équipes mobiles s'inscrit dans ce cadre, de même que le renfort de celle de l'inter-secteur rebaptisée « équipe mobile de liaison et d'urgence » (EMLU). Située à proximité du service d'accueil des urgences pédiatriques et du pôle « pédiatrie » sur le site d'Estaing, l'EMLU compte un médecin pédopsychiatre, deux internes en psychiatrie, trois IDE (dont 1 en voie d'obtention du diplôme d'IPA), deux éducateurs spécialisés (pour 1 ETP), un psychologue (à 80 %) et une ASS (à 80 %). L'équipe gère la liaison dans les services de pédiatrie et l'évaluation des situations d'urgence et de crise aux urgences pédiatriques, dans les bureaux de consultation de l'équipe sur le site d'Estaing, voire à domicile. L'EMLU développe depuis peu un dispositif clinique mobile de prise en charge des situations de crise, organisé autour d'entretiens rapprochés réalisés au domicile des familles.

Si l'offre mobile de liaison et d'urgence a été étoffée, les capacités en lits n'ont pas évolué. La création de 6 lits de crise en HC et le triplement du nombre de places en HDJ « adolescents » – prévus dans le projet médical 2021-2026 – n'ont pas abouti. Or, les difficultés d'accueil sont démultipliées depuis la fermeture, en juillet 2023, faute de médecins, de l'unité d'hospitalisation complète Pass'aje destinée aux 16-25 ans.

Un appel à projets de l'ARS ouvre une perspective de création, courant 2024, de 6 lits de crise « adolescents » en HJ pour des séjours de trois semaines, renouvelables une fois. Une réflexion est par ailleurs en cours au sein du service de psychiatrie infanto-juvénile pour redessiner plus largement l'offre hospitalière dans le contexte de fermeture de Pass'aje. Parmi les pistes : la création de six places de réhabilitation sociale et la redéfinition de l'unité d'hospitalisation complète. Il est envisagé d'étendre le bâti pour intégrer deux lits de crise et de repenser les locaux pour en consacrer une partie aux adolescents les plus âgés jusqu'alors plutôt orientés sur Pass'aje. Etant entendu que toute évolution en ce sens est dépendante de la restructuration bâtementaire, actuellement en souffrance.

Autre point en suspens, faute de financement, la constitution d'une équipe dédiée à la transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte en l'état difficile en raison de l'absence de recouvrement des secteurs enfant et adulte. En 2021 a été envisagée la mise en place d'une équipe paramédicale sous la responsabilité d'un IPA, avec une supervision médicale, en vue d'accompagner les adolescents et leurs parents tout au long de la transition. L'objectif étant de favoriser l'articulation avec l'ensemble des acteurs de la psychiatrie adulte et des partenaires hors CHU. L'absence de

---

<sup>83</sup> Absence de lits de crise au CHU et saturation des services d'hospitalisation complète du CHU et des partenaires (6 lits sur le CH Sainte-Marie, aucun sur le CH de Thiers).

protocole complexifie la liaison, notamment pour les patients atteignant la majorité en cours d'hospitalisation ; ces derniers ne relevant pas du pôle adulte du CHU<sup>84</sup>.

### RECOMMANDATION 59

Un protocole général définissant les modalités de transition entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte doit être établi pour faciliter la liaison et la poursuite des prises en charge conformément aux dispositions de l'article R. 6123-189 du code de la santé publique.

Dans sa réponse la directrice générale de l'ARS précise : « *Nous vous informons que l'ARS vérifiera la conformité du dossier déposé par le CHU dans le cadre du dépôt des dossiers de nouvelles autorisations sur ce point particulier* ».

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Un groupe de travail inter institutionnel avec le Centre hospitalier de secteur Sainte Marie qui se réunit régulièrement avec l'objectif : constituer des modalités de réponses adaptées (ex : équipe dédiée à l'accompagnement à la transition enfant-adulte). Pour les cas complexes, des réunions et des consultations communes sont organisées. Cela ne peut pas être intra hospitalier car croisement de secteurs. La sectorisation de la pédopsychiatrie et celle de l'adulte rend complexe la logique de parcours sans rupture. Pourtant, sur le CHU et le pôle, des unités mixtes sont proposées pour justement mieux accompagner cette transition ; sont alors à disposition une offre de soins ambulatoire et une HC* ».

#### 9.2.2 La prise en charge des mineurs en hospitalisation complète

L'unité « adolescents » dite « la Chaumière » accueille en HC des mineurs, hors SDRE. Dans ce cas, une orientation est faite sur le CH Sainte-Marie. Les hospitalisations dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement sont rares (aucune en 2023, 1 en 2022, 2 en 2021). Le premier jour de la visite, sept mineures de 12 à 17 ans étaient présentes, dont une en SDRE transférée le jour même (la décision avait été prise durant le week-end). Deux admissions de garçons ont eu lieu les jours suivants. Les filles accueillies présentent en majorité des troubles du comportement alimentaire, les garçons des syndromes dépressifs et des troubles du comportement. La durée de séjour est variable, allant de quelques semaines à, de manière plus exceptionnelle, un an (ponctuée de séjours de rupture). La durée moyenne de séjour en 2022 est de 28 jours.

##### a) Les locaux

« La Chaumière » est sise dans l'enceinte du service de psychiatrie infanto-juvénile, en périphérie du CHU et en retrait des bâtiments de psychiatrie adulte. On y accède par deux entrées spécifiques,

<sup>84</sup> Art. R. 6123-189 du CSP : « Le passage d'une prise en charge en "psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent" à une prise en charge en "psychiatrie de l'adulte" est organisée conjointement et de manière anticipée entre les deux services ou titulaires concernés. Un protocole général définissant des modalités d'organisation de cette transition entre les deux services ou titulaires concernés est élaboré. Dans ce cadre, le titulaire de l'autorisation peut assurer la prise en charge du patient mineur durant ce temps de transition ».

l'une de l'extérieur de l'hôpital ouvrant sur le bâtiment de consultations, l'autre donnant directement sur la terrasse extérieure de l'unité d'HC depuis un chemin partant du bâtiment de psychiatrie B. De l'autre côté, la porte d'entrée de l'unité se situe dans la prolongation d'un bâtiment appelé « le Chalet », abritant une dizaine de salles d'activité utilisées en HC et HDJ. L'enceinte comprend un gymnase, avec une piscine couverte accessible aux mineurs hospitalisés en activité accompagnée. Les chemins de circulation sont bordés de pelouse. En divers endroits, des jouets pour enfants (tobogan, balançoire, etc.) sont installés pour les plus jeunes. Plus éloigné, un jardin est accessible de manière encadrée.



*Vue depuis la porte d'entrée de l'unité ; terrasse extérieure de l'autre côté*

Les extérieurs sont plus agréables et soignés qu'en psychiatrie adulte ; toutefois, comme en psychiatrie adulte, les bâtiments d'hébergement et d'activités sont vétustes, avec de surcroît la présence préoccupante d'amiante (cf. § 4.1). Les conditions matérielles sont attentatoires à la dignité des patients. A l'exception d'une, il n'y pas de chambre individuelle. L'hébergement est collectif, sans intimité, ni WC ni douche dans les chambres. Les sanitaires, propres mais marqués par le temps et l'humidité dans les douches, sont partagés. Les mineurs sont regroupés par sexe dans deux zones de part et d'autre de l'unité. Les chambres sont triples dans l'aile « filles » qui comprend aussi l'unique chambre individuelle (trois chambres triples, une chambre simple) ; doubles dans l'aile « garçons » (deux chambres à deux lits) ; suivant une répartition garçons-filles modulables qui n'excède jamais douze mineurs. Les quatorze lits installés ne sont de fait jamais tous utilisés simultanément.



*Chambres aile « filles »*



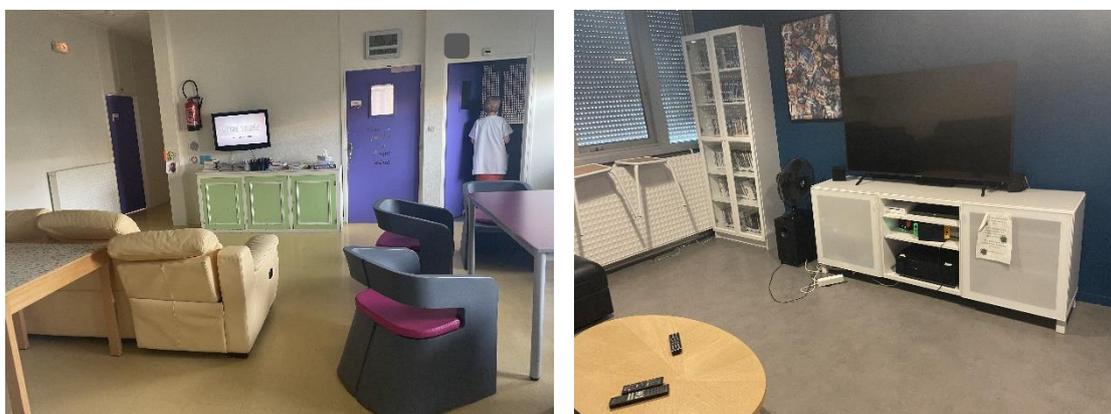
### Sanitaires

Entre les ailes : un coin cuisine, l'espace repas, deux salons de télévision – l'un côté « filles » plus spacieux, l'autre côté « garçons » équipé d'un babyfoot ; il est possible de se rendre dans l'un ou l'autre. Enfin, attendant au salon « filles » : un espace multimédia équipé de canapés, d'un grand écran, d'une console de jeux et de DVD. L'espace sert pour des activités occupationnelles, la projection de films et le mardi, en fin de journée, pour « la visite » : des entretiens de tous les mineurs, à tour de rôle, conduits par l'équipe médicale en présence de soignants. Cet espace est fermé le reste du temps.

La salle de soins est située près de l'entrée de l'unité. Faute de place, le bureau de la cadre de santé est positionné dans le bâtiment d'en face – le « Chalet » – et tient lieu également de bibliothèque pour les jeunes.



### Chambre et salon TV aile garçons



### Salon TV aile filles et espace multimédia

Le bâtiment est, comme en psychiatrie adulte, mal isolé. En cas de fortes chaleurs, « *c'est une étuve* ». Seule la salle à manger est équipée d'un petit climatiseur mobile. Quand la fraîcheur s'installe, les patients et le personnel ont froid. Les mineurs se voient remettre trois voire quatre couvertures l'hiver.

### *b) L'équipe de prise en charge*

Depuis son arrivée, au mois d'avril 2023, la cadre s'est attelée au comblement des postes vacants. Deux IDE et un éducateur spécialisé ont été recrutés. L'embauche d'un AS est en cours. L'unité dispose dorénavant d'une équipe pluridisciplinaire qui comprend, pour le personnel paramédical, outre la cadre et le secrétariat médical : 14 IDE (pour 12,60 ETP), 5 AS à temps plein (bientôt 6), 4 éducateurs et 3 ASH à temps plein. L'effectif du personnel médical associe 2 pédopsychiatres (0,4 et 0,6 ETP) et 1 médecin junior (0,8 ETP) dont le bureau est dans l'unité. Un pédiatre intervient, si nécessaire, une fois par semaine. Précédemment, avant la démission de l'un d'entre eux, deux jours d'intervention étaient prévus, répondant mieux aux besoins des mineurs et à la célérité requise de l'examen somatique d'admission.

Deux enseignantes intervenant au « Chalet », quatre fois par semaine, assurent des bilans scolaires, de l'orientation, la liaison avec les conseillers principaux d'éducation (CPE) et dispensent, sur indications, des cours niveaux collègue et lycée.

L'organisation du service prévoit, en semaine, la présence de quatre agents le matin (en principe : 2 IDE, 1 AS et 1 éducateur), idem l'après-midi, avec un éducateur de journée assurant de l'art-thérapie et un IDE de journée gérant la coordination et les admissions. Le samedi, un IDE et un AS ou éducateur le matin et l'après-midi et un éducateur de journée. Le dimanche, un IDE et un AS ou éducateur le matin ; et un IDE, un AS et un éducateur l'après-midi pour prendre en charge les retours de permission. La nuit, deux soignants (1 IDE et 1 AS) relevant d'une équipe dédiée sont présents.

Il n'y a pas de difficulté relative aux effectifs et éventuels remplacements. Le pool interne (cf. § 2.3.2) répond le plus souvent aux besoins, le recours aux heures supplémentaires, voire au système Hublo, est résiduel.

Des transmissions ont lieu à chaque relève ; un staff se tient tous les matins. Une réunion clinique associant, selon les disponibilités, l'ensemble de l'équipe et les enseignantes est organisée le jeudi après-midi. L'équipe est dynamique et investie dans ses missions. La réunion clinique laisse apparaître une qualité d'écoute mutuelle dans la pluridisciplinarité et une cohésion de groupe.

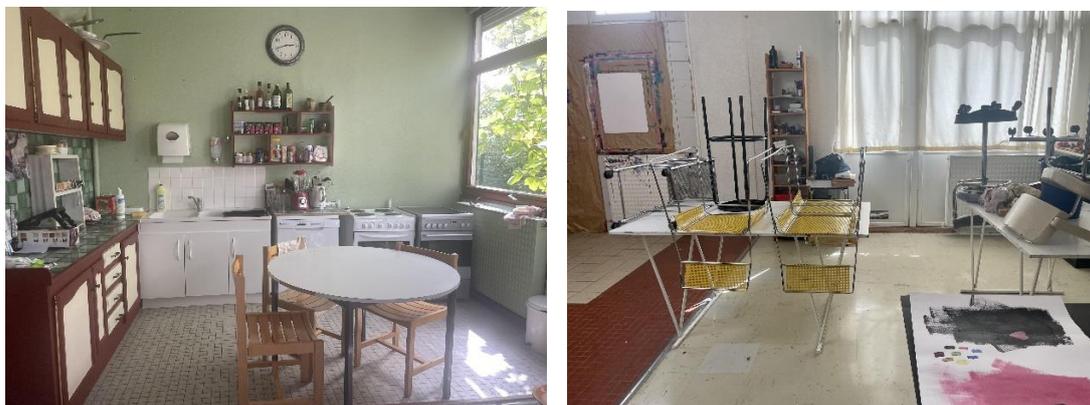
Le Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) Auvergne, situé sur le site du CHU, propose des formations ; de même que le centre ressources autisme (CRA). Au mois de novembre 2023, une formation *Snoezelen* allait intégrer deux soignants du service. Toutefois, en lien avec l'évolution des pratiques d'isolement des mineurs, il a été fait part d'un besoin de formation plus important à la gestion et la prévention des situations de crise.

### *c) Le quotidien*

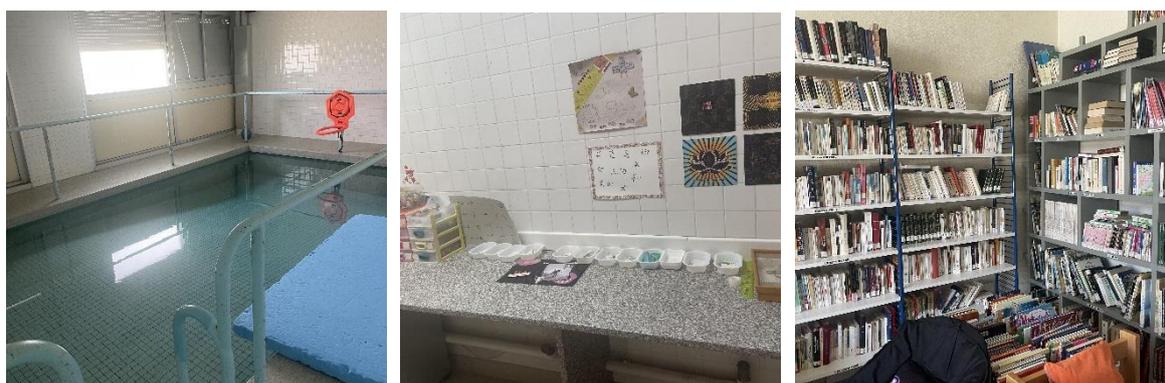
Le quotidien est organisé autour des activités et des repas servis aux horaires d'usage, vers 12h00 et 19h00. Le coucher est prévu autour de 22h00, hors projection de film organisée. Un temps calme, sans repos en chambre imposé, est prévu après le déjeuner, de 13h00 à 14h30. Durant ce créneau, les mineurs en HDJ sont accueillis dans l'unité et peuvent jouer, s'ils le souhaitent, à des jeux de société.

Des activités, nombreuses et variées (art-thérapie, atelier cuisine – réalisation des menus, des courses et de la préparation des plats – musique, piscine, loisirs créatifs, médiation corporelle,

yoga/relaxation, jardinage, rédaction et édition d'un journal, sorties extérieures, etc.) sont proposées du lundi au vendredi. La plupart se déroulent au « Chalet ». Leur nature varie au gré des plannings, chaque soignant ou éducateur est responsable d'une activité ou peut émettre des propositions. La composition des groupes, mêlant mineurs en HC et en HDJ, est arrêtée le jeudi en réunion clinique. Des activités plus informelles et occupationnelles sont proposées le week-end : jeux vidéo, jeux de société, projection de films, etc.



*Salle d'atelier cuisine (à gauche) ; salle d'art-thérapie (à droite)*



*Piscine ; salle de loisirs créatifs ; bibliothèque dans le bureau de la cadre*

Des efforts sont conduits pour maintenir ou reprendre la scolarisation des mineurs, pendant des temps adaptés. Au besoin, lorsque la structure scolaire n'est pas trop éloignée du CHU, des soignants ou éducateurs peuvent assurer l'accompagnement. A défaut de scolarisation extérieure, les mineurs peuvent être orientés vers les enseignantes intervenant au « Chalet » (mathématiques, français).

Le fonctionnement de l'unité est expliqué aux mineurs et aux titulaires de l'autorité parentale lors de l'entretien d'admission, en principe programmé et précédé d'un entretien avec l'un des pédopsychiatres. Comme indiqué *supra*, l'admission relève pour l'essentiel de programmations avec un délai de plusieurs mois (jusqu'à cinq mois constatés). L'accueil est assuré par l'IDE de journée, suivi d'un entretien avec le médecin junior. Le lendemain, le mineur est reçu par l'un des séniors. Toute admission donne lieu à l'établissement d'un contrat de soins, réévalué tout au long du séjour. Le service dispose d'un livret d'accueil propre à l'unité ; cependant, en pratique, il n'est pas systématiquement remis. D'après les éléments recueillis, l'information passe principalement par l'oralité. Des règles de vie sont en revanche éditées et affichées près de la porte d'entrée. Les mineurs et titulaires de l'autorité parentale en sont avisés à l'oral puis invités à l'issue de l'entretien d'admission à les consulter.

#### d) Les restrictions des droits

Un temps de séparation de 48h, sans téléphone ni visite, est mis en place à l'entrée. Les parents peuvent téléphoner au service et joindre leur enfant au moyen du combiné de l'unité, en principe le soir de 19h30 à 20h45, avec une plage supplémentaire le mercredi (16h30-18h30). En pratique, il est fait état de souplesse. Si le respect des horaires est recommandé, des appels en dehors des plages sont possibles. Le retrait du téléphone portable est systématique. Déposé dans un casier nominatif, il n'est rendu que pour les permissions. Il n'y a pas d'accès à Internet.

#### RECOMMANDATION 60

Le retrait du téléphone portable doit être individualisé et lié à l'état clinique du patient évalué par le médecin. Le maintien de son accès doit être le principe, en lien avec les consignes des titulaires de l'autorité parentale le cas échéant, dans un cadre défini et sur des temps spécifiques permettant aux soignants d'accompagner les mineurs dans l'utilisation de l'outil numérique.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « Une procédure sera formalisée dans les hospitalisations des adolescents concernant l'utilisation du téléphone personnel ».

La consommation de tabac est interdite dans l'unité, mais autorisée à certaines conditions aux abords. L'autorisation parentale est requise et la quantité limitée : cinq ou six cigarettes par jour à des horaires définis.

La porte de l'unité était close lors de la visite. Il est argué du risque de désorientation des nouveaux admis ou de fugue. Tous les déplacements à l'extérieur du service sont accompagnés.

Les visites des membres de la famille peuvent avoir lieu le mercredi (de 16h30 à 18h30 et de 19h30 à 20h45) et l'après-midi le week-end ; la plupart bénéficie toutefois d'une permission de sortie pour le week-end. Il n'y a pas d'espace réservé aux visites ; aussi les proches se voient sur la terrasse de l'unité, dans les espaces extérieurs du service lorsque le climat le permet ou, à défaut de sortir de l'enceinte, dans l'entrée du « Chalet » où quelques sièges sont disposés.

Dans l'unité, les mineurs portent leurs vêtements personnels. Il n'y a pas de mise en pyjama.

La circulation est libre dans les locaux. En revanche, il est interdit d'entrer dans une chambre qui n'est pas la sienne. La sexualité est abordée et n'est pas un tabou pour l'équipe soignante. Cependant, l'absence d'intimité et de chambre individuelle expose les mineurs à d'éventuels abus. L'unité a été confrontée à deux reprises, dont l'une peu de temps avant la visite, à des situations d'agressions sexuelles dans les chambres partagées.

#### 9.2.3 Les pratiques d'isolement et de contention

L'unité comprend un espace présenté comme une chambre d'apaisement par le pôle de psychiatrie, mais qui ne saurait recevoir une telle qualification. Il s'agit d'une petite pièce attenante à la salle à manger, dépourvue de tout équipement et mobilier si ce n'est d'un matelas et d'un sommier en mousse autorisant des contentions. La fenêtre donne sur la terrasse extérieure.



*Chambre dite d'apaisement ; derrière la porte gauche dans le réfectoire*

La pièce n'a ni l'agencement d'une chambre d'apaisement, ni l'équipement d'une chambre d'isolement mais est parfois utilisée comme telle et tracée en ce sens lorsqu'un mineur est isolé, le cas échéant avec contention associée (deux mesures entre le 1<sup>er</sup> janvier 2023 et le jour de la visite, concernant le même mineur dont la mesure a ensuite été transformée en SDRE et qui a été transféré au CH Sainte-Marie). La pratique préalable et privilégiée consiste à placer le mineur dans la pièce, non fermée à clef, avec la présence continue d'un soignant, le temps de la prise d'effet du traitement et d'un apaisement. Lorsqu'un mineur est placé dans la pièce, l'accès au réfectoire est condamné. Les repas collectifs sont pris, s'il y a lieu, dans le « Chalet ». Néanmoins, au regard de la configuration des lieux, les autres mineurs sont directement impactés. Le recours à cet usage est peu fréquent. On recense un cas en 2023 en dehors de celui précité. La pièce fait l'objet d'interrogations au sein de l'équipe, au motif notamment de l'évolution du cadre législatif. Un projet de création d'un espace d'hypostimulation est en cours, un budget a, selon les propos recueillis, été dégagé pour réaménager un vestiaire en ce sens. Toutefois, rien n'était prévu concernant la transformation de la pièce attenante au réfectoire. Par ailleurs, un projet de procédure serait en cours d'élaboration concernant l'isolement des mineurs. Le cas échéant, une vigilance particulière devra être apportée à ce que son contenu s'inscrive dans le strict respect de la législation en vigueur.

### RECOMMANDATION 61

Toute mesure d'isolement, *a fortiori* de contention, d'un patient mineur doit être proscrite dès lors qu'elle est contraire aux exigences de l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique.

Considérant en outre qu'une telle mesure, y compris au titre de soins sur décision du représentant de l'Etat, est contraire à l'intérêt supérieur de l'enfant, le CGLPL recommande qu'il n'y soit jamais recouru.

Dans sa réponse la direction du CHU indique : « *Les mesures d'isolement des mineurs sont exceptionnelles (2 en 2023 pour des périodes restreintes) sont prises en attendant d'une hospitalisation sous contrainte par le représentant de l'Etat (SDRE). Un protocole formalisera ces mesures d'isolement par exception* ».

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