

# Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne :

## Rapport 1 : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan

JUILLET 2024  
2024-018R1

### • RAPPORT DÉFINITIF

Dr Anne-Carole  
**Bensadon**

Dr Philippe  
**Magne**

Benjamin  
**Maurice**

Membres de l'Inspection générale  
des affaires sociales



RAPPORT

# SYNTHÈSE

[1] Les 10, 11 et 14 février 2024, trois événements graves sont survenus aux urgences du CHU de Toulouse sur le site de Purpan. Les événements survenus le 10 février au soir concernent des atteintes de nature sexuelle : l'une par une personne extérieure à l'établissement à l'encontre d'une patiente hospitalisée dans l'Unité spécialisée en toxicologie (UTOX) du service des urgences somatiques et survenu au rez-de-chaussée du bâtiment Urgences Réanimation Médecine (URM), l'autre par un autre patient, à l'encontre d'une patiente hospitalisée au sein de l'accueil médico-traumatique (AMT) du service d'urgence. Le troisième événement est le suicide d'un patient pris en charge depuis 10 jours à la consultation des urgences psychiatriques et dont il s'est avéré que les patients y dormaient, comme s'il s'agissait d'un service d'hospitalisation, dans l'attente d'admission ou de transfert en service de psychiatrie.

[2] La ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités et le ministre délégué, chargé de la Santé et de la Prévention ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) le 24 février 2024 pour qu'elle lance une mission sur la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne, département où l'offre du secteur privé est majoritaire avec plus de 75 % des lits. Anne-Carole Bensadon, Benjamin Maurice et Philippe Magne ont été désignés pour la conduire. La mission a, en premier lieu, pour objectif de faire toute la lumière, sans préjudice de l'enquête judiciaire, sur les circonstances dans lesquelles ces événements graves précités sont survenus. C'est l'objet de ce premier rapport. La mission doit analyser le parcours des patients et interroger notamment la répartition actuelle des rôles et responsabilités entre les établissements publics et privés de la filière sur le territoire puis et proposer des modalités de renforcement de leurs coopérations ce qui doit faire l'objet du second rapport.

[3] Les difficultés liées à l'afflux de patients aux urgences de psychiatrie de Toulouse sont connues depuis de nombreuses années. En 2001, l'explosion de l'usine AZF a conduit au transfert presque total de l'activité d'accueil des urgences du centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, le Centre Hospitalier Gérard Marchand (CHGM), vers le CHU de Toulouse puis en totalité en 2009, avec la fermeture d'une unité du CHGM qui assurait encore la prise en charge des urgences psychiatriques. La situation de la psychiatrie en Haute-Garonne est préoccupante depuis ce temps, comme en témoignent les missions d'appui, de diagnostic et de conseils commanditées par les ARH et ARS avec systématiquement un zoom sur les difficultés liées à la prise en charge aux urgences psychiatriques et donc au CHU de Toulouse, certaines missions étant même centrées sur cette question.

[4] Le fait que le CHU site Purpan soit devenu le lieu quasi unique de prise en charge des patients adultes mineurs âgés de plus de 15 ans du département de Haute-Garonne venant pour des urgences psychiatriques, que la population ait augmenté, que la prévalence des troubles psychiatriques ait connu également une augmentation, notamment à la suite de la pandémie de Covid, a conduit à une situation telle qu'il est impossible de rester dans un *statu quo*. La question de l'aval des urgences est soulevée de façon récurrente depuis 2009 avec une acuité qui va en augmentant du fait de l'évolution d'activité et des difficultés de recrutement de personnels qui

vont par exemple conduire en 2019 à la fermeture de l'Unité de soins de courte durée (UHCD) de psychiatrie « ouverte » qui accueillait les patients en hospitalisation libre.

[5] Des alertes répétées au sein du CHU et du CHU vers l'ARS concernent, depuis plusieurs années<sup>1</sup>, la saturation des urgences psychiatriques avec comme conséquence la survenue d'événements indésirables dont certains graves et le fait que des patients dorment dans un lieu non adapté. Ainsi, les consultations d'urgences vont peu à peu devenir des lieux où les patients sont parfois amenés à rester plusieurs jours, à y dormir alors qu'elles ne sont pas du tout équipées comme un service d'hospitalisation, non adaptées pour héberger des patients et ne correspondant pas à l'environnement que les patients sont en droit d'attendre.

[6] Au fil des différents rapports on retrouve ces questions d'aval, d'amont et d'engorgement des urgences. Et y compris dans la situation très complexe que montre ce rapport, au travers de l'étude de ces trois événements graves et également d'un historique préoccupant, ce qui ne remet pas en cause l'engagement des professionnels pour tenter de prendre en charge les patients dans les conditions décrites.

[7] Les réponses apportées par l'ARS et leur chronologie montrent que, depuis plusieurs années, la psychiatrie constitue une préoccupation forte. La réponse aux demandes de désengorgement des urgences va conduire à une série de mesures que va prendre l'ARS. A titre d'illustration, une meilleure régulation de l'amont a été permise par la création d'un infirmier de régulation des urgences psychiatriques présent au SAMU 31. Mais le flux va rester préoccupant avec des difficultés à trouver des places d'hospitalisation en psychiatrie. Pendant plusieurs années, de nombreuses réunions vont porter sur le renforcement de la filière d'aval des urgences de psychiatrie avec des efforts demandés aux cliniques privées et au CHGM pour s'organiser afin d'hospitaliser les patients en attente de places d'hospitalisation.

[8] Le fait qu'une adaptation majeure du service des urgences aux flux d'urgences psychiatriques n'ait été abordée que dans un second temps s'explique pour plusieurs raisons.

[9] D'une part, la création de lits a été considérée implicitement comme une solution à éviter, tant du fait du virage ambulatoire qui demeure un objectif majeur, qu'en raison de l'attention forte apportée au « capacitaire », avec notamment la mise en place du Copermo<sup>2</sup>. D'autre part, comme le montre la fermeture de l'UHCD « ouverte » de neuf lits de psychiatrie en 2019, la difficulté du recrutement des personnels médicaux et paramédicaux en psychiatrie, et ce particulièrement pour travailler dans des services avec des patients lourds et avec des gardes à assurer, a possiblement conduit à intensifier les efforts sur l'amont et sur l'aval des urgences.

[10] Jusqu'au milieu du mois de mai de cette année, les réunions du comité de suivi mis en place à la suite des événements indésirables graves (EIG) vont être principalement centrées sur une demande légitime faite aux cliniques privées, qui représentent environ 75 % des lits, de renforcer leur participation pour hospitaliser rapidement les patients venant des urgences du CHU. Mais la fermeture des consultations où dormaient les patients conduit mécaniquement à une saturation des urgences somatiques avec de nouveaux événements indésirables (EI) qui se produisent.

---

<sup>1</sup> La mission a étudié la situation à partir de 2019

<sup>2</sup> Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins

[11] La mission a étudié les EI et les EIG entre 2020 et 2024. Des réponses sont apportées aux déclarants et des plans d'action définis, mais la lecture des EI et EIG montre, pour certains, leur côté répétitif et le fait que certaines actions, pourtant importantes, ne sont pas réalisées. Le suivi de l'effectivité des mesures et la mise en place d'actions de formation des personnels (ex : évaluation du risque suicidaire pour l'ensemble des personnels concernés) et de sécurisation des locaux (ex : suppression des sonnettes avec fil dans des chambre où sont hospitalisés des patients à risque suicidaire) apparaissent pourtant essentiels. Des fugues et des agressions ont eu lieu en particulier au sein des consultations de psychiatrie et de l'unité médico-traumatique des urgences somatiques (AMT) : parfois il s'agissait de patients nécessitant uniquement une prise en charge en psychiatrie mais orientés vers l'AMT du fait de la saturation de la consultation de psychiatrie. Cette orientation rend moins adaptée et plus compliquée leur prise en charge. Elle complexifie également l'activité des personnels des urgences somatiques qui doivent gérer ces patients au milieu des autres urgences.

[12] La particularité de ce service par rapport aux autres services d'urgences somatiques qui ont à prendre en charge des urgences de psychiatrie avec l'appui d'une équipe de liaison est celle du flux très important de ces patients dont l'origine a été soulignée ci-dessus. A un certain degré de saturation, cela n'est plus gérable et est synonyme de risque pour les patients et pour les soignants.

[13] Sans qu'il soit possible d'utiliser ces données d'EI et EIG de façon statistique, compte tenu de leur caractère déclaratif, c'est le fait que ces situations se répètent avec régulièrement des alertes à la direction, à l'ARS et des réponses recherchées et apportées dans une logique de réponse globale à la situation qui apparaît. La mission considère que si un changement majeur n'est pas apporté dans la structuration des urgences au CHU en impliquant le CGHM, tous les efforts pour améliorer l'amont et l'aval seront insuffisants à résoudre cette situation enkystée depuis des années.

[14] La mission recommande de façon urgente une structuration des urgences de psychiatrie en filière et la réorganisation des locaux de façon à les adapter aux besoins constatés, ce qui va dans le sens du projet travaillé depuis la mi-mai en lien avec le CHU et l'ARS et au sein du comité de suivi piloté par l'ARS.

[15] Elle souligne toutefois que l'énergie à déployer par la future cheffe de service des urgences, actuellement en mobilité, ne suffira pas si le CHGM, au-delà de sa participation à la communauté psychiatrique de territoire (CPT), ne se sent pas impliqué dans un cadre renouvelé de gouvernance de la filière de psychiatrie, ce qui suppose la mise en place au CHU d'un comité opérationnel de gouvernance bipartite de cette filière des urgences de psychiatrie, compte tenu du rôle essentiel du CHS<sup>3</sup>.

[16] La charge de travail pour les psychiatres, en particulier pendant la garde, ne leur permet pas de voir tous les patients et une priorisation s'effectue avec des délais parfois allongés pour les patients qui ont déjà vu un urgentiste et attendent une évaluation psychiatrique avant la décision de leur orientation. Ces situations créent des tensions entre personnels des urgences somatiques

---

<sup>3</sup> La mission proposera dans le second rapport une évolution de la gouvernance de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT) de façon à permettre à l'ensemble des acteurs, y compris les établissements du secteur privé, de participer pleinement à améliorer la structuration de la psychiatrie en Haute-Garonne.

et psychiatriques. Des psychiatres du CHGM ont expliqué à la mission que les conditions de leur exercice lors des gardes étaient particulièrement délicates. Ils ont insisté sur le fait qu'ils se trouvaient parfois seuls face à des malades pouvant présenter une dangerosité, en particulier quand l'examen se faisait au sein d'un box de confidentialité relativement isolé du reste du service.

[17] Parmi les mesures prises d'emblée figure, pour une période transitoire, le doublement de la garde en journée. La mission recommande de **pérenniser le doublement des gardes aux urgences de psychiatrie tel qu'il a été mis en place à la suite des EIG et de doubler les gardes de psychiatrie quotidiennement pendant la période de 18h30 à minuit**. Cela suppose une implication des psychiatres du CHGM pour prendre des gardes alors qu'il ne s'agit aujourd'hui que d'une demande sur la base du volontariat.

[18] Les personnels paramédicaux des urgences psychiatriques avaient à gérer toutes les prises en charge : patients de la consultation de psychiatrie qui vont retourner à leur domicile, patients pour lesquels il faut organiser la mutation dans un autre service ou le transfert dans un autre établissement. Les personnels devaient, outre les soins à réaliser, accompagner les patients qui dormaient à la consultation aux sanitaires publics, pour qu'ils puissent se doucher, à un autre étage, préparer des petits déjeuner et apporter des repas froids, tout cela dans des conditions très éloignées de celles d'une hospitalisation dans un service adapté.

[19] Les trois événements qui ont conduit au lancement de cette mission se passent dans ce contexte. La mission en a détaillé les circonstances dans le rapport et ne souhaite pas avoir à simplifier ses constats en les synthétisant. Elle a choisi d'en tirer ici les principaux enseignements, en sus des recommandations déjà énoncées.

[20] Pour l'un des patients, l'hospitalisation a eu lieu au sein d'une consultation, pendant 10 jours. Des mesures ont été prises d'emblée : la fermeture des consultations a permis d'arrêter les hospitalisations dans les conditions décrites ci-dessus. Ces consultations ont réouvert progressivement avec en aval l'ouverture d'un service de **8 lits de crise et de post-urgence psychiatriques**, service devant atteindre une capacité de 15 lits, destiné à accueillir les patients en hospitalisation libre (HL). Mais la fermeture de ces consultations d'urgences psychiatriques a entraîné un déport massif de ces patients sur l'AMT y compris des patients psychiatriques les plus lourds, en attente d'hospitalisation en soins sans consentement avec, sur cette zone, un accroissement des risques.

[21] La question de la structuration de la filière d'aval intervient dans l'objectif de fluidifier le flux des patients à hospitaliser mais les modalités mises en œuvre pour faciliter la recherche de places disponibles par un seul bed manager ne pouvaient à elles seules assurer une recherche de place efficace, dans le contexte particulier de la Haute-Garonne. Parmi les mesures prises d'emblée, une cellule de régulation territoriale a été mise en place en remplacement. La mission souligne que cette cellule doit évoluer dans son fonctionnement pour jouer pleinement son rôle, avec une protocolisation des démarches qui permette une homogénéité des pratiques et une plus grande efficacité. Le dispositif doit également pouvoir s'inspirer des métiers qui nécessitent des compétences de logistique avec une capacité à manier des outils informatiques permettant de disposer d'un tableau de bord actualisé des places disponibles sur la Haute-Garonne et même sur la région. **Le dialogue médical sur les dossiers des patients en attente de places doit pouvoir**

**mobiliser le médecin qui a vu le patient, lorsque le cas est particulièrement complexe ou difficile à faire accepter par l'établissements d'aval.**

[22] Les jours où ont eu lieu les événements concernant la patiente hospitalisée à l'AMT, la charge de travail était particulièrement intense, avec des patients nécessitant une prise en charge psychiatrique accueillis sur cette zone, mais sans possibilité de surveillance adaptée. L'agression sexuelle de la patiente par un autre patient est arrivée le deuxième jour de sa présence dans cette unité. Compte tenu du flux de patients venant aux urgences de psychiatrie, pouvoir disposer dans les deux jours d'une solution d'aval pour tous les patients est peu probable, d'où l'importance de disposer d'un aval propre au CHU pour ces patients. Outre l'ouverture des lits de crise et de post urgences psychiatriques, le projet prévoit également **l'augmentation de la capacité de l'UHCD de psychiatrie fermée de 9 à 12 lits.**

[23] Les mesures de sécurisation aux urgences prises après l'agression d'une patiente par une personne extérieure à l'établissement hospitalisée à l'UTOX alors qu'elle était sortie pour fumer, avec notamment le **recrutement de médiateurs** pouvant, lorsque c'est nécessaire, accompagner les patients souhaitant sortir de l'unité sont d'un apport essentiel.

[24] Dans l'attente des nouveaux locaux, il est essentiel que ce changement majeur puisse faire l'objet d'un suivi de gestion de projet, tant sur le plan de son avancement et des délais que des financements qui doivent faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Il est essentiel que l'ARS soit informée des difficultés rencontrées, afin notamment d'appuyer le CHU pour faciliter l'acceptation de malades qui pourraient être plus compliqués à hospitaliser.

[25] **Le suivi de gestion de projet doit concerner, outre la question des locaux, le recrutement des médecins et des personnels paramédicaux,** qui a été une forte préoccupation du CHU. Les nouvelles conditions d'environnement envisagées, le renforcement des effectifs constituent un des éléments majeurs d'attractivité. Les leviers financiers proposés par la mission y contribueront également. Mais c'est également en termes de carrière que doit pouvoir s'envisager un renforcement de l'attractivité de l'exercice de psychiatrie pour des infirmiers, avec la perspective, pour certains, d'une carrière d'Infirmier en pratique avancée (IPA) mention psychiatrie et santé mentale. **La promotion de l'universitarisation de la discipline psychiatrique au CHGM et le renforcement des postes de Chefs de clinique des Universités-Assistants des hôpitaux (CCU-AH)** au CHU constituent également des leviers à mobiliser.

[26] Un suivi rapproché par un chef de projet et par l'ARS de l'ensemble de la mise en œuvre de ces actions apparaît indispensable.

[27] L'ensemble de ces mesures ne pourra être réalisé sans un accompagnement financier, d'autant qu'il s'agit pour le CHU d'apporter une réponse à des besoins d'urgences en psychiatrie qu'il assume, en grande majorité, seul. Il appartient à l'ARS en lien avec la DGOS, de proposer un cadrage financier adapté.

[28] Une meilleure structuration de la filière de psychiatrie, en lien avec la Communauté de psychiatrie de territoire (CPT) doit permettre de compléter ces dispositifs (cf. second rapport).

La mission a été amenée à auditionner des inspecteurs de l'IGAS qui ont, antérieurement, occupé des fonctions ayant un lien avec la situation de la psychiatrie en Haute Garonne.

Afin de prévenir tout conflits d'intérêt, la mission ainsi que les membres des instances qualité de l'IGAS ayant eu à en connaitre n'ont pas échangé avec eux sur le contenu du rapport.

# RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Approfondir l'exploitation des EI et EIG assortie de plans d'action, en suivant l'effectivité des mesures, et mettre en place les actions de formation des personnels et de sécurisation des locaux.	1	CHU	2024
2	Professionnaliser le fonctionnement de la cellule de régulation territoriale et médicaliser, en tant que de besoin, les échanges avec les établissements receveurs.	1	CHU	Sans délai
3	Permettre les transferts de patients dans un délai maximal de 4 heures à compter de la déclaration de la disponibilité de la place dans la structure d'accueil, en dédiant des transports aux urgences psychiatriques	1	ARS, CHU, transporteurs privés	Dans un mois
4	Mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM	1	CHU et CHGM	2024
5	Promouvoir l'universitarisation de la discipline psychiatrique au CHGM et le renforcement des postes de Chefs de cliniques des Universités – Assistants des hôpitaux (CCU-AH) au CHU	2	ARS, MESR, Doyen, CHU, CHGM	2025
6	Structurer les urgences de psychiatrie en filière et mettre en place le projet de réorganisation des locaux visant à les adapter aux besoins constatés	1	CHU	Septembre 2024
7	Poursuivre l'installation des lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques jusqu'à la cible de 15 envisagée et se doter d'indicateurs d'alerte (taux d'occupation et durée de séjour) en cas de difficulté à trouver une prise en charge adaptée pour les patients.	1	CHU	Dès que possible et au plus tard en septembre 2024
8	Ouvrir les 3 lits de psychiatrie supplémentaires d'UHCD « fermée »	1	CHU	Dès que possible et au plus tard en septembre 2024
9	Pérenniser le doublement des gardes de psychiatrie tel qu'il a été mis en place à la suite des EIG et doubler les gardes de psychiatrie chaque jour pendant la période de 18h30 à minuit, en faisant appel à l'ensemble des psychiatres du CHU et du CHGM.	1	CHU et CHGM	Sans délai
10	Octroyer le plus largement possible l'Indemnité d'activité sectorielle et de liaison en tenant compte de la spécificité de l'activité réalisée	1	CHU	2024



n°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
11	Contractualiser avec les agents volontaires pour permettre leur mobilisation en cas de besoin dans le cadre du dispositif de sur-majoration des heures supplémentaires	1	CHU	2024
12	Développer l'accompagnement d'infirmiers vers une carrière d'IPA mention psychiatrie et santé mentale.	2	CHU	2025
13	Confier à un chef de projet l'ensemble de la gestion de cette nouvelle structuration du service des urgences psychiatriques intégrant notamment l'évolution des locaux et le suivi du recrutement et de la fidélisation des personnels	1	CHU	Sans délai
14	Mettre en place un dispositif de suivi et de pilotage de la mise en œuvre de ces actions	1	ARS	Sans délai

## SOMMAIRE

SYNTHESE.....	2
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....	8
RAPPORT .....	15
LE CONTEXTE DE LA SAISINE DE L'IGAS .....	15
PREMIÈRE PARTIE : LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES SURVENUS ENTRE LE 10 ET LE 14 FEVRIER 2024.....	17
<b>1 LES PATIENTS ADULTES ET LES MINEURS DE PLUS DE QUINZE ANS DU DEPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE VENANT POUR DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SONT PRIS EN CHARGE AU SERVICE DES URGENCES ADULTES DU CHU DE TOULOUSE DEPUIS 2009.....</b>	<b>17</b>
1.1 UNE CONCENTRATION HISTORIQUE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES SUR LE CHU PURPAN A PARTIR DE L'EXPLOSION DE L'USINE AZF EN 2001, ASSOCIEE A UNE CROISSANCE D'ACTIVITE ET UNE BAISSSE DES RESSOURCES PROFESSIONNELLES .....	17
1.1.1 <i>Une démographie en croissance et une demande de soins psychiatriques en hausse.....</i>	17
1.1.2 <i>Une évolution des ressources humaines en médecins psychiatres préoccupante sur le département de Haute-Garonne.....</i>	18
1.1.3 <i>La prise en charge des urgences psychiatriques est concentrée sur le seul service d'urgences du CHU Purpan depuis 2009.....</i>	20
1.2 UNE STRUCTURATION DU BATIMENT DES URGENCES OU COEXISTENT URGENCES PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	21
1.3 UN FLUX DE PATIENTS PSYCHIATRIQUES EN CROISSANCE NOTABLE QUI AUGMENTE LE NOMBRE DE PATIENTS QUI STAGNENT AUX URGENCES .....	24
1.4 LE PARCOURS DES PATIENTS PRIS EN CHARGE POUR DES URGENCES PSYCHIATRIQUES PEUT COMPORTER UNE PRISE EN CHARGE AU SEIN DE LA ZONE DEDIEE AUX URGENCES GENERALES SANS JUSTIFICATION MEDICALE .....	25
1.5 LES EFFECTIFS DE PERSONNEL SONT PEU ADAPTES EN PARTICULIER LA NUIT ET LES FINS DE SEMAINE <b>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</b>	
1.5.1 <i>Une série de protocoles précisent les modalités d'orientation des patients et de surveillance au sein des urgences psychiatriques.....</i>	28
1.5.2 <i>Le protocole concernant l'orientation des patients en zone chaude distingue quatre niveaux de tension aux urgences psychiatriques qui peuvent conduire à orienter ces patients vers l'AMT .....</i>	29
1.6 UNE ORGANISATION REPOSANT SUR UN SEUL BED MANAGER POUR FACILITER L'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE DE PATIENTS EN ATTENTE AU SEIN DES URGENCES DU CHU DANS LE CONTEXTE CONNU D'UNE FILIERE D'AVAIL NON ADAPTEE AUX BESOINS.....	31
<b>2 LES EVENEMENTS DRAMATIQUES SURVENUS EN FEVRIER ONT NECESSITE CHACUN UNE INVESTIGATION SPECIFIQUE ET PRESENTENT DES POINTS COMMUNS .....</b>	<b>31</b>
2.1 LE SUICIDE D'UN PATIENT HOSPITALISE DEPUIS 10 JOURS DANS DES LOCAUX INITIALEMENT DEDIES A LA CONSULTATION DE PATIENTS REÇUS EN URGENCE POUR UN MOTIF DE PSYCHIATRIE.....	32
2.1.1 <i>La durée de séjour du patient est particulièrement longue et inadaptée compte tenu des conditions matérielles d'hospitalisation et de sa situation d'attente .....</i>	32

2.1.2	<i>Une analyse de cet événement par la mission qui comporte des points communs et des différences avec les éléments mentionnés dans le cadre de la Réunion de morbi-mortalité (RMM).....</i>	35
2.2	L'AGRESSION SEXUELLE, DANS LES TOILETTES DU BATIMENT DES URGENCES, D'UNE PATIENTE HOSPITALISEE, PAR UNE PERSONNE EXTERIEURE A L'ETABLISSEMENT, SUIVIE LA JOURNEE SUIVANTE D'UNE TENTATIVE DE SUICIDE DE CETTE PATIENTE DANS SA CHAMBRE.....	41
2.2.1	<i>Une chronologie complexe compte tenu de l'ensemble des événements à reconstituer .....</i>	41
2.2.2	<i>L'analyse du deuxième événement grave montre des dispositifs de prévention et de surveillance non adaptés aux patients pris en charge .....</i>	44
2.3	L'AGRESSION SEXUELLE D'UNE PATIENTE HOSPITALISEE AU SEIN DES URGENCES SOMATIQUES POUR MOTIF PSYCHIATRIQUE PAR UN PATIENT HOSPITALISE DANS UNE CHAMBRE VOISINE POUR UN MOTIF PSYCHIATRIQUE .....	47
2.4	PENDANT LA PERIODE DU 4 AU 14 FEVRIER, LA CHARGE DE TRAVAIL LIEE NOTAMMENT AUX PATIENTS RELEVANT D'UNE PRISE EN CHARGE EN PSYCHIATRIE ETAIT TRES LOURDE A L'AMT COMME A LA CONSULTATION DE PSYCHIATRIE .....	49
<b>3</b>	<b>LES DECLARATIONS D'EI ET EIG SIGNALENT LES HOSPITALISATIONS A LA CONSULTATION PSYCHIATRIQUE, LES FUGUES DE PATIENTS, DES SUICIDES, LES AGRESSIONS DE PATIENTS ET DES AGRESSIONS DE SOIGNANTS .....</b>	<b>51</b>
3.1	L'HOSPITALISATION DES PATIENTS AU SEIN DES URGENCES PSYCHIATRIQUES, LEURS CONDITIONS D'HEBERGEMENT ET LEUR IMPACT ONT FAIT L'OBJET DE NOMBREUSES ALERTES.....	52
3.1.1	<i>De nombreuses déclarations d'EI concernant une hospitalisation des patients à la consultation des urgences de psychiatrie.....</i>	52
3.2	DE NOMBREUSES FUGUES AU SEIN DES CONSULTATIONS DE PSYCHIATRIE MAIS EGALEMENT AU SEIN DE L'AMT .....	56
3.2.1	<i>Une attention apportée aux fugues des patients qui restent néanmoins nombreuses .....</i>	56
3.2.2	<i>Dans le tableau précédent, le 11 février 2 fugues se produisent en psychiatrie et une aux urgences. Le CHU prévoit une procédure spécifique de la gestion des patients hospitalisés en soins libres ou sans consentement dans son règlement intérieur .....</i>	60
3.3	LES AUTO OU HETERO-AGRESSIONS FONT EGALEMENT L'OBJET DE DECLARATIONS D'EI.....	61
3.4	CERTAINS PATIENTS VENUS AUX URGENCES POUR UNE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE ONT TENTE DE SE SUICIDER, ET PARFOIS IL N'A PAS ETE POSSIBLE DE PREVENIR LEUR DECES .....	65
3.4.1	<i>En mai 2020, un patient est retrouvé à la consultation où il avait dormi deux nuits avec un cordon autour du cou et va réitérer, dans la foulée, cette tentative de suicide (EI).....</i>	66
3.4.2	<i>En février 2021, le soir, un patient est retrouvé pendu par un cordon de sonnette dans un box de surveillance de l'AMT (EIG).....</i>	66
3.4.3	<i>En juillet 2022, un patient tente de se pendre dans le service des urgences (EIG) .....</i>	67
3.4.4	<i>En août 2022, une patiente tente de se suicider au sein de la consultation de psychiatrie (EI) .....</i>	68
3.4.5	<i>Un dimanche d'avril 2023, dans un contexte de saturation de la consultation de psychiatrie, initialement orienté en salle d'attente de la zone froide, un patient en part à l'insu des professionnels et menace de se jeter d'un balcon du 1<sup>er</sup> étage (EI).....</i>	68
3.4.6	<i>Le 1<sup>er</sup> juillet 2023 un patient se suicide à la consultation des urgences de psychiatrie le lendemain de son hospitalisation et décède (EIG).....</i>	69
<b>4</b>	<b>LA SECURITE DES PATIENTS ET DES PERSONNELS EST MENTIONNEE COMME L'UNE DES PRIORITES DU CHU .....</b>	<b>71</b>
4.1	L'ACCES AUX BATIMENTS DU CHU RESULTE D'UNE ANALYSE DES RISQUES QUI NE CLASSE PAS CELUI DE L'URM COMME PARTICULIEREMENT EXPOSE.....	71

4.2	L'ÉQUIPEMENT DES CHAMBRES ET LES DÉPLACEMENTS DES PATIENTS À L'EXTÉRIEUR OU À L'INTÉRIEUR DU BÂTIMENT DES URGENCES DÉPENDENT DE LEUR RÉGIME D'HOSPITALISATION.....	72
4.2.1	<i>L'équipement des chambres et des box des unités de soins et les déplacements.....</i>	72
4.3	DES PERSONNELS DEDIES, DONT LE NOMBRE SERA AUGMENTÉ À LA SUITE DES EIG, ASSURENT LA SURVEILLANCE DU BÂTIMENT URM, EN PLUS DES CAMÉRAS ET AVEC UN RENFORT POTENTIEL DES FORCES DE POLICE EN CAS DE NÉCESSITÉ .....	73
4.4	LES PERSONNELS SONT FORMÉS ET ÉQUIPÉS EN PRINCIPE MAIS EN PRATIQUE UN NOMBRE RÉDUIT DE PERSONNEL SUIT CES FORMATIONS .....	74
<b>5</b>	<b>LE CHU A MIS EN PLACE DES DISPOSITIFS DE SUIVI ET D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ MAIS LA HAS N'A PAS MANQUÉ DE SOULIGNER LA SITUATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES.....</b>	<b>75</b>
5.1	LE CADRE FORMEL LIÉ À LA QUALITÉ EST EN PLACE.....	75
5.2	D'AUTRES DISPOSITIFS DE MESURE DE LA QUALITÉ OU DE LA SATISFACTION DES PATIENTS EXISTENT MAIS NE TRAITENT PAS DE LA SITUATION DES URGENCES .....	76
5.3	DANS LE CADRE DE LA CERTIFICATION DU CHU, LA HAS, DANS SON RAPPORT PROVISOIRE, A EU L'OCCASION DE RELEVER L'INADAPTATION DES LOCAUX D'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES 77	77
<b>6</b>	<b>DES DIFFICULTÉS DE RECRUTEMENT DE PERSONNELS DE SANTÉ SONT CONSTATÉES DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES AUX URGENCES PSYCHIATRIQUES MALGRÉ LES INITIATIVES PRISES POUR RÉDUIRE LE SOUS-EFFECTIF.....</b>	<b>78</b>
6.1	UN EFFORT PARTICULIER A ÉTÉ CONSENTI POUR RECRUTER DES MÉDECINS AUX URGENCES ENTRE MI-2021 ET DÉBUT 2024 .....	78
6.2	LA SITUATION DES PERSONNELS NON MÉDICAUX (PNM) EST TRÈS TENDUE, EN PARTICULIER POUR LES INFIRMIERS.....	80
<b>7</b>	<b>LA SITUATION DES URGENCES EST UN SUJET DE TENSION ENTRE LA DIRECTION DU CHU ET LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL QUI MULTIPLIE LES ALERTES .....</b>	<b>86</b>
7.1	SEPT DÉCLARATIONS DE DANGER GRAVE ET IMMINENT ONT ÉTÉ DÉPOSÉES AU SUJET DES URGENCES ENTRE 2021 ET 2024 .....	86
7.1.1	<i>La déclaration de danger grave et imminent est un dispositif d'alerte qui est déclenché par les représentants du personnel et suivi d'échanges avec la direction .....</i>	86
7.1.2	<i>Le recours à la déclaration de danger grave et imminent est régulier et répété depuis 2021 s'agissant de la psychiatrie en général, et des urgences en particulier .....</i>	87
7.2	LA SITUATION DES URGENCES FAIT L'OBJET D'ÉCHANGES VIFS ENTRE LA DIRECTION DU CHU ET LES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL QUI ONT DÉCLENCHÉ PLUSIEURS MOUVEMENTS DE GREVE À SON SUJET . .....	88
<b>8</b>	<b>LA SITUATION DE LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE ET PLUS PARTICULIÈREMENT AU CHU DE TOULOUSE CONSTITUE UN SUJET DE PRÉOCCUPATION MAJEURE, FACE AUX ALERTES RÉCURRENTES.....</b>	<b>89</b>
	<b>DEUXIÈME PARTIE : LES MESURES PRISES ET À PRENDRE À LA SUITE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION .....</b>	<b>98</b>
<b>9</b>	<b>À LA SUITE DES EIG, LE CHU ET L'ARS ONT PRIS UNE SÉRIE DE MESURES D'URGENCE SUIVIES DANS LE CADRE D'UN COMITÉ AD HOC.....</b>	<b>98</b>
9.1	CES MESURES D'URGENCE CONCERNENT EN PREMIER LIEU LE CHU.....	98

9.1.1	<i>Le DG ARS prononce l'interdiction des hospitalisations dans les locaux des urgences psychiatriques.....</i>	98
9.1.2	<i>Le DG du CHU ouvre une unité d'accueil des patients en post-urgences et de crise psychiatrique, avec une montée en charge progressive.....</i>	98
9.1.3	<i>Le CHU et le CHGM mettent en œuvre le doublement de la garde de week-end des psychiatres aux urgences psychiatriques, du samedi après-midi au dimanche après-midi, et les après-midi des jours fériés.....</i>	99
9.1.4	<i>Le DG ARS déploie des mesures de financement spécifiques pour renforcer l'attractivité en psychiatrie.....</i>	99
9.1.5	<i>Le CHU renforce les rondes de nuit et recrute des médiateurs, permettant quand cela est nécessaire, un accompagnement des patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie.....</i>	100
9.1.6	<i>Le DG du CHU met en place le 21 février 2024, avec l'ORU et le CHGM, une cellule régionale de régulation et d'orientation des patients psychiatriques.....</i>	100
9.1.7	<i>Un comité de suivi piloté par le DG ARS a également été mis en place.....</i>	101
9.2	<b>LE DG ARS DEMANDE AUX AUTRES ETABLISSEMENTS DE PSYCHIATRIE DE ROUVRIER DES LITS SANS ATTENDRE POUR FLUIDIFIER LA FILIERE D'AVAIL.....</b>	101
9.3	<b>LE TRAVAIL ENTREPRIS DANS LE COMITE DE SUIVI PORTE EGALEMENT SUR L'ORGANISATION DE LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE POUR ABOUTIR A UN « PACTE PUBLIC ET PRIVE DE LA PSYCHIATRIE EN HAUTE-GARONNE ».....</b>	101
<b>10</b>	<b>UNE TENSION EXTREME A SUIVI LES EVENEMENTS DRAMATIQUES DE FEVRIER 2024 ...</b>	<b>102</b>
10.1	<b>UNE FORTE AUGMENTATION DES ARRETS DE MALADIE ET LE DECLENCHEMENT DE NIVEAU 1 DU PLAN BLANC.....</b>	<b>102</b>
10.2	<b>UN CONTEXTE TRES TENDU ENTRE REPRESENTANTS DE LA DIRECTION DU CHU ET REPRESENTANTS DU PERSONNEL.....</b>	<b>102</b>
<b>11</b>	<b>LES MESURES D'URGENCE QUI ONT SUIVI LES EIG DOIVENT ETRE AJUSTEES OU COMPLETEES DANS LE CADRE DES EVOLUTIONS A APPORTER A LA FILIERE D'ACCUEIL DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES AUX URGENCES.....</b>	<b>103</b>
11.1	<b>LE PREMIER BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES D'URGENCES REVELE UNE SITUATION CONTRASTEE.....</b>	<b>103</b>
11.1.1	<i>La fermeture des consultations d'urgences de psychiatrie a été transitoire et ces consultations ont réouvert avec un fonctionnement devant rester celui de consultation.....</i>	103
11.1.2	<i>La fermeture de la zone chaude des urgences psychiatrique a entraîné un effet report massif sur les urgences somatiques du CHU.....</i>	104
11.1.3	<i>L'ouverture de l'unité de post urgences psychiatriques apporte une réponse pour les patients en hospitalisation libre.....</i>	107
11.1.4	<i>La prise en charge par les urgences de certains publics comme les mineurs reste problématique.....</i>	107
11.2	<b>DES MESURES COMPLEMENTAIRES STRUCTURELLES DOIVENT ETRE MISES EN PLACE.....</b>	<b>108</b>
11.2.1	<i>Donner davantage de poids à l'exploitation des EI au sein du CHU.....</i>	108
11.2.2	<i>Renforcer le fonctionnement et l'efficacité de la Cellule territoriale de régulation.....</i>	109
11.2.3	<i>Structurer une gouvernance des urgences psychiatriques publiques entre le CHU et le CHGM.....</i>	110
11.2.4	<i>Renforcer l'universitarisation de la psychiatrie au CHU et développer l'universitarisation de la psychiatrie au CHGM.....</i>	111
11.2.5	<i>Renforcer l'attractivité du travail aux urgences du CHU de Toulouse dans un environnement compatible avec la qualité de prise en charge que les patients sont en droit d'attendre.....</i>	111

11.2.6 Renforcer l'attractivité du travail aux urgences de psychiatrie à Toulouse par des unités dédiées et des effectifs adaptés à la prise en charge des patients .....	112
11.2.7 Accélérer le recrutement sous statut de praticien hospitalier des praticiens contractuels ayant été nommés au concours .....	112
11.2.8 Renforcer l'attractivité des psychiatres aux urgences de psychiatrie à Toulouse par une diminution de la charge de travail pendant les gardes.....	113
11.2.9 Renforcer l'attractivité des personnels aux urgences par des incitatifs financiers.....	114
11.2.10 Faciliter une logique de carrière pour les personnels paramédicaux .....	115
<b>ANNEXES .....</b>	<b>118</b>
<b>ANNEXE 1: LITS DE PSYCHIATRIE AUTORISES DANS LE DEPARTEMENT DE HAUTE-GARONNE .....</b>	<b>119</b>
<b>ANNEXE 2: CONTENU DETAILLE DES DANGERS GRAVES ET IMMINENTS (DGI) DE 2024 SE RAPPORTANT AUX EIG .....</b>	<b>121</b>
<b>1 EIG DES 10 ET 11 FEVRIER 2024.....</b>	<b>121</b>
1.1 L'ENQUETE DE LA FORMATION SPECIALISEE EN MATIERE DE SANTE, DE SECURITE ET DE CONDITIONS DE TRAVAIL (F3SCT).....	121
1.2 LA REUNION DE LA F3SCT .....	121
<b>2 EIG DU 14 FEVRIER 2024.....</b>	<b>122</b>
2.1 L'ENQUETE DE LA F3SCT.....	122
2.2 LA RESOLUTION DE LA F3SCT .....	124
2.3 LE COURRIER DE L'INSPECTION DU TRAVAIL .....	125
<b>ANNEXE 3: LE PROJET DE RECONFIGURATION DES URGENCES PSYCHIATRIQUES AU DEUXIEME ETAGE DU BATIMENT URM .....</b>	<b>127</b>
<b>ANNEXE 4: LA GRILLE D'ANALYSE ALARM .....</b>	<b>131</b>
<b>OBSERVATIONS DES ORGANISMES AUDITÉS ET RÉPONSES DE L'IGAS .....</b>	<b>132</b>
<b>OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS OCCITANIE ET RÉPONSES DE L'IGAS....</b>	<b>133</b>
<b>OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE TOULOUSE ET RÉPONSES DE L'IGAS</b>	<b>137</b>
<b>OBSERVATIONS DU DIRECTEUR DU CHGM ET RÉPONSES DE L'IGAS .....</b>	<b>154</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES .....</b>	<b>164</b>
<b>SIGLES UTILISES .....</b>	<b>169</b>
<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>172</b>

# RAPPORT

## Le contexte de la saisine de l'IGAS

[29] La Ministre du travail, de la santé et des solidarités et le Ministre délégué, chargé de la santé et de la prévention ont saisi l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) le 24 février 2024 pour qu'elle lance une mission sur la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne. Cette saisine fait suite à la survenue de trois événements graves au Centre hospitalier universitaire (CHU) de Toulouse les 10, 11 et 14 février 2024. Deux événements dramatiques survenus le 10 février au soir concernent des atteintes de nature sexuelle : l'une à l'encontre d'une patiente hospitalisée dans l'Unité de soins de courte durée spécialisée en toxicologie (UTOX) du service des urgences somatiques et survenu rez-de-chaussée du bâtiment Urgences Réanimation Médecine (URM), l'autre à l'encontre d'une patiente hospitalisée au sein de l'accueil médico-traumatique du service d'urgence. Le troisième événement porte sur le suicide d'un patient pris en charge depuis 10 jours à la consultation des urgences psychiatriques et dont il s'est avéré qu'elle servait de lieu d'hospitalisation pour des patients en attente d'hospitalisation en psychiatrie. Ces EIG ne sont pas isolés<sup>4</sup> et s'inscrivent dans un contexte de très fortes tensions aux urgences psychiatriques et somatiques du CHU confrontées à une très nette augmentation de leur activité et à la difficulté récurrente de trouver des solutions de prise en charge en aval de leurs patients.

[30] À la suite de ces événements, le directeur général de l'ARS s'est rendu sur place le vendredi 16 février, a visité le service puis réuni l'ensemble des acteurs (élus, équipes, représentants des personnels) et a décidé de mettre en place un comité de suivi. Le Ministre délégué chargé de la santé s'est déplacé à Toulouse le 20 février 2024 et a annoncé une série de mesures d'urgence déclinées ensuite par le directeur général de l'Agence régionale de santé (ARS) Occitanie qui font l'objet d'un suivi dans le cadre d'un comité *ad hoc* présidé par le DG de l'ARS. Réuni très régulièrement depuis le 26 février 2024, ce comité est composé de représentants des établissements de santé publics et privé du département, des représentants des organisations syndicales représentatives, d'élus, de parlementaires, de représentants des usagers et des services de l'ARS.

[31] La mission a en premier lieu pour objectif de faire toute la lumière sans préjudice de l'enquête judiciaire, toujours en cours, sur les circonstances dans lesquelles des événements graves sont intervenus en février dernier. Il est demandé notamment d'évaluer si ces événements sont, ou non, liés à des défauts systémiques d'organisation au sein de l'établissement universitaire et de vérifier que les procédures et moyens destinés à garantir la sécurité des patients sont pleinement adaptés. Anne-Carole Bensadon et Benjamin Maurice ont été désignés pour conduire cette mission qui a été notifiée au directeur général du CHU le 29 février 2024. Philippe Magne a, dans une première phase, apporté son concours à Anne-Carole Bensadon pour les questions

---

<sup>4</sup> La même semaine que celle des EIG une tentative de suicide d'un patient et une agression aux urgences somatiques ont été enregistrés aux urgences somatiques.

relatives au secret médical puis a participé ensuite à l'ensemble de la mission. Benjamin Maurice a participé la quasi-totalité de la mission jusqu'au 16 juin.

[32] Ce premier rapport concerne les événements graves survenus en février dernier. Les investigations nécessaires à sa réalisation ont néanmoins permis d'avancer sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne et se poursuivent pour élaborer le second rapport répondant aux autres objectifs de la mission. Le présent rapport est séparé en deux parties. La première partie concerne la période antérieure au 14 février 2024, date du troisième EIG auquel il est fait référence dans la lettre de mission. La deuxième partie présente une analyse des risques de reproductibilité prenant en compte les nouvelles mesures mises en œuvre dans le cadre du comité de suivi piloté par l'ARS.

[33] La mission doit également faire des propositions sur l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Il lui est demandé d'examiner les conditions actuelles de prise en charge des patients aux urgences et leur parcours en amont et en aval. Dans un département où l'offre du secteur privé est majoritaire avec plus de 75 % des lits, la mission doit tenir compte des spécificités de l'ensemble des acteurs à mobiliser dans le cadre d'une coopération à renforcer. Dans ses recommandations de plus long terme, la mission est invitée à tenir compte du modèle de financement de la psychiatrie et du régime des autorisations.

[34] Le rapport suivant abordera la structuration de l'amont et de l'aval de la filière des urgences psychiatriques.

[35] Pour mener à bien ses travaux, la mission a notamment procédé à des auditions, à l'études de documents et demandé également des éléments au CHU de Toulouse et à l'ARS.



# PREMIÈRE PARTIE : LES ÉVÈNEMENTS INDÉSIRABLES GRAVES SURVENUS ENTRE LE 10 ET LE 14 FEVRIER 2024

## 1 Les patients adultes et les mineurs de plus de quinze ans du département de Haute-Garonne venant pour des urgences psychiatriques sont pris en charge au service des urgences adultes du CHU de Toulouse depuis 2009

1.1 Une concentration historique des urgences psychiatriques sur le CHU Purpan à partir de l'explosion de l'usine AZF en 2001, associée à une croissance d'activité et une baisse des ressources professionnelles

1.1.1 Une démographie en croissance et une demande de soins psychiatriques en hausse

[36] Le territoire de l'aire urbaine de Toulouse déborde largement les limites du département de la Haute-Garonne. La population du département est passée de 1 217 850 habitants en 2009 à 1 487 804 habitants en 2024, soit + 22,16 % (+ 1,47 % par an), avec un contraste entre le pôle urbain et sa couronne, le nombre de ménages progressant beaucoup plus vite dans la couronne (+ 2,1 % en moyenne par an) que dans le pôle urbain (+ 1,1 %). Le scénario médian de l'INSEE prévoit 1 767 300 habitants en 2050 (+ 18,8 % par rapport à 2024).

[37] Selon les projections de l'INSEE<sup>5</sup> le solde naturel resterait largement positif, quoiqu'en diminution au fil du temps, la croissance démographique passant de 1,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2015 à 0,9 % en moyenne annuelle entre 2025 et 2030, et l'aire urbaine de Toulouse serait de loin la plus dynamique de la région aux côtés de celle de Montauban (542 550 ménages en 2009 vs 731 250 en 2030).

[38] À la croissance démographique locale marquée, s'ajoute une augmentation de prévalence des troubles psychiatriques, en particulier depuis la pandémie de Covid<sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> Insee, Dossier Midi-Pyrénées n°4, 2015, projections de ménages à l'horizon 2030 & Insee Analyses Occitanie n° 44 - Juin 2017

<sup>6</sup> Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France, la prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France, avec une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, avec un gain de 3,5 points, passant de 9,8 % à 13,3 %. Elle est particulièrement marquée chez les jeunes adultes, passant de 11,7 % à 20,8 %. Source : Santé mentale et psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route, État d'avancement au 3 mars 2023.

[39] L'annexe 1 présente les lits installés en psychiatrie en Haute-Garonne.

### 1.1.2 Une évolution des ressources humaines en médecins psychiatres préoccupante sur le département de Haute-Garonne

[40] Les différents rapports examinés mesurent plutôt les ressources libérales et d'exercice mixte, que les ressources hospitalières, toutefois une évolution globale défavorable se dessine.

[41] En 2008<sup>7</sup>, la région Midi-Pyrénées figurait parmi les 4 régions les mieux dotées en psychiatres (densité régionale : 22,8 / densité nationale : 22, d'après l'Observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS).

[42] La Haute-Garonne, avec 320 psychiatres dont plus des 2/3 ayant un exercice libéral<sup>8</sup> ou mixte et concentrés à 67 % dans le bassin de vie de Toulouse, présentait une densité de 26,1 praticiens pour 10.000 habitants<sup>9</sup>.

Tableau 1 : Taux de répartition des psychiatres selon leur mode d'exercice en région Midi-Pyrénées, 2011

	Libéral	Mixte	Salarié
<b>Psychiatrie</b>	43,3 %	16,7 %	40,0 %
<b>Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent</b>	53,3 %	6,7 %	40,0 %

Source : MNASM 2012

[43] Depuis 2007<sup>10</sup>, la démographie professionnelle des psychiatres diminue notablement, même si la densité dans la zone urbaine de Toulouse reste initialement plus favorable, avec une augmentation locale de densité.

[44] En 2015, le CNOM indiquait que les bassins de vie de la région Midi-Pyrénées recensaient 263 psychiatres inscrits aux tableaux des Ordres en activité régulière avec un mode d'exercice libéral ou mixte.

[45] Mais sur la période 2007-2015, les effectifs ont diminué de 6,4 %, et il est indiqué que cette tendance va se confirmer sur la période 2015-2020 (- 4,1 %), en raison de la pyramide des âges des psychiatres : Âgés en moyenne de 55 ans, les psychiatres libéraux et mixtes sont représentés par des hommes (53 %).

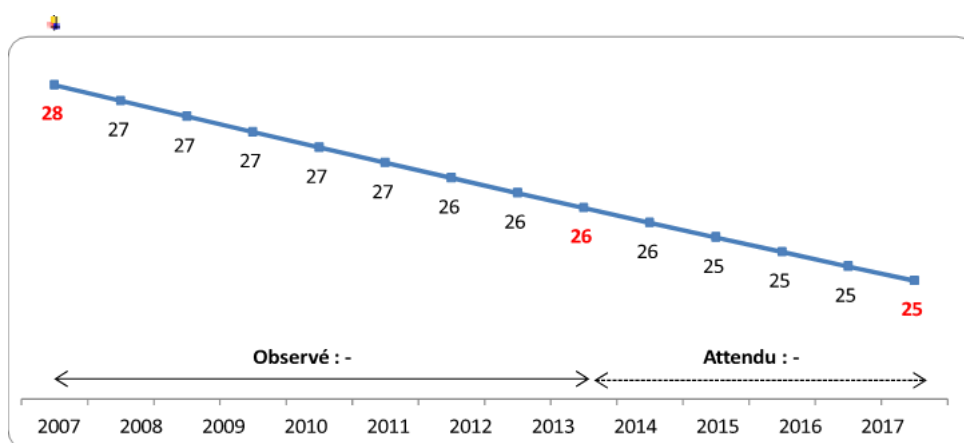
<sup>7</sup> Mission nationale d'appui à la santé mentale (MNASM) : Comment améliorer le circuit des urgences psychiatriques à Toulouse, 2012

<sup>8</sup> Les régions Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et PACA concentrent plus de 40 % des psychiatres libéraux pour 16 % de la population (Rapport Berland 2006).

<sup>9</sup> 22,5 pour la densité nationale moyenne.

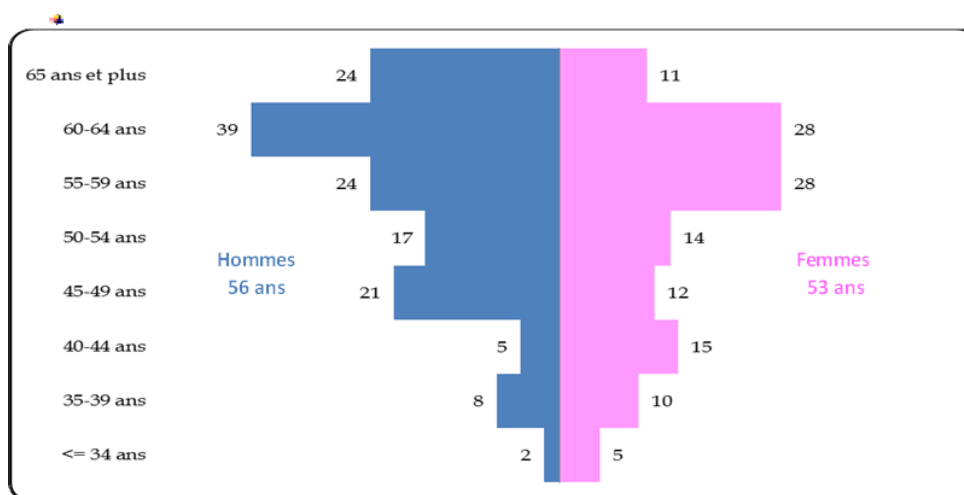
<sup>10</sup> Conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM) : La démographie médicale En Région Midi-Pyrénées, 2015

Graphique 1 : Effectifs des psychiatres d'exercice libéral ou mixte 2007 – 2020



Source : CNOM, 2015

Graphique 2 : Pyramide des âges des psychiatres



Source : CNOM, 2015

[46] Enfin en 2019<sup>11</sup>, la PTSM 31 indique que l'offre libérale reste très favorable dans le nord du département de Haute-Garonne pour les psychiatres, car le territoire attire de nombreux professionnels de santé : leur densité y est plus importante que sur la région Occitanie et sur le territoire métropolitain.

Tableau 2 : Démographie des psychiatres exerçant en libéral ou salariés

	Haute-Garonne		France métropolitaine	
	Nombre	Densité	Nombre	Densité
Psychiatres	331	24,6	12 636	19,6

Source : PTSM 31, 2019

<sup>11</sup> Diagnostic Territorial de Santé Mentale de Haute-Garonne, PTSM 31, 2019

[47] Malgré une situation a priori favorable, des disparités existent entre le nord et le sud du département, où le nombre de professionnels de santé connaît une importante baisse, et la part des praticiens âgés de 60 ans ou plus y est plus élevée. Il existe de plus une nette disparité au sein même de l'agglomération toulousaine : certains quartiers constituent des déserts médicaux.

[48] Enfin la part des psychiatres de plus de 55 ans est élevée, laissant penser à de potentiels départs à la retraite importants dans les années à venir. La PTSM conclut au constat d'une démographie défavorable des professionnels et intervenants face à la croissance de la population, accompagnée d'une tension sur les recrutements dans certaines filières.

### 1.1.3 La prise en charge des urgences psychiatriques est concentrée sur le seul service d'urgences du CHU Purpan depuis 2009

[49] Avant l'explosion de l'usine AZF le 21 septembre 2001, l'accueil des urgences psychiatriques était assuré par le CHGM, Centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (CHS). Ses bâtiments ayant été soufflés par l'explosion, il a été décidé de transférer la grande majorité de cette activité au CHU sur le site PURPAN en 2001 puis en totalité en 2009, avec la fermeture d'une unité du CHGM qui assurait encore la prise en charge des urgences psychiatriques.

[50] La situation des urgences psychiatriques au CHU est identifiée depuis ce temps comme préoccupante, avec sollicitation de la mission nationale d'appui en santé mentale (MNASM) en 2008 à la demande du directeur général de l'ARH de Midi-Pyrénées et de la DHOS, en 2012 une intervention de la MNSAM dans un contexte de grève aux urgences de Purpan visant notamment à étudier le circuit des urgences avec une attention particulière portée sur les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) et les soins sans consentement (SSC), une étude du Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires<sup>12</sup>. Entre 2002 et 2023, quinze rapports ont été réalisés relatifs à la psychiatrie en Haute-Garonne.

Tableau 3 : Rapports relatifs à la psychiatrie en Haute-Garonne, 2002-2023

Année	Rapports / enquête / études
2002	MNASM - Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : objectif initial est l'aide à la mise en œuvre du CPOM du CH Gérard Marchant bloqué depuis 2 ans, finalement réorienté vers la reconstruction de l'offre après l'explosion AZF.
2009	MNASM - Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale – Évaluation des besoins d'accueil en urgence psychiatrique de l'agglomération toulousaine, appréhension de ceux-ci, et pertinence des solutions organisationnelles mise en place.
2012	MNASM – intervention dans un contexte de grève aux urgences de Purpan avec objectifs multiples : - étudier le circuit des urgences avec une attention particulière portée sur les IMV et les soins sans consentement - évaluer la mise en œuvre des préconisations de 2009
2015	Étude du LISST - Laboratoire Interdisciplinaire Solidarités, Sociétés, Territoires- Unité Mixte de Recherche en Sciences Humaines et Sociales : Étude qualitative observationnelle sur les fonctionnements et parcours

<sup>12</sup> Unité Mixte de Recherche en Sciences Humaines et Sociales à large couverture thématique qui relève des sections 36, 38 et 39 du CNRS, ayant pour tutelles l'Université Toulouse Jean Jaurès, l'EHESS et l'ENSFEA.

	CGLPL : Rapport de visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire de Toulouse (Haute-Garonne)
<b>2017</b>	CGLPL : Rapport de visite de la clinique psychiatrique de Beaupuy (Haute-Garonne)
<b>2019</b>	Enquête ARS 2019 sur les CMP - CMPP en Haute-Garonne CGLPL : Rapport de visite du centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse
<b>2020</b>	Contrôle CRC sur le CHU de Toulouse (année 2012 et suivantes)
<b>2022</b>	Suite aux fugues : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inspection ARS CHU de Toulouse</li> <li>- Inspection ARS CHGM</li> <li>- Rapport IGAS</li> </ul> 2021-2022 Étude CREA I ORS « PPSY Étude des parcours de soins des patients adultes au sein des services psychiatriques de la Haute-Garonne »
<b>2023</b>	Rapport ORU sur la filière psy en Haute Garonne  Rapport CRC sur le CHGM : rapport provisoire

Source : ARS

[51] Le rapport de la Mission nationale d'appui en santé mentale de 2009 précise qu'en 2009, le CHS a encore 10 lits d'accueil et/ou de crise au sein de l'unité Dide, le CHU 11 lits dont 4 d'unité de soins de courte durée (UHCD) et la clinique de Beaupuy dispose de 8 lits d'UHCD. Le rapport mentionne un encadrement paramédical, hors psychologues, travailleurs sociaux et secrétaires, de 31 équivalents temps plein (ETP) à Dide, de 40 ETP environ à Purpan dont 13,2 à l'UHCD, de 7 environ à Beaupuy. Il précise que l'encadrement médical est de 2,5 ETP à Dide, de 5 ETP au CHU et de 2,5 à Beaupuy, gardes non comprises.

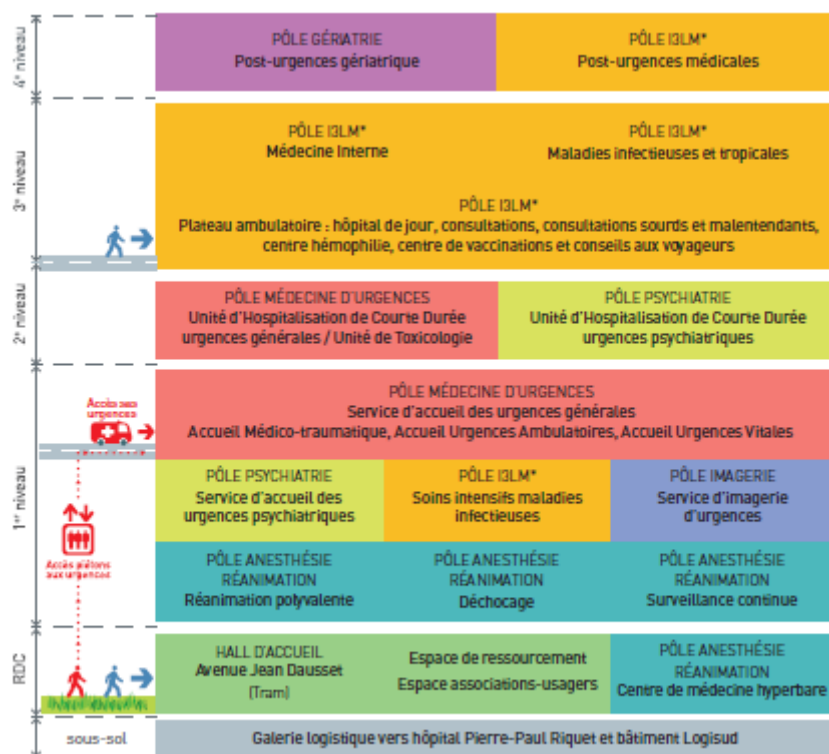
[52] L'activité des urgences psychiatriques au CHU de Toulouse site Purpan est en constante augmentation depuis 2019 avec, en 2023, 11 843 entrées et continuera de progresser en raison de la croissance démographique de l'aire urbaine de Toulouse et de la Haute-Garonne, voire des départements voisins, et d'une augmentation de prévalence des troubles psychiatriques, en particulier depuis la pandémie de Covid. L'augmentation d'activité des urgences psychiatriques est également liée aux difficultés que rencontrent les dispositifs ambulatoires publics en amont des urgences (faute de moyens médicaux) dont la saturation a compromis l'accessibilité et la capacité d'intensification des prises en charge ambulatoires. Ces difficultés n'ont pas été compensées par les acteurs libéraux du territoire.

## 1.2 Une structuration du bâtiment des urgences où coexistent urgences psychiatriques et somatiques

[53] Les patients venant pour des urgences psychiatriques sont accueillis au service des urgences (SU) du CHU situé dans le bâtiment URM.

[54] Le schéma ci-dessous montre la structuration du bâtiment URM.

Schéma 1 : Organisation du bâtiment URM



Source : site internet du CHU

[55] Le SU se situe sur le premier et le deuxième niveau de l'URM avec une séparation géographique des urgences psychiatriques et des urgences générales.

[56] Les urgences psychiatriques sont d'abord constituées par une consultation de psychiatrie qui est rattachée au pôle psychiatrie. La consultation psychiatrique comporte une zone dite « froide » composée d'une salle d'attente, de 4 bureaux d'entretien et d'un box d'examen et une zone dite « chaude » composée d'une salle d'attente, d'un bureau d'entretien, de deux box d'apaisement avec brancards et de sanitaires publics.

[57] L'espace est également complété par une salle de repos pour les personnels et un local de stockage. Au deuxième niveau se situe notamment une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) « fermée » de psychiatrie, de 9 lits dont quatre en chambre d'isolement, rattachée au pôle de psychiatrie. Les patients accueillis aux urgences de psychiatrie qui le nécessitaient pouvaient bénéficier d'une hospitalisation dans une UHCD « ouverte<sup>13</sup> » de psychiatrie jusqu'en 2019. Ces lits ont été fermés ensuite du fait de difficulté de recrutement de personnel médical puis paramédical.

[58] Un médecin de coordination et d'accueil (MCO) intervient en appui de l'infirmière d'accueil et d'orientation. Les urgences générales comportent un accueil ambulatoire, un accueil médico-traumatique (AMT), et un service d'accueil des urgences vitales (SAUV) de 4 lits destinés à

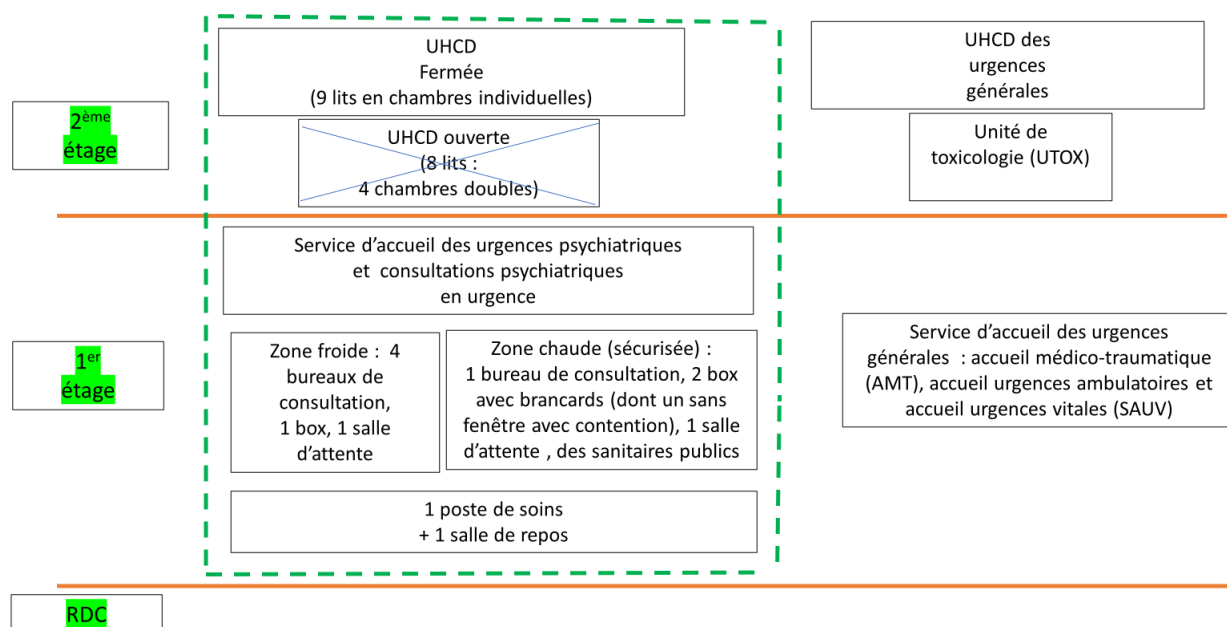
<sup>13</sup> Par opposition à l'UHCD « fermée », l'UHCD ouverte ayant vocation à prendre en charge les patients en hospitalisation libre.

accueillir les patients présentant une détresse vitale ou potentielle. L'unité d'accueil urgence ambulatoire reçoit, en accueil debout, des patients nécessitant des soins urgents avec peu d'investigation para clinique et peu de surveillance. L'AMT reçoit les patients en accueil couché nécessitant des investigations paracliniques et une surveillance rapprochée. L'AMT est organisé avec un système de marche en avant et différencié en trois zones : un Hub, une zone verte de 22 lits et une zone orange de 9 lits. Comme le précise le projet de pôle, le Hub permet par une prise en charge médico-soignante dans une même unité de temps et de lieu d'initier la démarche diagnostique et thérapeutique. L'objectif est une orientation du patient en moins d'une heure vers des zones de soins adaptées à sa pathologie et son évolutivité potentielle : la zone orange pour les patients présentant un potentiel évolutif important ou nécessitant des soins complexes, la zone verte pour les patients ayant un faible potentiel évolutif de leur pathologie ainsi que les patients à hospitaliser dans un service traditionnel ou attendant un retour à domicile.

[59] Au deuxième niveau se situent une unité de toxicologie de 10 lits (UTOX) et une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 16 lits rattachés au pôle urgence. Ces lits permettent l'hospitalisation des patients de l'AMT qui nécessitent une surveillance prolongée (après une intoxication médicamenteuse volontaire notamment) ou la poursuite d'examens complémentaires.

[60] Le schéma ci-dessous présente le détail de la configuration du service d'urgence du site Purpan en février 2024.

Schéma 2 : Configuration des urgences - bâtiment URM en février 2024

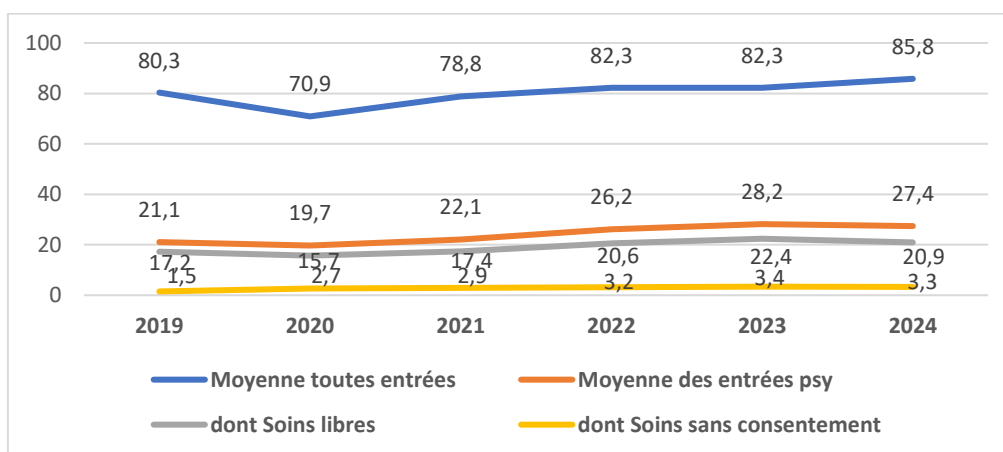


Source : Mission ; la zone délimitée par des pointillés correspond à l'ensemble des unités formant les urgences psychiatriques

### 1.3 Un flux de patients psychiatriques en croissance notable qui augmente le nombre de patients qui stagnent aux urgences

[61] La fréquentation moyenne quotidienne du service des urgences est en croissance (+ 6,8 % entre 2019 et 2024<sup>14</sup>), après la baisse en 2020 et 2021, en lien avec le Covid. Cependant les passages aux urgences concernant des patients psychiatriques ont cru de 30 % entre 2019 et 2024, constituant 32 % des passages aux urgences en 2024, dans leur majorité en soins libres (76,3 %) et 12 % en soins sans consentement.

Graphique 3 : Nombre moyen d'entrées journalières, 2019-2024\*



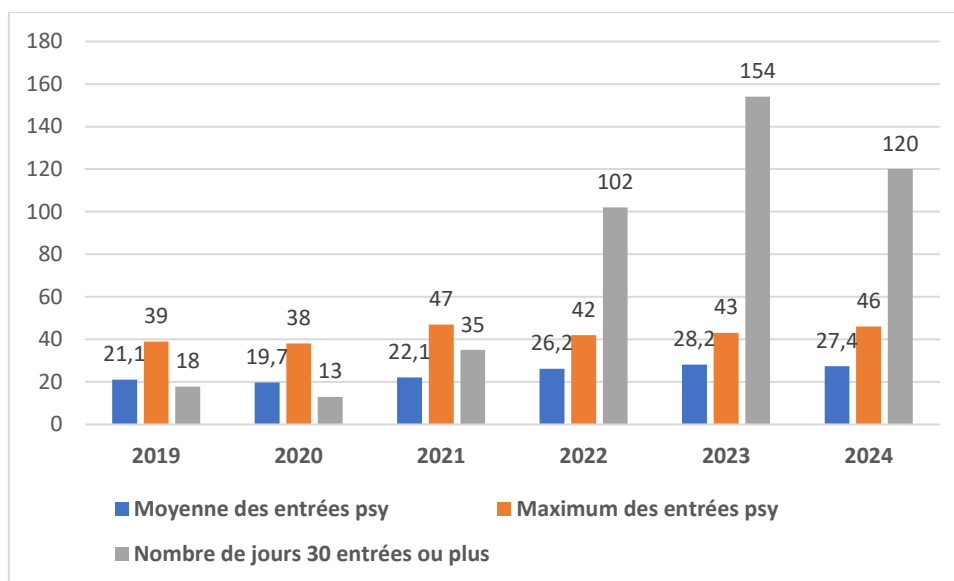
Source : DIM CHU / traitement mission ; \* les données de 2019 s'étendent du 3 avril au 31 décembre, les données 2024 s'arrêtent au 30 avril.

[62] La croissance du nombre moyen de passages de patients psychiatriques aux urgences s'accompagne de pics notables atteignant des maxima de 47 entrées en 24h en 2021 et 46 en 2024, avec de plus un nombre de jours comptabilisant 30 passages ou plus atteignant 154 jours en 2023.

<sup>14</sup> Moyenne de 86 patients quotidiens en 2024.



Graphique 4 : Nombre moyen de passages de patients psychiatriques, maxima de nombre de patients en un jour, et nombre de jours de 30 nouveaux patients ou plus, 2019-2024



Source : DIM CHU / traitement mission ; le nombre de jours à 30 entrées ou plus est extrapolé pour 2019 et 2024.

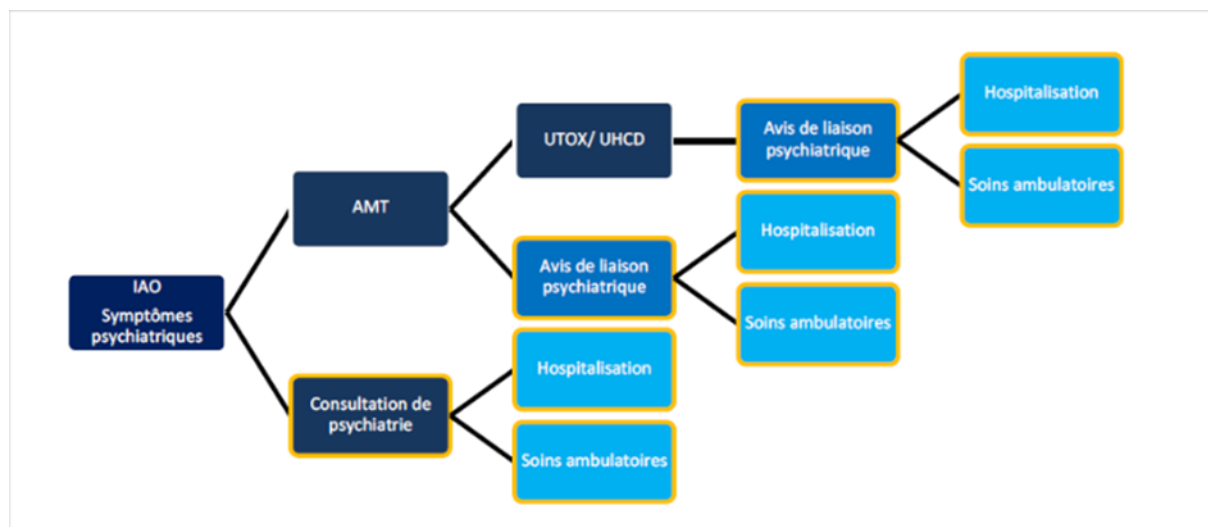
#### 1.4 Le parcours des patients pris en charge pour des urgences psychiatriques peut comporter une prise en charge au sein de la zone dédiée aux urgences générales sans justification médicale

##### 1.4.1 Une orientation des patients prenant en compte la nécessité d'éliminer toute cause somatique avant de les diriger vers la consultation de psychiatrie

[63] Le patient est pris en charge par une infirmière d'accueil et d'orientation (IAO) qui peut l'orienter vers l'AMT s'il y a une nécessité d'éliminer une étiologie organique, si le patient a pris des toxiques ou des médicaments, ou pour tout autre motif nécessitant des soins somatiques. En dehors de ces situations le patient est admis à la consultation de psychiatrie où il est évalué.

[64] Quand le patient est admis à l'AMT, il est prévu qu'un avis psychiatrique dit « de liaison » soit donné, une fois les bilans somatiques effectués après échange entre les médecins urgentistes et psychiatres. Le patient victime d'une intoxication médicamenteuse volontaire ou d'autres intoxications et nécessitant une surveillance prolongée est dirigé vers l'UTOX. Là encore, il est prévu qu'un avis psychiatrique de liaison soit donné, une fois les bilans somatiques effectués après échange entre médecins urgentistes et psychiatres. L'UTOX compte aussi un poste d'infirmier Psychiatrique 7j/7 positionné pour évaluer les patients avant rencontre avec le psychiatre de liaison.

Schéma 3 : Schéma de la prise en charge de patients présentant des symptômes psychiatriques



Source : CHU

[65] Les patients ne nécessitant pas de prise en charge somatique sont orientés sur la consultation de psychiatrie. L’adressage du patient vers la consultation de psychiatrie s’effectue après que l’IAO a fait le lien avec l’infirmière d’appui psychiatrie à l’orientation (DAPACO) pour déterminer le lieu d’accueil (zone froide ou zone chaude), fonction mise en place depuis 2023.

### 1.5 Les effectifs de personnels méritent d’être adaptés par rapport à l’évolution des besoins

[66] Les effectifs de PNM sont répartis ainsi dans les différentes unités :

Tableau 4 : Répartition des IDE et des AS au sein des unités du service des urgences psychiatriques

19 février 2024

Organisations des urgences psychiatriques - IDE				
	M	S	N	ETP
UHCD Fermée - 9 LITS	3	3	3	18,48
CONSULTATIONS (+1 = avec redéploiement des IDE de l'UHCD Ouverte qui a fermé)	2+1	3	2+1	18,48
DAPACO - Infirmier de liaison à l'accueil medico traumatique des urgences somatiques (	1	1	1	6,16
LIAISON UTOX Lundi au Dim (unité d'accueil des intoxications volontaires ou non)	1	0	0	1,82
LIAISON Ranguel Lundi au Dim ( infirmier de liaison sur les urgences	1	0	0	1,82
LIAISON AMT	1	0	0	1,82
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>48,56</b>
LIAISON Purpan Lundi au Vendredi	1			1,26
<b>Total</b>				<b>1,26</b>
VigilanS + Vigimineurs + Vigiod				6
DIRPS Maquette temps IDE		2		4,5
DIRPS Renfort avec effectifs				1,3
Bed Manager 1 ETP financé	1			1
<b>Total</b>	<b>1</b>			<b>12,8</b>
<b>Totaux ETP</b>				<b>62,96</b>

Aides soignants				
	M	S	N	ETP
UHCD Fermée - 9 LITS	1	1	1	6,16
Consultations avec redéploiement des AS de l'UHCD Ouverte qui a fermé	1	1	0	3,64
<b>Totaux</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>9,8</b>

Source : CHU<sup>15</sup>

[67] L'IDE « Liaison UTOX » est affectée à l'UTOX qui est une structure qui fait partie des urgences somatiques. L'IDE « Liaison AMT » doit aller voir les patients nécessitant une prise en charge psychiatrique qui sont à l'AMT, soit parce qu'ils nécessitent également une prise en charge somatique, soit parce qu'il n'y a pas de place pour les recevoir sur les urgences psychiatriques. La fiche de tâche IDE liaison AMT n'est pas sur la plate-forme Pilot gérée par la direction qualité qui comprend notamment les documents et protocoles en cours. Elle n'a pas été finalisée

<sup>15</sup> Le tableau 4 est extrait d'une note adressée par le CHU au cabinet de la ministre du travail, de la santé et des solidarités le 20 février 2024. Postérieurement à cet envoi et dans le cadre de la procédure contradictoire avec l'IGAS, le CHU a souhaité y apporter des modifications ou des précisions : les postes de liaison Ranguel/Purpan et AMT sont des postes de journée et non du matin, les effectifs de Vigilans sont de 2 IDE/jour et non 6, le nombre de bed-manager est à 2 depuis février 2024. Il est à souligner que les effectifs de l'UHCD fermée (9 lits) du CHU correspondent aux préconisations d'une unité pour malades difficiles de 15 lits. Il est à noter que la consultation compte 1 AS le matin pour servir les repas et répondre aux besoins en soins d'hygiène et un 4ème IDE est présent le soir pour gérer le flux de patients plus important en fin de journée.

définitivement. Elle était encore en cours de travail avant les événements de février compte tenu notamment du refus de certains soignants d’aller prendre en charge des patients à l’AMT.

[68] Parmi les effectifs figurant ci-dessus, certains sont affectés à des dispositifs spécifiques innovants.

[69] Le dispositif de régulation psychiatrique au SAMU 31 (DIRPS), mis en place depuis juillet 2019, permet qu’un infirmier accompagne la régulation pour les appels concernant la psychiatrie, en lien avec le médecin régulateur.

[70] La plate-forme Vigilans, dispositif déployé dans 17 régions en 2024, a été mis en place en 2020 au CHU de Toulouse et vise à assurer le suivi téléphonique des patients suicidants et leur orientation. Il se situe sur le site Purpan dans le bâtiment SENAC.

[71] Les effectifs de psychiatres sont répartis comme suit.

Tableau 5 : Répartition des effectifs de psychiatre au sein des urgences

	Matin	Soir	Nuit	Samedi matin	Garde WE et JF
UHCD « fermée »	1	1	Un psychiatre Un interne	Un psychiatre sur place du CHU (soit des urgences psychiatriques, soit de l’équipe du Pr Yrondi)  Un interne	Un psychiatre (soit du CHU soit du CHGM)  Un interne
Consultation de psychiatrie/AMT	2	2			
Liaison UTOX	1	1			

Source : CHU

### 1.5.1 Une série de protocoles précisent les modalités d’orientation des patients et de surveillance au sein des urgences psychiatriques

[72] Un protocole précise les modalités d’orientation des patients des patients à la consultation des urgences psychiatriques. Il est destiné aux psychiatres intervenants aux urgences psychiatriques, cadres de garde, IAO, médecins de régulation, urgentistes, administrateurs de garde. L’IAO (et/ ou MCO) détermine(nt) l’orientation du ou de la patiente vers la consultation de psychiatrie. L’IAO (et/ ou MCO) fait le lien avec l’infirmier d’appui psychiatrie à l’orientation +/- psychiatre de coordination pour déterminer le lieu d’accueil : zone froide (ZF) ou zone chaude (ZC). Ce protocole est signé et diffusé dans PILOT, logiciel de Gestion électronique des documents (GED), pour les protocoles.

[73] Il précise qu’une fois décidé par l’IAO la nécessité d’une orientation sur la zone consultation de psychiatrie, les patients doivent être orientés vers la zone chaude sur les critères suivant :

- Patient agité ou présentant des troubles du comportement et/ou
- Patient désorganisé et/ou

- Patient à risque de fugue et/ou
- Patient à risque de passage à l'acte hétéro agressif et/ou
- Patient à risque de passage à l'acte auto agressif à évaluer en fonction du risque et de la présence ou non d'un accompagnant

[74] Les critères d'admission en zone froide se déduisent des critères retenus pour orienter les patients vers la zone chaude. La zone froide reçoit les patients dont le risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif ou celui de fugue est jugé faible.

[75] Un protocole, en date du 27 février 2024, diffusé dans PILOT affecté à l'équipe médico-soignante de l'UHCD psychiatrique « fermée » / consultations urgences psychiatriques précise les modalités d'installation et de surveillance d'un patient pris en charge en zone froide de la consultation de psychiatrie en vue de contrôler son état de santé et d'assurer sa sécurité en attendant la décision d'une prise en charge plus spécifique ou retour à domicile. Le document précise le rédacteur et les vérificateurs.

### 1.5.2 Le protocole concernant l'orientation des patients en zone chaude distingue quatre niveaux de tension aux urgences psychiatriques qui peuvent conduire à orienter ces patients vers l'AMT

[76] Un protocole interne daté d'août 2023, rédigé par la cheffe du service de psychiatrie d'urgence, de crise et le médecin urgentiste de liaison, validé par le chef de service des urgences distingue des niveaux « vert », « orange », « rouge » et « noir » selon le degré de saturation de la zone chaude de la consultation<sup>16</sup>.

#### Résumé du protocole de parcours de la filière chaude

Le **niveau vert** correspond au fonctionnement habituel, à l'absence de tension.

Les patients sont accueillis sur la consultation de psychiatrie et, en fonction de leur orientation, quittent la zone de consultation pour permettre l'accueil des nouveaux.

Le ou la patient(e) est accueilli(e) par l'équipe IDE

L'équipe IDE de psychiatrie évalue le patient.

L'équipe médicale de psychiatrie évalue le patient.

L'orientation est déterminée et communiquée au *bed manager*.

Si le ou la patient(e) nécessite une hospitalisation, il ou elle est transféré(e) sur son unité d'admission ou à défaut sur l'UHCD « fermée ».

En cas d'impossibilité de transfert dans les 2 heures, le fonctionnement de la consultation est dégradé et le patient est « hospitalisé » sur la zone chaude de la consultation dans un box.

<sup>16</sup> La mission a été destinataires de 2 protocoles sur ce même sujet différenciés par les couleurs et le nombre de niveau d'urgences. Celui qui fait foi est celui signé.

Le **niveau orange** de saturation de la zone chaude la consultation de psychiatrie est atteint si :

- Un ou une patient(e) se trouve sur la zone chaude et
- Qu'il nécessite une hospitalisation dans une unité de psychiatrie ;
- Qu'il n'a pas de perspective d'admission sur une unité de psychiatrie dans les 2 heures.

Dans ce cas, le psychiatre de coordination :

1. Alerte le BM ou cadre (si BM absent) de l'activation de la procédure de tension niveau 2
2. Le BM met en place la procédure de tension niveau 2.

Un niveau rouge de saturation de la zone chaude la consultation de psychiatrie est atteint si :  
Deux patients(es) se trouvent sur la zone chaude et

- Qu'ils nécessitent une hospitalisation dans une unité de psychiatrie
- Qu'ils n'ont pas de perspective d'admission sur une unité de psychiatrie dans les 2 heures

Dans ce cas, le psychiatre de coordination alerte la Direction de pôle / Directeur de garde de l'activation de la procédure de tension niveau 3

Quand un 3ème patient est accueilli et évalué dans le bureau. Quatre scénarii sont alors possibles :

1. Le patient ne nécessite pas d'hospitalisation : la sortie est donc organisée, il attend dans la salle d'attente en zone froide ou chaude jusqu'à sa sortie.
2. Le patient nécessite d'être hospitalisé mais ne nécessite pas un maintien en zone chaude. Il est transféré en zone froide.
3. L'hospitalisation est nécessaire et le patient nécessite un maintien en zone chaude mais un transfert a pu être organisé pour l'un des patients présents sur la zone chaude.
4. L'hospitalisation est nécessaire et le patient nécessite un maintien en zone chaude aucun transfert n'a pu être organisé pour l'un des patients présents sur la zone chaude dans les 2 heures. Le niveau noir de saturation est alors atteint.

Ainsi, **au niveau noir** de saturation, trois patients(es) se trouvent sur la zone chaude et nécessitent une hospitalisation dans une unité de psychiatrie.

Dans ce cas, le psychiatre de coordination :

- Active la procédure de tension niveau 4 ;
- Prévient le MCO de la situation.

## 1.6 Une organisation reposant sur un seul bed manager pour faciliter l'hospitalisation en psychiatrie de patients en attente au sein des urgences du CHU dans le contexte connu d'une filière d'aval non adaptée aux besoins

[77] Depuis 2014, un bed manager est présent chaque jour afin d'aider à trouver des lits pour les patients pris en charge aux urgences et qui nécessitent une hospitalisation en psychiatrie. Il est présent du lundi au dimanche de 8h30 à 16h30. Cette fonction est assurée par des cadres infirmiers (ou faisant fonction de cadre) du CHGM et des infirmiers des urgences psychiatriques du CHU. Leurs pratiques étaient variables avec néanmoins des points communs. En particulier, à 8h30, une réunion entre le médecin de nuit, le médecin de jour, et le bed manager visait à faire le point sur l'ensemble des situations.

[78] Selon les pratiques, certains bed manager appelaient toutes les cliniques, l'UF3, l'UF4, l'UHBA pour des patients mineurs, et le CHGM et/ou adressaient des mails aux cliniques. De façon quasi constante, un envoi de listings de patients à hospitaliser était fait, à des fréquences variables, à tous les établissements (service de psychiatrie du CHU, CHS Gérard Marchant et cliniques).

[79] Cela supposait, dans une pratique décrite à la mission par un bed manager d'arriver à 7h afin d'identifier sur Orbis<sup>17</sup> les patients relevant de la psychiatrie en différenciant ceux hospitalisés à l'UHCD « fermée », à l'UTOX, aux urgences générales pour une prise de fonction à 8h30. Si l'évaluation avait été faite dans la nuit par le médecin, un dossier clinique constitué notamment d'une fiche de liaison, de l'impression du dossier patient et de l'affiliation éventuelle à une mutuelle était constitué puis envoyé aux établissements d'aval potentiels.

[80] À 8h30, une réunion entre le médecin de nuit, le médecin de jour et le bed manager visait à faire le point sur l'ensemble des situations. Cette démarche proactive est peu compatible avec sa réalisation par une seule personne, ce d'autant que les services et les établissements susceptibles d'hospitaliser des patients après leur prise en charge aux urgences du CHU ne fournissaient pas d'information précisant le nombre de lits disponibles chaque matin. Il n'y avait pas d'outil permettant d'assurer la traçabilité des recherches et des réponses avec notamment les motifs de refus. Dans la deuxième partie, les évolutions apportées à ce dispositif de régulation après la survenue des EIG seront présentées.

## 2 Les événements dramatiques survenus en février ont nécessité chacun une investigation spécifique et présentent des points communs

[81] La mission s'est appuyée sur les éléments figurant dans les dossiers médicaux et soignants. Elle a également procédé par entretiens avec des personnels du CHU ayant directement été impliqués dans la prise en charge des patients mais pas uniquement. Elle a également étudié les

---

<sup>17</sup> Le logiciel dossier patient informatisé Orbis®

éléments transmis à l'ARS et les revues de morbi-mortalité (RMM) réalisées par le CHU à la suite de chacun des événements. Ainsi qu'il est précisé par la HAS, la RMM est une analyse collective, rétrospective et systémique et les éléments ne comportent aucune information permettant d'identifier directement ou indirectement le patient et les professionnels concernés.

[82] Dans les descriptions qui suivent, les noms des médecins ne sont pas précisés et il est systématiquement écrit « le » médecin, quel que soit le genre de la personne.

## 2.1 Le suicide d'un patient hospitalisé depuis 10 jours dans des locaux initialement dédiés à la consultation de patients reçus en urgence pour un motif de psychiatrie

[83] Un patient (A) venu aux urgences du CHU de Toulouse de sa propre initiative puis installé dans un box de consultation où il était devenu habituel de faire dormir des patients pour plusieurs nuits et d'y assurer une prise en charge en psychiatrie y est resté pendant 10 jours. Il était en attente d'une orientation dans un service de psychiatrie qui n'a pu se faire compte tenu de la difficulté pour trouver un lit d'aval. Le patient s'est suicidé et a été retrouvé par une IDE lors de sa visite à 8h30 dans le box de consultation où il séjournait.

### 2.1.1 La durée de séjour du patient est particulièrement longue et inadaptée compte tenu des conditions matérielles d'hospitalisation et de sa situation d'attente

[84] Le malade A, âgé de 49 ans, est arrivé aux urgences du CHU Purpan, le dimanche 4 février (J1), accompagné par son épouse, au motif d'une demande d'aide, ayant tenté de se pendre à son domicile.

[85] Il est pris en charge à 18h17 par l'IAO. Les premiers examens cliniques et paracliniques sont pratiqués. Les résultats des examens ne montrant pas d'indication à une prise en charge aux urgences somatiques, le malade est orienté dans le couloir de la consultation de psychiatrie à 21h. Il est examiné par un médecin psychiatre MP1 à 22h (J1). Les éléments figurant dans le dossier patient informatisé (DPI) sont cohérents avec la décision d'hospitaliser le malade.

[86] Le dossier infirmier mentionne qu'il est installé dans le couloir de la zone froide et qu'il dort à partir de 3h sur un brancard en salle d'attente de la consultation psychiatrique et qu'à 12h (J2 lundi 5 février), il déclare avoir bien dormi. Il y est également indiqué « la nécessité d'une surveillance par caméra autant que possible », mais aussi « l'absence de possibilité d'une surveillance constante ».

[87] L'entretien avec une IDE de psychiatrie à J2 enregistré dans le DPI mentionne que le patient souhaite « une hospitalisation à l'UF4 en premier choix » et que le médecin traitant a fait une demande d'hospitalisation à la clinique Aufréry trois jours plus tôt. Il refuse une hospitalisation à la clinique des Cèdres, où il y a une place pour le recevoir car il ne souhaite pas recevoir le type de traitement envisagé par le psychiatre de l'établissement qui est également le psychiatre qui le suit en ville. L'indication mentionnée dans le DPI est celle d'une hospitalisation en psychiatrie en urgence. Le dossier signé par le MP2 mentionne qu'un des médecins d'une unité d'hospitalisation



de psychiatrie du CHU, dans laquelle le patient a été hospitalisé moins d'un mois auparavant, sollicité pour prendre en charge le patient considère qu'il n'y a pas d'indication retenue à une nouvelle hospitalisation sur l'unité. Le dossier ne précise pas que la demande d'hospitalisation dans cette unité était conditionnée à la possibilité de réaliser un traitement spécifique. Le patient ne souhaitait pas ce type de traitement, ce qui avait contribué à son refus d'orientation vers la clinique des Cèdres. La revue de morbi-mortalité (RMM) réalisée par le CHU note également comme motif de refus le fait que le dysfonctionnement d'un matériel souhaité pour la prise en charge du patient ne permet pas d'accueillir le patient. Mais elle indique également que le médecin sollicité pour prendre en charge le malade considérait qu'il n'y avait pas d'indication pour ce type de traitement. Enfin, dans le compte rendu de RMM l'absence de place de place est mentionnée comme un motif de refus à 12h mais le motif de « cohérence de parcours » est également évoqué.

[88] L'UF4 comporte 22 lits dont 2 chambres d'isolement. Les 4 et 5 février à 8h (J1 et J2), l'UF4 était en suroccupation. 23 patients étaient présents dans l'unité. Le 5 février, 1 patient sort de l'unité.

[89] Le patient est installé sur un brancard dans un bureau de la consultation psychiatrique de la zone dite « froide » en cours d'après-midi.

[90] Le dossier infirmier de J3 (mardi 6 février) à 7h56 mentionne dans la rubrique « devenir » du DPI : le refus d'aller à la clinique des Cèdres par le patient et sa femme, le refus par un médecin de l'UF4 d'y hospitaliser le patient, l'attente de la clinique de Seysses, le refus de la clinique Montberon et la demande faite à J3 par le médecin traitant d'hospitalisation à la clinique Aufréry. Cette demande a été supposée déjà faite avant l'entrée du patient mais ce n'était pas le cas. Une demande d'admission avait bien été faite mais à l'automne précédent d'où un quiproquo quand la famille a évoqué cette demande lors de l'entrée du patient. Mais aucun personnel du CHU n'a, avant J5, appelé la clinique afin de vérifier où en était cette demande. Le 6 février à 8h, 22 patients sont présents dans l'unité, 1 patient sort dans la journée.

[91] Le dossier médical de J3 (mardi 6 février) à 11h58 mentionne l'existence d'une place à la clinique Montberon et précise que le patient est d'accord pour le transfert même s'il aurait préféré la clinique Aufréry et que son épouse en est informée, mais il a ensuite été informé de l'absence de place dans cette clinique. Cette place a bien existé mais de façon très transitoire. Le 7 février, 2 patients entrent à l'UF4.

[92] Le chef de l'unité a été sollicité à J2 pour recevoir le patient mais pas après, la question du nombre de places disponibles étant seulement l'un des motifs de refus d'admission du patient.

[93] Le dossier médical mentionne à J3 un accord du patient pour aller à la clinique Montberon.

[94] Le dossier infirmier de J3 à 17h13 mentionne que l'information d'une place disponible à la clinique Montberon aurait été donnée au patient mais qu'il est informé qu'il n'y a pas de place.

[95] Les dossiers infirmiers à J4 mentionnent pour les orientations : « clinique ». Il est également précisé que le patient « *soutient ne pas avoir refusé les hospitalisations en clinique* » puis il est mentionné « *peut-être, je ne sais pas* ».

[96] À J5 (jeudi 8 février) 10h37, le dossier médical précise « Attente Aufréry » puis à 15h36 « pas de place disponible avant 3 semaines ». Le dossier infirmier (J5) mentionne un appel du bed manager qui précise, après appel de la clinique Aufréry que la dernière demande date de 2023 et qu'il n'y a donc pas de demande en cours. À J5 (19h29) le dossier précise que l'épouse a une piste d'hospitalisation à Amiens et souhaite en discuter avec le médecin. Le dossier du patient est reproposé à l'ensemble des cliniques psychiatriques (par ailleurs toutes saturées à la veille d'un week-end) mais pas à l'UF4 où il n'y avait pas de place disponible mais où deux patients étaient entrés la veille et qui avait par ailleurs considéré que le patient, au moment de son entrée dans l'établissement, ne relevait pas d'une prise en charge dans son service.

[97] À J6 (vendredi 9 février), le dossier infirmier précise que selon les parents, il n'y a pas de place à la clinique psychiatrique dans la ville où ils résident et que, toujours selon les parents, le patient est prêt à être hospitalisé à Aufréry, Montberon ou Seysses. En fin de journée à J6, le dossier infirmier indique que se pose la question d'une hospitalisation en clinique ou d'un retour à domicile.

[98] À J7 (samedi 10 février), il est rappelé à l'épouse les refus, par manque de place, des cliniques Aufréry, Montberon, et Seysses. Le patient et son épouse sont opposés au transfert à la clinique des Cèdres. Il est indiqué qu'ils reviendront vers les soignants pour l'orientation après « délibération familiale »<sup>18</sup>. Dans le dossier infirmier, l'indication d'orientation est encore, à plusieurs reprises, celle d'Aufréry.

[99] À J8 (dimanche 11 février), le dossier infirmier indique que le patient refuse toujours son transfert à la clinique des Cèdres, et évoque un éventuel retour à domicile chez ses parents. Dans l'après-midi avec la visite de son épouse, il est mentionné que le patient se questionne sur le refus de la part des cliniques et accepte le principe d'aller à la clinique des Cèdres. La demande est transmise au gestionnaire de lits. Les courriels émis par les gestionnaires de lits à l'ensemble des structures d'accueil mentionnent la recherche de place pour ce patient, à J5, J6, J9 et J10. La mission ne retrouve pas de retour écrit ni d'accusé de réception de ces demandes.

[100] À J9 (lundi 12 février), une consultation médico-infirmière est réalisée avec le patient en présence de son épouse, par le médecin psychiatre MP3. Le DPI mentionne que le projet est celui d'une hospitalisation, le plus rapidement possible, quelle que soit la clinique, et que le retour à domicile n'est pas envisageable dans l'intervalle. Le bed manager est informé.

[101] À J10 (mardi 13 février), lors de la consultation avec le médecin psychiatre MP4, il est précisé que le patient exprime une lassitude de son hospitalisation, à 22h21. On comprend, au travers des éléments de ce même dossier que la lassitude de l'hospitalisation influe sur son état mental.

[102] À J11 (mercredi 14 février), le dossier précise qu'à partir de minuit, le patient dort à chacun des passages des soignants. D'après les entretiens, le dernier passage à lieu vers 4h00 du matin. À J10, à 8h30 au passage de l'IDE dans le box, le patient est retrouvé inanimé, pendu par un lien, couché à côté du brancard. Le médecin urgentiste appelé immédiatement conclut au décès devant les signes médico-légaux de décès, le décès remontant probablement à plus de deux heures.

---

<sup>18</sup> Les parents du patient prennent également directement contact avec les soignants de la consultation de psychiatrie, notamment pour s'étonner qu'il n'y ait pas de solution d'hospitalisation.

[103] Au vu des éléments figurant dans les documents consultés par la mission, il ressort que ce patient est resté sur un brancard, dans un box de consultation sans fenêtre, avec un accès à des sanitaires communs à la zone de consultation, des repas froids la plupart du temps pendant 10 jours, en attente d'une hospitalisation, avant de mettre fin à ses jours. La chronologie qui figure ci-dessus montre que le refus d'aller dans une clinique donnée pour un motif explicité par le patient et son épouse, ne peut pas justifier cette situation.

[104] Concernant la gestion des suites et l'annonce du décès : la responsable médicale du service demande à l'équipe d'assurer les transmissions et contacte par téléphone l'épouse (qui se trouve à distance avec ses enfants), personne de confiance, et l'informe du décès. Ce point est cohérent avec les points figurant dans la RMM.

[105] À J11, vers 18h15, l'épouse avec ses enfants rencontrent la responsable du service pendant une heure et demie. L'entretien se déroule dans le bureau médical, en présence des deux enfants (de 10 et 16 ans), en l'absence de possibilité de faire l'entretien avec l'épouse seule.

[106] Les regrets et condoléances sont exprimés au nom de l'équipe, il est répondu aux questions du plus jeune enfant et à l'épouse notamment sur le parcours de soins. Il est de plus indiqué les possibilités de consultation de soutien pour l'épouse et ses enfants, la conduite à tenir en cas de besoin de soutien en urgence, ainsi que l'adresse courriel de la responsable du service et des coordonnées des associations de soutien pour les familles endeuillées.

[107] Au cours de l'entretien que la mission a eu avec l'épouse du patient décédé, celle-ci a fait part d'un sentiment d'isolement pour l'orientation et la prise en charge psychologique de ses enfants. Elle a souligné ne pas avoir bénéficié d'appui psychologique organisé la concernant, alors que le CHU avait communiqué sur ce point, l'absence de cellule d'appui pédo-psychologique pour ses enfants pendant la semaine des obsèques, alors que cela lui avait été annoncée initialement. Elle a également précisé que l'association de soutien dont on lui avait donné les coordonnées ne traitait pas de ces situations.

[108] L'épouse aura quatre autres contacts ultérieurs :

- Le lundi de la semaine suivante, elle est reçue par la cadre et trois personnels du service.
- Le mardi elle est contactée par le chef du pôle pour l'inviter à rencontrer le ministre.
- Puis rencontre en privé le ministre.
- Le mercredi de la semaine suivante (le 28 février), appelle la psychiatre responsable du service pour échanger avec elle sur un point précis dont elle souhaite avoir connaissance.

### 2.1.2 Une analyse de cet événement par la mission qui comporte des points communs et des différences avec les éléments mentionnés dans le cadre de la Réunion de morbi-mortalité (RMM).

[109] La mission partage l'analyse réalisée en RMM qui définit comme cause immédiate du décès « la non-réalisation, dans des délais raisonnables, de l'orientation en milieu adapté d'un patient ayant reçu une indication d'hospitalisation dans un service en psychiatrie : présence anormalement prolongée (10 jours) dans un bureau de la consultation des urgences psychiatriques ».

[110] S'agissant des causes profondes, la mission a analysé cet événement grave selon les composantes de la grille ALARM (Cf. annexe 4) et les recommandations de bonnes pratiques des réunions de morbi-mortalité définies par la HAS<sup>19</sup>.

### 2.1.2.1 Des facteurs liés au patient

[111] La mission considère que les facteurs liés au patient tels que définis dans la grille ALARM de la HAS et figurant dans la RMM font partie des causes profondes de décès du patient, compte tenu de la complexité de la situation clinique du patient. Elle souligne néanmoins que la présentation dans la RMM des difficultés pour trouver une place d'hospitalisation met trop en avant les facteurs liés au patient alors même qu'il existe des difficultés structurelles qui conduisent depuis plusieurs années à une hospitalisation de malades dans des bureaux de consultation. En effet, à la lecture du DPI, de J3 à J9, il est mentionné toujours l'exclusion d'une seule clinique par le patient. À J9, il finit par accepter également l'hospitalisation dans cette clinique. En outre, la description de la RMM est incomplète sur les établissements sollicités. Dans cette partie, seules sont évoquées des cliniques et non un des services de psychiatrie du CHU, mentionné pourtant dans le DPI comme « le premier choix » du patient. Cette lacune se retrouve également dans la diapositive de présentation des lits d'aval de la RMM qui ne mentionne pas ceux du CHU. Ce point est néanmoins abordé dans les diapositives présentant les demandes de J1 et J2 et dans la frise chronologique.

### 2.1.2.2 Des facteurs liés aux tâches à accomplir

[112] La mission a constaté que les examens complémentaires et leurs résultats avaient été réalisés et pris en compte conformément aux bonnes pratiques.

[113] Les outils d'aide à la décision ont été utilisés de façon adaptée avec une réévaluation régulière des risques. Mais l'environnement, décrit ci-dessus, n'était pas fait pour hospitaliser des patients, quels qu'ils soient, encore moins des patients pris en charge pour ce type de risque, compte tenu de l'impact potentiel sur leur état.

[114] Au sein de la consultation de psychiatrie, la définition des tâches a connu une dérive majeure depuis que la consultation servait de lieu d'hospitalisation. Les soignants ont indiqué à la mission que pour pallier ces conditions d'accueil déplorables, ils effectuaient eux-mêmes de nombreuses autres tâches chronophages : trouver une couverture, préparer un petit-déjeuner et des repas improvisés en récupérant, parfois, des plateaux non consommés dans d'autres unités (UCHD « fermée » notamment). La programmation et la planification n'ont pu être réalisées de façon efficace. L'organisation mise en place pour faire hospitaliser les patients pris en charge dans cette consultation et qui n'avaient donc pas vocation à y dormir reposait sur un seul bed manager. Comme précisé ci-dessus, les modalités de demandes de lit aux établissements se faisaient de façon variable en l'absence de protocole écrit. L'appel aux cliniques pour présenter les patients

---

<sup>19</sup> Une méthode d'analyse des événements indésirables associés aux soins a été développée en 1999 par un groupe coopératif de recherche composé du « *Clinical Safety Research Unit* » (Imperial College London) et de l'« *Association of Litigation And Risk Management* » (ALARM), pour rechercher et traiter les causes profondes ou latentes. La grille d'analyse a été complétée en 2016 en une grille « ALARM-E », pour « extended ». [Grille ALARM](#), Article HAS - Mis à jour le 30 mars 2022

était réalisé de façon variable. Cette pratique, non partagée de façon systématique, a permis de savoir à J5 qu'il n'y avait pas de demande d'hospitalisation pour le patient faite pour la clinique Aufréry.

### 2.1.2.3 Des facteurs liés à l'individu<sup>20</sup> (soignants)

[115] Si les qualifications et compétences ne sont pas remises en question, les conditions d'hospitalisation dans une structure totalement inappropriée, l'afflux trop important de patients au sein de cette consultation (les soignants ont indiqué à la mission que certaines nuits, plusieurs brancards sur lesquels se trouvaient des patients étaient rangés côte à côte dans la salle d'attente, et qu'il fallait parfois monter sur des chaises rangées les unes à côté des autres le long du mur de la salle afin d'atteindre les patients allongés dans les brancards les plus éloignés), l'accomplissement de tâches n'étant pas de leur responsabilité mais rendues nécessaires car indispensables pour assurer les soins, ont indéniablement créé des facteurs de stress physique et psychologique, qui transparaissent dans les entretiens que la mission a pu conduire avec les soignants concernés.

### 2.1.2.4 Des facteurs liés à l'équipe :

[116] Les professionnels de l'équipe intervenant à la consultation de psychiatrie et à l'UHCD « fermée » font plutôt preuve de relations resserrées pour faire face aux difficultés liées à un environnement de travail non adapté ainsi qu'à la charge de travail. Il est à souligner que ce sont les mêmes professionnels qui exercent dans l'ensemble des urgences psychiatriques. Les difficultés de communication avec le patient sont potentiellement inhérentes à la pathologie du patient, ainsi que l'effet des thérapeutiques de même que la gestion d'interactions non coordonnées avec la famille.

[117] Le DPI est renseigné et accessible aux médecins et IDE concernés par le suivi du patient. La mission note toutefois un élément qui peut induire des erreurs – il ne paraît pas avoir joué un rôle dans la survenue de cet événement grave – lié à la traçabilité de l'horodatage des informations saisies : seul l'horaire de début de saisie est mentionné et non l'horaire de fin qui se déduit, a minima, par les horaires mentionnés de façon écrite dans le dossier. À titre d'illustration, une IDE indique dans le système, avec un horodatage à 22h21, une observation portant sur des faits se passant à minuit. Par ailleurs, la mission a noté une pratique de « copiés-collés » des éléments médicaux dans le dossier infirmier – ce qui assure une meilleure transmission des informations entre professionnels de santé.

[118] Les transmissions sont bien renseignées dans le DPI. Cependant la situation anormale chronique de cette consultation, utilisée en structure d'hospitalisation en environnement dégradé, ne permet pas de réaliser une prise en charge adaptée avec les conditions favorables à la mise en place d'un projet de soins, comme cela peut se faire dans un service d'hospitalisation. Le projet principal pour l'équipe est, tout en assurant une prise en charge la plus adaptée dans

---

<sup>20</sup> La grille Alarm aborde dans ce paragraphe les facteurs liés au soignant en tant qu'individu, avant d'aborder la composante du travail en équipe

des locaux peu compatibles avec cet objectif, de trouver une place d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent.

[119] La mission a par ailleurs eu connaissance par plusieurs entretiens d'un cloisonnement ou d'une tension, variable en fonction des acteurs concernés, existant entre les différentes unités du service de psychiatrie, les urgences de psychiatrie, les urgences somatiques, les psychiatres du CHU et les psychiatres du CHGM participant aux gardes d'urgence de psychiatrie.

[120] Des efforts en vue d'améliorer l'organisation ont néanmoins été réalisés avec notamment l'élaboration d'un protocole, relativement complexe, visant à éviter une surcharge des urgences psychiatriques qui présente des limites majeures, inhérentes notamment à la configuration des locaux et aux charges de travail des urgences somatiques et psychiatrique (Cf. infra).

[121] Les demandes de soutien ou comportements face aux incidents sont indiqués dans la RMM et traités dans ce rapport dans le paragraphe consacré aux alertes.

[122] Les équipes de professionnels de santé concernées ont été prises en charge conformément aux bonnes pratiques<sup>21</sup>. L'équipe de soin du matin est mise au repos et remplacée par une autre équipe (3 IDE) :

- Une écoute est réalisée par les cadres, la cadre supérieure de santé, et la responsable médicale
- Une réunion d'équipe est réalisée dans la journée en présence de la Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP 31) (qui est déclinée par l'équipe)
- Le dispositif seconde victime<sup>22</sup> est proposé
- Tous les professionnels ont été rappelés le lendemain par la responsable médicale
- Plusieurs professionnels ont été en arrêt de travail par suite de l'événement

#### 2.1.2.5 Des facteurs liés à l'environnement de travail

[123] Les locaux étaient totalement inadaptés à la prise en charge de patient hospitalisés pendant plusieurs jours (aucune fonctionnalité, notamment pour les besoins essentiels des patients).

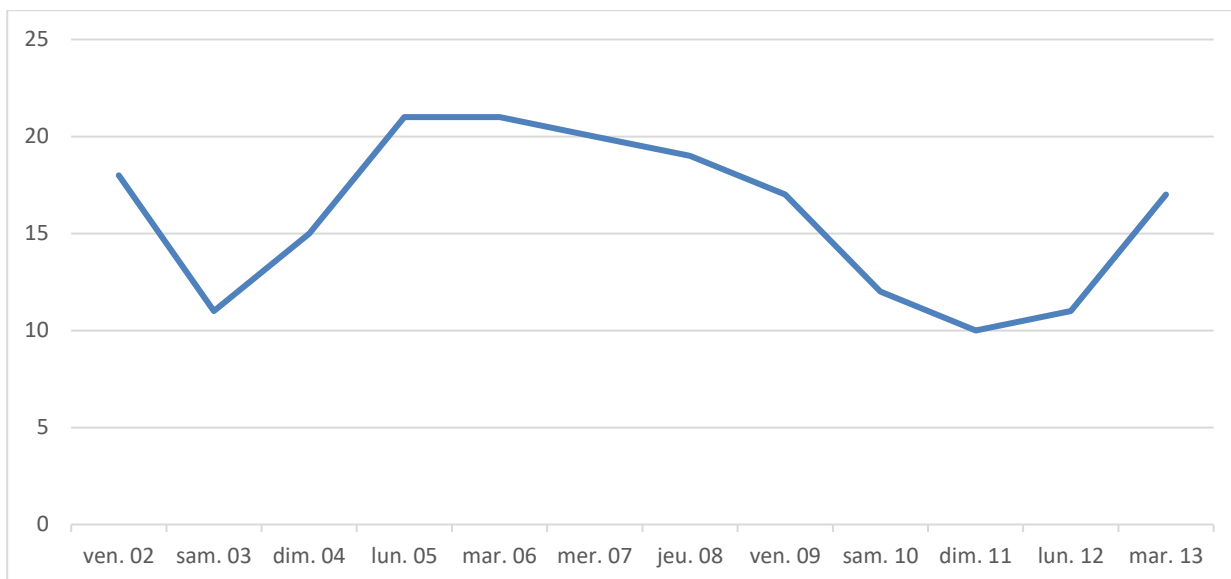
[124] La charge de travail, était très élevée pendant la période d'hospitalisation du patient, ne permettant pas aux soignants d'assurer leur rôle propre dans des conditions satisfaisantes auprès des patients. Le graphique ci-dessous montre l'évolution du nombre de patients entrés à la consultation des urgences psychiatriques entre le 2 et le 13 février. Le patient est entré le 4 février.

---

<sup>21</sup> L'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS), Mode d'emploi. HAS FORAP, septembre 2021

<sup>22</sup> Seconde victime : un soignant impliqué et traumatisé par un événement imprévu et défavorable pour un patient et/ou une erreur médicale dont il se sent souvent personnellement responsable.

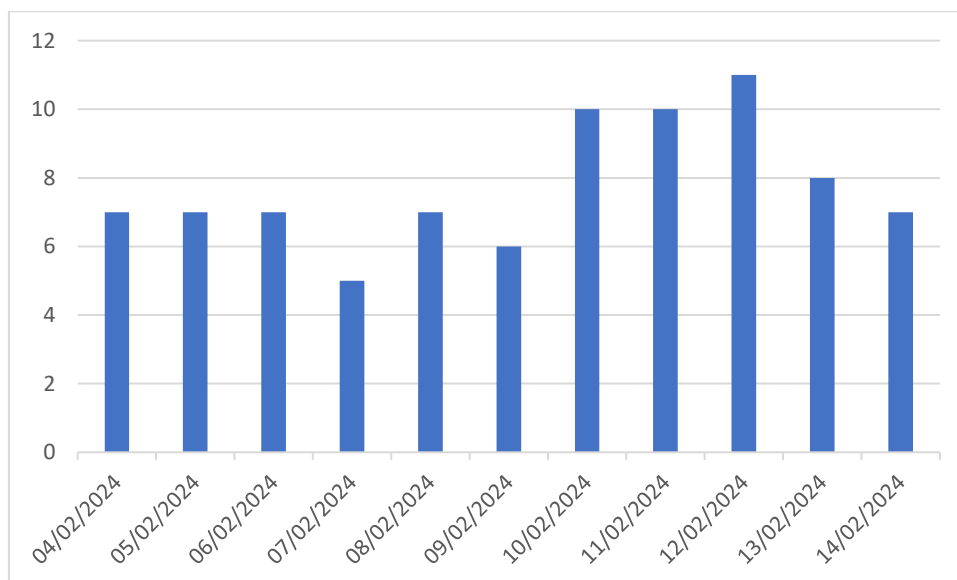
Graphique 5 : Nombre de patients admis à la consultation d’urgences psychiatriques, du 2 au 13 février 2024



Source : DIM CHU / traitement mission

[125] Entre le 5 et le 14 février, de 5 à 11 patients ont séjourné plus de 36 heures sur la consultation des urgences psychiatriques.

Graphique 6 : Nombre de patients séjournant plus de 36 heures sur la consultation des urgences psychiatriques, du 4 au 14 février 2024

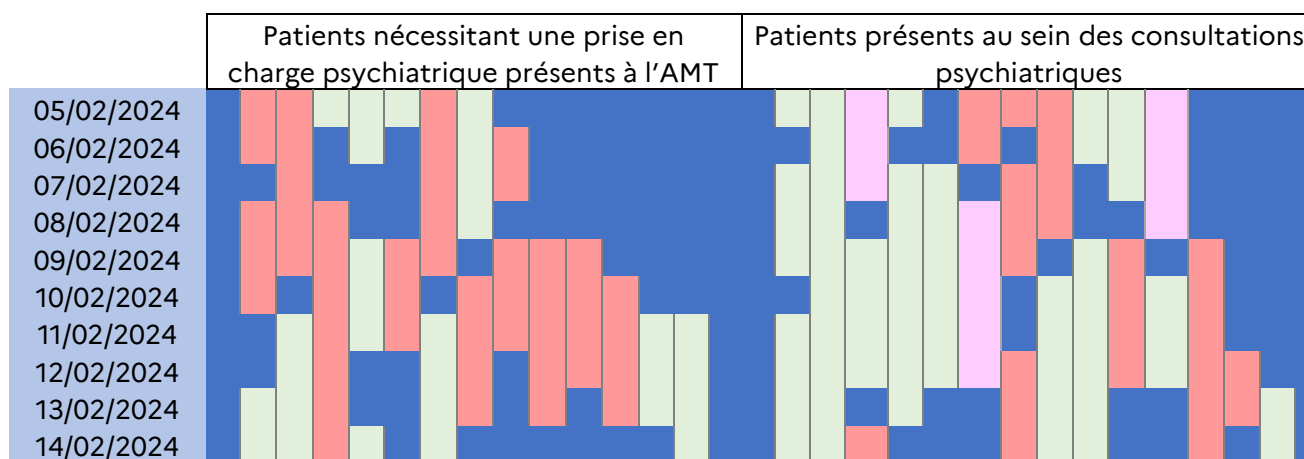


Source : DIM CHU / traitement mission

[126] La mission a échangé à plusieurs reprises avec le DIM du CHU, ce qui a été particulièrement utile pour mener ses investigations compte tenu de la nature des données disponibles grâce à la mobilisation du logiciel patient de l’établissement. Le graphique ci-dessus présente le nombre de patients présents depuis plus de 36h à la consultation de psychiatrie et le nombre de patients présents nécessitant une prise en charge psychiatrique et présents à depuis plus de 36h à l’AMT

entre le 5 et le 14 février. La représentation à la journée permet de visualiser la durée de séjour, le jour d'arrivée et le jour de sortie. Les patients mineurs figurent en rose, les patients hospitalisés en soins sans consentement en orange.

Graphique 7 : Patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie présents plus de 36 heures sur les secteurs AMT et consultation d'urgences psychiatrique



Source : DIM CHU ; chaque barre représente un patient et ses dates de présence ; en orange patients en soins sans consentement ; en vert patient en HL ; en rose, patients mineurs.

### 2.1.2.6 Des facteurs liés à l'organisation et au management

[127] L'utilisation de la consultation comme lieu d'hospitalisation était connue de la direction qualité et de la direction. La fermeture en 2019 des 8 lits de l'UHCD ouverte compte tenu des difficultés de recrutement a constitué mécaniquement un facteur de surcharge de la consultation psychiatrique. Le redéploiement des infirmiers et des aides-soignants de l'UHCD ouverte vers la consultation interroge sur l'absence de réouverture, même partielle de cette unité, ce qui aurait permis de bénéficier d'un environnement de travail et d'accueil des patients plus favorable à la bienveillance et l'efficacité des soins.

[128] La mission a déjà décrit les conditions d'hospitalisation et de prise en charge à la consultation des urgences somatiques. Elle reprend ici la rédaction de la RMM : *Management de la qualité, sécurité, hygiène et environnement* : « Secteur de la consultation des urgences psychiatriques inadapté à l'accueil, la surveillance et la prise en charge durant plusieurs jours de patients ayant reçu une indication d'hospitalisation ».

### 2.1.2.7 Des facteurs liés au contexte institutionnel

[129] Les difficultés de recrutement de psychiatres et d'infirmiers en psychiatrie dans les établissements de santé et plus particulièrement dans les établissements du secteur public constituent un facteur majeur à intégrer.

[130] Un rapport IGAS de mai 2022 sur l'offre de soins en psychiatrie notait que l'activité hospitalière était quasi exclusivement assurée par les établissements publics, s'agissant de la permanence des soins et des soins sans consentement (SSC). Le rapport soulignait que les SSC étaient un facteur de saturation des files actives et constituaient en outre un point de crispation



aigue pour la communauté médicale et insistait notamment sur le surcroît de tâches administratives. En outre, la lourdeur des patients en HL varie fortement. Les 20 lits de SSC autorisés à la clinique Beaupeuy ne suffisent pas à répondre à la demande.

[131] En outre, depuis la pandémie de Covid, l'incidence des troubles psychiatriques a cru notablement<sup>23</sup>.

[132] Le rôle quasi exclusif du CHU dans l'accueil des urgences psychiatriques et la disponibilité de lits d'hospitalisation en aval des urgences avec notamment une spécificité liée à l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne constitue également un facteur déterminant qui fera l'objet de développement ultérieurement.

## 2.2 L'agression sexuelle<sup>24</sup>, dans les toilettes du bâtiment des urgences, d'une patiente hospitalisée, par une personne extérieure à l'établissement, suivie la journée suivante d'une tentative de suicide de cette patiente dans sa chambre

### 2.2.1 Une chronologie complexe compte tenu de l'ensemble des événements à reconstituer

[133] Dans ce paragraphe chronologique, sont décrits les deux événements graves distincts dont va être victime la même patiente.

[134] La patiente B, âgée de 18 ans, arrive aux urgences du CHU Purpan, prise en charge à 0h54 par l'IAO le samedi 10 février (J1) puis est vue par un médecin urgentiste. Après traitement, examens clinique et paracliniques, compte tenu de ses besoins de soins, la décision d'hospitaliser la patiente dans une des unités somatiques du service d'urgence figure dans le DPI à 8h56<sup>25</sup>. La patiente est transférée à 10h et vue par l'IDE de psychiatrie à 11h57. Elle ne sera pas examinée par un médecin psychiatre pendant cette journée. Le médecin psychiatre de garde est appelé mais explique qu'il ne peut pas venir compte tenu de la charge de travail et que l'interne de garde de psychiatrie va passer.

[135] Le visionnage des caméras de surveillance par la mission précise la chronologie des éléments liés à l'agression. Ce qui suit est extrait de la RMM, la mission étant en phase avec la chronologie décrite ici.

---

<sup>23</sup> Selon le baromètre santé 2021 de Santé publique France, la prévalence des épisodes dépressifs a augmenté en France, avec une accélération sans précédent entre 2017 et 2021, avec un gain de 3,5 points, passant de 9,8 % à 13,3 %. Elle est particulièrement marquée chez les jeunes adultes, passant de 11,7 % à 20,8 %. Source : Santé mentale et psychiatrie, Synthèse du bilan de la feuille de route, État d'avancement au 3 mars 2023.

<sup>24</sup> Une instruction pénale en cours pour des faits de viol sur personne vulnérable

<sup>25</sup> Nous avons souligné le problème lié à l'horodatage qui mentionne uniquement l'horaire d'ouverture du dossier.

### Chronologie liée à l'agression

Le 10 février 2024

« **21h00** : permission par l'IDE de l'UHCD somatique de descendre prendre l'air avec une patiente voisine

•**22h00** : les 2 patientes sont retournées dans leur chambre

•**23h13** : sortie seule de l'URM pour fumer à l'insu du service. Accostée par un homme, ils discutent

•**23h20** : ils rentrent ensemble dans le bâtiment URM et se dirigent vers les toilettes. L'homme rentre en premier dans les toilettes pour hommes, suivi par la patiente qui entre à son tour après un temps d'arrêt, habillée d'un pyjama et d'un plaid sur les épaules

•**23h34** : elle sort seule des toilettes pour hommes, dans la même tenue, et rentre rapidement dans celles pour dames. Quelques secondes après, l'individu sort à son tour des toilettes pour hommes, cherche rapidement la patiente, et part.

•**23h35** : la patiente sort rapidement des toilettes pour femmes. Elle semble désorientée, apeurée. Elle ne porte plus son pantalon, son plaid est entouré autour de sa taille. Elle reprend l'ascenseur pour rejoindre l'UHCD au R+2 et est retrouvée par une aide-soignante à proximité de l'ascenseur.

Source : RMM

[136] Cette chronologie est cohérente avec celle décrite dans le signalement au procureur de la République qui précise également que la patiente a déclaré à cette professionnelle de santé « avoir été violée », et aurait prévenu ses parents et qu'elle a immédiatement été raccompagnée dans sa chambre par la professionnelle de santé, afin d'y être examinée par le médecin psychiatre de garde. Il y est également noté qu'à 23 heures 50, l'agresseur présumé a été intercepté dans le hall d'accueil du bâtiment URM par les agents de sécurité, qui l'ont remis aux forces de l'ordre.

[137] Après échange des soignants avec la patiente, arrivée de la police, les soignants ont l'autorisation de joindre les parents qui arrivent vers 1h le dimanche 11 février (J2).

[138] Le compte rendu de RMM note un entretien à 1h15 (J2) avec « le psychiatre 1 » qui souligne, compte tenu du risque élevé constaté, la nécessité de surveillance permanente.

[139] Vers 4h00 (J2), la patiente est ensuite accompagnée par sa mère, pour un transfert aux urgences de Rangueil où un examen médico-légal est réalisé.

[140] Le compte rendu de RMM mentionne à 9h45 un examen par l'interne de psychiatrie, à 14h40 un entretien avec l'IDE psy. Pendant la journée (J2), toujours hospitalisée dans cette unité, elle est surveillée par les personnels soignants et en continu par sa mère. La mère, présente depuis 1 heure du matin, rentre à son domicile vers 20h30, une fois sa fille endormie, et une amie de la famille reste jusqu'à 21h.

[141] La patiente sollicite ensuite auprès des soignants un accord pour descendre fumer avec sa voisine de chambre. Elles en réfèrent à la cadre qui refuse, puis la rappellent du fait de la demande insistante de la patiente. La mère est appelée pour accord qu'elle donne. La cadre infirmière

donne son accord sous réserve que les patientes aillent fumer dans le parking des ambulances et non devant l'hôpital. La patiente remonte vers 22h.

[142] À 22h10 (J2), la patiente B envoie un sms « adieu » à sa voisine de chambre avec qui elle a sympathisé. Cette dernière se rend aussitôt dans la chambre de la patiente B et la trouve inconsciente, pendue par le fil de la sonnette (ou de l'électrocardioscope, les versions divergent). La prise en charge immédiate par les personnels puis le transfert à la SAUV ont permis d'éviter le décès de la patiente.

[143] À 11h02 (J3), la patiente est vue par le médecin psychiatre 2 (Dr Junior) et prescrit une mode de prise en charge adapté à la situation.

[144] La mère de la patiente est informée et prise en charge pour un appui psychologique au CHU Purpan, où elle continuera d'accompagner sa fille qui sera ensuite transférée à J4 dans un autre établissement compte tenu de ses besoins.

[145] Concernant la prise en charge des secondes victimes, la RMM indique :

- Fort impact psychologique sur les équipes médicales et soignantes des urgences psychiatriques et somatiques, en lien également avec deux autres EIG similaires survenus la même semaine dans la même structure
- Nombreux arrêts de travail de professionnels exposés à ces EIG
- Dispositifs de soutien psychologique proposés

[146] L'analyse de l'événement grave survenu en premier montre l'importance de locaux adaptés pour permettre une surveillance adaptée des patients et prévenir les risques inhérents à ce type de prise en charge.

[147] L'analyse du premier événement grave pour la patiente B, retrouve, selon la grille d'analyse ALARM les facteurs qui suivent.

#### 2.2.1.1 Des facteurs liés à la patiente

[148] La mission considère que les facteurs liés au patient tels que définis dans la grille ALARM de la HAS et figurant dans la RMM font partie de causes profondes : la vulnérabilité de la patiente, liée à son état de santé et à son jeune âge.

#### 2.2.1.2 Des facteurs liés aux tâches à accomplir

[149] Il existe des règles établies concernant les déplacements des patients pris en charge à la consultation psychiatrique, à l'AMT et à l'UHCD « fermée ». S'agissant de l'UTOX ; il n'existait pas de protocole formalisé en particulier précisant les modalités d'accompagnement des patients pris en charge pour des motifs de psychiatrie et souhaitant sortir et au sein de cette unité. Une fois connus les événements, on peut s'interroger sur la possibilité donnée à la patiente, compte tenu de sa vulnérabilité, de sortir seule fumer<sup>26</sup>. Mais cette interrogation, a posteriori, doit être située

---

<sup>26</sup> Ce qu'elle fera à l'insu du service, comme l'indique la RMM

dans le contexte où la situation d'enfermement est difficile à vivre pour les patients, compliquée à mettre en œuvre lorsque le mode d'hospitalisation ne le prévoit pas, et avec des patients pour qui, les empêcher de sortir du bâtiment, revient à leur interdire de fumer. Les modalités de sécurisation des bâtiments ne font pas partie des attributions des soignants. Le soignant se trouve en situation de devoir mettre en balance ces risques avec celui d'une insécurité autour des bâtiments, par exposition de patients vulnérables à une population non contrôlée évoluant autour du service des urgences (en face d'une station de tram). La détermination des possibilités et des modalités de sortie accompagnée des patients peut être citée ici, car certains soignants ont eu à effectuer ce type de tâches mais la mission considère qu'elle n'était pas de leur ressort et non compatible avec la charge de travail à assurer au sein de l'unité.

### 2.2.1.3 Des facteurs liés à l'environnement de travail

[150] **La question de la sécurisation des locaux est ici essentielle.** Les locaux n'étaient pas suffisamment sécurisés et des améliorations ont été apportées dans ce domaine depuis plusieurs années. Plusieurs interlocuteurs ont indiqué à la mission que la porte d'entrée du bâtiment de l'URM (hors accès aux urgences somatiques) n'était pas fermée la nuit. Ce point a également été écrit dans la RMM du 25/3/2024 réalisée pour cette patiente. La direction du CHU a indiqué quant à elle que cette porte d'entrée était fermée la nuit à partir de 22h en précisant qu'il est possible de sortir du bâtiment mais qu'il n'est pas possible d'y entrer et qu'il est nécessaire de sonner pour que le PC sécurité laisse la personne entrer. En revanche et même si ces points n'ont pas eu d'impact dans ce cas, les obligations liées à la sécurité incendie ont conduit à l'impossibilité de sécuriser la porte de l'UHCD. En outre, l'ascenseur et l'escalier qui partent du secteur des urgences sont sécurisés par un système de badge qui ne permet d'atteindre que le premier étage où se trouvent la consultation de psychiatrie et l'AMT, mais pas le deuxième étage où se trouvent l'UTOX, l'UHCD de psychiatrie « fermée » et l'UHCD. Mais l'ascenseur qui part du hall général du bâtiment de l'URM ne comporte pas de système de limitation de son utilisation.

[151] Le **mode d'accompagnement des patients** hospitalisés, dans le contexte décrit ci-dessus, n'était pas adapté à la vulnérabilité des patients.

[152] **L'absence de fumoir**, dans ou à proximité de l'unité dans le service, constitue un motif de demande de sortie des patients à l'extérieur, notamment en cas d'addiction.

## 2.2.2 L'analyse du deuxième événement grave montre des dispositifs de prévention et de surveillance non adaptés aux patients pris en charge

[153] L'analyse de ce second événement grave pour la patiente B, retrouve, selon la grille d'analyse ALARM-E les facteurs qui suivent.

### 2.2.2.1 Des facteurs liés à la patiente

[154] La situation pathologique initiale décrite précédemment et les probables conséquences psychologiques déclenchées par l'agression sexuelle survenue la nuit précédant le passage à l'acte sont susceptibles d'avoir majoré le risque initial.

### 2.2.2.2 Des facteurs liés aux tâches à accomplir

[155] L'évaluation du risque ne figure pas dans le dossier initial. La patiente a été vue par un médecin urgentiste vers 1h le jour de son arrivée, mais pas par un psychiatre. Elle a eu néanmoins un entretien avec une IDE de psychiatrie.

[156] La charge de travail en psychiatrie était très élevée notamment le samedi 10 (J1) et le dimanche 11 février (J2). (Cf. *infra*).

### 2.2.2.3 Des facteurs liés aux soignants

[157] La RMM mentionne la nécessité de formation de l'équipe médicale et paramédicale de l'UTOX à l'utilisation de l'échelle RUD<sup>27</sup>, ce que partage la mission.

### 2.2.2.4 Des facteurs liés à l'équipe

[158] A 13h le samedi, un seul psychiatre prend la suite de l'équipe du matin. Il a été précisé à la mission par la direction du CHU que, compte tenu du nombre de patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie le week-end sur les urgences, la relève se concentre sur les patients les plus instables ou à voir. La RMM mentionne l'absence de transmission concernant cette patiente le samedi 10 février (J1) vers 13h entre les psychiatres présents le matin et le psychiatre de garde l'après-midi<sup>28</sup> alors que la patiente avait été vue à J1 par un médecin urgentiste et par une IDE de psychiatrie mais pas par un psychiatre. La mission n'a pas retrouvé d'éléments de transmission et les entretiens de la mission vont dans le sens de la RMM.

### 2.2.2.5 Des facteurs liés à l'environnement de travail

[159] **Les locaux n'étaient pas adaptés** à la prévention du risque qui avait motivé l'hospitalisation. Un des facteurs principaux est l'absence de possibilité de surveillance opérationnelle des patients hospitalisés dans les chambres de l'unité UTOX et de mesures de prévention anti-suicide (télésurveillance sans fil, boîtier d'appel sans fil, absence d'équipement de douche notamment pouvant permettre un acte auto-agressif).

[160] **La charge de travail** était très importante par rapport aux effectifs et à la nécessité de surveillance constante de certains patients. La patiente a été vue à 0h54 par l'IAO le samedi 10 février. Elle est mutée à l'UTOX à 10H. La mission, avec l'aide du Département d'information médicale du CHU de Toulouse s'agissant de traitements de données nécessitant notamment une maîtrise du logiciel Orbis permettant de tracer au mieux les parcours des patients, a souhaité décrire la charge de travail des psychiatres du 10 février au 11 février<sup>29</sup>. Les patients retenus sont

---

<sup>27</sup> L'échelle RUD (« Risque, urgence, dangerosité ») est l'échelle de référence pour repérer le risque suicidaire. Initialement mise au point pour le risque suicidaire chez la personne âgée, elle est couramment utilisée pour les patients d'autres classes d'âges. [SFGG, FFP, SPLF, et al. Dépression et symptômes dépressifs chez le sujet âgé. Repérage, diagnostic, identification des signes d'alerte et stratégie de prise en charge. 2013]

<sup>28</sup> D'après la RMM du 25 mars 2024

<sup>29</sup> La présence des patients au sein des différentes unités a pu être tracée grâce aux données de déplacement des timbres patient sur le plan géographique numérique du service des urgences.

ceux entrés aux urgences avec un motif de pathologie psychiatrique, intriquée ou non à un problème somatique associé. Ils figurent sous le terme « patient » dans ce chapitre.

[161] Deux psychiatres étaient présents Jusqu'au samedi 13h. À partir de 13h, la garde du samedi 10 au dimanche 11 à 8h est assurée, comme pour tous les week-ends, par un psychiatre, et un interne en psychiatrie.

[162] Les développements qui suivent témoignent de la charge de travail non adaptée aux effectifs médicaux.

[163] **Le 10 février**, on dénombre 16 nouveaux entrants, dont 3 relevant de SSC et 1 mineur. Les entrées se répartissent comme suit : 1 entre 0h et 8h, 4 entre 8h et 18h et 11 entre 18h et 0h. On note également 7 entrées entre 0h et 8h le 11 février.

[164] Le psychiatre de garde aura 18 entrants entre 18h et 8h. Le samedi à 13h, se fait la transmission entre professionnels de santé. Le 10 février, outre 1 patient qui sera orienté à la SAUV, 16 nouveaux patients dont 3 patients relevant d'une hospitalisation pour soins sans consentement et 1 patient mineur seront orientés pour 8 d'entre eux vers la consultation de psychiatrie et pour 8 d'entre eux vers l'AMT

[165] La veille, le 9 février, a été une journée particulièrement chargée puisque 37 patients sont entrés aux urgences avec un motif relevant de la psychiatrie. Le samedi 10 à 8h du matin, 23 patients sont déjà présents à l'AMT ou à la consultation de psychiatrie. À l'AMT, 7 patients étaient présents depuis au moins plus 36h dont 6 relevant de soins sans consentements. A la consultation psychiatrique, 10 patients étaient présents depuis au moins plus de 36h, dont 2 relevant de soins sans consentement et 1 patient mineur.

[166] À l'UTOX, le 10 février, 3 patients ont été admis.

[167] À l'UHCD « fermée » de psychiatrie, 9 patients sont présents le 9 à 19h et également le 10 à 19h et il n'y a pas eu d'entrée le 10.

[168] Le 10 à 22H va survenir l'agression sexuelle d'une patiente qui va nécessiter une prise en charge nécessitant un temps important par le psychiatre de garde.

[169] L'agression sexuelle a lieu le 10 vers 21h.

[170] Compte tenu notamment des délais liés à l'attente de l'autorisation par les services de police, le psychiatre voit la patiente à 1h15.

[171] **Le 11 février**, on dénombre 26 nouveaux entrants, dont 4 relevant de SSC et 3 mineurs. Les entrées se répartissent comme suit : 7 entre 0h et 8h, 8 entre 8h et 18h et 11 entre 18h et 0h. On note également 6 entrées entre 0h et 8h le 12 février.

[172] Le psychiatre de garde aura 17 entrants entre 18h et 8h. Le dimanche à 8h, se fait la transmission entre professionnels de santé. Le 11 février, 26 nouveaux patients dont 4 patients relevant d'une hospitalisation pour soins sans consentement et 3 patients mineurs. Ils seront orientés pour 10 d'entre eux vers la consultation de psychiatrie et pour 16 d'entre eux vers l'AMT.

[173] La veille, le 10 février, a été une journée particulièrement difficile comme décrit ci-dessus. Le dimanche 11 à 8h du matin, 22 patients sont déjà présents à l'AMT ou à la consultation de psychiatrie. À l'AMT, 9 patients étaient présents depuis au moins plus 36h dont 5 relevant de soins

sans consentements. A la consultation psychiatrique, 10 patients étaient présents depuis au moins plus de 36h, dont 2 relevant de soins sans consentement et 1 patient mineur.

[174] À l'UHCD de psychiatrie, 2 patients relevant de soins sans consentement sont transférés en psychiatrie et 2 patients sont admis le 11 février. Les lits de l'UHCD fermés sont donc tous occupés.

[175] Le psychiatre de garde est amené à répartir son activité entre différentes zones géographiques et sur 2 étages avec un nombre très important de patients à voir et de patients qui attendent des places d'hospitalisation.

#### 2.2.2.6 Des facteurs liés à l'organisation et au management

[176] La charge de travail décrite précédemment est notamment liée à l'organisation mise en place pour prendre en charge les patients venus pour une urgence psychiatrique et nécessitant une hospitalisation, dans le contexte décrit précédemment. Cette charge de travail est impactée par des locaux non adaptés, des effectifs de personnels insuffisants dans un contexte difficile de recrutement et d'une filière d'aval à structurer (Cf. infra).

#### 2.2.2.7 Des facteurs liés au contexte institutionnel

[177] Comme indiqué précédemment, le CHU est le point d'entrée principal des urgences psychiatriques de Haute-Garonne, avec une augmentation constante de cette activité. Les difficultés majeures pour hospitaliser en psychiatrie les patients qui le nécessitent, compte tenu en particulier de la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne, contribuent à un engorgement des urgences du CHU. La structuration d'une filière d'aval pour engager davantage les différents acteurs dans la prise en charge de ces patients venant au CHU feront l'objet du rapport suivant.

### 2.3 L'agression sexuelle d'une patiente hospitalisée au sein des urgences somatiques pour motif psychiatrique par un patient hospitalisé dans une chambre voisine pour un motif psychiatrique

#### 2.3.1 Une prise en charge de la patiente, au sein de la zone verte des urgences somatiques, dans des locaux non adaptés compte tenu de la nécessité de surveillance régulière

[178] La patiente C, âgée de 19 ans, est amenée aux urgences du CHU Purpan par ambulance privée, en raison d'un état d'agitation le 9 février vers 18h40 (J1), elle est vue par l'IAO et le médecin urgentiste du hub qui organisent sa prise en charge et dans l'attente d'une visite du psychiatre, l'installent dans un box de la zone verte de l'unité de l'AMT somatique, selon des modalités adaptées. Elle est examinée par le psychiatre le lendemain vers 17h.

[179] Dans la soirée de J2, vers 22h00, l'interne de garde, entrée dans la chambre afin d'examiner la patiente, y constate la présence d'un patient de 36 ans (patient D), admis dans une chambre voisine, dans la zone verte, pour troubles d'allure psychiatrique. Elle intervient afin d'éloigner celui-ci, en lui demandant de sortir de la chambre, et s'est assurée de l'état de santé de la patiente, dont l'apparence laisse penser qu'elle a subi une agression sexuelle. Il s'agissait d'une patiente

particulièrement vulnérable du fait de son état clinique et de ses modalités de prise en charge, néanmoins adaptées à son état mais qui auraient nécessité une surveillance et une protection accrue.

#### **Cursus du patient D au CHU Purpan**

Le patient est amené par sa conjointe aux urgences, le 9 février (J1) vers 15h00 adressé par son médecin traitant après contact avec un psychiatre.

Il est vu par le psychiatre dès l'admission et après examens cliniques et paracliniques, en l'absence de composante somatique, le patient est installé en zone verte.

Après une fugue, il est ramené par les forces de l'ordre, et installé en chambre seule de la zone verte avec une prise en charge adaptée.

Le lendemain (J2) à 10h00, il nécessite une intervention paramédicale pour rétablir la prise en charge prescrite antérieurement. Il est examiné par un médecin psychiatre vers 20h00 qui décide d'adapter la prise en charge à l'état constaté.

À 22h00, l'IDE ne le retrouve pas dans sa chambre, et après avoir été retrouvé dans la chambre de la patiente C, il explique à ce propos, « avoir commencé à faire l'amour » avec la patiente C.

Après une adaptation de sa prise en charge, il sera ensuite transféré à l'UHCD psychiatrique « fermée » à 15h30 (J4), puis transféré au CHS à J9.

[180] La mère de la patiente a été immédiatement prévenue, et reçue en entretien d'annonce le lendemain matin par l'équipe médicale (médecin responsable du SU en présence du cadre puis reçue par le psychiatre de garde). Un accompagnement psychologique a également été mis à en œuvre en soutien aux professionnels de santé. Le médecin légiste est contacté dans la nuit de J2 à J3. Dans la matinée de J3, le médecin légiste d'astreinte est contacté pour venir procéder aux constatations médico-légales. Ces constatations ne sont pas enregistrées dans le DPI de la patiente. Dans la matinée de J3, le psychiatre organise la prise en charge de la patiente.

[181] L'analyse de cet événement grave pour la patiente C, retrouve, selon la grille d'analyse ALARM-E les composantes suivantes :

##### **2.3.1.1 Des facteurs liés à la situation de la patiente**

[182] La patiente était en situation de vulnérabilité du fait de son état clinique et de son jeune âge et également du traitement prescrit nécessité par son état, dont une contention aux quatre membres.

##### **2.3.1.2 Des facteurs liés aux tâches à accomplir par les soignants**

[183] Il n'apparaît pas de facteur lié aux tâches à accomplir par les soignants. Des protocoles étaient validés notamment par les chefs du pôle d'urgence et du pôle de psychiatrie.



### 2.3.1.3 Des facteurs liés à l'équipe

[184] La RMM du 2 mai 2024 relève une absence d'homogénéité des modes de traçabilité des avis psychiatriques dans Orbis, entraînant des pertes d'informations : Le psychiatre avait l'information de la fugue du patient D le jour de l'EI lors de son entretien mais ne savait pas qu'il avait été ramené par les forces de l'ordre ce qui aurait pu attirer son attention.

### 2.3.1.4 Des facteurs liés à l'environnement de travail

**Les locaux de la zone verte ne sont pas adaptés** pour recevoir des patients nécessitant une contention. En effet, ils ne permettent pas une surveillance adaptée à ce type de malade qui doit pouvoir bénéficier d'une surveillance continue et d'une sécurisation des locaux dans lesquels ils se trouvent.

[185] Le graphique ci-dessous montre les patients admis à l'AMT.

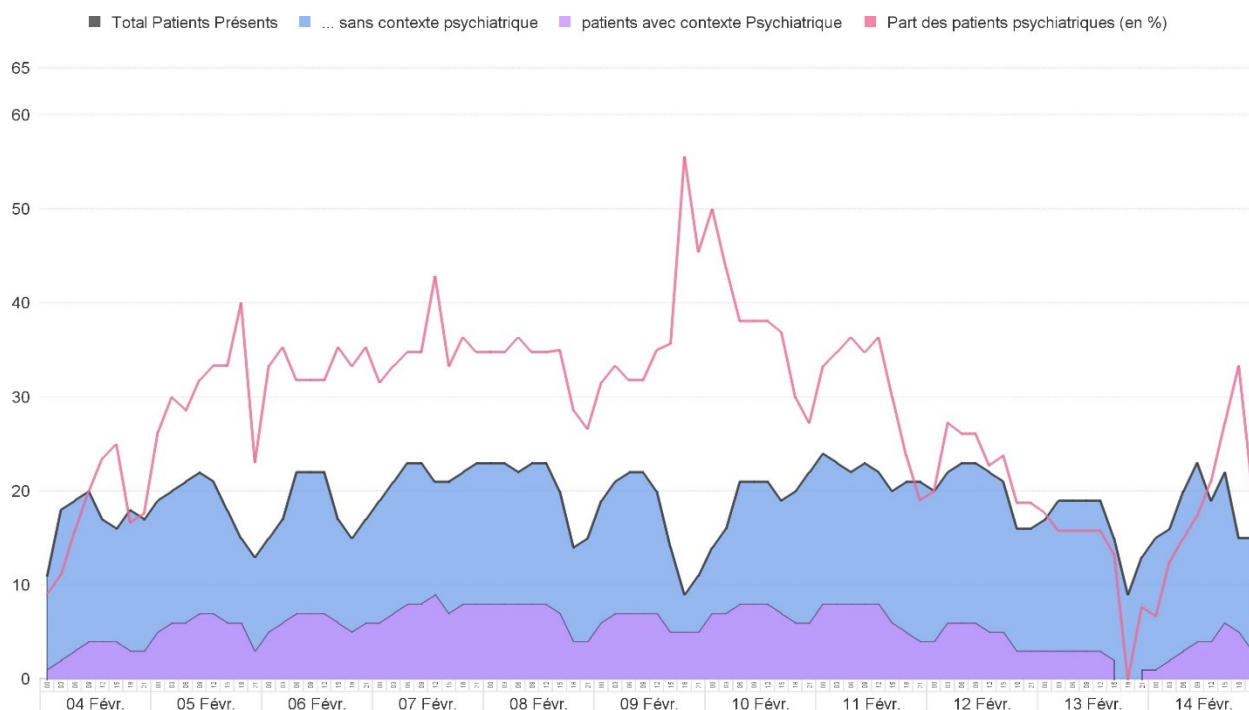
[186] La charge de travail des psychiatres le 10 février a été décrite ci-dessus.

[187] La patiente était hospitalisée à l'AMT dans la zone verte. Le 10 février, 77 patients étaient admis à l'AMT dont 8 pour un motif de psychiatrie associé ou non à un problème somatique. Comme précisé ci-dessus, 8 patients relevaient de soins sans consentement.

## 2.4 Pendant la période du 4 au 14 février, la charge de travail liée notamment aux patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie était très lourde à l'AMT comme à la consultation de psychiatrie

[188] Le graphique ci-dessous montre la répartition des patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie et pris en charge à l'AMT. On note les pics des 9 et 10 février.

Graphique 8 : Répartition des patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie et pris en charge à l'AMT



Source : CHU

[189] Les graphiques qui suivent montrent la présence des patients à la consultation de psychiatrie en zone chaude et zone froide.

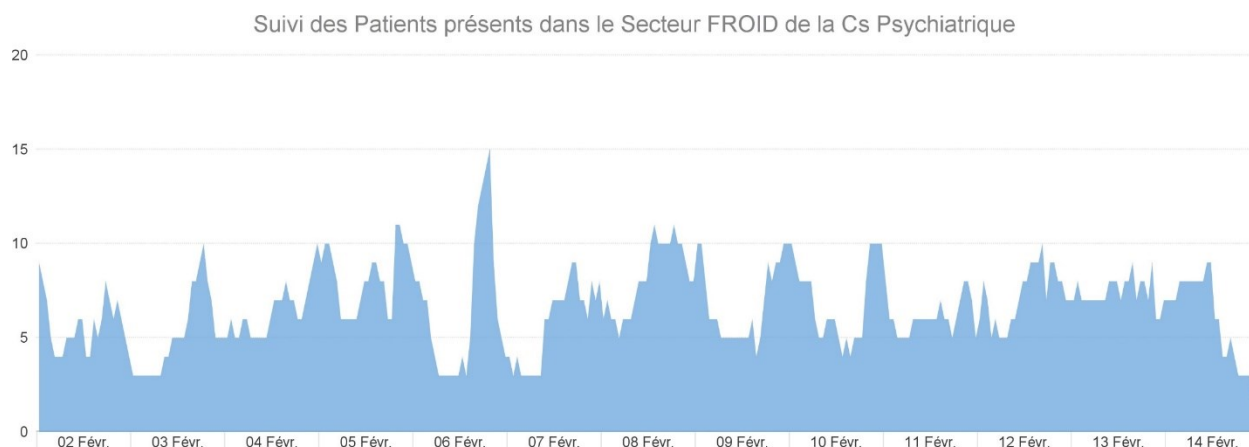
Graphique 9 : Présence des patients dans la zone chaude de la consultation de psychiatrie

Suivi des Patients présents dans le Secteur CHAUD de la Cs Psychiatrique



Source : CHU

Graphique 10 :Présence des patients dans la zone froide de la consultation de psychiatrie



Source : CHU

[190] Pendant cette période, les personnels de consultations de psychiatrie avaient à gérer un flux de patients qui n’ont pas été orientés vers l’AMT et qui n’ont pas passé la nuit aux consultations. Ces patients après avoir été pris en charge ont pu, en fonction de ce qui a paru le plus adapté, soit retourner à leur domicile, soit être mutés vers une unité d’hospitalisation MCO du CHU, soit être transférés vers un établissement de psychiatrie.

### 3 Les déclarations d’EI et EIG signalent les hospitalisations à la consultation psychiatrique, les fugues de patients, des suicides, les agressions de patients et des agressions de soignants

[191] L’étude des EIS et EIGS a pu se faire à partir du listing transmis par la direction qualité à la mission et également des déclaration d’EIG transmis par le CHU à l’ARS, conformément aux articles R1413-67 à R 1413-73 du CSP.

[192] Les limites de cet exercice méritent toutefois d’être soulignées. Ces données sont hétérogènes et ne permettent pas d’analyse statistique du fait du caractère déclaratif des EI et de sa variabilité en fonction des circonstances (formation sur les EI, certification, tensions sociales). La HAS insiste sur leur sous-déclaration<sup>30</sup> constatée mais sur leur contribution à l’amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge. Elle souligne en effet l’intérêt de la déclaration des EIG, pour éclairer sur les circonstances des accidents déclarés et orienter les recherches de préconisations pour améliorer la sécurité du patient. La HAS précise également que le dispositif d’EIG n’est pas une source d’informations pour des poursuites judiciaires ou des réclamations assurantielles. La mission ne fera pas de comparaison inter-établissement sur les EIG déclarés dans le service des urgences afin d’éviter de tirer des enseignements erronés, les mesures reflétant la culture de déclaration d’EI dans les établissements et la fréquence des EI, dans des

<sup>30</sup> AbrEIGé 2021, novembre 2022, HAS

proportions impossibles à définir. Pour les mêmes raisons, les comparaisons dans le temps sont également délicates à opérer. À titre d'illustration, les incitations à déclarer les EI peuvent être renforcées : par exemple à l'approche de la visite de certification, un renforcement de la sensibilisation des personnels s'effectue dans le cadre de la préparation à cette visite. La question de la culpabilité est également prégnante, d'où l'importance d'insister sur les valeurs qui accompagnent l'étude des EI lors des réunions de morbi-mortalité (RMM) qui n'ont pas pour but la désignation d'un coupable. L'utilisation de ce type d'information doit être très prudente afin d'éviter une régression dans la culture de sécurité et dans gestion des risques.

[193] Malgré ces limites, il est apparu important de restituer pour partie les EI et EIG que les personnels ont pris la peine de signaler, pour montrer leur caractère parfois récurrent et la nécessité ne pas rester dans un statu quo.

### 3.1 L'hospitalisation des patients au sein des urgences psychiatriques, leurs conditions d'hébergement et leur impact ont fait l'objet de nombreuses alertes

[194] L'hébergement des patients doit se faire dans des unités d'hospitalisation. S'agissant des patients relevant des urgences psychiatriques, la réalité est celle de patients qui passaient une ou plusieurs nuits dans des box situés sur la zone des urgences somatiques ou dans des bureaux de la zone de consultation d'urgences de psychiatrie.

[195] Des unités d'hospitalisation permettent d'accueillir pour un temps relativement court, d'où le nom d'Unité d'hospitalisation de courte durée, des patients venus pour des urgences et qui ne peuvent pas dans l'immédiat retourner à domicile ou pour lesquels une place d'hospitalisation en hospitalisation libre ou dans un secteur fermé, éventuellement pour des soins sans consentement n'est pas disponible. Comme précisé ci-dessus, l'UHCD ouverte de psychiatrie de 9 lits permettait cet hébergement pour les patients en hospitalisation libre mais a été fermée en 2019 du fait de difficulté de recrutement des personnels médicaux puis paramédicaux. L'UHCD « fermée » de 9 lits permet de répondre aux autres situations mais avec une capacité de moins en moins adaptée aux besoins. L'unité UTOX constitue un mode d'hospitalisation de patients venus pour des urgences toxicologiques. Cette unité relève du pôle urgences somatiques. Toutefois, lorsqu'il s'agit d'intoxications médicamenteuses volontaires, l'unité permet des prises en charge à la fois somatique et psychiatrique.

#### 3.1.1 De nombreuses déclarations d'EI concernent une hospitalisation des patients à la consultation des urgences de psychiatrie

[196] La mission a répertorié les événements indésirables dont le libellé concernait de façon indiscutable des hospitalisations au sein de la consultation de psychiatrie ce qui a pu conduire à ne pas prendre en compte certains EI qui auraient dû l'être. Certaines déclarations concernent de façon principale des événements autres que l'hospitalisation de patients à la consultation psychiatrique, elles sont mentionnées dans les tableaux qui suivent et pourront être détaillées dans les paragraphes répertoriant ces événements (tentatives de suicide, agressions, fugues).

[197] L'année 2020 a été marquée par la crise sanitaire et les confinements (17 mars au 3 mai 2020, 30 octobre au 15 décembre 2020) avec des difficultés renforcées pour trouver des places d'hospitalisation. Les périodes suivant le confinement ont également été particulières du fait de patients pour lesquels les hospitalisations avaient dû être différées. En outre la crise Covid a eu un impact majeur sur la santé mentale<sup>31</sup>. De fait, les hospitalisations sur le service de consultation psychiatrique font l'objet de nombreux EI. La mission en a dénombré 20.

Tableau 6 : EI déclarés en 2020 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie

09/02/2020	Nombre de patients ayant dormi sur la consultation psychiatrique
16/03/2020	5 patients dorment à la consultation psychiatrique
04/05/2020	Nombre de patients trop important ayant dormi à la consultation psy
05/05/2020	Hébergement sur un lieu de consultation
18/05/2020	4 patients dorment sur la consultation
04/06/2020	Fugue + patient dormant à la consultation sur brancards
03/07/2020	6 patients qui dorment sur le service de consultation psychiatrique
04/07/2020	7 patients dorment sur la consultation dont un dans le couloir
19/07/2020	6 patients ayant dormi dans un service de consultation
03/08/2020	7 Patients dormant sur la consultation des urgences psychiatriques
10/08/2020	Hébergement consultation des urgences psychiatriques
10/10/2020	Sureffectif de patients qui dorment sur la consultation psychiatrique
20/10/2020	Patient dormant à la consultation psy alors que place dans un service
22/11/2020	Patient dort à la consultation
11/12/2020	5 patients dorment sur des brancards à la consultation
15/12/2020	2 patientes mineures hospitalisées à la consultation
16/12/2020	4 patients hospitalisés à la consultation des urgences psychiatriques
18/12/2020	Patients hospitalisés sur consultation des urgences psychiatriques
19/12/2020	Patient hospitalisé sur le service des consultations de psychiatrie
23/12/2020	Patients hospitalisés sur la consultation de psychiatrie

Source : CHU / traitement mission

[198] En 2021, le troisième est dernier confinement a eu lieu du 3 avril au 3 mai, avec là encore un impact sur les possibilités pour des places d'hospitalisation. Le tableau ci-dessous présente les EI déclarés en 2021 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie. La mission en a dénombré 12.

Tableau 7 : EI déclarés en 2021 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie

23/01/2021	Hospitalisation de 5 patients aux consultations psychiatriques
24/01/2021	3 Patients hospitalisés sur la consultation
10/02/2021	Patients qui dorment sur la consultation psychiatrique
11/02/2021	7 patients sont hospitalisés sur un lieu de consultation

<sup>31</sup> Cf. note de bas de page n°3

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

19/04/2021	Dangerosité liée à l'usage d'un bureau de consultation en tant que chambre pour un patient, par défaut de place
13/06/2021	multiples patients qui dorment et sont hospitalisés sur un service de consultation
22/06/2021	Patients hospitalisés et qui dorment dans un service de consultation
13/07/2021	Plus de box sécurisé disponible sur la zone fermée de la consultation en raison du nombre de patient "hospitalisés" à la consultation
19/07/2021	Consultation psychiatrique saturée, impossibilité d'accueillir les patients
22/07/2021	Surpopulation de la consultation
25/07/2021	Patients dormant en "bureau double" à la consultation
17/09/2021	8 patients hospitalisés en service de consultation.

CHU / traitement mission

[199] En 2022, 33 déclarations d'EI concernent des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie.

Tableau 8 : En 2022, EI déclarés en 2022 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie

09/01/2022	Difficultés de prise en soin des patients hospitalisés sur la consultation
13/01/2022	Consultation psychiatrique avec 7 patients en hospitalisation complète
15/01/2022	Hospitalisations complètes sur consultations psychiatriques
25/01/2022	Patient dormant sur la consultation
03/02/2022	Hospitalisations de 8 patients sur la consultation
03/02/2022	Hospitalisation dans des bureaux
04/02/2022	Hospitalisations dans des bureaux
15/02/2022	7 patients hospitalisés sur la consultation
24/02/2022	Patients hospitalisés, dorment sur la consultation
16/03/2022	Hospitalisations en lieux inadaptés
30/03/2022	7 patients ont dormi à la consultation, dont 1 sur une chaise
31/03/2022	7 patients ont dormi à la consultation
07/04/2022	7 patients hospitalisés dans des bureaux / box à la "consultation" de psychiatrie
08/04/2022	Nombre de patient hospitalisé sur les consultations
19/04/2022	6 patients sont hospitalisés à la consultation psy
20/04/2022	6 patients sont hospitalisés à la consultation
21/04/2022	4 patients sont hospitalisés sur la consultation de psychiatrie, 1 HL en zone chaude
21/04/2022	Hospitalisation en milieu inadapté
22/04/2022	2 patients dorment à la consultation
03/05/2022	Hospitalisation sur service de consultation
09/05/2022	Situation globales catastrophique sur les consultations psychiatriques ce week-end
25/05/2022	Hospitalisations dans des bureaux
04/06/2022	Nombre de patient présent sur la consultation
05/06/2022	9 patients sur la consultation dont 6 patients présents sur la zone chaude
15/06/2022	6 patients qui dorment sur la consultation
31/07/2022	multiples hospitalisations en milieu inadapté
01/08/2022	9 Patients dormant à la consultation à défaut de place
20/08/2022	Conditions dégradées d'hospitalisation sur la consultation

25/08/2022	Patiente hospitalisée sur la consultation malgré des places d'hospitalisation disponible
25/08/2022	Transfert d'un patient d'un service de soins à un service de consultation
24/11/2022	Hospitalisations en salle d'attente
30/11/2022	8 patients en hospitalisations complètes ayant dormi dans des bureaux de la consultation
05/12/2022	Présence de 6 patients en zone chaude de la consultation dont 3 qui dorment dans le couloir. Présence de 5 patients sur la zone froide dont 1 en salle d'attente

Source : CHU / traitement mission

[200] Parmi les EI décrits ci-dessus, certains, lorsqu'il s'agit de jours consécutifs sont mentionnés plusieurs fois, même s'il s'agit de la même Fiche d'EI car ils se sont effectivement produits plusieurs jours de suite.

[201] C'est le cas pour :

- les 3 et 4 février 2022 : l'hospitalisation de patients sur la consultation a duré toute la journée du 3 et dans la nuit du 3 au 4 février ;
- les 30 et 31 mars 2022 : l'hospitalisation de patients sur la consultation a duré toute la journée du 30 et dans la nuit du 30 au 31 mars ;
- les 19, 20 et 21 avril 2022 : l'hospitalisation de patients sur la consultation a duré la journée du 19 et la nuit du 19 au 20 (7 patients) et à la prise de poste du 21/04, 4 patients étaient hospitalisés ;
- les 4 et 5 juin 2022 : l'hospitalisation de patients sur la consultation a concerné 15 patients le 4 puis le 5 juin 9 patients.

[202] En août 2023, un protocole visant notamment à éviter une surcharge des consultations psychiatriques et en particulier des hospitalisations sur ce lieu a été mis en place (cf. supra). En 2023, le nombre de déclarations d'EI concernant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie décroît à 16. Il n'est toutefois pas possible d'utiliser comme une donnée statistique les déclarations d'EI compte tenu notamment de ce mode déclaratif qui peut varier en fonction du nombre réel d'EI mais aussi de facteurs externes comme des formations ou des sensibilisations mises en place.

Tableau 9 : EI déclarés en 2023 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie

17/01/2023	8 patients en hospitalisations complètes sur consultation psychiatriques
17/01/2023	Patient reçu sur la consultation psychiatrique sous mesure de soins sans consentement non valable depuis une clinique.
22/01/2023	Parcours patients perturbés
06/02/2023	Imposition d'une patiente du HUB sur la consultation psychiatrique
10/02/2023	Patients hospitalisés sur la consultation psychiatrique
31/08/2023	Conditions d'hébergement des patients sur la consultation psychiatrique
15/09/2023	10 patients sur la consultation psychiatrique à 6h30
25/10/2023	12 patients hospitalisés passent la nuit sur un service de consultation des urgences psychiatriques
26/10/2023	11 patients hospitalisés passent la nuit sur un service de consultation des urgences psychiatriques
07/11/2023	7 patients hospitalisés au sein des urgences psychiatriques

14/11/2023	À 6h30, 13 patients étaient présents au sein des consultations psychiatriques dont 11 hospitalisés.
17/11/2023	Patient hospitalisé sur un brancard dans un bureau, en ayant deux places sur l'UHCD « fermée »
25/11/2023	Patient ASPDRE hospitalisé 11 jours sur les urgences psychiatriques
26/11/2023	10 patients hospitalisés à la consultation psychiatrique à 6h30

Source : CHU / traitement mission

[203] Dans le tableau précédent, les 25 et 26 octobre 2023 correspondent à une même situation qui dure du 25 au matin au 26 au matin (12 patients hospitalisés sur la consultation). La situation du 14 novembre 2023 correspond à des patients qui ont dormi à la consultation dans la nuit du 13 au 14 novembre.

[204] La liste présentée ci-dessous prend en compte les EI déclarés en 2024 jusqu'à la fermeture de la consultation mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie

Tableau 10 : EI déclarés en 2024 mentionnant des patients qui dorment à la consultation de psychiatrie jusqu'à fermeture de la consultation

Date	Titre	Commentaires
04/01/2024	Surpopulation de la consultation	À 23h : Cinq patients hospitalisés en zone froide plus, deux "installés" dans le couloir, côte-à-côte, séparés de la salle d'attente par un paravent. En zone chaude, six patients présents, dont : une patiente en isolement fermé, une patiente installée dans le couloir à risque hétéro-agressif, un patient en box simple et une mineure "installée" dans le couloir. Six autres consultants dont une mineure. Les deux patientes mineures venant solliciter les soignants car ne se "sentent pas en sécurité et n'arrive pas à dormir dans de telles conditions".
17/01/2024	Patient en attente d'une place en psychiatrie mais pas de place, sur le SAU de Purpan en zone verte depuis 2 semaines !	Patient en attente d'une place en psychiatrie mais pas de place d'hospitalisation, actuellement sur le SAU de Purpan en zone verte depuis 2 semaines. De plus, ce patient bloque un box seul, tandis que des personnes âgées dorment dans le couloir sur un brancard.
11/02/2024	Manque de moyens pour prises en charges	Durant la nuit, 5 personnes sur la zone chaude et 6 hospitalisées sur la zone froide, 4 personnes dorment donc dans les couloirs sur la consultation. Vers minuit, fugue inquiétante d'une personne au risque de passage à l'acte auto agressif important. Un autre patient que nous n'avons pas pu recevoir à temps sur les consultations, placé en ASPDRE, a également fugué de l'IAO.
12/02/2024	Manque de moyens pour prises en charge avec risque pour la sécurité des patients et du personnel.	A la prise de poste 5 patients en zone chaude dont une mineure, deux patients doivent dormir dans le couloir de la zone chaude.

Source : CHU / traitement mission

## 3.2 De nombreuses fugues au sein des consultations de psychiatrie mais également au sein de l'AMT

### 3.2.1 Une attention apportée aux fugues des patients qui restent néanmoins nombreuses

[205] En 2022, l'IGAS et l'inspection générale de l'administration (IGA) avaient été missionnées à la suite de quatre fugues de patients hospitalisés en psychiatrie SDRE intervenues pour 3 d'entre



eux au CHGM et 1 au CHU de Toulouse dans une unité d'hospitalisation en psychiatrie. Parmi les recommandations figuraient notamment : faire une analyse systématique des fugues, selon leurs caractéristiques, notamment leurs circonstances, les conséquences, leur gravité, leur fréquence pour élaborer des prises en charge personnalisées.

[206] Les actions réalisées pour améliorer la sécurité au CHU de Toulouse sont développées ultérieurement.

### 3.2.1.1 Les sorties des patients à l'extérieur du bâtiment des urgences dépendent de leur régime d'hospitalisation

[207] Les règles de déplacement aux urgences psychiatriques obéissent à des règles spécifiques qui diffèrent selon les unités<sup>32</sup>. Au sein de l'UHCD « fermée », aucun déplacement des patients n'est autorisé vers l'extérieur (sauf pour le transfert avec les ambulances). Il y a un fumoir au sein de l'unité<sup>33</sup>.

[208] En zone froide des consultations, la libre circulation est autorisée car les patients sont en hospitalisation libre<sup>34</sup>. Il n'y pas d'horaire de retour fixé<sup>35</sup>. Il est nécessaire d'obtenir la validation d'un médecin pour pouvoir accéder à la zone chaude. Au sein de cette dernière, le régime des sorties est soumis à autorisation médicale et le patient doit être accompagné par un soignant par exemple pour fumer car il n'existe pas d'espace fumeur dans l'unité<sup>36</sup>. Si le patient ne revient pas, la procédure de sortie à l'insu du service est appliquée.

[209] Au sein de l'AMT, les patients hospitalisés sous contrainte ne sont pas autorisés à sortir. La sortie des autres patients est soumise à autorisation préalable des médecins avec une sortie accompagné(e) d'un soignant et, si nécessaire, un signalement aux agents de sécurité pour vigilance. Des caméras sont présentes dans le SAS ambulances, une autre caméra est en cours d'installation dans le couloir perpendiculaire à l'accueil. Il n'existe pas de fumoir aux urgences somatiques et les patients descendent souvent sur le parking des ambulances pour fumer.

[210] Lorsqu'un patient est autorisé à sortir, il s'agit du temps d'une pause cigarette. S'il n'est pas de retour au bout d'un certain temps, il est appelé. S'il ne répond pas, son entourage est contacté.

[211] S'agissant des visites, les patients accueillis au sein du service des consultations disposent d'une autorisation de visite permanente par leurs familles (sauf consigne médicale contraire). Au sein de l'UHCD « fermée », les visites ne sont possibles qu'en présence des équipes soignantes et

---

<sup>32</sup> Les règles générales de déplacement de plus longue durée sont définies par le code de la santé publique qui prévoit des autorisations de sorties de 48 heures pour les patients hospitalisés en soins libres en psychiatrie (art. R. 1112-56)

<sup>33</sup> L'article 246 du règlement intérieur interdit de fumer à l'intérieur du bâtiment, en dehors des emplacements réservés à cet effet.

<sup>34</sup> Le régime de libre circulation est également celui qui s'applique aux patients de la nouvelle unité post-urgences dont les portes sont ouvertes (sauf si le patient hospitalisé est un mineur auquel cas il peut sortir accompagné par un soignant ou par sa famille laquelle peut être hébergée dans la chambre).

<sup>35</sup> En revanche, si le patient ne revient pas, la procédure prévue en cas de sortie à l'insu du service est appliquée.

<sup>36</sup> Les patients fument généralement sur le parking des ambulances.

médicales. Au sein des urgences somatiques, aucune visite n'est autorisée (sauf pour les mineurs ou les patients en fin de vie).

[212] Le motif principal de sortie des patients étant lié à leur consommation de tabac, l'absence de fumoir aux consultations (sauf à l'UHCD « fermée ») comme aux urgences somatiques constitue une difficulté pour eux et pour les personnels chargés de les accompagner.

### 3.2.1.2 La déclaration des fugues de patients fait l'objet d'une attention particulière et constitue une réalité au sein des urgences

[213] Il a été dénombré 48 fugues entre juillet et la fin de l'année 2023. La mission a porté son attention sur les fugues concernant des patients venus aux urgences du CHU. Le tableau ci-dessous présente la liste des fugues recensées, en gras celles qui correspondent à des patients hospitalisés en zone verte ou à l'AMT. Pour certaines d'entre elles, il est possible à la lecture de l'EI d'identifier qu'il s'agit d'un malade venu notamment pour un motif de psychiatrie, parfois il est précisé que la présence du patient sur la zone verte est liée à un refus ou une saturation de la consultation de psychiatrie.

Tableau 11 : Liste des fugues recensées en 2023 à partir de mi-juillet

15/07/2023	Fugue patiente des urgences
16/07/2023	Fugue
23/07/2023	Fugue patient
24/07/2023	Fugue d'un patient de l'UTOX
27/07/2023	Fugue d'un patient de l' <b>AMT</b> en <b>attente d'HSC</b>
31/07/2023	Fugue d'un patient de l' <b>AMT</b>
01/08/2023	Patient sortie à l'insu du service consultation de psy
06/08/2023	Fugue d'un patient de l' <b>AMT</b>
12/08/2023	Fugue d'un patient de l'UTOX
14/08/2023	Fugue d'un patient sur la zone chaude de la consultation psychiatrique
19/08/2023	Fugue d'un patient hospitalisé en SSC à l'UHCD de psychiatrie
19/08/2023	Fugue d'une patiente de l' <b>AMT</b>
25/08/2023	Fugue d'un patient <b>zone verte</b>
27/08/2023	Fugue depuis l' <b>AMT</b> d'une patiente en attente d'évaluation psychiatrique
31/08/2023	Fugue depuis l' <b>AMT</b> , d'une patiente <b>SDRE</b> avec non-renouvellement du certificat une heure avant la fugue
03/09/2023	Fugue depuis l' <b>AMT</b> , d'une patiente en cours de dédouanement somatique
04/09/2023	Fugue d'un patient de la consultation de psychiatrie
05/09/2023	Fugue depuis l' <b>AMT</b> d'un patient de nécessitant des soins psychiatriques sous contrainte
06/09/2023	Fugue d'une patiente orientée vers la zone chaude puis vers l' <b>AMT</b> du fait du protocole (code noir)
13/09/2023	Fugue d'une patiente de la zone froide de la consultation psychiatrique
16/09/2023	Fugue d'une patiente au sein des urgences secteur <b>zone verte</b>
19/09/2023	Fugue d'un patient de l'Utox (fumer)
20/09/2023	Fugue d'une patiente de la consultation psychiatrique
22/09/2023	Fugue d'une patiente de la <b>zone verte</b>
25/09/2023	Fugue d'une patiente mineure de l' <b>AMT</b> avec un accompagnant
28/09/2023	Sortie à l'insu du service

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

01/10/2023	Fugue patiente de la zone froide des consultations
07/10/2023	Fugue d'une patiente mineure de l'UHCD « fermée »
08/10/2023	Fugue patient UTOX (fumer)
09/10/2023	Départ Patient de la consultation psychiatrique avant d'avoir vue le psychiatre
13/10/2023	Fugue d'un patient de l'UTOX.
16/10/2023	Fugue d'un patient de la zone froide faute de place en zone chaude et d'admission possible à l'AMT
22/10/2023	Fugue d'un patient <b>sous contrainte</b> de la consultation psychiatrique (fumer)
26/10/2023	Fugue d'un patient des urgences somatiques
28/10/2023	Fugue d'une patiente sous contrainte, de la <b>Zone verte</b>
01/11/2023	Fugue d'un patient de l'UTOX
05/11/2023	Fugue d'un patient de l'UTOX
07/11/2023	Fugue d'une patiente sur la consultation des U psy
07/11/2023	Fugue d'une patiente sur la zone froide ayant un risque suicidaire élevé
10/11/2023	Fugue d'un patient de la <b>zone verte</b>
10/11/2023	Fugue d'un patient avant d'être vu par IOA
12/11/2023	Fugue d'un patient
20/11/2023	Fugue d'un patient hospitalisé en <b>zone verte</b>
22/11/2023	Fugue patient des urgences
25/11/2023	Fugue patiente des urgences somatique <b>AMT</b> (protocole)
10/12/2023	Fugue d'une patiente en <b>zone verte</b>
17/12/2023	Fugue d'un patient en SDRE en <b>zone verte</b> car refusé en consultation
23/12/2023	Fugue d'un patient en <b>zone verte</b>

Source : CHU / traitement mission

[214] Sur les 48 fugues recensées, 20 concernent une fugue à partir de l'AMT, 8 à partir de l'UTOX, 11 à partir de la consultation de psychiatrie, 2 à partir de l'UHCD de psychiatrie. L'unité n'est pas différenciée dans 6 cas et 1 fugue a lieu avant que le patient n'ait été vu par l'IOA. Parmi les patients concernés, 1 est mineur, 6 hospitalisé en SSC ou en attente de SSC dont 2 hospitalisés SDRE. La mission a fait un dénombrement des fugues en 2022 à partir de mi-juillet 2022, en reprenant les déclarations d'EI. Elles sont au nombre de 3 ce qui peut être également lié à une sensibilisation accrue à la déclaration à partir de 2023 et à une mention spécifique fugue.

[215] Pour l'année 2024, jusqu'au 12 mai, 43 fugues sont signalées. La mission note que parmi ces fugues signalées, on peut distinguer trois niveaux de gravité : 1°/ fugue d'un patient en soins sans consentement (x4) ; 2°/ fugue d'un patient psychiatrique en soins libres (x 20) ; 3°/ fugue ou départ sans attendre la consultation médicale d'un patient en soins somatiques (x 19).

Tableau 12 : Liste des fugues recensées en 2024 jusqu'au 12 février

Date	Titre	Commentaire
------	-------	-------------

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

04/01/2024	Fugue aux urgences	Patient psychiatrique en rupture de traitement amené pour hétéro agressivité. Fugue constatée à 19h50.
09/01/2024	Fugue d'un secteur d'hospitalisation	Patient ayant fugué alors qu'il avait été installé en box (collègues occupées sur autre entrée)
10/01/2024	Fugue d'un patient médico-chirurgical	Patient qui a l'habitude de déambuler dans le service puis de revenir dans sa chambre, ayant finalement fugué.
13/01/2024	Fugue	Patient en voyage pathologique en ASPDRE du département de la Mayenne, en attente d'être installé en zone chaude, fugue
15/01/2024	Fugue	Patiente de l'UTOX. À 23h25, Fugue. Patiente retrouvée après 30min de recherche par la sécurité, ayant fait une avec chute mécanique TC sans PC. Puis seconde fugue avec son époux.
15/01/2024	Fugue des urgences	La patiente entrée pour intoxication médicamenteuse volontaire. Vers 00h45 la patiente n'est pas retrouvée dans sa chambre.
15/01/2024	Fugue UHCD « fermée » psychiatrie	Patient hospitalisé en SSC sur l'UHCD « fermée » de psychiatrie. Fugue du service par la porte du SAS du fond du couloir ("facile à forcer").
16/01/2024	Fugue	Patiente ayant fugué des urgences
20/01/2024	Fugue d'un patient accompagné par le SAMU	Patient adressé par le SAMU, orienté sur la zone froide de la consultation psychiatrique des Urgences de PURPAN. À l'appel du patient par l'équipe IDE / Psychiatrique, patient non présent dans la salle d'attente.
22/01/2024	Fugue	Fugue
22/01/2024	Fugue	Patiente n'ayant pas souhaité attendre la fin de la prise en charge et l'avis des neurologues.
25/01/2024	Fugue	Patiente ayant quitté les urgences
08/02/2024	Fugue	Patiente sous HL pour problèmes psychiatriques, fugue.
11/02/2024	Fugue de la zone froide	Patient hospitalisé sur la zone froide, risque de passage à l'acte auto agressif élevé. Déambule dans le service. Vu pour la dernière fois dans le SAS ambulance.
11/02/2024	Fugue d'un patient depuis l'IOA	Patient accompagné des forces de l'ordre + des ambulanciers pour une SSC SDRE. Pas de place en secteur fermé de psychiatrie. Après départ des forces de polices et des ambulanciers (après une heure dix d'attente), ensuite parti fumer, et en profite pour fuguer
11/02/2024	Fugue	Vers 12h, en UHCD, patient introuvable.
11/02/2024	Fugue	Patiente contentionnée avec traitement adapté. Réussit à se détacher et fugue. Retrouvée dans le tram.
12/02/2024	Fugue	Fugue d'une patiente psychiatrique en HL avec risque de passage à l'acte.

Source : CHU / traitement mission

3.2.2 Dans le tableau précédent, le 11 février 2 fugues se produisent en psychiatrie et une aux urgences. Le CHU prévoit une procédure spécifique de la gestion des patients hospitalisés en soins libres ou sans consentement dans son règlement intérieur<sup>37</sup>

[216] Le règlement intérieur du CHU prévoit une procédure de gestion des fugues de patients librement hospitalisés ou en soins sans consentement. La fugue est constatée quand le patient ne revient pas à l'issue d'une permission de sortie ou a quitté l'établissement à l'insu du service.

<sup>37</sup> Article 97 du règlement intérieur

[217] Dès que le soignant constate que le patient n'est plus dans le service, (ou n'est pas revenu dans les temps d'une permission de sortie) il déclenche la procédure fugue sans délais et immédiatement et concomitamment avertit le cadre de santé du service ou de garde.

[218] Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques libres : une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du CHU, et en informent le directeur de pôle ou de garde, ainsi que le psychiatre de garde. La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés. Si, dans la demi-heure qui suit le constat de la fugue, le patient n'a pas réintégré l'établissement les forces de l'ordre sont alertées par le directeur général ou son représentant.

[219] Pour les patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement ou détenus : une fois la fugue constatée, l'équipe de psychiatrie et les équipes de sécurité effectuent la recherche du patient dans l'enceinte du CHU, et en informent le directeur de pôle ou de garde, ainsi que le psychiatre de garde. En cas de dangerosité du patient, le psychiatre de garde doit sans délai rédiger le certificat de fugue mentionnant cette dangerosité et établir le cas échéant un certificat sur la base de son dossier médical que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public. La famille du patient et/ou son représentant légal sont immédiatement avisés, ainsi que le ou les tiers identifiés à l'origine de la mesure de contrainte, le cas échéant. Les forces de l'ordres et la Préfecture sont immédiatement alertés, ainsi que l'ARS si le patient revêt une dangerosité particulière, ainsi que l'administration pénitentiaire, si la fugue concerne un détenu, par le Directeur Général ou son représentant.

### 3.3 Les auto ou hétéro-agressions font également l'objet de déclarations d'EI

[220] Entre 2021 et 2024, la mission a identifié 105 signalements exploitables de violences verbales, et agressions physiques, parfois à connotation sexuelle, la majorité envers les personnels, mais quelques-unes sur d'autres patients (x 7) : 12 en 2021, 20 en 2022, 25 en 2023, avec une augmentation nette des signalements entre le début de 2024 et le 19 mai : 32 cas.

Tableau 13 : Signalements d'agressions et violence, aux urgences somatique et psychiatriques, en 2021

Date	Titre	Commentaire
25/03/2021	Agression d'un patient à l'UHCD psy « fermée »	Patient psychiatrique, après être entré dans la chambre d'une autre patiente, suit un soignant et le plaque contre le mur en lui prenant les poignets, se montre tendu et menaçant.
05/05/2021	Risque d'agression sexuelle d'une patiente à l'UTOX	Patient psychiatrique en HL exprimant « l'envie de violer une femme blanche ». Sorti fumer, il revient accompagné d'une patiente des urgences, souhaitant l'emmener dans sa chambre pour "lui donner son adresse".
16/06/2021	Agression physique d'un soignant par une patiente à la consultation psychiatrique	Une patiente psychiatrique attendant un taxi jugé trop tardif agresse un soignant en lui portant plusieurs coups.
13/07/2021	Violence à la consultation de l'AMT	Mère d'un patient menaçante verbalement puis physiquement (coups, morsures, coups dans les parties intimes), maintenue au sol physiquement le temps que la violence physique cesse.

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

17/07/2021	Agression verbale et menace de mort d'un patient envers un soignant	Injures racistes envers un soignant et menaces de mort.
30/07/2021	Agression sexuelle d'un patient sur une patiente	Intrusion d'un patient dans la chambre d'une patiente pour lui demander un acte sexuel bucco-génital.
12/08/2021	Agression	Patient psychiatrique agressif à recontentionner, donne un coup de tête au visage d'un soignant.
03/09/2021	Agression	Patient psychiatrique contentonné, demandant à être aidé pour uriner, agrippe un soignant avec violence par la fesse.
12/10/2021	Coups reçus par une patiente	Patiente (boxeuse) psychiatrique apprenant son placement en SSC frappe et fait une clé de bras à un soignant.
13/10/2021	Menaces de mort et passage à l'acte hétéro-agressif	Patiente psychiatrique en isolement, devient agressive, insulte les soignants et en frappe un par coup de poing au visage.
02/11/2021	Violence physique en zone orange	Un patient contentonné hurle dans son box, lorsque le soignant s'approche lui donne un coup de pied avec élan au niveau du flanc droit. Le patient avait réussi à se décontentonner, car il ne s'agissait pas du bon modèle de contentions.
19/12/2021	Agression physique d'un patient envers un brancardier	Lors de l'installation d'un patient dans son lit, celui-ci donne un coup de pied dans l'abdomen au brancardier avec insultes.

Source : CHU / traitement mission

Tableau 14 : Signalements d'agressions et violence, aux urgences somatique et psychiatriques, en 2022

Date	Titre	Commentaire
07/02/2022	Agression physique	Patient agressif frappe un soignant par coup de poing sur le nez
07/03/2022	Agression physique	Un patient psychiatrique au moment de recevoir un traitement qu'il a demandé se jette sur un soignant et lui griffe le visage.
21/03/2022	Menaces de mort	Patient psychiatrique s'impatient et menace de mort les soignants.
14/04/2022	Violence	Patiente très agité menottée par les forces de l'ordre, frappe des soignants par coup de pied violent au niveau du sternum, puis coup de tête violent dans le visage, griffures, morsures.
20/04/2022	Agression	Une patiente agitée et nue dans le SAS hurle sur un autre patient et frappe un soignant au visage.
07/05/2022	Agression physique et AES.	Patient ne supportant pas l'attente du médecin, devient injurieux, se déperfuse et projette du sang sur un soignant. AES.
11/05/2022	Agression en zone chaude de consultation	Patient psychiatrique frappe un soignant au visage sans signe avant-coureur.
11/05/2022	Patient agressif en zone chaude	Un patient croyant qu'un soignant a donné son téléphone à un autre patient frappe par surprise le soignant au visage.
25/05/2022	Agression	Patiente agitée et contentonnée, se détache et frappe un soignant par coup de poing au visage.
18/06/2022	Patient agressif	Un patient voulant rentrer dans la salle de soins du hub, empêché devient insultant et donne des coups dans les portes.
17/07/2022	Patiente agressive	Patiente psychiatrique venant quotidiennement aux urgences sous emprise de psychodysléptique alterne menaces de défenestration et agression d'un vigile frappé au crâne.
22/07/2022	Agression physique	Un patient frappe un soignant par coup de poing au visage
01/08/2022	Menace d'agression	Un patient a menacé de nous frapper et "planter" avec une carafe qu'il avait brisé précédemment.
09/08/2022	Agression physique	Patient psychiatrique décontentonné à la demande du senior de psychiatrie pour alliance thérapeutique, agresse une IDE en l'attrapant par le cou.
25/09/2022	Agression physique à l'IOA	Patient avec troubles de conscience, stimulé par les soignants, reprend conscience et agresse un soignant (gifle et coups).
30/09/2022	Agressions verbales et physiques	Patiente psychiatrique, voulant aller fumer une cigarette, devenue agressive envers les soignants (griffures).
09/11/2022	Violences verbales et physiques	Patiente agitée, frappe un soignant par un coup de pied dans le ventre qui l'a projeté violemment contre un mur.

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

20/11/2022	Agression physique	Patient psychiatrique agité, frappe un soignant à coup de poing.
28/12/2022	Agression physique	Patient agité frappe deux soignants de coups de poing et coups de pied. Finalement contentionné par 4 soignants de l'UHCD somatique en renfort.
28/12/2022	Passage à l'acte hétéro agressif en zone chaude	Patient psychiatrique en box d'apaisement avec porte ouverte, s'étant involontairement enfermé tout seul. Lors de l'ouverture de la porte, agression d'un soignant avec coups au visage et épaule.

Source : CHU / traitement mission

Tableau 15 : Signalements d'agressions et violence, aux urgences somatique et psychiatriques, en 2023

Date	Titre	Commentaire
13/01/2023	Agressions physique	Patient en refus de soin, aux urgences pour intoxication médicamenteuse volontaire, frappe un soignant à coup de pieds entraînant un traumatisme du poignet, à l'occasion de la mise en place d'une contention.
02/02/2023	Violence, insultes à l'AMT	Patiente psychiatrique transférée sur l'AMT pour dédouanement, devient violente, insultante, et tente de jeter des objets au visage des soignants.
20/02/2023	Agression verbale	Insultes et agressions verbales des parents d'un patient sous tutelle, n'ayant pas compris le principe de la tutelle.
06/03/2023	Agression physique	Patient agressif menaçant, frappe un soignant par coup de poing au visage, et provoque un traumatisme de hanche.
06/03/2023	Agressivité	Patient ayant tenté de fuguer, un soignant essayant de le raisonner reçoit un coup de poing au visage.
13/03/2023	Agression physique	Patient psychiatrique à hospitaliser en SSC. Lors de l'entretien d'annonce, avec trois soignants, le patient frappe un soignant par coup de poings au visage, puis étrangle un autre soignant, et finalement maîtrisé par six soignants.
12/04/2023	Agression physique	Patiente psychiatrique, frappe violemment les portes, puis un soignant à coup de pieds.
30/04/2023	Agressé et insulté par un patient	Le patient aux urgences pour une plaie de main en état d'ébriété, devient injurieux, avec ses proches au téléphone puis avec les soignants
26/05/2023	Agression physique au SAU	Patient en refus de prendre son repas donne un coup de poing au nez à un soignant.
23/07/2023	Agression verbale, menaces de mort de la part d'un patient	Patient aux urgences à la suite d'un accident de la voie publique, devient agressif puis menace de mort, clairement motivées par notre fonction de soignants et par le sexe féminin d'une collègue.
25/07/2023	Violence et menace verbale de viol	Patient décontentionné pour lui servir un petit déjeuner, devient insultant, menaçant verbalement "je vais te violer", et crache sur l'ensemble de l'équipe soignante.
10/08/2023	Agression verbale par téléphone, de la compagne du patient, qui est infirmière au sein du CHU	Un soignant reçoit par téléphone des injures et critiques à propos de la prise en charge d'un patient de la part de sa compagne qui se prétend IDE à Purpan et travailler plus sérieusement que les soignants des urgences.
16/08/2023	Agression de la part d'un accompagnant consultant	Accompagnant d'un patient menace de s'agiter pour que la prise en charge soit plus rapide. Menaces verbales et physiques.
17/08/2023	Agression physique	Un patient jette une bouteille d'eau pleine au thorax d'un ASH qui effectuait le nettoyage des toilettes à l'entrée des urgences.
25/08/2023	Agressivité patient + accompagnants	L'accompagnant d'un patient insulte et menace de mort un soignant qui prend peur, un agent de la sécurité est arrivé pour désamorcer tout cela.
28/09/2023	Traumatisme du poignet gauche suite à un coup porté par un patient	Patient psychiatrique avec hallucinations frappe et blesse deux soignants.
28/09/2023	Agression en zone verte	Patient agité veut prendre le téléphone d'un soignant en communication, frappe des soignants puis les poursuit alors qu'ils tentent de se réfugier en salle de soins. Le patient s'enferme dans un box et y casse tout.
06/10/2023	Agression patient	Patient menaçant contentionné retourne le doigt d'un soignant.
09/10/2023	Agression physique et menaces de mort en zone froide	Patiente psychiatrique, menaçante et agressive, frappe plusieurs fois un soignant et casse les lunettes du médecin. Menaces de mort.



RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

06/11/2023	Agression verbale et physique	Les accompagnants d'un patient somatique qui sort après examen médical, prennent un soignant a partie, l'insulte et le menace de voie de fait au sortir de garde.
07/11/2023	Agression physique et verbale	Un patient mineur a agressé physiquement et verbalement plusieurs membres de l'équipe soignante à son arrivée aux urgences
30/11/2023	Agression/violence physique et psychologique sur soignant	Fugue d'un patient de la zone fermée, après attente de huit heures sans être vu sur le plan médical, sans thérapeutique. Insultes et menace de mort sur soignant. Après annonce de son retour à domicile en entretien médical, un patient défonce la porte et se jette sur soignant avec volonté de blesser.
30/11/2023	Agression par patient	Patient handicapé agressif, agité, frappe un soignant au visage et casse ses lunettes.
10/12/2023	Agression au SAU	Patiente agressive mord plusieurs soignants. NB Les contentions disponibles aux urgences sont trop petites et les patients peuvent facilement se décontentionner.
14/12/2023	Agression physique	Patient psychiatrique en SSC pour agressivité mord un soignant.

Source : CHU / traitement mission

Tableau 16 : Signalements d'agressions et violence, aux urgences somatique et psychiatriques, 1<sup>er</sup> janvier – 17 février 2024

Date	Titre	Commentaire
03/01/2024	Agression en zone chaude	Patiente dans le box d'apaisement, non visible en raison de caméra défaillante et porte non visible, bouscule un collègue et gifle une autre collègue.
17/01/2024	Patient hétéro-agressif et intrusif dans le couloir de la Zone verte	Patient hétéro-agressif envers le personnel et intrusif envers les patients, installé dans le couloir, par absence de box seul.
20/01/2024	Tentative d'agression physique sur agent	Patient en salle d'attente de la zone chaude dans l'attente d'un entretien psychiatrique, suite au refus d'une cigarette, frappe les murs, se saisit d'un couteau en bois, s'assène des coups dans le poignet, puis tente d'assener un coup de poing, esquivé.
27/01/2024	Agression physique sur soignant	Patient présentant des troubles du comportement avec agitation sans violence, accompagné en chambre à 3 soignants + 2 agents de sécurité, puis frappe une soignante au niveau du cou et mâchoire.
05/02/2024	Agression d'un patient sur soignant	Patient psychiatrique agité, s'introduit dans la tisanerie, force sur la porte tout en donnant des coups aux soignants.
07/02/2024	Je me suis fait mordre par une patiente	Patiente aux urgences pour syndrome somatique fébrile, frappe un soignant et mord un autre soignant.
11/02/2024	Agression verbale et menace de mort envers un soignant	Patient agressif en zone ouverte, exige une cigarette et frappe un soignant à coups de poing.
11/02/2024	Violence	Patient colérique, attrape et serre le bras d'un soignant.
12/02/2024	Introduction d'un individu dans le box d'une patiente de la zone froide	À 4h du matin l'équipe soignante constate la présence d'un individu dans le box d'une patiente hospitalisée dans un box de la zone froide de la consultation psychiatrique. Il s'agit d'un SDF, qui était caché au fond de la pièce, et s'étant fait un oreiller avec les habits de la patiente.
12/02/2024	Violence	Un patient contentionné à 3 membres lance tout ce qu'il trouve en essayant de blesser les soignants.
13/02/2024	Agression	Une patiente de 83 ans refusant de n'être pas hospitalisée profite de son rhabillage pour frapper un soignant et des ambulanciers à coups de pieds.
17/02/2024	Vol de téléphone	Un patient a volé au poste de soin le téléphone d'une autre patient et en casse l'écran.

Source : CHU / traitement mission



### 3.4 Certains patients venus aux urgences pour une prise en charge psychiatrique ont tenté de se suicider, et parfois il n'a pas été possible de prévenir leur décès

[221] La HAS, dans son rapport sur les EIG de 2022 précité, constate que les suicides et tentatives de suicides figurent comme les années précédentes parmi les EIG le plus souvent déclarés. Elle évoque un biais lié au caractère souvent plus médiatique de ces situations et a réalisé un travail spécifique sur cette thématique. Elle a ainsi analysé 795 cas déclarés de suicide dans le cadre du dispositif de déclaration des EIG entre mars 2017 et juin 2021. La HAS dans l'introduction de cet ouvrage note que : « *Le suicide occupe par sa nature une position particulière parmi les événements indésirables pouvant survenir lors de la prise en charge d'un patient. En effet, il s'agit d'une mise en danger intentionnelle, par le patient, pour obtenir l'arrêt d'une souffrance insoutenable. Si la survenance d'un décès par suicide est le prototype de la perte de contrôle pour ceux qui découvrent la scène, elle est, pour la victime, une reprise de contrôle, totale et définitive, sur la souffrance. En quelques secondes, en quelques minutes, ce qui était insoutenable et interminable est balayé* ».

[222] Il est également souligné que les meilleurs résultats obtenus par les programmes de prévention ne conduisent jamais à zéro suicide<sup>38</sup> mais que « *la mise en œuvre d'un programme ou projet d'établissement, de moyens et de formations et une meilleure connaissance des contextes de survenue des suicides permettent d'agir sur ces événements* ». Sur les 785 cas répertoriés, le secteur sanitaire représente 82,4 % des déclarations avec une prédominance des services de psychiatrie qui en déclarent un peu plus de la moitié. La moindre proportion en ville et dans le secteur médico-social est notamment expliquée par la sous-déclaration. La nécessité d'une sécurisation de l'environnement est soulignée. Parmi les déclarations analysées, la pendaison représente au total 53 % des moyens utilisés, résultat cohérent avec ce qui est observé en population générale. L'importance de la limitation de l'accès aux moyens de suicide est considérée comme un champ de prévention particulièrement efficace. La complexité de la situation clinique est également un facteur de risque (apparaît dans 65,2 % des cas), ainsi que la période nocturne. Le taux de suicide déclarés la nuit est à 75 % vs 58,1 % en horaire ouvré. Parmi les éléments indispensables à rechercher figure l'évaluation du risque (par exemple à l'aide de l'échelle Risque Urgence Dangereusité – RUD – <sup>39</sup>). La Has note en outre qu'« *un des sujets les moins abordés est la question de l'objectif que se fixent les établissements concernant le nombre de tentatives de suicide et de suicides. Le caractère intentionnel du geste rend en partie irréaliste l'objectif d'une absence de suicide* ». L'impact sur le stress professionnel des soignants suppose en outre d'accompagner les soignants et les équipes dans ces situations traumatisantes et dans la réflexion concernant la mise en place locale de prévention.

<sup>38</sup> Mills PD, Soncrant C, Bender J, Gunnar W. Impact of over-the-door alarms: root cause analysis review of suicide attempts and deaths on veterans' health administration mental health units. *Gen Hosp Psychiatry* 2020; 64:41-5. <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.1016/j.genho.spspsych.2020.01.005>

<sup>39</sup> Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération Française de Psychiatrie, Direction Générale de la Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus. 19 et 20 octobre 2000. Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. ANAES ; 2000. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_271964/fr/lacrise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-encharge](https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/lacrise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-encharge).

### 3.4.1 En mai 2020, un patient est retrouvé à la consultation où il avait dormi deux nuits avec un cordon autour du cou et va réitérer, dans la foulée, cette tentative de suicide (EI)

[223] Ce patient suicidaire, parlant très peu français va bénéficier d'un entretien téléphonique avec interprète et malgré le traitement administré sera retrouvé avec un cordon autour du cou à la consultation où il avait dormi deux nuits. Il tentera de serrer un deuxième cordon autour du cou et lors de la mise en kit anti suicide un troisième cordon sera retrouvé. Le patient a nécessité, outre le traitement adapté, une surveillance toutes les 30 minutes « *en plus des 2 patients déjà hospitalisés sur la consultation* ».

[224] Le patient nécessite en fait une surveillance accrue dans un service fermé mais il n'y a pas de place sur l'UHCD de psychiatrie « fermée ».

### 3.4.2 En février 2021, le soir, un patient est retrouvé pendu par un cordon de sonnette dans un box de surveillance de l'AMT (EIG).

[225] Cette tentative de pendaison fait l'objet d'une déclaration d'EIG. Le patient qui nécessitait une surveillance importante compte tenu de son état avait été transféré dans un box situé face à la salle de soins et à la salle de repos dans l'attente d'une place d'hospitalisation en psychiatrie. Sur les neufs lits d'UHCD « fermée », seuls cinq étaient effectivement ouverts. Ils étaient occupés et deux des patients étaient mineurs. Les quatre lits avaient été fermés (Cf. infra). La RMM mentionne qu'à 18h30, 10 patients (dont 3 mineurs) se trouvaient à la consultation de psychiatrie, 6 étaient prévus pour y dormir dont 4 en zone chaude et 3 étaient en cours d'évaluation. 10 patients dormiront à la consultation dont deux mineurs dans un même box.

[226] Après appel de l'urgentiste au directeur de garde, un lit de l'UHCD « fermée » sera finalement réouvert à minuit. Le facteur immédiat contributif de l'EIG défini dans la RMM est « *Présence d'un patient vulnérable sur le plan psychiatrique, dans un service d'urgences somatiques peu adapté à une surveillance visuelle très fréquente pour sécurisation* ». La forte activité en psychiatrie et les effectifs de psychiatres font partie des facteurs en cités. « *Effectifs théoriques de psychiatres non atteints le mardi après-midi : 3 seniors jusqu'à 17h ; puis 2 seniors de 17 à 19h, soit une équipe de journée en sous-effectif médical (effectifs théoriques 5 seniors, actuellement 4 du fait d'un absentéisme médical). Il s'agit d'une problématique chronique, acutisée quelques jours auparavant suite à un arrêt maladie après l'agression de l'un d'entre eux par un patient, ayant conduit à fermer les 4 lits d'UHCD « fermée » dans l'après-midi* ».

[227] Parmi les actions retenues figure la formation des équipes des urgences somatiques à l'évaluation du risque suicidaire.

[228] L'ensemble du plan d'action proposé dans le volet 2 est acté par l'ARS une fois le volet 2 reçu et l'EIG adressé à la HAS et clôturé. Ce plan comporte les actions suivantes.

Plan d'action transmis à l'ARS suite à l'EIG de février 2021	
ACTION 1	Formation des équipes des urgences somatiques à l'évaluation du risque suicidaire (notamment en cas d'hallucinations auditives). Responsables Équipe urgences psychiatrique Échéance octobre 2021
ACTION 2	Après la formation, envisager l'intégration de la grille de dépistage (RUD) dans le système d'information (selon demande des équipes) Responsables urgences/ DSIO Échéance octobre 2021
ACTION 3	À l'issue de la formation, étudier l'opportunité d'une révision du processus actuel d'évaluation psychiatrique d'un patient dédouané sur le plan somatique Responsables : Chef de service urgences Purpan / Chef de service psychiatrie Échéance octobre 2021
ACTION 4	Définir une réponse harmonisée à apporter aux demandes d'avis lorsque les capacités maximales d'accueil de la consultation des urgences psychiatriques est atteinte Responsables Équipe urgences psychiatrique Échéance octobre 2021
ACTION 5	Statuer sur la possibilité d'augmenter les effectifs de psychiatres présents sur la période 18h30 24H Responsables : Direction CHU et DAM / Direction CHS/ Directeur et médecin chef de pole psychiatrie/ ARS Échéance octobre 2021

[229] Ce dossier est clôturé et part de ce fait à la HAS.

### 3.4.3 En juillet 2022, un patient tente de se pendre dans le service des urgences (EIG)

[230] Un patient admis un dimanche de juillet 2022, vers 17h avait été orienté sur la zone verte de l'AMT puis avait été vu par le psychiatre vers 22h, une fois les résultats des examens complémentaires disponibles. Il avait été retrouvé pendu le lendemain matin puis avait pu être réanimé. L'impossibilité de surveillance horaire à l'AMT en zone verte avait notamment été soulignée de même que « *le stress lié à une activité psychiatrique dense (comme habituellement dans une garde de nuit), incluant la prise en charge complexe et chronophage d'une jeune patiente.* »

[231] Ces points n'ont pas fait l'objet d'une programmation d'action. Par contre, l'absence de protocole définissant les conditions d'appel de l'IDE de liaison psy à l'AMT pour évaluation des patients dédouanés sur le plan somatique a été soulignée<sup>40</sup>. Parmi les actions programmées figurait l'étude de la possibilité de faire évaluer certains patients de l'AMT par un IDE de la consultation de psychiatrie.

[232] Le dossier a fait l'objet d'un échange avec l'ARS et a été clôturé en décembre 2022. La mission a étudié la charge de travail pour le psychiatre et l'interne de psychiatrie de garde. À J1, on dénombre 22 nouveaux entrants en lien avec une motif de psychiatrie, dont 3 relevant de SSC

<sup>40</sup> La fiche de tâche IDE liaison AMT n'est pas à la date du rapport finalisée définitivement. Elle était encore en cours de travail avant les événements de février (accompagnement long, refus de certains soignants d'aller sur l'AMT, travail sur les compétences...). Ne s'agissant pas d'un protocole, cette fiche n'est pas intégrée dans le logiciel de GED Pilot.

et 1 mineur. Les entrées se répartissent comme suit : 3 entre 0h et 8h, 13 entre 8h et 18h et 6 entre 18h et 0h. On note également 4 entrées entre 0h et 8h à J2.

[233] Le psychiatre de garde aura 10 entrants entre 18h et 8h. À J1, les 22 nouveaux patients seront orientés pour 10 d'entre eux vers la consultation de psychiatrie et pour 12 d'entre eux vers l'AMT. L'AMT aura y compris ces 12 patients 85 entrants. À cela il convient d'ajouter la charge liée aux patients hospitalisés à l'UTOX et à l'UHCD de psychiatrie.

[234] Le plan d'action acté par l'ARS qui clôturera l'EIG et l'enverra à la HAS est le suivant :

ACTION 1	Proposer une rencontre à la famille pour leur restituer les conclusions de la RMM. Responsables : médecin urgentiste responsable des urgences, chef de service des urgences psychiatriques. Échéance : action réalisée
ACTION 2	Étudier la possibilité de faire évaluer certains patients de l'AMT par un ou une IDE de la consultation des urgences psychiatriques avant la venue du psychiatre. Préciser quelles situations cliniques seraient concernées, le nombre de patients, et comment les identifier. Responsables : médecin urgentiste responsable de la filière des urgences psychiatriques, chef de service des urgences psychiatriques, cadres de santé des urgences générales et psychiatriques, infirmières des secteurs concernés. Échéance : décembre 2023

#### 3.4.4 En août 2022, une patiente tente de se suicider au sein de la consultation de psychiatrie (EI)

[235] Une patiente arrive seule à la consultation des urgences psychiatriques le matin et est reçue pour un entretien infirmier dans un box de la zone froide environ deux heures et demie plus tard. Elle reste installée dans le box pendant 1h45, le psychiatre entre alors dans le box pour réaliser l'entretien médical et la retrouve au sol, inconsciente. La déclaration mentionne une probable tentative de suicide. La patiente est prise en charge et transférée en réanimation.

#### 3.4.5 Un dimanche d'avril 2023, dans un contexte de saturation de la consultation de psychiatrie, initialement orienté en salle d'attente de la zone froide, un patient en part à l'insu des professionnels et menace de se jeter d'un balcon du 1<sup>er</sup> étage (EI)

[236] La conclusion de l'EI par l'infirmière à l'origine de la déclaration évoque une saturation de la consultation qui ne permet pas de déceler des tentatives de suicides imminentes

[237] L'infirmière qui fait la déclaration note que la consultation compte déjà 8 patients à sa prise de poste à 6h30 : « 4 patients hospitalisés dans la zone ouverte dite "Froide". Tous dans des box. Seul un box est disponible pour consulter. 4 patients hospitalisés dans la zone « fermée » dite « chaude ». 2 dans des box, 2 dans la salle d'attente. Tous dorment sur des brancards sans accès à des douches, à des sanitaires individuels. Le seul point d'accès à de l'eau courante est dans la zone dite « chaude ».

[238] Outre ces patients qui ont dormi à la consultation, d'autres patients sont y accueillis : à 11h10, déjà 3 patientes sont entrées pour des évaluations psychiatriques au cours de la matinée. 2 patientes en salle d'attente de la zone froide. 1 patiente mineure dans la salle d'attente de la zone chaude car non accompagnée ».

[239] Puis le quatrième nouveau patient de la matinée se présente en demande d'aide et après échange entre l'IAO et l'infirmière de régulation est orienté sur la salle d'attente de la zone ouverte.

[240] Il est mentionné : « *Devant la saturation de la consultation, les professionnels sont occupés à faire les évaluations des patients entrés dans la matinée ou à s'occuper de ceux déjà hospitalisés (tours de traitements, soins, accompagnements douches dans un autre service situé un étage plus haut, distribution des repas ...)* ».

[241] Une infirmière d'un autre service les sollicite 30 minutes après le transfert du patient dans la salle d'attente pour dire que le patient menaçait de se jeter d'un balcon (1<sup>er</sup> étage) à visée suicidaire.

[242] À la fin de la description de l'événement, l'infirmière de régulation écrivait : « *Conclusion ; saturation de la consultation psychiatrique ne permettant pas aux professionnels de déceler dans des délais nécessaires une tentative de suicide imminente.* »

[243] Le patient a ensuite été transféré dans la zone « fermée » dite "chaude" et les objets dangereux lui ont été retirés. Le senior de garde a été informé. La cadre de garde a été informé de la « *surcharge de la consultation psychiatrique et particulièrement de la zone chaude : 6 patients tous en situation qualifiée de "crise" (décompensations de troubles schizophrènes, crises suicidaires, crises clastiques<sup>41</sup> dans le cadre de troubles psychiatriques)* ».

### 3.4.6 Le 1<sup>er</sup> juillet 2023 un patient se suicide à la consultation des urgences de psychiatrie le lendemain de son hospitalisation et décède (EIG)

[244] Il s'agit d'un EIG dont les volets 1 et 2, adressés à l'ARS, ont été transmis à la mission ainsi que le compte rendu de RMM. Le patient est venu en fin d'après-midi (17h45) aux urgences du CHU puis en sort, après avoir été pris en charge, à 20h40 et revient de lui-même, après des appels au 15 et au 18 au CHU à 3h50. Il y est évalué une première fois et accepte de passer la nuit au CHU pour pouvoir être évalué le lendemain matin. Il est mentionné qu'il est dirigé vers la zone chaude des consultations de psychiatrie en l'absence de place en zone froide. Il est précisé qu'il y avait deux places dans l'UHCD « fermée » de psychiatrie et que des box avec caméras étaient libres mais que la présentation clinique du patient n'indiquait pas la nécessité de l'y placer. Jusqu'à 6h40, le patient est vu par les IDE, à 8h15, pour l'IDE, le patient semble dormir sur le sol. À 9h10, le patient retrouvé au sol à plat ventre au fond du box par psychiatre de garde B et IDE A au moment de la visite. Il s'est strangulé.

[245] Le médecin de la SAUV arrive à 9h20. Le patient décède à 9h45.

---

<sup>41</sup> En psychiatrie, crise au cours de laquelle le sujet devient violent et brise des objets

[246] Le plan d'action qui figure ci-dessous est acté par l'ARS le 29 septembre 2023.

ACTION 1	Mise à jour du circuit de transmission des infos patient entre le Samu et les urgences psychiatriques. Responsables : CSS du pôle (en lien avec le dispositif DAPACO* déjà en cours de travail) * IDE régulateur des urgences psychiatriques.
ACTION 2	Modification du formulaire SI CHU des urgences psychiatriques pour que (1) les ATCD apparaissent en clair d'une manière permanente à chaque ouverture de fiche ; (2) un score d'évaluation du risque suicidaire apparaisse même si le patient ne verbalise pas d'idées suicidaires à l'accueil des urgences psychiatriques. Responsables : Commanditaire : chef de service des urgences psy (en son absence chef du pôle psychiatrie et CSS) et Responsable technique : Direction des services numériques (DSN). Échéance : décembre 2023
ACTION 3	Harmonisation des types de documents ouverts par les psychiatres (notamment pour ajouter le score de risque suicidaire) Responsables : chef de service des urgences psychiatriques Échéance : septembre 2023
ACTION 4	Ouverture d'un compte générique spécifique aux urgences psy pour accéder au TUCS et informer tous les IDE et psychiatres de cette possibilité. Responsables : chef de service et CS des urgences psychiatriques. Échéance : décembre 2023
ACTION 5	Obtenir/rétablir un accès au SI du CHS sur au moins un ordinateur des urgences psy. Responsables : CSS du pôle psy, DSN. Échéance : février 2024
ACTION 6	Formaliser les consignes de surveillance IDE aux urgences psychiatriques (fréquence, modalité). Responsables : CS du service en lien avec l'équipe. Échéance : octobre 2023.
ACTION 7	Révision du sac urgences des urgences psychiatriques. Responsables : CS du service. Échéance : réalisé.
ACTION 8	DSA dans sac urgences du service. Responsables : CS du service (demande faite). Échéance : octobre 2023
ACTION 9	Protocolisation et affichage des numéros à contacter si urgence vitale aux urgences psy (pancarte). Échéance : réalisé
ACTION 10	Formation des personnels aux urgences vitales. Responsables : CS du service, médecin responsable SAU Purpan (déjà contacté). Échéance : février 2024

[247] En 2024, quatre tentatives de suicide sont signalées.

Tableau 17 : Gestes auto-agressifs et tentatives de suicide signalés en 2024 au 20 mai.

Date	Titre	Commentaire
21/02/2024	Tentative de défenestration en zone verte	Patient ayant fugué. Retrouvé une heure après par la sécurité voulant se jeter du 3 <sup>ème</sup> étage au niveau d'une passerelle entre URM et PPR
18/04/2024	Passage à l'acte auto puis hétéro-agressif sur interne et infirmière	Patient qui effectue dans un premier temps un passage à l'acte auto-agressif en tentant de se mettre la tête dans la cuvette et de se taper la tête
22/04/2024	Défenestration d'un patient de la Zone Verte	Patient exprimant des idées suicidaires sur intoxication, ayant quitté la zone verte, les soignants croyant qu'il était sorti avec les médiatrices. Retrouvé au déchocage par suite d'une défenestration du 4 <sup>ème</sup> étage.
20/05/2024	Tentative de pendaison	Patient psychiatrique : suite à un refus de sortie, essaie de se pendre avec un cordon de pantalon pendant la consultation avec le psychiatre.

Source : CHU / traitement mission

## 4 La sécurité des patients et des personnels est mentionnée comme l'une des priorités du CHU

### 4.1 L'accès aux bâtiments du CHU résulte d'une analyse des risques qui ne classe pas celui de l'URM comme particulièrement exposé

[248] Un plan de sécurisation (PSE) est en place au CHU depuis 2016. Ce document définit la politique et l'organisation qu'il a retenue pour l'ensemble de ses sites. Actualisé au dernier trimestre 2023, cette politique fait l'objet d'une déclinaison opérationnelle dans le schéma directeur sûreté qui contient une analyse des risques globaux puis, site par site, qui conduit à identifier des actions visant à les réduire dans le cadre d'opérations financées par des budgets dédiés.

[249] Dans le schéma directeur sûreté dont la dernière mise à jour date de janvier 2024, les bâtiments sont classés entre eux selon un code couleur<sup>42</sup> qui établit leur sensibilité à partir d'un certain nombre de critères de caractéristiques ou risques<sup>43</sup>.

[250] Classé en zone tiède en 2016, le bâtiment URM a été classé en zone froide en 2022 (avec certaines zones tièdes à l'intérieur), ce qui peut étonner à la lumière des événements qui ont pu s'y produire. Pour autant, les urgences sont considérées en leur sein comme des zones vitales en cas de crise majeure.

[251] Les conditions d'accès aux différents bâtiments du CHU découlent du classement des bâtiments. L'accès aux urgences psychiatriques et somatiques se fait par badge<sup>44</sup> pour les principaux accès, certains ascenseurs et les escaliers, de sorte qu'il n'est théoriquement pas possible d'y pénétrer ou d'en sortir sans l'activation de ces badges.

[252] Comme mentionné précédemment, il est possible, sans badge, de monter au 2<sup>ème</sup> étage à partir de l'ascenseur situé dans le hall de l'URM.

---

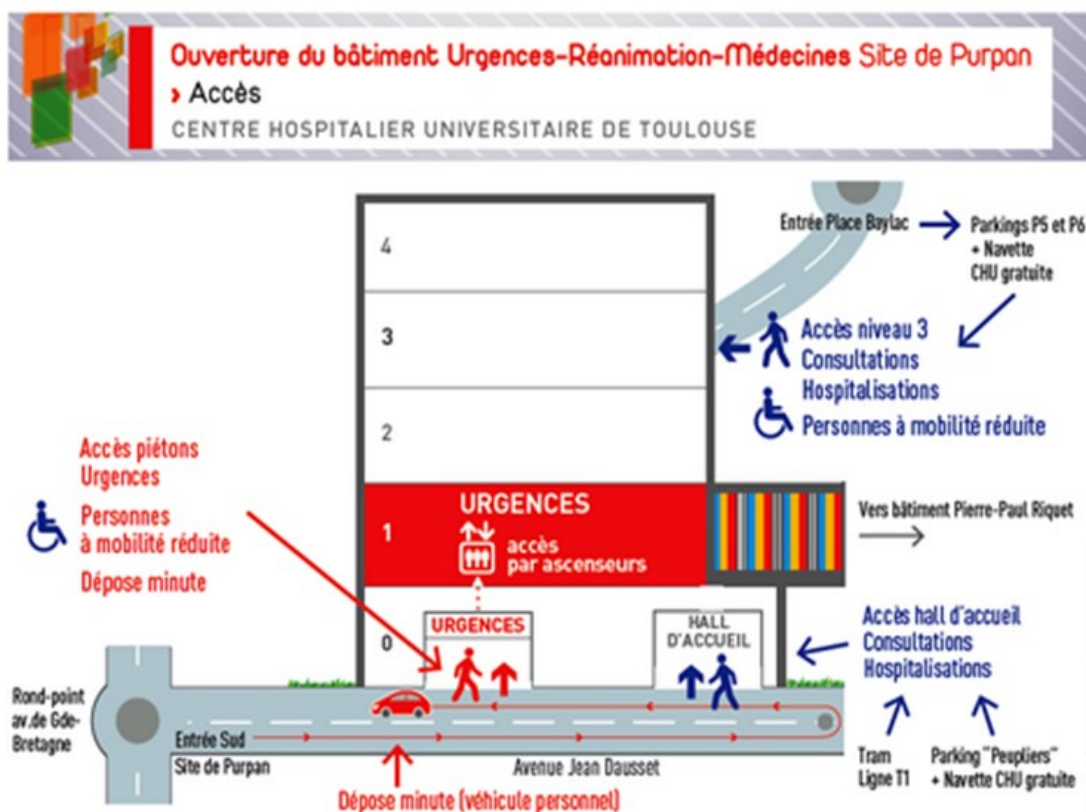
<sup>42</sup> La couleur verte désigne une zone froide de faible sensibilité (catégorie 1 / priorité moyenne), le jaune est retenu pour une zone « tiède » (catégorie 2 / priorité moyenne) et le rouge pour une zone chaude (catégorie 3 / priorité importante). Les zones vertes ne font l'objet d'aucune mesure de protection particulière. Elles peuvent être néanmoins vidéoprotégées. Les zones orange sont accessibles aux personnels de santé et au public moyennant un badge ou un contrôle physique à l'entrée par voie d'interphone ou de visiophone. Ces zones peuvent être en libre accès à certaines heures de la journée. Les zones rouges font l'objet d'une protection renforcée au regard des activités ou des équipements qu'elles hébergent. Elles ne sont accessibles qu'aux professionnels de santé y travaillant mais pas au public, sauf exception.

<sup>43</sup> Établissement recevant du public avec ou non des nuitées, présence d'un ou de services délicats, recensement d'actes de violence, présence ou non d'une équipe de sécurité, équipement de moyens techniques pour l'accès ou la surveillance vidéo du site, engagement d'actions de formation ou de sécurisation.

<sup>44</sup> Les badges et matériels d'accès ne font pas l'objet de contrôles préventifs mais d'interventions *a posteriori* en cas de dysfonctionnement constaté.



Schéma 4 : Illustration n°5 : accès au bâtiment URM



Source : site internet du CHU

## 4.2 L'équipement des chambres et les déplacements des patients à l'extérieur ou à l'intérieur du bâtiment des urgences dépendent de leur régime d'hospitalisation

### 4.2.1 L'équipement des chambres et des box des unités de soins et les déplacements

[253] Au sein des urgences psychiatriques, les chambres sont équipées différemment. Les chambres de l'UHCD « fermée » ne comportent qu'un lit et des fenêtres sécurisées et en cas de besoin une chambre d'isolement. Un inventaire des affaires personnelles du patient est réalisé à l'entrée pour éviter la détention de briquet ou d'objet dangereux. Les box d'entretien des consultations psychiatriques comportent un bureau et une chaise. Lorsque le patient est dans un état qualifié d'agité, le box n'est équipé que d'un brancard.

[254] Aux urgences somatiques, aucun box n'est sécurisé.

[255] Les déplacements de courte durée des patients à l'intérieur des unités de soins ou vers l'extérieur obéissent à des règles spécifiques qui ont été décrites ci-dessus.



### 4.3 Des personnels dédiés, dont le nombre sera augmenté à la suite des EIG, assurent la surveillance du bâtiment URM, en plus des caméras et avec un renfort potentiel des forces de police en cas de nécessité

[256] Le dispositif de sécurisation du CHU s'appuie sur une équipe en propre composée au total de 69 ETP présents sur les différents sites 24h/24 et 7 jours sur 7. Dans ces effectifs, 2 agents sont positionnés dans le bâtiment Urgences réanimation médecines (URM) à raison d'un en journée de 7h à 19h et de deux autres la nuit de 19h à 7h. Ils ont vocation à intervenir sur l'ensemble des services du bâtiment. En cas de nécessité, d'autres agents sont mobilisables.

[257] En plus des 2 agents de sécurité incendie CHU affectés au bâtiment URM, un agent prestataire de sécurité est positionné à l'accueil des urgences de 19h à 7h du lundi au vendredi et H24 les samedis et dimanches.

[258] Cette organisation est complétée par l'intervention d'agents de sécurité issus d'une société extérieure, ONET, sur des secteurs identifiés comme sensibles. Un agent d'ONET est ainsi positionné au service d'accueil des urgences (URM) 12 heures en semaine et 24 heures le week-end. Un maître-chien effectue par ailleurs des rondes de 20h à 5h du matin sur l'ensemble du site les jeudis, vendredis, samedis et dimanches. L'ensemble des agents qui intervient sur les différents sites est diplômé et qualifié en sécurité.

[259] Cinq agents sont donc positionnés pour assurer la sécurisation du bâtiment URM

[260] En complément, des caméras ont été installées pour assurer la surveillance des sites. Sur les 437 en service <sup>45</sup>, le bâtiment de l'URM en dispose d'une soixantaine (dont une vingtaine autour ou dans le service d'accueil des urgences). Une quinzaine de caméras supplémentaires est prévue dans les six prochains mois, principalement pour renforcer la sécurité des abords extérieurs (périmètres et accès extérieurs, grands axes de circulation, accès aux secteurs sensibles, etc..).

[261] Des caméras sont présentes dans le SAS ambulances.

[262] La supervision des images (qui sont conservées durant 7 jours) est opérée par un poste surveillance situé au rez-de-chaussée du bâtiment URM<sup>46</sup>. Ce poste regroupe les écrans de protection vidéo, les systèmes d'interphonie et d'ouverture/fermeture à distance des accès barrières, les reports d'alarme des locaux protégés. Douze alarmes anti-intrusion sont également installées sur le site de Purpan. Un système de vidéo protection des accès extérieurs du site a été développé par ailleurs qui permet de mobiliser la police nationale en cas de constatation d'une infraction.

[263] Sur le plan technique, l'équipement du bâtiment URM semble répondre aux exigences minimales en termes de détection des déplacements éventuellement suspects même si toutes les zones ne sont pas couvertes ce qui justifie l'installation d'équipements supplémentaires qui

---

<sup>45</sup> Un projet d'investissement doit porter ce nombre à 500.

<sup>46</sup> Le poste de sécurité incendie est situé, lui, au rez-de-chaussée du bâtiment PPR. Y sont installés des écrans de contrôles des principales caméras du site.

représentent un investissement de 100 K€ et des dépenses récurrentes de fonctionnement de 672 K€ et font l'objet d'une priorité de programmation.

[264] En cas d'infraction caractérisée et constatée, les forces de police peuvent être mobilisées. À la suite d'un premier protocole en 2004, une convention Santé Sécurité Justice a été signée le 27 avril 2016 qui met en place des modalités concrètes de collaboration entre le Procureur de la République, les directions de la police nationale, de la gendarmerie nationale et la ville de Toulouse. Outre l'existence de fiches réflexes largement diffusées au sein de l'établissement<sup>47</sup>, la convention prévoit notamment la mise en place d'un numéro téléphonique dédié, la facilitation du dépôt de plainte des personnels, le soutien systématique des forces de l'ordre dans certaines opérations du SAMU ou les conditions de leur intervention au sein de l'établissement.

#### 4.4 Les personnels sont formés et équipés en principe mais en pratique un nombre réduit de personnel suit ces formations

[265] Tous les agents du CHU sont invités à participer à la formation « sûreté » en e-learning intitulée « Parcours des fondamentaux ». Les agents des pôles urgences et psychiatrie sont quant à eux incités à suivre une formation complémentaire « se protéger de l'agressivité et de la violence dans les unités de soins ». D'une durée de 14 heures, elle a été suivie par 20 agents en 2023, ce qui est peu compte tenu de leur nombre.

[266] Un module de formation sur les dispositifs d'accompagnement des personnels confrontés à des situation de violence est également dispensé par le groupement d'intérêt public santé éducation (GIPSE). D'une durée de 7 heures, seuls 6 agents l'ont suivi en 2023 contre 5 l'année précédente et 8 en 2021. Ce nombre de personnels formés est donc également faible.

[267] Outre l'appel au 20, le numéro à composer en cas d'urgence, les agents des urgences psychiatriques et somatiques peuvent être équipés du système « DATI » (dispositif d'alarme du travailleur isolé), un équipement de sécurité qui permet la détection des situations anormales<sup>48</sup>. Neufs DATI sont disposés au sein de l'unité des consultations, huit à l'UHCD « fermée » et cinq au sein de l'unité de post-urgences. Au sein de ces services, les DATI sont destinés aux personnels des unités et aux équipes de sécurité.

---

<sup>47</sup> Au nombre de 24, ces fiches réflexes abordent des sujets variés comme les numéros utiles des différentes autorités, les règles relatives au secret professionnel, les prérogatives des forces de l'ordre, la procédure judiciaire, les interpellations au sein de l'établissement, les auditions de personnels ou de patients par les forces de l'ordre, le signalement des personnes non identifiées, la gestion des incidents (violences, agressions, troubles, vols), sorties à l'insu du service.

<sup>48</sup> L'activation du DATI repose sur l'appui d'une touche préprogrammée qui déclenche une alarme reliée à un agent de service ou au PC sécurité.

## 5 Le CHU a mis en place des dispositifs de suivi et d'amélioration de la qualité mais la HAS n'a pas manqué de souligner la situation des urgences psychiatriques

### 5.1 Le cadre formel lié à la qualité est en place

[268] La politique de qualité, de sécurité et de relation avec les usagers figure parmi les priorités du projet d'établissement. Elle s'appuie sur un maillage organisationnel qui part de la direction Qualité, Sécurité, Relations Usagers et parcours patients<sup>49</sup> et s'appuie sur un réseau de coordonnateurs<sup>50</sup>.

[269] Un comité de pilotage qualité sécurité des usagers se réunit tous les trimestres dont les travaux s'articulent avec ceux des autres commissions. Un Programme d'Amélioration de la Qualité et de la Sécurité des Soins (PAQSS) décline la politique qualité et gestion des risques en objectifs prioritaires opérationnels par pôle.

[270] Dans chaque pôle, un comité de pilotage réunit un cadre supérieur de santé, des référents qualité (un référent médical et un référent paramédical)<sup>51</sup>, un coordonnateur qualité. La présence du chef de pôle et du directeur délégué est souhaitée sans être obligatoire. Ce comité qualité a pour missions principales d'assurer le suivi des actions qualité -gestion des risques et du contrat de pôle, de mobiliser les acteurs du pôle.

[271] Dans ce cadre, le pôle psychiatrie s'est assigné plusieurs missions parmi lesquelles la formalisation des procédures, la réalisation des exercices institutionnels (indicateurs IQSS, patient traceur, parcours patients, cartographie des risques, audits ou évaluations...) ou la réalisation du plan du PAQSS.

[272] Un comité de retour d'expérience (CREX) a été mis en place dont les travaux portent sur les sorties sans autorisation et à l'insu du service. Il se réunit tous les trimestres et vise à améliorer la qualité et la sécurité des pratiques au sein des unités UF1, UF2, UF3, UF4, des urgences psychiatriques et de la clinique de l'adolescence<sup>52</sup>.

---

<sup>49</sup> Cette direction appartient au pôle parcours patient, qualité, gestion des risques, relations usagers

<sup>50</sup> Les missions des coordonnateurs qualité sont de contribuer à la définition, de piloter et contrôler la mise en œuvre de la politique et du plan d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins de l'établissement, de garantir la conformité aux référentiels par rapport aux exigences et réglementations en vigueur, en relation avec les usagers, hospitaliers, professionnels de l'établissement, de définir et d'assurer le déploiement opérationnel de la gestion des risques et du programme de sécurité en accompagnement privilégié avec certains pôles. Il existe également des coordonnateurs gestion des risques associés aux soins en lien avec les équipes médicales qui animent les COVIRIS (comité de vigilance et de gestion des risques) et commissions EPP (évaluation des pratiques professionnelles).

<sup>51</sup> Les référents qualité médicaux et paramédicaux animent la démarche qualité dans le pôle autour du PAQSS de pôle, des patients traceurs et traceurs ciblés, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins

<sup>52</sup> Un « club de la loi » se réunit également, tous les mois, pour réviser les procédures en lien avec les soins sans consentement, les informations et les droits du patient. Présidé par le chef du pôle de psychiatrie, ce club est composé de médecins psychiatres, de cadres de santé (urgences psychiatriques, UF1), de membres

## 5.2 D'autres dispositifs de mesure de la qualité ou de la satisfaction des patients existent mais ne traitent pas de la situation des urgences

[273] Développés par la HAS, les indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) ont pour vocation d'apprécier la qualité des prises en charge et leur suivi en hospitalisation à temps plein en psychiatrie. Cinq d'entre eux concernent la psychiatrie qui portent en particulier sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie, l'évaluation et la prise en charge de la douleur somatique, l'évaluation et la prise en charge des addictions chez les patients adultes, l'évaluation gastro-intestinale chez les parents adultes, l'évaluation cardio-vasculaires et métabolique chez les patients adultes. Toutefois, aucun de ces indicateurs ne concerne le passage aux urgences.

[274] L'avis des patients hospitalisés à temps plein est recueilli par ailleurs mais ces enquêtes ne concernent pas non plus le passage aux urgences<sup>53</sup>.

[275] Enfin, les réclamations des usagers sont enregistrées<sup>54</sup>. Le CHU en reçoit environ 300 par an. Si le pôle psychiatrie n'est pas le plus concerné, le nombre de réclamations annuel moyen se situe autour de 10 avec une augmentation nette entre 2019 et 2023<sup>55</sup>, sans toutefois qu'il soit possible d'isoler dans les chiffres ceux qui portent spécifiquement sur les urgences psychiatriques. Leur lecture permet néanmoins d'identifier les sujets les concernant. C'est ainsi le cas des conditions d'hospitalisation avec un renvoi à domicile faute de place d'hospitalisation (mais avec un cas de retour aux urgences le lendemain) ou les conditions d'hébergement liées à un manque de lit. Les thèmes de l'hôtellerie et de la restauration sont fréquemment cités en 2023 notamment. D'autres cas concernent la fugue d'une patiente des urgences et le retour le lendemain pour la levée de la mesure de soins sans consentement, le manque de personnel, le temps d'attente ou une sortie autorisée contre l'avis des parents. Les dossiers de réclamations peuvent être présentés pour avis à la commission des usagers<sup>56</sup>.

[276] Des médiations peuvent être engagées en cas de différend entre les soignants et les patients. Une vingtaine de dossiers est ouverte chaque année (13 en 2023)

---

du pôle de psychiatrie, de la cadre de santé des urgences psychiatriques, de la responsable du bureau des entrées de Purpan, du médecin référent DIM du pôle psychiatrie.

<sup>53</sup> Pour l'ensemble des unités du CHU, les patients sont satisfaits ou très satisfaits à 87 %, avec une note moyenne de 4,1/5.

<sup>54</sup> Leur traitement et la réponse qui y est apportée sont supervisés par la DQSRU en lien avec les équipes médicales, soignantes ou administratives concernées.

<sup>55</sup> Le nombre de réclamations enregistrées est passé de 4 en 2019 à 19 en 2023 en suivant une progression constante. Le nombre des réclamations concernant les urgences est passé, lui, de 44 à 66 sur la même période sachant que les urgences représentent en moyenne 20 % des réclamations.

<sup>56</sup> Le rôle de la commission des usagers est décrits aux articles R1112-79 et suivants du code de la santé publique, notamment à l'article R1112-80 : « [La commission des usagers] procède à une appréciation des pratiques de l'établissement concernant les droits des usagers et la qualité de l'accueil et de la prise en charge, fondée sur une analyse de l'origine et des motifs des plaintes, des réclamations et des témoignages de satisfaction reçus dans les différents services ainsi que des suites qui leur ont été apportées. ».

### 5.3 Dans le cadre de la certification du CHU, la HAS, dans son rapport provisoire, a eu l'occasion de relever l'inadaptation des locaux d'accueil des urgences psychiatriques

[277] Le CHU a fait l'objet d'une visite de certification par la Haute autorité de santé (HAS) la semaine du 15 janvier 2024. Sur la base de son référentiel composé de 132 critères, la HAS lui a donné un score global de 96,05 % de satisfaction par rapport au score maximal atteignable au regard des attendus du référentiel.

[278] Sur la prise en charge des patients, les scores du CHU sont contrastés selon les items.

Tableau 18 : Exemples de scores du CHU sur certains des critères de prise en charge des patients

Référence du critère	Résultat du critère impératif	Score
1.2-01	Le patient bénéficie du respect de son intimité et de sa dignité	97 %
1.2-02	Le patient mineur bénéficie d'un environnement adapté	100 %
1.2-08	Le patient bénéficie de soins visant à anticiper ou à soulager rapidement sa douleur	98 %

Source : HAS, rapport de visite du CHU de Toulouse, janvier 2024

[279] Ces scores sont le reflet de l'activité globale du CHU, toutes spécialités et activités confondues. Sur les sept critères liés à la psychiatrie, les scores sont les suivants :

Tableau 19 : Scores HAS sur les 7 critères de certification liés à la psychiatrie

Le patient atteint de troubles psychiques bénéficie d'un panel de soins adapté et diversifié pour accompagner son inclusion sociale dans le cas où son état de santé le nécessite :	100 %
La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitations de contacts, de visites, retrait d'effet personnels, isolement) est argumentée et réévaluée	100 %
Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie	75 %
En psychiatrie, la prise en charge ambulatoire permet un accès précoce aux soins psychiques	100 %
La gestion des récurrences d'épisodes de violence est anticipée et gérée avec le patient à l'aide d'un plan de prévention partagé	100 %
L'établissement est inscrit dans une dynamique de projet territorial de santé mentale (PTSM)	94 %
L'établissement a mis en place des modalités de collaboration entre les services ambulatoires de psychiatrie et la médecine générale de ville »	100 %

Source : HAS/mission

[280] Les scores établis sont accompagnés de commentaires de la HAS. S'agissant des urgences psychiatriques, les visiteurs ont ainsi relevé que « les locaux d'accueil des Urgences psychiatriques ne sont pas adaptés en termes d'agencement et de surface, au flux important de la filière ».

[281] Sur la psychiatrie en général, le rapport de la HAS<sup>57</sup> note que « le CHU de Toulouse, seul établissement du territoire à disposer d'un service d'accueil des urgences psychiatriques, est très impacté par l'hypertension de la filière. Les durées de séjour y sont importantes, à la fois pour les soins sous contraintes et pour les hospitalisations libres. De ce fait, certains patients peuvent être pris en charge pendant plusieurs jours sur des brancards dans les boxes du service des urgences psychiatriques. (...) En hospitalisation complète, le suivi somatique est assuré, un formulaire de surveillance clinique est en place. Toutefois, l'examen somatique n'est pas systématiquement réalisé dans les 24 heures. Le pôle a identifié ce problème et expérimente actuellement une fiche médicale avec bilan initial et guide de l'examen somatique à l'admission ».

[282] En matière de soins sans consentement, le rapport relève que les mesures de restriction de liberté sont utilisées en dernier recours, prescrites et réévaluées. L'existence et le rôle du club de la loi sont mentionnés.

[283] L'ensemble des agents du CHU dispose d'un accès à l'outil PILOT qui permet de retrouver l'ensemble des informations qualité (déclaration des événements indésirables, gestion documentaire, flash qualité, indicateurs de qualité et de sécurité des soins, ...).

[284] Pour accompagner les agents postérieurement à la déclaration d'un événement indésirable (EI) lié aux soins, le dispositif « seconde victime » a été mis en place qui s'appuie sur 12 professionnels de santé médicaux et paramédicaux qui se positionnent en pairs et apportent leur soutien à ces agents.

## **6 Des difficultés de recrutement de personnels de santé sont constatées depuis plusieurs années aux urgences psychiatriques malgré les initiatives prises pour réduire le sous-effectif**

### **6.1 Un effort particulier a été consenti pour recruter des médecins aux urgences entre mi-2021 et début 2024**

[285] Si les effectifs médicaux du pôle de psychiatrie ont progressé entre 2020 et 2023<sup>58</sup>, ceux des urgences psychiatriques ont connu une baisse continue jusqu'en 2023 avant de marquer un rebond. Mi 2021, l'effectif est de 6,8 ETP. Il baisse ensuite car le service enregistre trois départs auxquels s'ajoutent deux congés maternité ainsi que des absences dues à des arrêts maladie.

[286] Le service est en situation de sous-effectifs entre la mi-2021 et le début de l'année 2024 avec une période très critique durant les dix premiers mois de 2023 pendant lesquels le taux de couverture des besoins par les effectifs présents est inférieur à 50 % et atteint même 37 % en septembre 2023.

---

<sup>57</sup> Rapport de visite, CHU de Toulouse, Janvier 2024, N° de démarche : 31860

<sup>58</sup> Ses effectifs sont passés de 48,2 à 58,2 ETP avec un renfort particulier de l'unité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de 20,3 à 26,4 ETP

[287] Ces départs significatifs reflètent des difficultés importantes qu'ont connues les urgences psychiatriques dans la période post-COVID avec des personnels soignants très éprouvés par les conditions d'exercice de leur activité dans un contexte de fermeture puis de réouverture des lits et d'afflux massifs de patients. Des psychiatres du CHGM ont expliqué à la mission que les conditions de leur exercice lors des gardes étaient particulièrement délicates. Ils ont insisté sur le fait qu'ils se trouvaient parfois seul face à des malades pouvant présenter une dangerosité, en particulier quand l'examen se faisait au sein d'un box de confidentialité relativement isolé du reste du service.

[288] Pour pallier ces départs, la chefferie de service en lien avec la direction des affaires médicales ont eu recours massivement à l'intérim entre avril 2021 et septembre 2023. Ce renfort de psychiatres intérimaires représente l'équivalent de 315 jours de travail entre avril et décembre 2021, 392 jours en 2022 et 155 jours entre janvier et septembre 2023.

[289] Pour remédier à la situation critique liée aux manques d'effectifs, un effort très important de recrutement de psychiatres est engagé sous l'impulsion de la cheffe de service dans un contexte où, au plan national comme au plan régional, les tensions sont fortes en matière de recrutement de praticiens : cet effort de recrutement engagé dès 2021 produit des résultats puisque six psychiatres rejoignent le CHU entre le 1er février 2023 et le 1er janvier 2024. Quatre d'entre eux sont affectés à 100 % au CHU à la hauteur respective de 80 %, 60 %, 50 % et 40 % de leur temps de travail aux urgences psychiatriques tandis que les deux derniers psychiatres sont affectés à 80 % au CHU mais tous les deux à 40 % aux urgences psychiatriques. Au global, l'ensemble des recrutements opérés représente un renfort de 2,9 ETP ce qui porte l'effectif global de médecins aux urgences psychiatriques à 6,4 ETP en février 2024<sup>59</sup>.

[290] Plusieurs facteurs semblent avoir permis ces recrutements. Les médecins recrutés sont des anciens internes ou des docteurs juniors issus du pôle de psychiatrie. Familiers des urgences, la mise en place d'un projet de service fédérateur réorganisant le parcours patient a pu constituer un élément ayant motivé leur choix de les rejoindre. Partie en mobilité en septembre 2023 dans le cadre d'activités de recherche au Québec et de retour en septembre 2024, l'influence positive de la cheffe de service des urgences psychiatriques est manifeste sur les équipes. La proposition d'un partage du temps médical entre les urgences psychiatriques et d'autres activités médicales ainsi que l'engagement du CHU de les nommer praticiens hospitaliers dès 2024 ont très probablement joué également un rôle déterminant<sup>60</sup>.

[291] La permanence des soins reposant sur la présence d'un médecin, les besoins de l'activité ont nécessité avant l'été 2023 de doubler la garde en ouvrant deux demi-gardes supplémentaires en journée le week-end. Les psychiatres du CH Gérard Marchant ont été sollicités pour participer à ces gardes aux côtés de ceux du CHU mais leur mobilisation n'a pas été à la hauteur des

---

<sup>59</sup> En attendant leur arrivée effective, le DG du CHU, la présidente de la CME, le chef du pôle psychiatrie et la cheffe du service des urgences psychiatriques ont adressé le 30 novembre 2022 un courrier interne demandant un renfort aux médecins du pôle de psychiatrie et à la communauté médicale du GHT pour pourvoir aux besoins de l'activité entre le mois de décembre 2022 et novembre 2023. Le volontariat étant de rigueur, il est proposé une aide financière à la journée aux praticiens qui se positionneraient sur des plages journalières critiques ainsi que leur rémunération en temps additionnel.

<sup>60</sup> Les effectifs supplémentaires sont portés par la dynamique des projets du pôle de psychiatrie incluant les urgences (DIRSP, Borderlink, PEPSY, UHBA, DAPACO), le renfort des centres médico-psychologiques (La Grave, Purpan, le centre de thérapie brève) et l'augmentation des moyens de suppléance sur 3 ans.

attentes<sup>61</sup>. À telle enseigne que le 29 juin 2023, le DG du CHU saisit par courrier le DG de l'ARS pour demander une implication plus importante des médecins du CHGM dans les gardes des urgences psychiatriques.

## 6.2 La situation des personnels non médicaux (PNM) est très tendue, en particulier pour les infirmiers

### 6.2.1.1 Les effectifs globaux de PNM ont stagné entre 2019 et 2024

[292] Sur l'ensemble du pôle psychiatrie, les effectifs paramédicaux progressent de 43,43 ETP entre 2021 et 2024 en passant de 349,69 à 393,12 ETP, soit une augmentation de 12,4 % sur la période considérée en suivant un rythme moyen de progression de 3,1 % par an.

[293] Au sein du pôle, le service de la psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison en psychiatrie voit quant à lui ses effectifs globalement stagner entre 2019 et 2024 autour de 61 ETP, soit 15 % des effectifs du pôle, mais avec une baisse importante en 2022 et une reprise ensuite.

### 6.2.1.2 La situation des effectifs d'infirmiers est particulièrement critique

[294] Les infirmiers représentent environ 85 % des effectifs non médicaux au sein du service de psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison. Si leur présence s'est accrue de quelques unités entre janvier 2019 et avril 2024 en suivant une évolution marquée par une chute importante en 2021 et 2022, leur présence est insuffisante au regard des besoins exprimés par le service<sup>62</sup>.

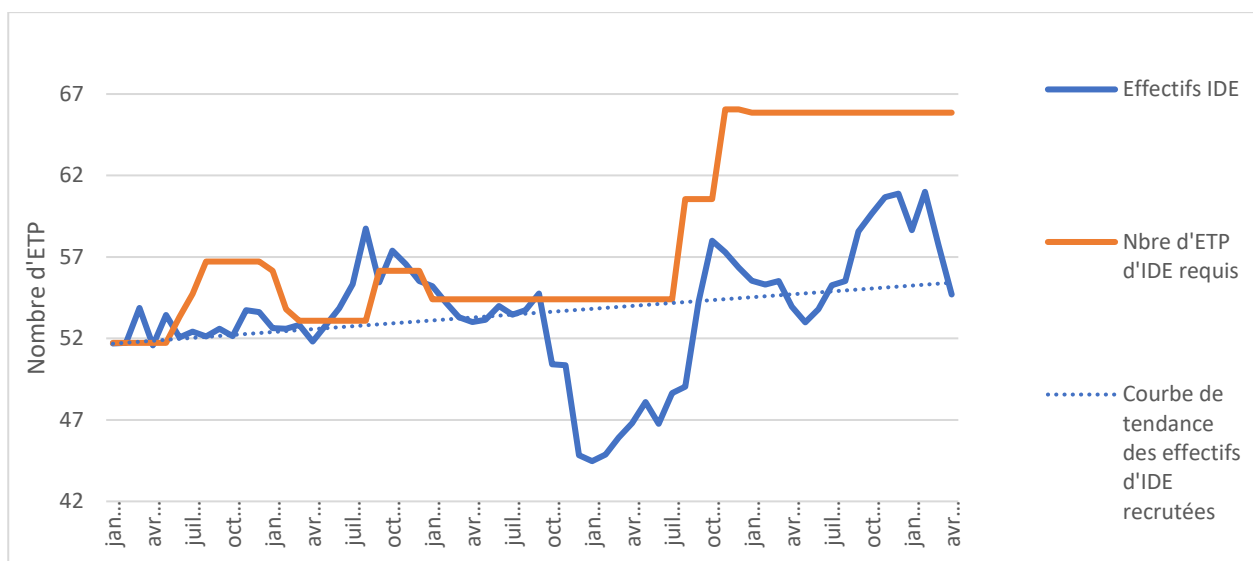
---

<sup>61</sup> D'après la direction du CHGM, la mobilisation de ses ressources médicales a été effective sur certaines dates mais s'est heurtée à la nécessité de sécuriser les dispositifs d'aval des urgences pour ne pas compromettre la fluidité et la réponse en termes de disponibilité de lits, dans un contexte particulièrement contraint au niveau des effectifs médicaux notamment sur les unités d'admission et les CMP de secteur.

<sup>62</sup> Les besoins du service correspondent au nombre d'ETP requis prévu par le tableau des emplois. Il reflète la croissance de l'activité engendrée entre autres par la dynamique démographique.



Graphique 11 : Évolution des effectifs d'IDE au sein du service de psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison



Source : CHU

[295] Dès la mi-2019 un écart d'environ 15 % est constaté entre le besoin du service et la présence effective d'IDE. Cet écart se résorbe en 2020 et se creuse à nouveau très nettement entre octobre 2021 et octobre 2022 avec un taux de couverture des besoins d'environ 73 %. La présence accrue d'IDE qui est constatée en 2023 et 2024 ne permet pas d'atteindre le niveau requis. En définitive, si les IDE sont plus nombreuses dans le service entre 2019 et 2024, leur présence accrue ne permet pas de satisfaire un besoin qui, lui, est supérieur de plus de 20 %, ce qui est à rapprocher de la situation de tension de recrutement les concernant au plan national <sup>63</sup>.

[296] En cas de besoin, la sollicitation de renforts internes est déclenchée. Ces renforts sont principalement issus du pôle de psychiatrie via un pool composé de 3,76 ETP d'IDE et de 3 ETP d'AS (rémunérés en heures supplémentaires quand ils interviennent) ou du CHU en suppléance (dans le cadre du service infirmier de compensation et suppléance – SICS – qui mobilise actuellement 11 IDE et 11 AS pour la totalité du site de Purpan). Depuis plusieurs années, les cadres du CHU organisent leur remplacement à travers un logiciel et une application (*Whoog / Hublo*, puis *Zaggo*) qui diffusent à grande échelle la demande de remplacement. Sur la période du 1er décembre 2023 au 3 mai 2024, 59 % des demandes ont été satisfaites. L'UHCD « fermée » est l'unité psychiatrique la plus demandeuse avec 35 % des missions, devant les UF2, UF1 et UF3. La consultation psychiatrique ne sollicite pas d'heure supplémentaire car il s'agit de la même équipe que l'UHCD fermée. L'effectif est géré globalement et la consultation bénéficie d'une priorisation dans l'affectation des agents permanents. Les remplaçants pool-SICS/Heures Supplémentaires/intérim sont affectés à l'UHCD où le nombre d'agents est plus important et permet donc de mieux accompagner des personnels moins formés à la spécialité. Le pôle de

<sup>63</sup> La Fédération hospitalière estime en juin 2022 qu'il manque 15 000 infirmiers dans le secteur public (soit 5 à 6 % des effectifs) et que 99 % des établissements peinent à recruter ces professionnels de santé (communiqué de presse du 1<sup>er</sup> février 2023).

psychiatrie est à ce jour le seul pôle de l'établissement à bénéficier d'un droit à remplacement pour l'ensemble de ses absences (remplacement d'1 agent pour 1 agent absent).

[297] Face aux difficultés à pourvoir les postes en interne, il est fait appel à des renforts externes qui conduisent le CHU à solliciter les quatre agences d'intérim avec lesquelles il travaille, avec une exigence de retour de leur part dans les 4 heures suivant la demande.

[298] Une attention spécifique est accordée au choix des profils susceptibles d'intervenir en renfort. La priorité est ainsi donnée aux professionnels qui sont passés par les différentes UHCD et ont été formés par leurs pairs avant d'être affectés sur les consultations.

[299] Si la pression est très forte aux urgences psychiatriques et la difficulté d'exercice des métiers reconnue<sup>64</sup>, aucun exercice d'un droit de retrait n'y a été enregistré depuis 2021 d'après les informations transmises par la direction du CHU. Par ailleurs, la politique du CHU est d'autoriser dès que possible les remplacements. Les nouveaux dispositifs (DAPACO, DIRPS, Borderlink) sont aussi des opportunités de « respiration » pour les IDE des urgences.

[300] Compte tenu des tensions sur les effectifs d'IDE, des campagnes actives de recrutement sont lancées en interne et vers l'extérieur. En interne, des postes sont proposés dans le cadre de bourses de l'emploi mais les candidats – IDE notamment – manquent à l'appel<sup>65</sup>.

[301] En externe, des campagnes de recrutement sont également menées. Figurent parmi les cibles privilégiées les élèves infirmiers. C'est ainsi que le CHU a proposé en 2023 et 2024 des contrats d'allocation d'études aux étudiants en soins infirmiers (ESI) de 3ème année qui prévoient le versement d'une allocation mensuelle de 600 € contre l'engagement de servir pendant au moins 18 mois au sein d'un service de psychiatrie. Ce dispositif permet d'assurer en 2024 au CHU trois recrutements en sortie d'école. En 2024, le CHU a revu sa politique en matière d'engagement collectif, mettant en place une prime de cooptation pour les agents aidants au recrutement et les agents recrutés. Le métier d'IDE en psychiatrie fait partie des métiers en tension ouvrant droit à cette prime et constitue un outil complémentaire de recrutement.

[302] Par ailleurs, en cas de retour de disponibilité ou de congé parental, l'affectation en psychiatrie est priorisée<sup>66</sup> et ce afin de couvrir le besoin en effectifs.

### 6.2.1.3 La situation des aides-soignants présente un meilleur profil que celle des IDE

[303] Par rapport à la situation des IDE, celle des AS est légèrement différente.

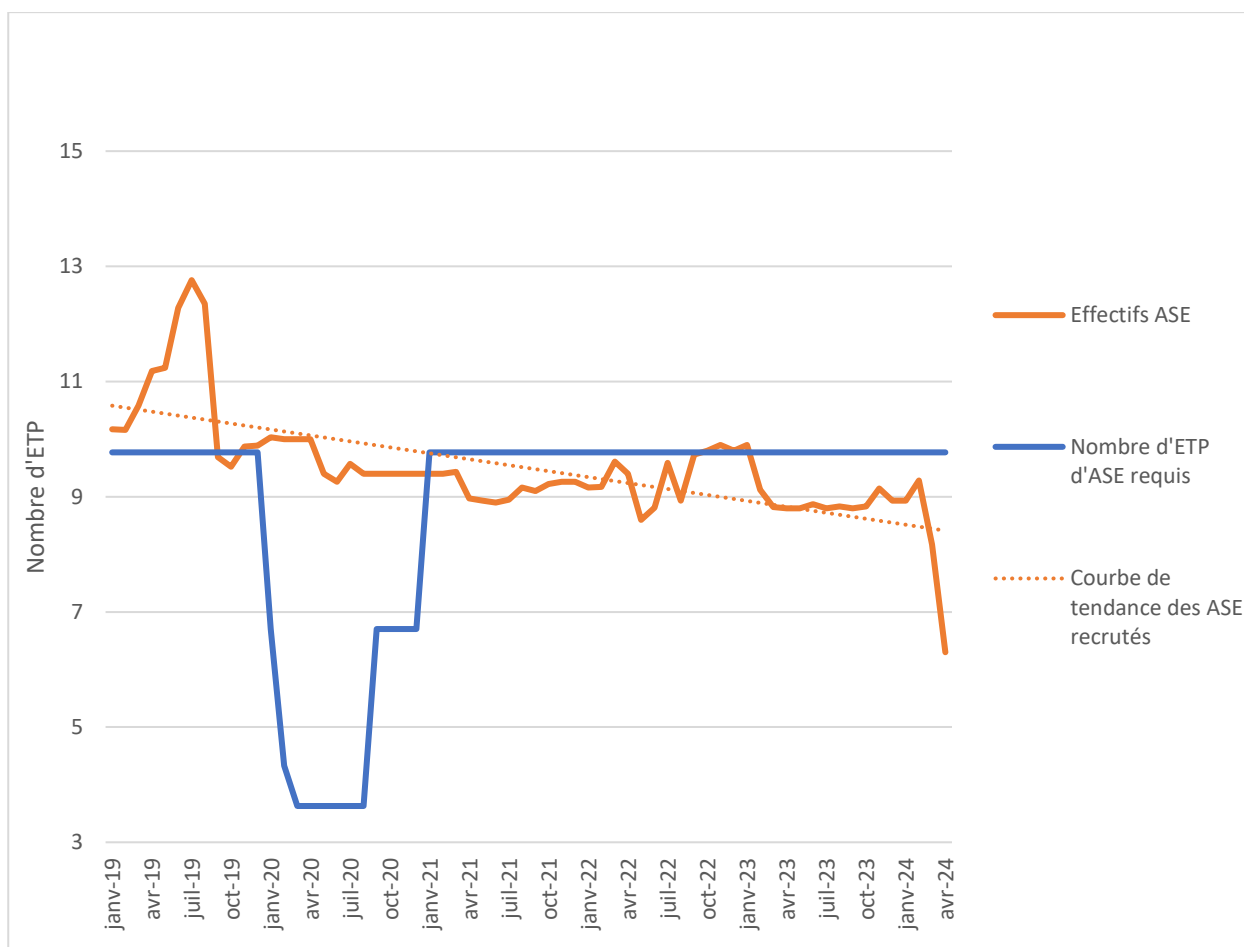
---

<sup>64</sup> Cette difficulté est prise en compte et fait l'objet de l'attribution d'une indemnité forfaitaire de risque à condition d'effectuer au moins 50 % de son temps de travail sur l'UA ciblée (UHCD, DIRPS, Liaison, VIGILANS) à hauteur de 118 € bruts par mois.

<sup>65</sup> En 2022, 8,9 % des postes ouverts à la mobilité interne ont été pourvus au sein du pôle de psychiatrie, contre 18,65 % pour l'ensemble du CHU. L'écart est très important entre d'une part les IDE pour lesquelles le taux de couverture des postes ouverts est très faible (6 %) et, d'autre part, les AS dont le taux est nettement plus important (80 %).

<sup>66</sup> Cette réintégration orientée vers la psychiatrie représente 21 % des entrées en 2023.

Graphique 12 : Évolution des effectifs d'AS au sein du service de psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison



Source : CHU

[304] Moins nombreux que les IDE au sein du service des urgences psychiatriques, les aides-soignants ont vu leur effectif global baisser significativement, de 38 %, entre 2019 et 2024. Il n'est pas observé de chute brutale de leur nombre en 2021 et 2022 comme pour les IDE. Les besoins exprimés par le service ne sont pas couverts à hauteur de 10 % sur l'année 2023 et 2024<sup>67</sup>.

[305] Les aides-soignants présents aux urgences psychiatriques se caractérisent par une ancienneté importante (9 ans et 4 mois) et bien supérieure à celle des IDE (3 ans et 3 mois) et des médecins (2 ans et 9 mois).

#### 6.2.1.4 Un redéploiement des personnels non médicaux a été opéré à l'occasion de la fermeture de l'UHCD ouverte

[306] En définitive, les AS et les IDE connaissent au sein des urgences psychiatriques une évolution quantitative moins favorable qu'au sein du pôle de psychiatrie pris dans son ensemble. Par ailleurs, il n'est pas constaté *a posteriori* de rupture spécifique en 2019 justifiant la fermeture de l'UHCD

<sup>67</sup> Exception faite des mois de mars et avril 2024 sur lesquels sont enregistrés un nombre très considérable d'arrêts de travail à la suite des IEG.

ouverte en raison d'un manque d'effectif de personnels non médicaux. Une fois celle-ci fermée, l'ensemble des effectifs de PNM a été conservé et redéployé à hauteur de 3,6 ETP au sein du pôle de psychiatrie ou en renfort des urgences, à la consultation notamment.

[307] Alors qu'y étaient positionnées 2 IDE le matin, 3 le soir et 2 la nuit, la fermeture de l'UHCD ouverte a conduit à ajouter une IDE le matin et une autre la nuit. Après la fermeture de l'UHCD ouverte, le tableau des emplois n'a pas été modifié à la baisse compte tenu du projet régulièrement évoqué et réexaminé de réouverture de cette unité. La fermeture de l'UHCD ouverte a permis un redéploiement de 3,6 ETP d'IDE vers la consultation d'urgences psychiatriques.

[308] Malgré ces redéploiements, le CHU est resté confronté à de très fortes difficultés de recrutement lesquelles ont motivé un mouvement de grève de très grande ampleur aux urgences de Purpan dont les urgences psychiatriques en juin-juillet 2022<sup>68</sup>. Les revendications portaient sur le recrutement de 90 ETP. La direction du CHU a indiqué à la mission qu'à ce moment, aucun poste d'IDE ou d'aide-soignant n'était vacant. Pour tenir compte du développement de l'activité et du nombre de passages, elle a néanmoins proposé une augmentation des effectifs par pallier avec 16 ETP aux urgences adultes de Purpan, 8 à celles de Ranguel et 6 ETP aux urgences psychiatriques<sup>69</sup>. L'ensemble des postes a été pourvu rapidement au regard des candidatures existantes pour ces secteurs.

[309] Le projet de fluidification des urgences psychiatriques porté par la cheffe du service a conduit à un renforcement ultérieur de celles-ci par la mise en place du dispositif DAPACO mobilisant une IDE de plus 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, par la présence d'une IDE de journée 7 jours sur 7 H24 7j/7 pour la liaison avec l'AMT, par l'ajout d'une IDE au DIRPS et, enfin, par le maintien du renfort d'un AS le matin à la consultation.

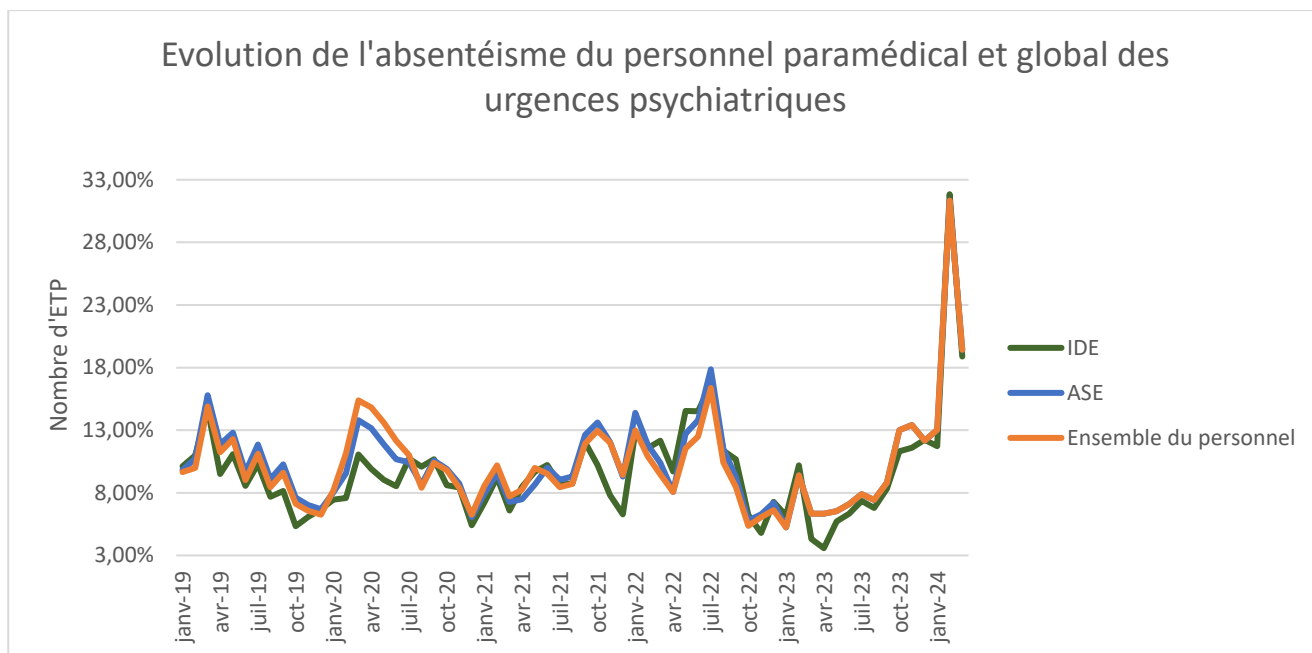
[310] Dans ce contexte, une attention particulière doit être accordée à l'absentéisme dont les conséquences peuvent être importantes si son niveau est élevé.

---

<sup>68</sup> Pour assurer le fonctionnement des urgences durant cette crise, la direction a fait appel à des volontaires et des intérimaires et limité l'accueil des patients durant un week-end aux urgences vitales.

<sup>69</sup> Ces ETP ont été affectés notamment sur le DAPACO qui est un dispositif déployé 24h/24 avec une IDE du lundi au dimanche. Les missions portent sur l'accueil (avec l'IDE du DIRPS et l'IAO) des patients attendus sur les urgences pour des motifs psychiatriques, le lien avec l'IAO pour les orientations psychiatriques avec la possibilité d'une évaluation conjointe pour préciser l'orientation si nécessaire, le lien avec les ambulanciers, les pompiers ainsi que les forces de l'ordre et, enfin l'orientation des patients sur la zone chaude ou froide de la consultation en fonction de leur état clinique

Graphique 13 : Évolution du taux d'absentéisme au sein du service de psychiatrie d'urgence, de crise et de liaison



Source : CHU

[311] Sur la période 2019-2024, le taux d'absentéisme moyen toutes catégories de personnel non médical confondues se situe autour de 9,9 %<sup>70</sup>. Ce chiffre est identique à celui observé par la Fédération Hospitalière de France pour l'année 2021 dans les CHU<sup>71</sup>. Inférieur d'un point en moyenne par rapport à celui des AS, l'absentéisme des IDE suit les mêmes évolutions avec des baisses en 2021 et 2023 et une hausse en 2022 liée à un mouvement social au CHU.

[312] Depuis la survenue des EIG, le CHU a mis en œuvre une organisation supplémentaire, sous la forme d'un renforcement des bed managers, et l'ouverture d'une Unité de post-urgences, initialement de 8 lits pour atteindre 15 lits en juin. Ces dispositions entraînent une augmentation des besoins en personnels évalué comme suit :

<sup>70</sup> Sans prendre en compte les mois de février et de mars 2024 qui ont vu le taux d'absentéisme croître très fortement en raison des arrêts de travail consécutifs aux EIG.

<sup>71</sup> Enquête FHF avril – mai 2022, situation RH.

Tableau 20 : Effectifs supplémentaires post-EIG pour la cellule de régulation et l'unité de post-urgences psychiatrique

	Matin	Soir	Nuit	ETP requis selon le CHU
Bed manager (Cellule territoriale)	2 IDE			2 ETP (1 CHU 1 CHGM) 4,25 ETP post EIG
PUP (8 lits) post EIG	1 IDE	1 IDE	1 IDE	6,16 ETP
	1 AS en 12H 1 ASSISTANTE SOCIALE 1 SECRETAIRE CADRE DE SANTE	1 AS en 12H		5,86 ETP 1 ETP 1 ETP 0,5
PUP (15 LITS) POST EIG	2 IDE EN 12H	2 IDE EN 12H00		11,73 ETP
	2 AS EN 12H00	1 AS EN 12H00		8,7 ETP

Source : DRH CHU

## 7 La situation des urgences est un sujet de tension entre la direction du CHU et les représentants du personnel qui multiplient les alertes

### 7.1 Sept déclarations de danger grave et imminent ont été déposées au sujet des urgences entre 2021 et 2024

#### 7.1.1 La déclaration de danger grave et imminent est un dispositif d'alerte qui est déclenché par les représentants du personnel et suivi d'échanges avec la direction

[313] La procédure de danger grave et imminent (DGI) est prévue par des dispositions réglementaires<sup>72</sup> qui décrivent les différentes étapes de sa mise en œuvre :

- Alerte de la direction de l'établissement par un membre de la formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT)<sup>73</sup> qui peut être saisi par un

<sup>72</sup> L'article 52 du décret n° 2021-1570 du 3 décembre 2021 relatif aux comités sociaux d'établissement des établissements publics de santé, des établissements sociaux, des établissements médico-sociaux et des groupements de coopération sanitaire de moyens de droit public

<sup>73</sup> La formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail est une institution représentative du personnel spécialisée placée auprès du comité social d'établissement qui lui-même est issu de la fusion entre le comité technique d'établissement (CTE) et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT).

agent sur l'existence d'une cause de danger grave et imminent pour la santé ou la sécurité des agents lors de l'exercice de leurs fonctions<sup>74</sup>

- Engagement d'une enquête conjointe entre la direction et le ou les membres de l'organisation ou de l'instance à l'origine de l'alerte et indication des mesures prises par la direction de l'établissement pour mettre fin au danger, avec une information de l'inspection du travail ;
- Réunion dans les 24 heures de la formation spécialisée en santé, sécurité et conditions de travail en cas de divergence sur la réalité du danger et les mesures à prendre pour le faire cesser, avec une information et une présence possible de l'inspection du travail ;
- Avis de la formation spécialisée réunie en urgence et définition par la direction de l'établissement des mesures prises après réception de l'avis ;
- Saisine de l'inspection du travail en cas de divergence entre la direction de l'établissement et la F3SCT sur les mesures à prendre ;
- Rapport de l'inspection du travail indiquant les mesures à prendre et soulignant les éventuels manquements en matière d'hygiène et de sécurité ;
- Réponse de la direction de l'établissement au rapport à l'inspection du travail dans les quinze jours avec une indication du calendrier d'intervention de l'ensemble des mesures prises à partir des différentes sollicitations.

[314] Il existe donc un formalisme qui doit être respecté par les parties prenantes, l'intervention de l'inspection du travail ayant vocation à assurer ce respect en cas de divergence entre la direction de l'établissement et les auteurs du DGI.

### 7.1.2 Le recours à la déclaration de danger grave et imminent est régulier et répété depuis 2021<sup>75</sup> s'agissant de la psychiatrie en général, et des urgences en particulier

[315] Aucune limitation quantitative n'est prévue a priori par le code du travail dans l'exercice du droit d'alerte sur le fondement de l'existence d'un danger grave et imminent. D'après les informations transmises par le CHU, le recours au DGI est courant s'agissant de l'activité de psychiatrie. Depuis 2021 en effet et à la date du 15 février 2024, quatorze déclarations de DGI ont été déposées. Parmi celles-ci, sept visent directement les urgences psychiatriques ou les urgences

---

<sup>74</sup> La direction peut être amenée elle-même à saisir les instances pour les informer de la survenance d'un événement grave. C'est le cas le 17 février 2021 où elle convoque un CHCST extraordinaire pour l'informer de l'agression en zone verte du service des urgences d'une jeune femme par un autre patient, tous deux atteints de troubles psychiatriques

<sup>75</sup> L'enregistrement des déclarations de DGI par le CHU n'a pas été automatisé avant 2021. Toutefois, la mission a eu connaissance de déclarations antérieures à 2021 comme en mai 2018 sur les locaux (accès défectueux aux locaux, sanitaires en mauvais état, manque d'espace), en février 2019 (incendie à la consultation), mars 2019 (incendie et statut des personnels aux urgences psychiatriques), septembre 2019 (détérioration d'une porte de chambre d'isolement par un patient), novembre 2019 (saturation des urgences psychiatriques avec des patients dormant dans des bureaux de consultation).

somatiques en lien avec des patients présentant des troubles psychiatriques, comme présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 21 : Recensement au 14 février 2024 des déclarations de DGI déposées au sujet des urgences psychiatriques et des suites données

Date	Motif
29/04/2021	Conditions d'hébergement et de surveillance des patients aux urgences psychiatriques
02/05/2021	Conditions de travail aux urgences psychiatriques
23/06/22 <sup>76</sup>	Présence aux urgences psychiatriques de personnels n'ayant pas de compétence psychiatrique ou d'expérience de la consultation
18/04/23	Saturation des urgences psychiatriques et somatiques
26/10/23	Saturation des consultations des urgences psychiatriques et somatiques
12/02/24	Agression de deux patientes aux urgences psychiatriques et somatiques
14/02/24	Suicide d'un patient

Source : CHU / traitement mission

[316] L'examen des documents transmis sur les procédures de DGI révèle qu'il existe des divergences entre la direction du CHU et les représentants du personnel sur les conditions de mise en œuvre du DGI (par exemple sur la réalité du caractère grave et imminent du danger ou la désignation précise des agents concernés) ou sur la notion d'enquête à mener qui se distingue d'une réunion d'échange et dont les observations et avis doivent être consignées dans un procès-verbal.

## 7.2 La situation des urgences fait l'objet d'échanges vifs entre la direction du CHU et les représentants du personnel qui ont déclenché plusieurs mouvements de grève à son sujet

[317] Les urgences ont été visées par plusieurs mouvements de grève répondant soit à des mots d'ordre nationaux, soit à des revendications liées au fonctionnement du service<sup>77</sup>. Au titre des seconds, les récentes journées de grève de janvier et de mars 2024 ont porté notamment sur le recrutement de personnels au sein du pôle de psychiatrie et l'ouverture de 15 lits en post-urgence.

[318] L'un des mouvements les plus longs et les plus marquants a été déclenché le 13 juin 2022 aux urgences somatiques et a duré plus de 5 semaines. Des organisations syndicales l'ont étendu aux urgences psychiatriques en soulignant les difficultés auxquelles elles étaient confrontées en

<sup>76</sup> Ce DGI a été déposé durant le mouvement de grève aux urgences

<sup>77</sup> Au titre de ces mots d'ordre nationaux sont déclenchés des arrêts du travail en lien avec la situation de l'ensemble des personnels de psychiatrie (2021, 2024) ou des psychologues (2021,2022).



termes d'organisation<sup>78</sup>, de moyens humains<sup>79</sup>, d'environnement de travail<sup>80</sup>, de déroulement de carrières<sup>81</sup> ou d'organisation de la filière<sup>82</sup>. La direction du CHU a répondu positivement à certaines de ces revendications<sup>83</sup>.

[319] Par-delà les années de déclenchement de ces mouvements, l'examen des courriers appelant à la grève et des protocoles de sortie de grève fait apparaître une continuité dans les revendications formulées qui dénoncent la situation de sous-effectif et la dégradation des conditions d'accueil des patients au sein des urgences psychiatriques.

[320] Dans les faits, ces mouvements n'ont pas d'incidence majeure d'après la direction du CHU en raison du nombre réduit de grévistes et des assignations opérées<sup>84</sup>. En 2022 toutefois, face à l'impossibilité de mettre en place un service minimum compte tenu du refus des agents de prendre leur poste malgré des assignations remises par voie d'huissier, la direction du CHU a décidé d'activer le plan blanc.

## 8 La situation de la psychiatrie en Haute-Garonne et plus particulièrement au CHU de Toulouse constitue un sujet de préoccupation majeure, face aux alertes récurrentes

[321] Différents courriers d'alerte figurent ci-dessous. L'ARS a fourni à la mission les éléments de réponse à ces différents courriers qui témoignent de la préoccupation qu'a constitué la psychiatrie avec, de façon régulière, des efforts pour améliorer l'amont et l'aval des urgences. Certaines actions sont centrées sur les urgences. Les mesures décrites ci-dessous sont directement issues des informations transmises par l'ARS à la mission.

---

<sup>78</sup> Mise en place d'une procédure stoppant les admissions sur la zone chaude dès l'atteinte du seuil de 3 patients, réouverture complète de l'UHCD « fermée » avec 9 lits (au lieu de 6 depuis décembre 2021 du fait de l'ouverture de l'UHBA), réouverture de l'UHCD ouverte de 4 lits (avec 1 IDE et 1 AS 24h/24),

<sup>79</sup> Remplacement de l'absentéisme poste par poste, le maintien de 3 IDE 24h/24 à la consultation et d'une IDE 24h/24 en tant qu'IAOP, le déploiement des AS de l'UHCD ouverte sur la seule consultation, la composition mixte des équipes soignantes

<sup>80</sup> Réhabilitation de la salle de repos et des toilettes à la consultation, l'organisation d'une formation OMEGA obligatoire pour tous les agents, la présence de deux agents de sécurité dédiés aux urgences psychiatriques, le renfort des ambulances publiques la nuit.

<sup>81</sup> Stagiairisation des soignants actuellement en CDI, augmentations de salaires, dégel du point d'indice.

<sup>82</sup> Augmentation du nombre de lits d'aval pour les patients en soins sans consentement, soutiens des hôpitaux périphériques, élargissement des horaires d'accueil des cliniques privées.

<sup>83</sup> Sur le plafonnement à 3 du nombre de patients admis en zone chaude des UHCD, des travaux doivent être engagés avec le pôle urgence et avec l'ensemble des acteurs du territoire. L'augmentation du capacitaire de l'UHCD « fermée » est annoncée pour septembre 2022 sous réserve des recrutements nécessaires. La règle du remplacement « un pour un » est acceptée par la direction sous réserve de la capacité à recruter des remplaçants. La réouverture de l'UHCD ouverte est souhaitée en 2023 sous réserve des recrutements nécessaires.

<sup>84</sup> L'assignation est la procédure qui peut conduire un chef d'établissement à ordonner à un agent gréviste de reprendre son service pour assurer la permanence des soins. Le taux d'assignation pratiqué au sein des urgences psychiatriques est d'environ 22 %.

[322] **Fin mai 2019, un courrier au DGARS co-signé des directeurs du CHU et du CHGM et de leurs présidents de CME**, respectivement président de l'assemblée médicale de la CPT Haute-Garonne Tarn Ouest et vice-président du Copil de cette CPT, souligne notamment de la situation de tension de la filière au sein de la structure d'urgence psychiatrique. Ils notent en particulier la saturation du service d'urgence de psychiatrie, réceptacle majeur de la tension globale de la filière psychiatrique pour les soins sans consentement. La difficulté à orienter ces patients en SSC dans leurs secteurs respectifs qui induit une majoration de la DMS de la structure d'urgence pour les huit secteurs y est également souligné. Les auteurs mentionnent un flux croissant de patients appelés à recevoir des soins sans consentement, pour lesquels l'offre d'aval s'avère insuffisante, dans un territoire marqué pour une sur-représentation des acteurs libéraux non autorisés pour ces accueils complexes. Ils précisent que ces difficultés ont pour conséquence « la multiplicité des événements indésirables associés aux soins et la démedicalisation quasi complète du service des urgences, résultant de conditions de travail dégradées qui rendent ces postes peu attractifs ». Enfin, notent les manquements aux droits et à la dignité des personnes soignées qui résultent de cette saturation de l'offre. Il était déjà fait état de 4 à 6 patients demeurant chaque jour et chaque soir de la semaine, sous la responsabilité d'une équipe médicale réduite à sa plus stricte expression. Deux mouvements sociaux ont été déclenchés.

[323] Certaines des préconisations figurant dans ce courrier ont pu être mises en œuvre comme le DIRPS.

[324] La situation tendue aux urgences du CHU liée à la prise en charge des patients nécessitant une prise en charge en psychiatrie fait l'objet de multiples échanges entre l'ARS et le CHU.

[325] L'année 2020 et une partie de l'année 2021 ont été marquées par la crise sanitaire liée au COVID 19.

[326] **Le 10 mai 2021, le DG du CHU écrit au préfet de la région Occitanie et au DG de l'ARS** pour souligner les difficultés auxquelles sont confrontées les urgences psychiatriques.

[327] En 2021, l'organisation de la filière urgence et plus particulièrement la coopération publique privée ont fait l'objet de nombreux travaux. L'ARS commande le 20 avril 2021 au CREAM / ORSM une enquête sur le parcours de soins en Haute-Garonne. Le 4 mai 2021, l'ARS organise une réunion sur la situation des urgences psychiatrique en Haute-Garonne et engage les actions suivantes : réouverture des chambres doubles au CHU en application de protocoles stricts, mise en place d'une IDE de psychiatrie 7j/7 au sein du service des urgences MCO, collaboration avec le président de l'URPS pour solliciter les psychiatres libéraux afin de renforcer temporairement les effectifs au CHU. La clinique des Cèdres et la clinique de l'Union donnent leur accord pour participer à la prise en charge des urgences psychiatriques dans la mesure de leurs possibilités, après régulation du SAMU. La collaboration à mettre en œuvre également avec les ressources médicales des cliniques privées fait également partie des mesures. Le 6 mai 2021, l'ARS organise une réunion avec les services d'urgences de Haute Garonne en vue de renforcer le partenariat entre le service d'urgences et les cliniques autorisées en psychiatrie pour assurer la double prise en charge somatique et psychiatrique (ex Clinique d'Occitanie et Château de Seysses). L'ARS propose le recrutement de 4 ETP IDE supplémentaires au CHGM afin d'y réduire la DMS, ce qui devrait avoir un impact sur les lits disponibles pour accueillir des patients venus des urgences. Ce renfort

conduit à un abondement de 220 000€ en année pleine<sup>85</sup>. Il est également prévu la création de 10 lits tampons de SSC à la clinique Beaupuy soit 400 000 € en année pleine<sup>86</sup>. Parmi ces mesures figurent la mobilisation de la CPT associant acteurs publics et privés pour conduire le travail de fond sur la filière.

[328] Des actions sont prévues pour renforcer le CHGM et le CHU. Elles figurent dans les encadrés ci-dessous.

**Actions de transformations / renforts au bénéfice du CHGM :**

- Soutien à la filière de pédopsychiatrie :
  - Renforcement ConsultAdos et unité mobiles existantes pour ados et renfort CMP : 120 000 €
  - MNPEA 2021 Comminges : 268 442 €
- Renforcement des dispositifs d'aval :
  - Un temps de psychologue supplémentaire en CMP : 24 360 €
  - Reconstitution des crédits exceptionnels en soutien aux tensions
- Soutien aux activités de psychiatrie :
  - 478 130 € au CH Gérard Marchant
- Reconstitution plan régional pédopsychiatrie : 90 000 € à CH Gérard Marchant
- Prise en charge en soins sans consentement :
  - Accompagnement des recrutements et renfort de la permanence médicale : 94 341 € au CH Gérard Marchant
  - Mesures d'aménagement des locaux et des évolutions du SI : 59 899 € au CH Gérard Marchant
- Compte tenu des tensions sur les effectifs du CH Gérard Marchant, une enveloppe de 277 663 € lui a été versée pour renforcer l'attractivité de l'établissement
- Accompagnement à la prise en charge d'une situation complexe à hauteur de 37 992 € (financement d'un aide-soignant pour trois mois) ; à noter que ce type de renfort est régulièrement mobilisé pour appuyer les équipes.

Source : ARS

---

<sup>85</sup> Arrêté N°2021-4533 du 10 septembre 2021

<sup>86</sup> Arrêté N°2021-4332 du 9 août 2021

**Au bénéfice du CHU :**

- Création d'un Centre départemental d'appui aux familles pour les parcours précoces des psychoses enfants et ados « CAPPS 31 » à hauteur de 295 263 € par an à travers l'AAP FIOP 2019, à présent évalué et pérennisé. Cette plate-forme est co-portée par les 3 acteurs sectorisés de la pédopsychiatrie du 31 (ARSEEA/ CHGM/ CHU31).
- Création d'une plate-forme de coordination des parcours, régulation et intervention de crise au près des patients en situation de crise (dont la crise suicidaire) à hauteur de 462 200 € par an, à travers l'AAP FIOP 2020 à présent évaluée et pérennisée.
- Création d'une filière de consultation « DysphoGenre<sup>87</sup> », à hauteur de 88 400 € par an, dans le cadre de l'AAP 2020, à présent évaluée et pérennisée
- Création d'une Consultation longue d'évaluation des syndromes dépressifs et des troubles anxieux de la personne âgée : diagnostic, prévention de la dépendance médicamenteuse et du déclin cognitif – préservation de l'autonomie, à hauteur de 200 800 € par an, dans le cadre du FIOP 2020, à présent évalué et pérennisé.
- Renfort des CMPEA des 3 secteurs de pédopsychiatrie (CHU31/ ARSEEA/ CHGM) à hauteur de 154 600 € / an par ES, pérenne dès la 1<sup>ère</sup> année.
- Création d'une équipe mobile de psychiatrie périnatale à domicile à hauteur de 205 400€/ an pérenne dès la 1<sup>ère</sup> année, dans le cadre de l'AAP MNPEA 2020.
- Création d'une filière de prise en charge des troubles « BorderLink » répondant à une priorité de santé publique autour de la prise en charge des patients souffrant d'un Trouble de la Personnalité Borderline (TPB) sur le territoire de la Haute-Garonne et Tarn Ouest, à hauteur de 293 000 € par an et en cours d'évaluation.
- Création d'une plate-forme de prise en charge du premier épisode psychotique, co-porté par des établissements publics et privé (CHGM/ CHU31 et la Clinique AUFREY), à hauteur de 398 000 € dans le cadre du FIOP 2021, pour les 3ES par an, en cours d'évaluation.
- Pérennisation et le renfort du DIPSY31, Dispositif d'Intervention pédoPSYchiatrique d'urgence à l'Hôpital des Enfants en réponse à la crise et prévention du suicide. Ce projet, financé dans le cadre de l'AAP MNPEA 2021 vient pérenniser et étendre les moyens alloués dans le cadre plan urgence pédopsy 31 déjà mis en œuvre, en le complétant de deux volets : régulation des urgences pré-hospitalisation et agilité saisonnière en fonction de la pédiatrie en renfort d'une équipe de liaison. Les financements sont pérennes et à hauteur de 482 000 par an.
- Création de l'unité CARE en MATER, type équipe de liaison au sein des lits à la maternité à hauteur de 552 000 € par an et financé de façon pérenne dans le cadre de l'AAP MNPEA 2021.

Source : ARS

[329] L'ARS organise également la reconnaissance du DIRPS au sein du SAS (service d'accès aux soins). Il bénéficie ainsi de moyens supplémentaires, dans le cadre d'un appel à candidature national : renforcement de la présence infirmière psychiatrique en étendant la plage horaire de

---

<sup>87</sup> Équipe multidisciplinaire pour la prise en charge des dysphories de genre chez les adolescents

10h à 24h, et en renforçant les effectifs de 14h à 22h. Pour ce faire l'ARS a attribué le financement de 5 ETP d'IDE psychiatrique, 0,3 ETP de PH Psychiatre et un temps d'ONSP en appui, ainsi qu'un poste de travail supplémentaire dans les locaux du SAS et une ligne téléphonique dédiée (IDE psy et médecin régulateur dédié) ».

[330] En 2022, la question des tensions de la filière psychiatrique des soins sans consentement a été évoquée le 16 février en lien avec les fugues. Le point de situation fait par le CHU met l'accent sur l'impact de ces tensions sur l'organisation des urgences psychiatriques, celle des urgences somatiques dans une période de tension forte, des unités d'hospitalisation du CHU avec l'accueil de patients du CHGH sans cohérence de parcours ou de projet de soins, et des unités non sectorisées du CHU. Le DG rappelle les initiatives prises en interne (nomination d'une cheffe de service reconnue, réécriture du projet de service des urgences, lancement réussi du DIRPS, projet de Vigilans / Vigilans mineurs, Borderlink), avec le CHGM (sur des procédures administratives communes et sur la fonction de « bed manager ») ou dans le cadre de la CPT (sur des projets communs)

[331] **Le 21 juin 2022, la direction générale du CHU alerte l'ARS** dans un contexte où une partie de ses agents des services d'urgences adultes est en grève. Les revendications portent sur des demandes d'effectifs supplémentaires. Compte tenu de l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne qui conduit à concentrer les entrées en urgence sur le CHU, un état d'engorgement est constaté qui épuise et expose les équipes de soins. Il est demandé à l'ARS de financer d'une part à hauteur de 250 K€<sup>88</sup> la pérennisation et le renforcement du dispositif infirmier de régulation psychiatrique au SAMU (DIRPS) qui, depuis 2019, est installé en amont des urgences psychiatriques et somatiques. Il est lui est demandé d'autre part d'allouer une autre enveloppe de 530 K€ pour créer un poste de médecin et un poste d'infirmier d'accueil et d'orientation<sup>89</sup> dans le cadre d'un binôme à mettre en place pour intervenir sur les consultations psychiatriques et somatiques.

[332] Quelques jours plus tard, le **7 juillet 2022, le président de la CME et le directeur général du CHGM écrivent un courrier au DG de l'ARS** dans lequel ils font état d'un défaut d'une quinzaine de postes durant la période estivale affectant notamment les effectifs de sécurité (3 IDE) qui s'ajoutent à ceux affectés à chacune des 7 unités d'admission. Dans ce contexte, les signataires du courrier font état de la décision du directoire de réduire le capacitaire de 20 à 18 lits par unité d'admission sans affecter la capacité d'accueil en zone fermée pour les patients hospitalisés en soins sans consentement. Cette annonce est suivie d'un **courrier adressé par la direction générale du CHU au directeur délégué de l'ARS dans la Haute-Garonne** pour l'alerter des conséquences de la fermeture de 14 lits sur la prise en charge des patients en SSC passés par les urgences psychiatriques du CHU et souhaiter que le CHGM puisse prendre des engagements pour l'accueil de ces patients.

[333] Le 7 septembre 2022, un point est fait entre l'ARS et le CHU après le conflit qui s'est déroulé aux urgences entre juin et mi-juillet 2022 avec la revendication de la création de 100 postes. À l'issue de ce conflit, 30 promesses d'embauche d'IDE et d'AS ont été faites dont 6 pour la psychiatrie. Il est demandé à l'ARS des moyens pour financer les IAO aux urgences psychiatriques

---

<sup>88</sup> Ce montant correspond à 3 ETP infirmiers, 0,2 ETP de cadre et 0,2 ETP médical

<sup>89</sup> Soit 1,25 ETP de psychiatre et 6 ETP d'infirmiers 24h24 et 7 jours sur 7

alors qu'un nouveau conflit est annoncé pour le 22 septembre suivant avec la même revendication de création de 100 postes

[334] Le 12 novembre 2022, la ministre des Solidarités et de la Santé est interpellée par la voie d'un courrier qui lui est adressé par un collectif de 96 psychiatres publics l'alertant sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Dans ce courrier, les praticiens décrivent leur quotidien : *« être réduit à devoir réaliser la contention mécanique d'un patient sur un brancard faute de lit adapté pour l'accueillir dans un espace sécurisé, faire dormir des patients sur des chaises dans des bureaux de consultation d'urgence par manque de lits ou n'avoir à leur proposer qu'une chambre d'isolement à défaut d'une chambre décente adaptée à leur état de santé, hospitaliser un enfant de 15 ans dans un service pour adultes. Et tout cela dans l'attente de pouvoir être admis dans des unités d'hospitalisation saturées, confrontées à un sureffectif chronique, compromettant l'attention, la vigilance et l'exigence de soins de qualité auxquels ils pourraient prétendre. ».*

[335] Ils attendent de la ministre qu'elle prête une attention particulière à la situation d'extrême tension de leur activité.

[336] L'ARS a continué à travailler à l'organisation de la psychiatrie et à échanger avec la CPT.

[337] Le 8 août 2022 la DGA de l'ARS Occitanie et les équipes de l'ARS (DOSA et DD31) se sont rendues au CHGM. L'ARS a mis en place un suivi très encadré pour travailler notamment sur la DMS, le suivi des patients, dans le but de libérer des lits au CHGM. Par courrier en date du 9 septembre 2022 le CHGM a indiqué la réouverture des lits.

[338] Pour soutenir la réorganisation de la filière urgence psychiatriques, l'Observatoire régional des urgences (ORU) d'Occitanie a été missionné par l'ARS Occitanie en décembre 2022 pour une mission d'appui auprès du CHU pour la construction d'un bed management de territoire sur la filière des soins non programmés en psychiatrie. Le résultat a été présenté en avril 2023 aux parties prenantes.

[339] De manière globale, l'ensemble des moyens alloués en 2021 ont été reconduits en 2022 en année pleine et par ailleurs d'autres mesures de soutien ont été déployées pour répondre aux tensions sur la psychiatrie de façon structurelle. Le 12 décembre 2022 l'ARS organise une réunion sur la tension aux urgences psychiatriques avec différentes pistes dont la mise en place d'un bed management de territoire avec un financement ARS dédié et ponctuel permettant notamment l'appui de l'ORU (observatoire régional des urgences), la définition de critères d'orientation, la définition et respect par les acteurs d'un BJML (besoin journalier moyen en lits) avec une estimation de 4 lits en HL et 1 à 2 lits SSC. Sont également envisagés l'identification d'un porteur d'animation territorial « gestion des lits d'aval psychiatriques » et le déploiement d'une maison médicale de garde en psychiatrie.

[340] Faisant suite à un courrier du directeur délégué de l'ARS du 17 janvier 2023, le chef du pôle de psychiatrie et la cheffe du service des urgences psychiatriques écrivent au directeur délégué de l'ARS pour lui faire part de leur estimation du besoin journalier moyen en lits sur la filière des soins libres, soit 4 lits tous les jours de la semaine. La mise en place d'un bed management et le partage régulier d'informations avec les acteurs privés sur les données, les flux inter-établissements et l'organisation de RETEX sur les cas complexes sont identifiés comme des compléments nécessaires.

[341] Au cours d'une réunion bilatérale entre l'ARS et le CHU, le 17 mai 2023, la situation des urgences psychiatriques est évoquée avec la perspective d'un planning en partie non couvert jusqu'à la fin juin. Face à cette situation, le CHU formule trois propositions : doublement de la garde aux urgences psychiatriques le week-end avec la participation des praticiens du CHGM, réservation d'un lit supplémentaire tous les jours au CHGM et dans les structures toulousaines pour l'accueil des patients issus des urgences, participation sur CH de Lavaur à l'activité de psychiatrie et à l'accueil des patients issus des urgences. Il est demandé à l'ARS de se positionner sur ces trois propositions.

[342] Le **29 juin 2023**, le **DG du CHU saisit par courrier le DG de l'ARS** pour demander une implication plus importante des médecins du CH Gérard Marchant dans les gardes des urgences psychiatriques. Il rappelle qu'en semaine, 4 médecins psychiatres sont présents en journée et un médecin le week-end. Or, l'activité nécessite d'augmenter le temps de présence du week-end en ouvrant deux demi-gardes supplémentaires en journée le week-end ce qui nécessite une participation des psychiatres du CH en complément de celles de ceux du CHU. La réponse du CH est alors attendue. Dans le même courrier, le DG du CH rappelle que le COTER psychiatrie a été installé début 2022 et qu'il se heurte au refus de cliniques de bloquer 5 lits tous les jours de la semaine, ce qui correspond à l'estimation du besoin journalier moyen en lits des urgences psychiatriques, au motif de leur impossibilité à mettre en place une permanence des soins. Le courrier mentionne également la difficulté née de la limitation des admissions au CH des patients en SSC notamment pour l'accueil de patients en sureffectifs. Le courrier demande enfin que le CH de Lavaur puisse participer à la prise en charge en aval des patients du CH. Il est ainsi demandé que lui soit reconnue une responsabilité géo-populationnelle en faveur d'un secteur en Haute-Garonne.

[343] Le **29 août 2023**, le **DG du CHU écrit à son homologue du CH Gérard Marchant** pour l'alerter de la tension aux urgences psychiatriques compte tenu des difficultés de présence médicales pour les deux mois qui suivent compte tenu des congés maternité et d'un intérim qui ne répond plus depuis la loi Rist. 69 plages de jour restent à couvrir après appel aux volontaires. La demande est donc faite à la communauté médicale du CH Gérard Marchant de se positionner sur le planning pour septembre et octobre à hauteur d'une vingtaine de dates.

[344] Le **15 septembre 2023**, le **DG du CHU écrit au directeur délégué de l'ARS** pour lui faire part des difficultés qu'a engendrées la révision à 14 lits par unité d'admission le capacitaire du CH Gérard Marchant<sup>90</sup>. Il lui fait part de la décision de ce dernier de passer en hôpital en tension dans les jours précédant l'envoi du courrier. Il lui confirme également avoir procédé à la réouverture de lits sur l'UHCD « fermée », tout en indiquant continuer à accueillir des patients du CHGM et signalant la présence aux urgences psychiatriques de patients hospitalisés 10-12 jours faute d'aval. Dans ce contexte, il insiste sur la nécessité de maintenir une régulation territoriale.

[345] Le 17 septembre 2023, la situation des urgences psychiatriques et en particulier celle de la prise en charge des patients hospitalisés en soins sans consentement est évoquée dans le cadre d'une réunion entre l'ARS et le CHU. Le DG du CHU rappelle qu'il a sollicité le CHGM en vue d'une participation de ses psychiatres aux plages de garde des journées en semaine. 2 psychiatres se

---

<sup>90</sup> La direction du CHGM a précisé à la mission que l'été 2023 a été marqué uniquement par la fermeture du pavillon d'accueil des Jeunes adultes à hauteur de 12 lits. Ce pavillon n'est pas à proprement parler une unité d'admission, mais un dispositif spécifique non sectorisé.



seraient positionnées sur les 69 plages libres. L'organisation d'un aval dédié pour les soins sans consentement sur le site du CHGM est également évoquée. La DDT annonce par ailleurs la mise en place d'un groupe de travail sur l'offre territoriale entre le CHU et le CH de Lavaur.

[346] Au cours de la bilatérale suivante, le 18 octobre 2023, le sujet des urgences psychiatriques est à nouveau évoqué. L'impact pour la sécurité des professionnels des patients hospitalisés en SDRE et qui restent très longtemps est souligné.

[347] À l'intérieur du CHU, des alertes ont été lancées également.

[348] Le 30 novembre 2022, un courrier signé par le DG du CHU, la présidente de la CME, le chef du pôle psychiatrie et la cheffe du service des urgences psychiatriques adresse une demande de renfort à la communauté médicale de l'établissement pour pourvoir aux besoins de l'activité des urgences psychiatriques entre le mois de décembre 2022 et novembre 2023, date annoncée pour l'arrivée d'internes.

[349] Il y est expliqué qu'un fonctionnement normal avec quatre médecins en journée a pu être assuré grâce au recours à l'intérim mais que depuis lors, un sous-effectif est constaté, jusqu'à un tiers de la population médicale en octobre 2022. Le mois suivant, il a été fait appel aux médecins du pôle de psychiatrie sur la base du volontariat et d'un accompagnement financier<sup>91</sup>.

[350] Les prévisions de décembre montrent qu'à de nombreuses reprises, deux voire un seul médecin seront présents dans le service, faute de candidats volontaires et d'avoir sollicité les docteurs juniors.

[351] Un appel est donc lancé aux médecins du CHU et de la CPT pour qu'ils se positionnent sur le planning de façon à couvrir le besoin identifié. Sachant que les médecins titulaires des urgences couvrent déjà 50 % des plannings, il est estimé que ce besoin pourrait être couvert par l'ensemble des médecins à raison de 5 jours jusqu'à novembre 2023.

[352] L'ARS continue à soutenir comme mesure phare la mise en place du bed management dans les établissements via l'appui de l'ORU et le CHU bénéficie plus particulièrement de financement sur le sujet (605 000 € sur 3 ans, notifié le 22 décembre 2023) La DD 31 anime par ailleurs des réunions de coordination avec les acteurs.

[353] Par ailleurs, la directrice générale adjointe de l'ARS Occitanie s'est déplacée au sein de deux cliniques privées (clinique Beaupuy et clinique Castelvieu) le 17 mars afin d'échanger sur les possibilités de déploiement d'une offre supplémentaire sur les soins sans consentement.

[354] En 2023, l'ARS va intervenir régulièrement, lors de différentes réunions et par courrier, pour demander la réouverture de lits fermés au CHGM comme celui accueillant les jeunes adultes au CHGM (PAJA). Elle prendra des mesures avec un financement octroyé comme présenté dans les encadrés ci-dessous.

---

<sup>91</sup> 248 € par demi-journée



**Au bénéfice du CHU de Toulouse :**

- Financement de la formation d'une IPA sur 2 ans, : financement en un seul versement pour couvrir la période des 2 années de formation à hauteur de 100 000.
- Financement exceptionnel dans le cadre d'une prise en charge complexe au sein de l'unité Villa Ancely pour 6 mois non reconductible à hauteur de 192 000 € représentant 3 ETP IDE en renfort.
- Renfort supplémentaire du centre régional psycho traumatisme porté par le CHU Toulouse à hauteur de 336 743 € et répartie en 4 antennes.
- Extension du dispositif réactif ados du 31 en développement des ConsultAdo en territoire rural co-porté avec le Centre Hospitalier Gérard Marchant et ARSEAA ; Un financement à hauteur de 456 100 € annuel et pérenne, a été alloué entre les trois structures porteuses à parts égales soit 152 000 au bénéfice du CHU31.
- Financement de la formation d'un médiateur Santé-Pairs intégrant le projet d'unité du service des urgences comme ressource complémentaire, à hauteur de 33 000 € couvrant l'année de formation.

**L'encadré suivant présente les mesures prises au bénéfice du CHGM.**

**Au bénéfice du CHGM :**

- MNPEA 2023 : Dispositif de soutien parental à domicile sur le territoire rural du Comminges

Source : ARS

[355] En outre, l'ARS Occitanie travaille depuis mars 2022 à la mise en place d'une procédure régionale d'affectation des patients faisant l'objet d'une mesure d'irresponsabilité pénale (article 122-1 du code pénal). Ces situations médico-légales complexes impactent l'offre de soins globale des établissements de psychiatrie publics, en particulier le Centre Hospitalier Gérard Marchant, qui porte la majorité de la sectorisation adulte du département. Par exemple, en 2023, 38 % des patients pénalement irresponsables de la région étaient pris en charge en Haute-Garonne. L'objectif de cette procédure est de garantir une distribution équilibrée de ces patients entre les différents établissements de la région, tout en assurant des soins cohérents et adaptés. La mise en place de cette procédure est en cours d'achèvement, avec une effectivité fixée au 1er septembre 2024.

## DEUXIÈME PARTIE : LES MESURES PRISES ET A PRENDRE À LA SUITE DE L'ANALYSE DE LA SITUATION

### 9 À la suite des EIG, le CHU et l'ARS ont pris une série de mesures d'urgence suivies dans le cadre d'un comité *ad hoc*

[356] La mise en place du comité de suivi est annoncée par le DG ARS. Il se réunit les lundis, la première réunion a lieu le 16 février 2024. Un comité technique se réunit tous les vendredis et comprend, sous la présidence de la directrice de l'offre de soins et de l'autonomie de l'ARS et du directeur de la délégation départementale de l'ARS, des représentants du CHU, du CHGM ainsi qu'un représentant des établissements privés.

#### 9.1 Ces mesures d'urgence concernent en premier lieu le CHU

[357] Le DG d'ARS a pris des mesures d'urgences (cf. *infra*).

[358] Le DG du CHU adresse une note à la ministre du travail, de la santé et des solidarités le 19 février 2024 dans laquelle il propose différentes mesures à mettre en place en urgence qui font l'objet d'un échange avec l'ARS et dont certaines ont été aujourd'hui abouties.

##### 9.1.1 Le DG ARS prononce l'interdiction des hospitalisations dans les locaux des urgences psychiatriques

[359] Le DGARS organise une première réunion des différents acteurs le xx demande par mail « un arrêt immédiat de toute hospitalisation dans le « *soi-disant* » service d'urgences psychiatriques installé au sein du service des urgences ». Il est également précisé que « ce service doit redevenir sans délai uniquement un lieu de consultation et d'orientation des malades ; après consultation et si le malade requiert une hospitalisation, celui-ci doit être transféré sans délais dans l'établissement désigné par la cellule territoriale de régulation pour l'accueillir ».

##### 9.1.2 Le DG du CHU ouvre une unité d'accueil des patients en post-urgences et de crise psychiatrique, avec une montée en charge progressive

[360] La note du DG du CHU propose un projet d'unité d'hospitalisation brève, d'une durée maximum de 8 jours, pour les patients accueillis aux urgences psychiatriques et relevant d'une HL. Elle mentionne un besoin en ressources humaines de :

- 3 ETP médical

- 12,3 ETP IDE
- 9,8 ETP AS
- 0,5 ETP cadre
- 1 ETP Assistante sociale
- 1 ETP AMA

[361] L'unité a été ouverte de façon progressive avec une cible de 15 lits. Cette ouverture a été rendue possible par l'appel à des recrutements externes (2 IDE + 5 AS) et des mobilités internes (4 IDE + 3 AS des urgences psychiatriques + 1 AS venant d'un autre service du CHU). L'organisation du travail proposée en 12h (vs 7h42 pour les autres agents) a pu être un levier d'attractivité en faveur de cette nouvelle unité.

### 9.1.3 Le CHU et le CHGM mettent en œuvre le doublement de la garde de week-end des psychiatres aux urgences psychiatriques, du samedi après-midi au dimanche après-midi, et les après-midi des jours fériés

[362] Le doublement de la garde a été difficile à mettre en place compte tenu des fortes réticences des psychiatres du CHGM à effectuer ces gardes. Les mesures visant le renforcement de l'attractivité par une augmentation des rémunérations ont fortement contribué à la mobilisation des psychiatres du CHGM.

Tableau 22 : Personnels médicaux affectés aux urgences psychiatriques et UPUP, après les EIG

	Matin	Soir	Nuit	Samedi matin	Garde WE et JF
UHCD « fermée »	1	1	Un psychiatre (soit du CHU soit du CHGM)	Un psychiatre sur place (soit des urgences psychiatriques, soit de l'équipe)	Deux psychiatres (CHU ou CHGM)  Un interne
Consultation de psychiatrie/AMT	1	1			
Liaison UTOX	1	1	Un interne	Un interne	
UPUP	1	1			

Source : CHU

### 9.1.4 Le DG ARS déploie des mesures de financement spécifiques pour renforcer l'attractivité en psychiatrie

[363] Par un courrier du 15 avril 2024, le DG ARS attribue « à titre dérogatoire et exceptionnel la prime de solidarité territoriale (PST) aux médecins psychiatres du CHU et du CH Gérard Marchant pour les remplacements effectués afin d'assurer la présence d'un second psychiatre pour la filière

territoriale des urgences psychiatriques les samedis après-midi, dimanches après-midi et les après-midis des jours fériés.

[364] « Prenant effet à compter du 17 février 2024 suite à la crise survenue aux urgences psychiatriques du CHU, cette dérogation exceptionnelle perdurera le temps de l'ouverture au complet de l'Unité post-urgences et de crise psychiatrique du CHU de Toulouse avec une capacité de 15 lits, dont l'organisation médicale permettra d'assurer la couverture de cette 2<sup>ème</sup> ligne de garde, dès lors que l'effectif médical de ce service sera au complet.

[365] « Cette PST pourra également être versée aux médecins psychiatres qui s'engageront à assurer la couverture médicale des lits supplémentaires à ouvrir, aujourd'hui fermés, et notamment ceux du CH Gérard Marchant ».

### 9.1.5 Le CHU renforce les rondes de nuit et recrute des médiateurs, permettant quand cela est nécessaire, un accompagnement des patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie

[366] Pour renforcer la sécurité, les rondes de ont été renforcée aux abords du bâtiment des urgences.

[367] Des médiateurs ont été recrutés. Composés de 2 étudiants, deux agents en contrat à durée déterminée et de 35 vacataires (psychologues ou étudiants en psychologie), ces médiateurs sont présents 24 heures sur 24 en deux cycles de 12 heures.

[368] Positionnés à l'AMT, en zone verte, leurs missions portent sur l'accueil des patients et des familles : expliquer le fonctionnement et l'organisation de la prise en charge aux urgences, répondre aux questions, gérer l'agressivité et les situations de conflit en faisant appel aux cadres de santé et agents de sécurité si nécessaire, informer les familles sur les temps d'attente et de priorisation des soins.

[369] Ils exercent donc une mission bien distincte du soin et de la surveillance des patients.

### 9.1.6 Le DG du CHU met en place le 21 février 2024, avec l'ORU et le CHGM, une cellule régionale de régulation et d'orientation des patients psychiatriques

[370] Cette cellule de régulation régionale est installée au CHU, sous l'autorité du DG du CHU mais sa vocation dépasse le seul établissement. Cette cellule est composée initialement d'un membre de l'Observatoire régional des urgences (ORU) d'Occitanie, d'un 1 bed manager du CHU, d'un bed manager du CHGM et d'un bed manager pour les établissements privés. Il est également précisé qu'en appui sont mobilisés « un temps de psychiatre privé et un temps de psychiatre public à 11h et à 14h pour traiter les dossiers complexes et faciliter le lien médical sur les orientations » .

[371] Cette cellule a vocation de trouver un lit d'hospitalisation pour tous les malades reçus aux urgences psychiatriques du CHU et nécessitant une hospitalisation. Une note au ministre du 18 février précise que « cette mesure d'orientation s'impose à l'ensemble des acteurs concernés, tant dans son principe que dans son fonctionnement, un rapport circonstancié devant être produit par

*chaque établissement en cas de refus de prise en charge bilan journalier est envoyé à l'ARS et aux acteurs concernés. »*

### 9.1.7 Un comité de suivi piloté par le DG ARS a également été mis en place

[372] Un premier comité de suivi est installé le 26 février 2024, sous la présidence du DG, dans les locaux de l'ARS. Elle rassemble tous les acteurs concernés : élus locaux et parlementaires (députés), établissements publics et privés (directions, PCME, chef du pôle psychiatrie et cheffe du pôle urgences, organisations syndicales (CHU et CHGM) et usagers (représentants de l'UNAFAM qui souhaitent pouvoir participer au comité). Ce comité passe en revue chaque mesure et l'état de sa mise en œuvre, et se réunira ensuite tous les lundis selon les mêmes modalités.

## 9.2 Le DG ARS demande aux autres établissements de psychiatrie de rouvrir des lits sans attendre pour fluidifier la filière d'aval

[373] Il est demandé au centre hospitalier Gérard Marchant (CHGM) de rouvrir sans délai de tous les lits fermés ainsi que de proposer 2 lits d'hospitalisation pour accueillir des malades des urgences principalement en SSC. Le mail du DGARS précise également que tout refus d'accueillir les patients devra faire l'objet d'une explication motivée.

[374] Il a été demandé aux cliniques privées d'accueillir davantage de patients en provenance des urgences. Dans l'instruction du DG ARS, il est précisé que chaque établissement doit s'organiser pour proposer chaque jour au moins 1 lit d'hospitalisation disponible pour prendre en charge les malades accueillis aux urgences psychiatriques et nécessitant une hospitalisation en hospitalisation libre ou en soins sans consentement. Il est également précisé que tout refus devra faire l'objet d'une explication motivée auprès de l'ARS.

## 9.3 Le travail entrepris dans le comité de suivi porte également sur l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne pour aboutir à un « pacte public et privé de la psychiatrie en Haute-Garonne »

[375] Un projet de signature d'un pacte territorial est présenté au comité de suivi du 15 avril 2024. Lors de cette réunion il est précisé qu'il semble opportun de stabiliser les éléments d'évolution portés par la CPT, les psychiatres libéraux, le PTSM, afin de pouvoir signer un « Pacte de la Psychiatrie public et privé de la Haute-Garonne », avec l'ensemble des acteurs, qui viendrait « sceller » les engagements de chacun dans la nouvelle organisation et la prise en charge des malades psychiatriques. Cette signature est alors envisagée à compter de la mi-mai, en présence du ministre de la Santé et de la Prévention, lors d'un comité de suivi, ce pacte pouvant constituer un engagement collectif des acteurs, y compris l'ARS, et ayant vocation à être annexé au CTSM 31.

## 10 Une tension extrême a suivi les événements dramatiques de février 2024

### 10.1 Une forte augmentation des arrêts de maladie et le déclenchement de niveau 1 du plan blanc

[376] Les jours et semaines qui suivent les EIG du mois de février 2024 sont marqués par une très forte augmentation des arrêts maladie, au nombre de 39 sur les 58 ETP d'IDE durant les 3 semaines qui suivent. Des personnels ont été réaffectés en interne et le niveau 1 du plan blanc<sup>92</sup> a été déclenché le 20 février 2024. Motivé par les tensions sur les effectifs consécutifs à ces arrêts maladie et l'impact de la prise en charge accrue de patients psychiatriques par les urgences adultes, il conduit le CHU à solliciter un renfort en effectifs soignants de la part de l'ensemble des établissements publics et privés de santé du territoire.

[377] Parallèlement au taux d'absentéisme constaté, le recours aux heures supplémentaires est en hausse mais de façon modérée.

[378] Lors du dernier comité de suivi, les organisations syndicales ont demandé un point d'actualisation sur les 17 postes vacants au CHU. Il persiste une quinzaine d'arrêts maladie en cours entre les urgences et les services de psychiatrie.

### 10.2 Un contexte très tendu entre représentants de la direction du CHU et représentants du personnel

[379] Saisie en raison du différend entre la direction et les représentants du personnel dans le cadre de l'enquête conjointe relative à la déclaration de DGI du 14 février 2024 concernant l'événement indésirable grave du même jour, l'inspectrice du travail compétente par intérim pour le CHU participe à une réunion de la formation spécialisée le lendemain. Elle adresse ensuite une lettre d'observations à la direction des ressources humaines du CHU dans laquelle elle rappelle les conditions de mise en œuvre de la procédure en soulignant que le recours à celle-ci « *doit être limité à des situations extrêmes où l'agent a un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé* » avant d'indiquer que le DGI « *est un outil à utiliser avec mesure et uniquement dans les circonstances d'une extrême gravité au sein du CHU* ».

[380] Préalablement à ce rappel de méthode, l'inspectrice du travail a l'occasion de mentionner le caractère constructif des mesures à destination du personnel mises en place depuis la survenance de l'EIG<sup>93</sup> tout en soulignant la nécessité du caractère conjoint de l'enquête menée par la formation spécialisée.

---

<sup>92</sup> Décision n°2024-21 portant déclenchement du plan blanc du CHU de Toulouse

<sup>93</sup> Parmi ces mesures à destination du personnel sont citées la prise en charge des agents hospitaliers du service (intervention, du cadre de santé, information du médecin du travail, activation d'une cellule d'urgence psychologique, mise en relation des agents avec un médecin des urgences en cas de besoin d'un arrêt maladie, intervention d'un psychologue), la gestion des flux (lien avec le SAMU pour réguler les demandes sur d'autres établissements, transfert accéléré des patients présents dans le service, régulation

[381] Ce rappel de l'inspectrice du travail s'inscrit dans un contexte de relations sociales décrites comme très tendues par les représentants de la direction du CHU et ceux du personnel, auditionnés par la mission. Les premiers regrettent le dépôt jugé fréquent des déclarations de DGI et les seconds l'absence de réponse systématique aux propositions de mesures qu'ils font. Cette tension se matérialise dans d'autres circonstances.

## **11 Les mesures d'urgence qui ont suivi les EIG doivent être ajustées ou complétées dans le cadre des évolutions à apporter à la filière d'accueil des patients psychiatriques aux urgences**

### **11.1 Le premier bilan de la mise en œuvre des mesures d'urgences révèle une situation contrastée**

#### **11.1.1 La fermeture des consultations d'urgences de psychiatrie a été transitoire et ces consultations ont réouvert avec un fonctionnement devant rester celui de consultation**

[382] La consultation « Zone Chaude » de psychiatrie a fermé le 16/02/24. Elle a rouvert le 13/06/24.

[383] Un matin à 5h30 (22 mai), une patiente vue à la consultation ne sera pas orientée vers l'AMT compte tenu des patients déjà présents et ne dormira pas dans un box de la consultation, mais y reste en tout début de matin/fin de nuit.

[384] Mi-Juin 2024, deux patients admis tard dans la soirée et en attente d'évaluation psychiatrique vont y rester jusqu'au lendemain. L'AMT avait déjà sur son site 17 patients, avec compte tenu de ce qui précède un risque lié à l'admission de nouveaux patients. L'admission dans une clinique était impossible (23h).

[385] Pour la mission, il s'agit d'un fait majeur à prendre en compte car cette situation présente des risques importants. Elle ne s'était pas, à notre connaissance, produite depuis les récentes mesures en place et il était nécessaire d'éviter qu'elle ne constitue l'amorce d'un retour en arrière.

[386] Cette situation témoigne de la difficulté pour le CHU de résoudre seul une situation qui nécessite l'intervention d'autres acteurs sur lesquels il n'a pas de pouvoir. D'où l'importance du rôle de l'ARS qui a expliqué à la mission avoir mis en place les actions suivantes :

---

avec les autres établissements du territoire suite aux consignes données par l'ARS sur la priorisation, réunion avec ARS vendredi 16 février avec une demande de participation d'un représentant par organisation syndicale, mise en place d'une deuxième ligne de garde les fins de semaine mais avec l'attente d'un médecin) et la sécurisation des lieux (renforcement des rondes de sécurité, vérification du caractère opérationnel des interphones, planification de formations OMEGA)

- Organisé 3 réunions de « crise » dans la semaine suivant cet événement et appelé l'ensemble des établissements à augmenter leur capacité d'aval.
- Fait un appel à l'ensemble des établissements psychiatriques de la Région pour soutenir le territoire.
- Identifié les levées de mesures en attente avec le CHGM et la Préfecture afin de les débloquent rapidement.
- Demandé :
  - Que les patients en SSC soient prioritairement orientés avec l'UHCD et le PUP (même si c'est un changement de destination du service) afin de ne pas rester sur l'AMT ;
  - Que les patients en HL soient orientés au plus vite pour pouvoir préserver la ressource médico-soignante du CHU tout en améliorant leur disponibilité pour les patients SSC ;
  - De voir pour les jeunes majeurs si, à titre exceptionnel, ils pouvaient être pris en charge en secteur adulte par des établissements ayant une expérience et/ou des ressources en pédopsychiatrie (Montberon, Marigny) ;
  - D'accélérer les évaluations des patients admis pour faciliter leur orientation avant le week-end.
- Sensibilisé les transporteurs sanitaires à l'augmentation des transferts inter-établissements de ces patients.

[387] La question des moyens à consacrer pour que les urgences de psychiatrie au CHU de Toulouse mais surtout, au-delà des questions de financement, des modalités d'organisation à trouver pour répondre de façon pérenne aux difficultés constatés apparaît comme prioritaire. C'est ce qui est apparu en analysant de façon détaillée les difficultés rencontrées et toutes les mesures prises avant même la survenue de ces EIG.

### 11.1.2 La fermeture de la zone chaude des urgences psychiatrique a entraîné un effet report massif sur les urgences somatiques du CHU

[388] Pendant une première phase, très courte, une amélioration a été constatée sur la filière d'aval des patients venus aux urgences de psychiatrie. Elle peut être attribuée à la mobilisation des acteurs liée pour partie au choc de l'annonce des 3 EIG qui, même s'ils sont survenus au CHU, sont également dus, pour partie, à la difficulté de trouver un lit de psychiatrie pour faire hospitaliser des patients qui le nécessitent. Mais également, cette amélioration va de pair avec une diminution du nombre de passages aux urgences, urgences somatiques et urgences de psychiatrie, pendant la période de congés scolaires sur la zone de la Haute-Garonne.

[389] Mécaniquement et même si cette décision était indispensable et non discutable, le fait de ne plus avoir les « emplacements » de la zone froide où pouvaient être hospitalisés des patients relevant d'hospitalisation libre et surtout les « emplacements » de la zone froide où étaient hospitalisés des patients de la zone chaude, va conduire, à un report des patients sur l'AMT. Ce report va concerner essentiellement au début les cas les plus lourds, ceux nécessitant des SSC et les patients en situation de crise, ne relevant pas de SSC mais nécessitant une surveillance accrue.



Mais, avec l'effet d'essoufflement de la cellule territoriale de régulation (cf. *infra*), cet afflux de patients va finir par concerner également des cas moins lourds.

[390] Il convient de rappeler que les EI et EIG surviennent également à l'AMT. Cette augmentation de la charge de travail aux urgences somatiques est, avec une charge de travail toujours importante pour les psychiatres exerçant aux urgences qui doivent aller voir ces patients, source de tensions majeures et de risque pour les patients et pour les soignants.

[391] Cette situation conduit à des difficultés importantes quand le nombre de patients relevant d'une prise en charge en psychiatrie vient s'ajouter à une activité déjà très lourde à l'AMT.

[392] En outre, les déclarations d'événements indésirables pendant cette période en particulier sur l'AMT témoignent de la nécessité de trouver une solution durable pour les urgences psychiatriques et somatiques, en complément des changements à mettre en place pour une meilleure implication de l'ensemble des établissements de psychiatrie de Haute pour accepter de prendre en charge davantage de patients venus des urgences.

[393] Le tableau ci-dessous présente les fugues de patients recensées du 12 février 2024 au 19 mai 2024. Comme pour le tableau présentant les fugues mais sur la période antérieure aux EIG qui ont conduit au lancement de cette mission IGAS, il n'est pas toujours possible de savoir s'il s'agit d'un patient relevant ou non d'une prise en charge en psychiatrie.

Tableau 23 : Liste des fugues recensées du 20 février 2024 au 19 mai 2024<sup>94</sup>

Date	Titre	Commentaire
20/02/2024	Fugue d'hospitalisation en HL	Patiente psychiatrique en HL qui déambule dans les couloirs. À 23h fugue constatée.
20/02/2024	Fugue	Patient décontentonné sur demande du médecin pour fumer. Est allé fumer et a fugué.
21/02/2024	Fugue récidivante	Patiente psychiatrique en HL ayant déjà fugué 2 fois. Nouvelle fugue constatée à 5h du matin.
21/02/2024	Fugue	Patient en HL, ayant fugué.
24/02/2024	Fugue	Patiente entrée pour intoxication médicamenteuse, avec risque de passage à l'acte suicidaire, orientée en HL vers un autre établissement Fugue de la patiente (avec son nourrisson et un ami) constatée vers 15h30
04/03/2024	Fugue de l'accueil des Urgences	Patient arrivé menotté en raison d'un risque de tentative de suicide, fugue par le SAS des ambulances.
10/03/2024	Fugue des urgences	Patient arrivant pour intoxication aiguë, avec idées suicidaires, semblant d'accord pour son hospitalisation, autorisé à aller fumer seul, et fugue.
21/03/2024	Fugue	Patiente présentant une plaie au doigt. Déambule entre le service et l'extérieur et finalement fugue.
22/03/2024	Fugue des urgences	Fugue
02/04/2024	Fugue	Patiente admise sur la zone froide, partie fumer à 9h10 et a fugué.
07/04/2024	Fugue de l'AMT	Patient en attente en traumatologie, sur réquisition policière, ayant fugué.
07/04/2024	Fugue	Fugue d'une patiente entre 21h et 23h et allégation de viol.
08/04/2024	Fugue	Patient en HL pour troubles du comportement. Première fugue le matin, ramené par la sécurité. 0 14h30, constat de nouvelle fugue.

<sup>94</sup> Les fugues de patients dont il est précisé qu'il s'agit de patient pris en charge à l'UHCD de psychiatrie ne sont pas mentionnées, la mission n'ayant pas étudié spécifiquement l'UHCD.

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

13/04/2024	Fugue	Patiente accompagnée par un parent pour aller fumer au RDC, avec accord médecin, puis fugue en prétextant devoir aller aux toilettes, le parent plus âgé n'arrivant pas à la rejoindre.
16/04/2024	Fugue	Patiente psychiatrique en attente d'avis médical, fugue, ramenée par les forces de l'ordres appelées, la patiente regardant par-dessus la rambarde du pont de la rocade
12/05/2024	Fugue des urgences	Patient déposé en box par les ambulanciers, refuse de rester et fugue.
12/05/2024	Fugue des urgences	Fugue d'un patient, l'agent de sécurité lui ayant ouvert la porte, sans vérifier s'il était sortant ou non.
16/05/2024	Fugue de la zone froide de la consultation psychiatrique	Patiente venue spontanément aux urgences pour idées suicidaires scénarisée. Après 3 heures, la patiente n'a pas encore pu être évaluée tant au niveau IDE que médical en lien avec un afflux massif de patients ce jour. Figue constatée une heure plus tard.
17/05/2024	Patiente suicidaire sortie avant évaluation médicale	Patiente accompagnée par les secours, pour idées suicidaires. Fugue constatée vers 00 :45.
19/05/2024	Patient psychiatrique retrouvé dans la salle du personnel	Patient psychiatrique en SSC retrouvé dans la salle de repos du personnel en possession d'effets personnels d'un agent, étant passé par un accès sécurisé et surveillé

Source : CHU / traitement mission

[394] Les agressions ayant fait l'objet d'une déclaration d'EI entre le 20 et le 19 mai 2024 sont recensées dans le tableau ci-dessous.

Tableau 24 : Signalements d'agressions et violence, aux urgences somatique et psychiatriques, 20 février 2024 – 19 mai 2024

Date	Titre	Commentaire
05/03/2024	Agression verbale et physique	L'épouse d'un patient qui doit être contentonné, devient agressive (insultes et coups de pieds) envers le personnel soignant.
22/03/2024	Agression physique et verbale	Patiente aux urgences pour douleur dentaire, agitée lors d'une tentative d'examen buccal, patiente, lance son téléphone sur une soignante.
23/03/2024	Agressions verbales et menace	Un patient venu pour une plaie de doigt, est introuvable en salle d'attente puis frappe une soignante et l'insulte (à caractère VSS).
06/04/2024	Agression physique envers agent	Un patient en refus de soins, menace verbalement une soignante de la frapper.
16/04/2024	Agression verbale et menace	Une infirmière vient voir une psychiatre pour obtenir une prescription écrite pour un patient après discussion téléphoniques se fait copieusement injurier par celle-ci.
18/04/2024	Passage à l'acte hétéro-agressif sur interne et infirmière	Un patient en chambre, lors de l'entretien médico-soignant, se tape la tête, gifle et frappe un médecin, et tente d'étrangler une IDE.
25/04/2024	Agression physique sur soignants	Patient agité et agressif, tente de frapper des soignants et les agrippe avec violence.
30/04/2024	Hétéro-agressivité au Hub	Patiente en fugue de l'hôpital psychiatrique (secteur fermé) de Lyon, arrivée avec gendarmerie pour hétéro-agressivité et HSPDT, a réussi à récupérer des ciseaux, malgré sa contention, et tente de mordre et de frapper le personnel.
30/04/2024	Acte sexuel entre 2 patients en zone verte	Une patiente psychiatrique est retrouvée chevauchant un autre patient psychiatrique contentonné aux 4 membres.
02/05/2024	Patiente qui a coupé les contentions avec 1 ciseau et a cassé la façade d'un ordinateur	Patient habituée des urgences, se procure des ciseaux et renverse une boîte à DASRI, malgré une contention aux 4 membres.
04/05/2024	Soignante agressée par un patient	Un patient agité et contentonné, en cours de pause d'une perfusion, mord pendant de longues minutes le pouce d'un soignant, malgré les tentatives des vigiles pour le faire lâcher.
06/05/2024	Allégation VSS patiente	Une patiente explique avoir été victime d'attouchements sexuels par un homme.
07/05/2024	Agression sur personnel soignant	Un patient au Hub, se permet de faire des attouchements sur l'externe et sur une soignante puis se masturbe devant l'équipe plusieurs fois.

08/05/2024	Patient insultant envers équipe soignante	Patient psychiatrique devant rentrer à domicile, à cause de l'attente, insulte les soignants.
08/05/2024	Exhibitionnisme au SAS d'accueil des ambulances	Exhibitionniste dans le SAS d'accueil des ambulances du bâtiment URM de Purpan, Urgence somatiques.
12/05/2024	Agression sexuelle	Patient agité et contentonné, attouchements sexuels à l'ambulancière puis à une soignante.
13/05/2024	Blessures sur agitation d'un patient	Une soignante se blesse par faux-mouvement en maintenant un patient agité.
19/05/2024	Vol et risque hétéro-agressif	Patiente psychiatrique sur les urgences depuis 48h, a volé le sac à main d'une accompagnante. Mise en danger, car porteuse de ciseaux.
19/05/2024	Patient psy retrouvé dans la salle du personnel	Patient psychiatrique en SSC retrouvé dans la salle de repos du personnel en possession d'effets personnels d'un agent, étant passé par un accès sécurisé et surveillé.
19/05/2024	Menace de mort envers un personnel	Patient habitué des urgences, insulte les soignants, et menace de mort "tu as intérêt à pas être là quand je serai libre car je vais te crever sale (...)"

Source : CHU / traitement mission

### 11.1.3 L'ouverture de l'unité de post urgences psychiatriques apporte une réponse pour les patients en hospitalisation libre

[395] L'ouverture le 25 mars 2024 des 8 premiers lits de l'unité de post urgences psychiatriques constitue un progrès et un atout pour fluidifier l'aval des patients venus aux urgences et relevant d'une HL. Cette unité est supposée recevoir uniquement des patients en HL de patients qui doivent être orientés vers un établissement. Elle constitue une zone tampon de gestion des transferts de patients et vise à fluidifier la filière d'aval.

### 11.1.4 La prise en charge par les urgences de certains publics comme les mineurs reste problématique

[396] La question de la pédopsychiatrie doit être abordée dans sa globalité et sera traitée dans la suite des travaux de la mission en tenant compte notamment des travaux menés par le groupe de travail spécifique mis en place dans le cadre de la Communauté psychiatrique de territoire (CPT).

[397] Les mineurs de 15 ans relevant d'une prise en charge en psychiatrie sont pris en charge sur le site de Rangueil. L'étude de l'activité aux urgences a montré que les autres mineurs qui viennent sur le site de Purpan ont pu faire partie des patients qui dormaient à la consultation. Les difficultés liées à la proximité avec des patients majeurs qui dormaient à la consultation ont été soulevés dans de nombreux entretiens. Les difficultés pour trouver des lits d'hospitalisation adaptés expliquent cette situation, mais seulement en partie. Des interlocuteurs de la mission considèrent que dans la moitié des cas, les patients pourraient, s'ils étaient vus le lendemain par un pédopsychiatre, retourner à leur domicile. La deuxième partie des travaux de la mission doit permettre de s'assurer de la pertinence de création d'un poste médical ou soignant spécialisé en pédopsychiatrie aux urgences de psychiatrie, en tenant compte de l'ensemble de la filière à mieux structurer.

## 11.2 Des mesures complémentaires structurelles doivent être mises en place

### 11.2.1 Donner davantage de poids à l'exploitation des EI au sein du CHU

[398] L'exploitation des EI et des EIG fait l'objet d'une mobilisation au sein du CHU qui en a décrit les modalités à la mission. Elles figurent ci-dessous.

[399] **Pour les EIG :**

[400] Un bilan annuel des EIG avec le suivi des plans d'actions est présenté annuellement en COPIL qualité, en CDU et en COVIRIS.

[401] Il convient de souligner que les trois médecins (PUPH, PH), coordonnateurs de la gestion des risques/qualité, se répartissent et réalisent le suivi régulier des EIG et des plans d'actions les concernant ; ils procèdent en ce sens à des relances au fil de l'eau (en général deux fois par an) et tant que le plan d'actions n'est pas terminé (suspension des relances dans le cas où l'action est amenée à être abandonnée).

[402] **Pour les EI :**

[403] Au fil de l'eau, toute FEI évocatrice d'un potentiel EIG est transmise aux coordonnateurs de la gestion des risques sans délai.

[404] Une cellule hebdomadaire se réunit au sein de la direction qualité avec les coordonnateurs référents qualité pour passer en revue les EI de la semaine et identifier les premiers éléments d'alerte /orientation de réponse pour certains (EI importants, EI non évocateurs d'EIG avec orientation manuelle complexe que ne peuvent pas gérer seuls les coordonnateurs qualité en charge du système des FEI).

[405] En outre, une fois par mois, la direction qualité, le médecin coordonnateurs de la gestion des risques/qualité et deux coordonnateurs qualité en charge du système de FEI qualitatifs se réunissent pour analyser l'évolution des statistiques mensuelles par thématique, les réponses sur le plan quantitatif et qualitatif des responsables de traitements et identifier les axes de travail à mettre en place.

[406] Le suivi des actions décidées suite à l'analyse des EI est fait au niveau de chaque pôle ou fonctions transversales. Il est à noter que le pôle psychiatrie renseigne ses actions et assure un suivi régulier de celles-ci dans PILOT. Ponctuellement, certaines FEI amènent des actions nécessitant un arbitrage par certaines directions ou la direction générale. Le directeur qualité sollicite ainsi l'appui de ses homologues pour aider à la résolution de certaines actions à conduire ou en référer à la direction générale.

[407] Ces axes avec le bilan annuel des EI et les principaux enseignements issus de l'exploitation des FEI (taux de réponse...) sont présentés en COPIL qualité, en COVIRIS et en CDU.

[408] Malgré les efforts de déclaration des EI, malgré les réponses apportées, que l'on retrouve dans le tableau de recensement transmis par la direction qualité, le fait que des actions majeures programmées de façon récurrente ne soient toujours pas mises en œuvre ou de façon partielle, pose problème.

[409] Il en est ainsi par exemple des actions visant la formation des personnels à l'utilisation du RUD, des actions concernant une meilleure sécurisation des locaux, que ce soit par les objets disponibles dans les chambres (par exemple plusieurs tentatives de pendaisons avec les sonnettes de l'UTOX) ou par des objets apportés par les patients (exemple de 3 tentatives de strangulation par un même patient avec des cordons qu'il avait apportés).

[410] La possibilité de mises en œuvre de ces actions est également liée au personnel disponible mais les freins sont parfois d'autres natures.

[411] Certaines actions essentielles définies dans les plans d'action n'ont pas été mises en œuvre.

[412] Dans ce contexte, il importe qu'une revue de ces plans d'action soit faite de façon régulière à la lumière des informations apportées par les déclarations d'EI.

[413] Les patients à prendre en charge nécessitent pour les personnels de maîtriser la gestion de la violence et les procédures de contention et d'isolement.

**Recommandation n°1** Approfondir l'exploitation des EI et EIG assortie de plans d'action, en suivant l'effectivité des mesures et mettre en place les actions de formation des personnels et de sécurisation des locaux.

### 11.2.2 Renforcer le fonctionnement et l'efficacité de la Cellule territoriale de régulation

[414] La cellule doit s'appuyer sur des gestionnaires de lits (« bed managers ») formés à la régulation, associant des personnels hospitaliers et des gestionnaires issus des cliniques privées volontaires, développant une connaissance fine des établissements receveurs, tant quantitative que qualitative, et développant des procédures de sécurisation et d'accusés-réception des messages émis ainsi que de traçabilité de réponses des établissements sollicités. Le dispositif doit pouvoir s'inspirer des métiers qui nécessitent des compétences de logistiques avec une capacité à manier des outils informatiques permettant de disposer d'un tableau de bord actualisé des places disponibles sur la Haute-Garonne et même sur la région. De plus, le dialogue médical sur les dossiers des patients en attente de places doit pouvoir mobiliser le médecin qui a vu le patient, s'il s'agit d'un patient particulièrement difficile à faire accepter par le médecin de l'établissement d'aval. Il serait intéressant de tester l'organisation de deux brefs points quotidiens (à mi-journée et à 16 heures par exemple) par visio-conférence réunissant les cadres de santé de tous les établissements receveurs pour permettre de débloquer les situations complexes de patients difficiles à orienter.

[415] Un schéma d'organisation voisin fait l'objet du premier dispositif indiqué par le DG du CHU dans sa note d'organisation du 7 juin 2024<sup>95</sup>.

**Recommandation n°2** Professionnaliser le fonctionnement de la cellule de régulation territoriale et médicaliser, en tant que de besoin, les échanges avec les établissements receveurs.

---

<sup>95</sup> « Programme de soutien de la psychiatrie du CHU de Toulouse et d'amélioration de la filière des urgences psychiatrique pour le territoire » (note du 7 juin 2024).

[416] Par ailleurs, lorsque des patients sont acceptés par les établissements receveurs, il se produit fréquemment que ces patients arrivent plusieurs heures plus tard dans l'établissement, parfois même après 18h alors qu'ils ont été acceptés en début de journée. Or, pour les établissements privés, compte tenu du régime spécifique de fourniture des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation (médicaments dits « intercurrents », prévus à l'article R162-31-7 du code de la sécurité sociale), qui est généralement confié à une officine par voie de convention, l'heure tardive d'arrivée risque de priver le patient des traitements nécessaires à la prise en charge de ses comorbidités. Ce long délai de transfert est généralement dû à l'absence de transporteur ambulancier disponible parmi la flotte conventionnée par le CHU.

[417] La mission suggère donc d'étudier la possibilité de dédier une ligne de transporteur ambulancier privé dédiée aux transferts de patients psychiatriques.

**Recommandation n°3** Permettre les transferts de patients dans un délai maximal de 4 heures à compter de la déclaration de la disponibilité de la place dans la structure d'accueil, en dédiant des transports aux urgences psychiatriques.

[418] Comme cela se fait parfois, les patients transférés tard dans la journée aux cliniques psychiatriques qui ont un traitement somatique comportant des médicaments qui ne sont potentiellement pas disponibles dans la pharmacie de la clinique, devraient pouvoir être transférés avec les médicaments nécessaires pour le soir.

### 11.2.3 Structurer une gouvernance des urgences psychiatriques publiques entre le CHU et le CHGM

[419] Le projet de service des urgences psychiatrique devrait permettre une réelle amélioration des conditions de travail et des modalités de prise en charge des patients compte tenu de l'ensemble des mesures à mettre en place (cf. *infra*). Néanmoins, il importe d'associer le CHGM à la gouvernance globale de la filière des urgences psychiatriques afin de l'impliquer pleinement à la mise en place d'une filière psychiatrique. Un comité opérationnel public de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques devrait être mis en place entre le CHU et le CHGM avec un fonctionnement très réactif facilité par la tenue de réunions hebdomadaires visant à régler en amont des amorces de problèmes structurels de façon à les résoudre au plus vite. En l'absence de difficulté constatée, la tenue de la réunion peut se limiter à 15 mn. Il devrait associer de façon bipartite, la chef de service des urgences du CHU, un médecin du CHGM désigné par le PCME, un responsable soignant de chaque établissement dont en particulier un cadre des urgences de psychiatrie, les directrices des affaires médicales. Ce comité a vocation à traiter de façon hebdomadaire des sujets relatifs aux urgences de psychiatrie. En contrepartie, il importe qu'un psychiatre du CHU participe de façon hebdomadaire à la commission médico-administrative du CHGM qui examine les entrants et les sortants des unités de l'établissement.

**Recommandation n°4** Mettre en place un comité opérationnel de gouvernance de la filière des urgences psychiatriques associant de façon bipartite des membres du CHU et du CHGM

#### 11.2.4 Renforcer l'universitarisation de la psychiatrie au CHU et développer l'universitarisation de la psychiatrie au CHGM

[420] Le développement de l'universitarisation de la psychiatrie au CHU constitue un facteur majeur d'attractivité. La possibilité de réponse à des appels à projets de psychiatrie favorisant la création de postes de chef de clinique peut être un levier quand les thématiques définies par les circulaires annuelles s'y prêtent.

**Recommandation n°5** Promouvoir l'universitarisation de la discipline psychiatrique au CHGM et le renforcement des postes de Chefs de cliniques des Universités – Assistants des hôpitaux (CCU-AH) au CHU.

#### 11.2.5 Renforcer l'attractivité du travail aux urgences du CHU de Toulouse dans un environnement compatible avec la qualité de prise en charge que les patients sont en droit d'attendre

[421] L'afflux massif de patients aux urgences du CHU sur le site Purpan, et pour les patients psychiatriques pour leur plus grande part accueillis sur ces seules urgences, mérite une organisation particulière à la hauteur des enjeux. Ils concernent les patients, qu'ils relèvent d'une prise en charge psychiatrique et/ou somatique. Ils concernent également les professionnels de santé, qu'ils travaillent aux urgences somatiques et aux urgences de psychiatrie.

[422] Pour les personnels médicaux et non-médicaux, il importe de redonner du sens à l'activité de psychiatrie d'urgence, d'une part en améliorant considérablement les conditions de prise en charge des patients, par un aménagement des locaux, de façon à disposer d'un environnement de travail adapté permettant un exercice médical et soignant plus apaisé, dans des conditions plus calmes, sécuritaires et spacieuses.

[423] Après des échanges répétés avec la cheffe du pôle urgences et compte tenu du constat de difficultés majeures sur l'AMT, une modification complète de la structuration des urgences est aujourd'hui envisagée, en coordination entre l'ARS et le CHU, en complément des travaux sur la filière d'aval. Elle figure en annexe.

[424] Il s'agit d'une filiarisation des urgences de psychiatrie qui bénéficieraient toujours d'un premier accueil par une infirmière d'orientation puis seraient orientées, en l'absence d'une indication somatique, vers un plateau situé sur un seul étage (le 2<sup>ème</sup>) sous la responsabilité du chef de service des urgences psychiatriques.

[425] La mission, compte tenu de ses investigations, des risques constatés pour les patients venus en urgence, relevant d'une prise en charge somatiques, ou psychiatriques ou mixtes, considère cette sécurisation et clarification nécessaire, ce d'autant que les professionnels y sont jusque-là favorables. La mission insiste sur la nécessité d'associer les parties prenantes à la structuration des locaux envisagés.

[426] Les impacts sur les éventuelles unités à déplacer devront être pris en compte mais cette filiarisation et nouvelle structuration des urgences constitue une réelle priorité.



**Recommandation n°6** Structurer les urgences de psychiatrie en filière et mettre en place le projet de réorganisation des locaux visant à les adapter aux besoins constatés

### 11.2.6 Renforcer l'attractivité du travail aux urgences de psychiatrie à Toulouse par des unités dédiées et des effectifs adaptés à la prise en charge des patients

[427] Les conditions de travail aux urgences de psychiatrie ont souffert de locaux non adaptés mais également des difficultés à trouver une orientation adaptée aux besoins des patients. La cellule territoriale de régulation médicalisée va y contribuer de même que la structuration de la filière d'aval en lien avec les établissements concernés. Néanmoins, le fait de disposer de lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques pour les patients relevant d'HL au sein du CHU constitue un atout certain. L'enjeu est d'arriver à recruter les personnels et à les fidéliser. Mais le risque est celui d'une transformation de ces lits supposés jouer un rôle « tampon » en lits d'hospitalisation pour pallier une difficulté d'orientation des patients complexes. Les ratios de personnel envisagés (cf. supra) devraient permettre un travail dans de bonnes conditions ce qui est indispensable pour préparer la sortie d'hospitalisation et l'accompagnement du patient.

[428] Il importe de suivre régulièrement des indicateurs d'occupation de ces lits et de durée de séjour afin de s'assurer qu'ils restent bien conformes à leur vocation et d'alerter la direction et l'ARS dans le cas contraire.

**Recommandation n°7** Poursuivre l'installation des lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques jusqu'à la cible de 15 envisagée et se doter d'indicateurs d'alerte (taux d'occupation et durée de séjour) en cas de difficulté à trouver une prise en charge adaptée pour les patients.

[429] Le passage de 9 à 12 lits de l'UHCD psychiatrique « fermée » complétera les mesures prises en termes d'ouverture de lits dans le service d'urgence de psychiatrie. Les solutions envisagées jusque-là ont longtemps concerné la psychiatrie ambulatoire. Il s'agit effectivement d'une priorité majeure qui a parfois conduit à limiter la création de lits d'hospitalisation de psychiatrie dans les situations spécifiques qui le nécessitent pourtant. Les 3 lits d'UHCD de psychiatrie « fermée » n'ont pas vocation à accueillir de façon durable les patients, comme c'est pourtant le cas actuellement dans les 9 lits existant. La structuration de la filière d'aval de psychiatrie (cf. rapport suivant) doit permettre de faciliter l'hospitalisation de ces patients.

**Recommandation n°8** Ouvrir les 3 lits de psychiatrie supplémentaires d'UHCD « fermée »

### 11.2.7 Accélérer le recrutement sous statut de praticien hospitalier des praticiens contractuels ayant été nommés au concours

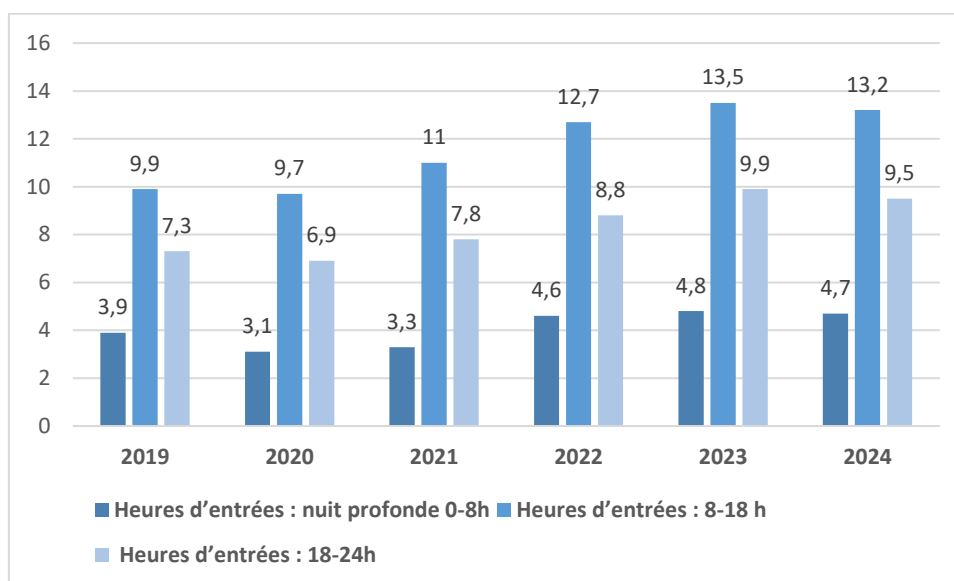
[430] Outre les mesures mises en place par le CHU pour favoriser les recrutements décrites ci-dessus, les échanges entre praticiens d'établissements différents ont également un impact important. Il est donc primordial de transformer, sans attendre, les contrats des praticiens contractuels qui ont passé et réussi le concours de PH de psychiatrie et que l'établissement souhaite garder.



### 11.2.8 Renforcer l'attractivité des psychiatres aux urgences de psychiatrie à Toulouse par une diminution de la charge de travail pendant les gardes

[431] Pour les personnels médicaux, une diminution du nombre de patients à prendre en charge par psychiatre est indispensable, sur toute la semaine, week-end compris, sauf en nuit profonde (minuit - 8 heures), car peu de nouveaux patients se présentent aux urgences. Néanmoins cet indicateur doit être suivi afin d'adapter les effectifs en cas d'évolution constatée sur la durée.

Graphique 14 : Nombre moyen quotidien de patients psychiatriques, par tranches horaires, 2019-2024



Source : DIM CHU / traitement mission

[432] Cet objectif suppose de jouer sur le nombre de patients qui se présentent aux urgences en améliorant l'amont avec notamment un renforcement de l'offre ambulatoire et un renforcement des admissions de patients déjà connus par les établissements qui les suivent. Ce point sera développé dans le rapport complémentaire sur l'organisation de la psychiatrie en Haute-Garonne.

[433] Mais surtout, l'augmentation du nombre de psychiatres aux urgences tous les jours de 8h à minuit apparaît indispensable. Une telle organisation augmenterait le nombre de gardes (ou journées) réparties entre les psychiatres du CHU et du CHGM, mais qui effectueraient cette activité dans de bien meilleures conditions. La mission note que les psychiatres volontaires du CHGM effectuent en moyenne deux à trois gardes par semestre. Le CHU compte 50 psychiatres et le CHGM compte 106 ETPR psychiatres, ce qui pourrait représenter pour le CHGM un peu plus d'une garde par praticien par trimestre (1,17 en moyenne). Le nombre de praticiens du CHGM participant à la permanence des soins est de l'ordre de 60 au dernier tableau de garde établi. Les docteurs juniors pourraient également être sollicités pour effectuer les demi-gardes.

**Recommandation n°9** Pérenniser le doublement des gardes de psychiatrie tel qu'il a été mis en place suite aux EIG et doubler les gardes de psychiatrie chaque jour pendant la période de 18h30 à minuit, en faisant appel à l'ensemble des psychiatres du CHU et du CHGM.

### 11.2.9 Renforcer l'attractivité des personnels aux urgences par des incitatifs financiers

[434] Compte tenu de la nature du travail aux urgences psychiatriques, et partant du constat que le CHU reçoit en pratique les urgences psychiatriques de huit secteurs, dont sept « par délégation » du CHGM, il pourrait être étudié la possibilité d'octroi la plusieurs large possible aux praticiens participant à l'activité des urgences psychiatriques au CHU de **l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison (IASL)**<sup>96</sup>. En fait même si les praticiens ne se déplacent pas, ils réalisent une activité qui pour partie pourrait être effectuée dans un autre établissement si la situation de la Haute-Garonne n'avait pas notamment conduit à ce que la très grande majorité des urgences de psychiatrie convergent vers le CHU. En outre, la variété des unités constituant le service des urgences répond bien à la condition de réalisation d'activités différenciées.

**Recommandation n°10** Octroyer le plus largement possible l'Indemnité d'activité sectorielle et de liaison en tenant compte de la spécificité de l'activité réalisée

[435] Pour les personnels non médicaux, la mission note que le CHU attribue déjà aux agents du pôle de psychiatrie qui travaillent aux urgences l'indemnité d'insalubrité à taux maximal (37,77€ bruts mensuels) et l'indemnité forfaitaire de risque (IFR) (118€ brut mensuel), aux agents effectuant au moins 50 % de leur temps de travail sur les unités : Consultations d'urgences psychiatriques, UHCD psychiatrique « fermée », UHCD psychiatrique ouverte, dispositif infirmier de régulation psychiatrique SAMU, liaison PEA HE, et dispositif Vigilans.

[436] Le CHU pourra étudier la possibilité de proposer aux personnels une **surmajoration des heures supplémentaires**<sup>97</sup>. Ce dispositif peut s'appliquer aux agents travaillant aux urgences psychiatriques qui entre dans la catégorie des métiers en tension identifiés par le chef d'établissement.

[437] Le tableau ci-dessous présente l'impact d'une telle mesure si la moitié des heures supplémentaires effectuées aux urgences étaient contractualisées. Cette contractualisation permettrait notamment un engagement à effectuer des remplacements en cas d'absence, pour venir renforcer un effectif devenu sous-dimensionné par rapport aux besoins.

---

<sup>96</sup> Arrêté du 28 mars 2007 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison prévue au 4 des articles D. 6152-23-1 et D. 6152-220-1 du code de la santé publique

<sup>97</sup> Arrêté du 30 novembre 2021 définissant le dispositif de surmajoration des heures supplémentaires prévu à l'article 15-1 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Tableau 25 : Impact de l'application de la surmajoration des heures supplémentaires (coût brut chargé)

Grades	Coût moyen d'une HS normale	Coût moyen d'une HS normale + 30 %	Coût moyen d'une HS normale + 50 %
IDE	29,98	38,97	44,97
AS	21,20	27,56	31,80
ASHQ	19,52	25,38	29,28
Sage-Femme	31,98	41,57	47,97
Technicien de laboratoire	25,26	32,84	37,89
IBODE	31,09	40,42	46,64
MERM	30,00	39,00	45,00
Proposition : Hypothèse d'un nombre de 6000 HS contractualisées = 6000*39 euros = 234 000 euros			

Source : CHU à la demande de la mission

**Recommandation n°11** Contractualiser avec les agents volontaires pour permettre leur mobilisation en cas de besoin dans le cadre du dispositif de sur-majoration des heures supplémentaires.

### 11.2.10 Faciliter une logique de carrière pour les personnels paramédicaux

[438] En vue de développer des prises en charges innovantes et réparties entre médecins et personnels paramédicaux, le CHU devrait développer une politique de formation, d'accompagnement et de fidélisation d'infirmiers en les amenant au Diplôme d'État d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

**Recommandation n°12** Développer l'accompagnement d'infirmiers vers une carrière d'IPA mention psychiatrie et santé mentale.

[439] Dans l'attente des nouveaux locaux, il est essentiel que ce changement majeur puisse faire l'objet d'un suivi de gestion de projet, tant sur le plan de son avancement (locaux et recrutements) et des délais que des financements qui doivent faire l'objet d'une contractualisation avec l'ARS. Le suivi de gestion de projet doit concerner, outre la question des locaux, le recrutement des médecins et des personnels paramédicaux, qui a été une forte préoccupation du CHU.

**Recommandation n°13** Confier à un chef de projet l'ensemble de la gestion de cette nouvelle structuration du service des urgences psychiatriques intégrant notamment l'évolution des locaux et le suivi du recrutement et de la fidélisation des personnels

[440] Il est essentiel que l'ARS puisse suivre les étapes d'avancement du projet. Dans l'attente de sa mise en œuvre, elle doit être informée des difficultés rencontrées, afin notamment d'appuyer le CHU pour faciliter l'acceptation de malades qui pourraient être plus compliqués à hospitaliser.

**Recommandation n°14** Mettre en place au niveau de l'ARS un dispositif de suivi et de pilotage de la mise en œuvre de ces actions.

**ADDENDUM :**

[441] La mission, alors qu'elle terminait son rapport a eu connaissance d'un nouvel EIG survenu à l'UTOX dans la nuit du 14 au 15 juin. Elle ne l'a pas investigué et il sera analysé au sein de l'établissement dans le cadre de l'analyse des EIG et d'une revue de morbi-mortalité.

[442] Elle a demandé à disposer de données plus récentes sur l'activité des urgences de psychiatrie et sur la présence de patients nécessitant une prise en charge psychiatrique admis à l'AMT.

[443] Ces données sont présentées dans le tableau ci-dessous.

**Tableau 26 : Patients venus aux urgences psychiatrique du CHU de Toulouse**

**SU PURPAN - Urgences Psychiatriques et IMV  
du 10 au 14 Juin 2024**

Total Admissions et détail selon orientation IOA	lun 10	mar 11	mer 12	jeu 13	ven 14
	<b>41</b>	<b>48</b>	<b>33</b>	<b>35</b>	<b>32</b>
Accueil Psy	18	16	17	22	16
Accueil Somatique Couché	19	28	15	11	14
Salle d'Accueil des Urgences Vitales	3	2			
Fast Track et réorientations	1	2	1	2	2

Occupation AMT à 06h du matin par des patients avec PEC psy associée	lun 10	mar 11	mer 12	jeu 13	ven 14
déjà orientés HL, HSC, <18a	10	12	11	10	11
dont HL	3	6	5	4	5
dont SSC	7	2	3	4	2
dont Mineurs		4	3	2	4
en attente d'une orientation psy	5	7	6	8	3

Source : CHU

[444] Entre le 10 et le 14 juin, les consultations d'urgences ont reçu par jour un minimum de 32 patients et un maximum de 48 patients. La densification des entrées pour urgences psychiatriques qui seront orientées vers la consultation de psychiatrie ou l'AMT va contribuer à engorger un système déjà fortement sous tension. En outre, sur cette période, parmi les entrées, 19 relèvent de SSC, 13 sont des mineurs.

[445] Chaque jour du 10 au 14 juin à 6h, on constate qu'au moins 10 patients sont présents à l'AMT et déjà évalués par les psychiatres dont respectivement 7,2,3,4,2 patients en SSC, 0,4,3,2,4 mineurs et 3,6,5,4,5 patients orientés en HL et en attente de lits d'hospitalisation.

[446] **Ces éléments confortent la mission dans l'urgence des actions complémentaires décrites à mettre en œuvre pour répondre à cette situation. En complément de ces mesures, la création de lits de SSC supplémentaires est incontournable.**

Les conclusions et recommandations de ce rapport nécessitent leur mise en œuvre dès que possible, dans le cadre d'un dialogue social que l'on souhaite apaisé, compte tenu du changement majeur qui est ici proposé. L'amont et l'aval des urgences psychiatriques doivent être repensés, y compris s'agissant de la filière de pédopsychiatrie. Dans le second rapport, la mission compte centrer ses travaux sur la filière de psychiatrie d'aval en prenant en compte en particulier les lits de crise, les lits de soins sans consentement et la filière de pédopsychiatrie. L'hypothèse d'une grande garde de week-end de psychiatrie à l'instar de la grande garde de neurochirurgie existant en Ile de France sera également explorée.

Anne-Carole BENSADON

Philippe MAGNE

Benjamin MAURICE

# ANNEXES

- ANNEXE 1 : Lits de psychiatrie autorisés dans le département de Haute-Garonne
- ANNEXE 2 : Contenu détaillé des dangers graves et imminents (DGI) de 2024 se rapportant aux EIG
- ANNEXE 3 : Le projet de reconfiguration des urgences psychiatriques au deuxième étage du bâtiment URM
- ANNEXE 4 : La grille d'analyse Alarm

# ANNEXE 1 : Lits de psychiatrie autorisés dans le département de Haute-Garonne

**Le nombre de lits de psychiatrie autorisés dans le département de Haute-Garonne figure ci-dessous.**

Tableau 1 : Capacitaire de la filière psychiatrique en Haute Garonne (répartition des lits par établissements)

Psychiatrie adultes	Nombre de lits en zone ouverte / fermée			
	ouverts	fermés	total	Dédiés à l'isolement
<b>Service public</b>				
<b>CHGM</b>	<b>229</b>	<b>35</b>	<b>264</b>	<b>18 (-2)</b>
<b>7 unité d'admission (UA)</b>	<b>105</b>	<b>35</b>	<b>140</b>	<b>14</b>
	15	5	20	2
	15	5	20	2
	15	5	20	2
	15	5	20	2
	15	5	20	2
	15	5	20	2
	15	5	20	2
<b>Pavillon jeunes adultes (PAJA)</b>	<b>12</b>		<b>12</b>	<b>2</b>
<b>Accueil familiale thérapeutique (AFT)</b>	<b>11</b>		<b>11</b>	
<b>Appartements thérapeutiques</b>	<b>19</b>		<b>19</b>	
	5			
	14			
<b>2 Centres post cure</b>	<b>28</b>			
	18			
	10			
<b>3 unités de soins de suite et de réhabilitation</b>	<b>54</b>		<b>54</b>	
	18			
	20			
	16			
<b>CHU TOULOUSE</b>	<b>83</b>	<b>5</b>	<b>88</b>	<b>8</b>
<b>4 unités d'admission</b>	<b>83</b>	<b>5</b>	<b>88</b>	<b>8</b>
	17	5		2
	22			2
	22			2
	22			2
<b>Total secteur public</b>	<b>312</b>	<b>40</b>	<b>352</b>	<b>26</b>
	188	40	228	22
<b>Secteur privé</b>				
<b>Clinique Aufrery</b>	<b>150</b>		<b>150</b>	<b>6</b>
<b>Clinique Beaupuy (Groupe Ramsay)</b>	<b>144</b>	<b>21</b>	<b>166</b>	<b>1</b>

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

Clinique Castelviel	151		151	
Clinique Château de Seysses (groupe Orpea-Clinéa)	138		138	
	34			
	104			
Clinique les cèdres (groupe Ramsay)	134		134	
Clinique Maison de santé Maihol	100		100	1
Clinique Marigny ( groupe orpea clinea)	117		117	
	24			
	24			
	47			
	22			
Clinique Montberon	135	3	135	
<b>Total secteur Privé</b>	<b>1069</b>	<b>24</b>	<b>1093</b>	<b>8</b>
<b>GLOBAL</b>	<b>1381</b>	<b>64</b>	<b>1445</b>	<b>34</b>

Source : ARS Occitanie<sup>98</sup>

<sup>98</sup> Tableau modifié avec ajout de 2 lits d'isolement au PAJA, suite à la réponse du CHGM dans le cadre de la procédure contradictoire.



# ANNEXE 2 : Contenu détaillé des dangers graves et imminents (DGI) de 2024 se rapportant aux EIG

## 1 EIG des 10 et 11 février 2024

[1] À la suite des deux suspicions d'agressions sexuelles signalées dans la nuit du 10 au 11 février sur deux patientes prises en charge, la première aux urgences somatiques (en zone verte, AMT) et la seconde à l'UTOX, la procédure de DGI a été activée le lendemain<sup>99</sup>.

### 1.1 L'enquête de la Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail (F3SCT)

[2] Le procès-verbal de l'enquête cite le risque de choc psychologique et d'épuisement professionnel des personnels<sup>100</sup>. Le PV indique que le samedi 10 février 2024, les urgences psychiatriques étaient saturées avec 200 % d'occupation au sein du secteur chaud et 150 % au sein du secteur froid, 10 patients étant présents depuis plus de 36 heures, des patients dormant dans les box de consultation. L'administrateur de garde a été contacté pour deux suspicions d'agressions sexuelles sur des patientes, une sur une patiente en contention par un patient, l'autre allant fumer dans le hall de l'URM par une personne extérieure.

[3] Le PV poursuit en indiquant que les personnels choqués avaient annoncé cinq agressions physiques de personnels le week-end précédent. Le PV fait état de personnels passant les relèves en pleurs depuis plusieurs mois en raison de la saturation quasi permanente du service par manque d'amont et d'aval. Le PV indique que la direction a demandé à du personnel de l'UF1 de renforcer les équipes des urgences psychiatriques pour améliorer la surveillance des patients. Les équipes ont répondu en demandant que l'on ne leur enlève pas de personnel.

### 1.2 La réunion de la F3SCT

[4] Alors que les représentants du personnel sont alertés le 12 février de la décision de suppression de postes d'IDE et d'AS (1 IDE et 1 AS en moins le matin et soir et 1 IDE en moins

---

<sup>99</sup> Le 1 février 2024, l'ARS a été rendue destinataire d'un premier rapport de la directrice de garde sur le site de Purpan.

<sup>100</sup> Dans un message électronique, les représentants du personnel rappellent que le 10 février, deux patients ont fugué dont 1 SDRE et qu'il y avait ce jour-là 16 patients présents dans les urgences somatiques dont 6 sous contrainte et sans aucune solution d'aval à 15h. Il est également fait état dans ce message de la succession d'agressions physiques qui ont touché 5 soignants la semaine précédente.

la nuit) à l'UF1<sup>101</sup>, une réunion avec la direction est organisée le 12 février au cours de laquelle cette dernière apporte un certain nombre d'éléments de contexte et de réponse supplémentaires sur les EIG. Elle rappelle tout d'abord que les organisations médico-soignantes du CHU sont dimensionnées pour assurer la sécurité des biens et des personnes et que le bâtiment de l'URM est équipé de plusieurs caméras de vidéoprotection sachant que des rondes d'agents de sécurité ont lieu tous les jours, 24h sur 24.

[5] Il est fait état du quotidien difficile en raison des accidents qui ont marqué les semaines précédentes, de la saturation régulière des consultations et de la difficulté de trouver des lits d'aval. Il est rappelé qu'il a été proposé aux professionnels de santé des services concernés par les EIG d'être mis en relation avec la cellule d'urgence médico-psychologique et le service de santé au travail. Il est indiqué qu'au moment des événements ce samedi de 19h à 23h, l'UHCD était à l'effectif requis (2 IDE et 2 AS), comme la zone verte des urgences somatiques (3 IDE et 3 AS), et les autres zones. Seul manquait un renfort volant sur le poste de l'IOA à l'accueil, pour lequel une demande d'intérim et une mission Zaggo avait bien été lancée. Il est précis qu'aucune absence n'a été enregistrée le dimanche sur ces secteurs.

[6] La direction du CHU explique que les consultations des urgences psychiatriques sont amenées à accueillir des patients couchés, depuis plusieurs mois dans un contexte de réorientation des patients SDRE devenus complexes au sein des établissements du territoire.

[7] En réponse à la demande des représentants du personnel de renfort des effectifs des urgences, la direction propose que ce point soit étudié en soulignant qu'elle estime que le secteur de la psychiatrie soit sous-doté au regard de l'activité et du nombre de patients pris en charge.

[8] Elle rappelle que les représentants du personnel demandent de sécuriser l'UHCD la nuit notamment via la fermeture des portes de l'unité (lecteur badge) et indique y être favorable. Les organisations syndicales demandent la création d'un espace dédié à l'accueil des femmes victimes de violences. La direction déclare y être favorable sur le principe, le projet de mise en place d'une maison des femmes étant également une priorité institutionnelle. La direction rappelle enfin sa vigilance quant à l'organisation des agents de sécurité à l'URM.

[9] La direction est d'accord pour réunir une formation spécialisée de site. Les organisations syndicales souhaitent que le directeur général de l'ARS y participe, considérant l'enjeu territorial de fluidification des parcours des patients de psychiatrie.

## 2 EIG du 14 février 2024

### 2.1 L'enquête de la F3SCT

[10] Un DGI est déposé le 14 février sur le suicide du patient aux urgences psychiatriques. L'enquête de la F3SCT est lancée et le procès-verbal qui en résulte identifie « tous les postes du bâtiment psychiatrique de Purpan » comme étant concernés et qualifie le risque de « choc

---

<sup>101</sup> Les représentants du personnel rappellent qu'un incendie a été déclenché le 28 janvier 2024 par un patient piégé par celui-ci au sein de l'UF1. D'après eux, l'enquête sur cet événement n'a pas permis de trouver un consensus avec la direction et la F3SCT ne s'est pas réunie à son sujet.

psychologique, épuisement professionnel ». L'enquête de la F3SCT fait état de la situation aux urgences psychiatriques avec un taux de saturation la veille de 200 % en secteur froid et de 200 % également en secteur chaud avec 17 personnes aux urgences depuis plus de 36 heures. L'administrateur de garde a été sollicité à la suite de la découverte du corps d'un patient aux urgences depuis le 4 février. L'enquête évoque les personnels choqués, en colère et révoltés par le fait de ne pas avoir été écoutés. Une alerte est lancée sur le risque de passage à l'acte des personnes du service et il est demandé à la direction d'agir pour que les conditions de travail s'améliorent dans le service car les agents sont en danger. Figurent ensuite dans le PV des mesures demandées et des suites données par la direction.

Tableau 1 : Mesures demandées au cours par la formation spécialisée F3SCT au sujet de l'EIG du 14 février 2024 et suites données

Mesures de prévention demandées par la F3SCT	Réponses et suites données par la direction du CHU <sup>102</sup>
Désengorgement immédiat et en particulier des urgences psychiatriques	Oui.
Respect du statut de consultation du service	Non. Pas de suite donnée
Satisfaction des revendications du personnel des UF de 39 ETP supplémentaires pour renforcer le personnel en aval et accueillir plus de patients en aval des urgences	Pas de réponse
Recrutement d'un médecin de psychiatrie supplémentaire aux consultations d'urgence de psychiatrie 7 jours sur 7, 24 heures sur 24	Pas de réponse
Renfort de une fois et demie le personnel des CMP et structures en amont de psychiatrie publiques urgences de psychiatrie.	Pas de réponse
Sécurisation de l'UHCD, fumeur dans l'UHCD	Oui. Réponse favorable donnée
Venue immédiate du ministre et du directeur général de l'ARS pour autoriser	Pas de réponse donnée

<sup>102</sup> Les demandes faites et les réponses apportées sont celles qui figure sur le procès-verbal d'enquête de la F3SCT

des lits supplémentaires et services ambulatoires sur la région toulousaine. Présence de l'ARS à la réunion de la F3SCT demain [le 15/02] à 10h	
Espace dédié aux urgences pour les femmes victimes de violences, la médecine légale doit voir les victimes d'agressions sexuelles immédiatement, comme demandé en 2016	Non. Pas de suite donnée
Formation des infirmières aux premières constatations et habilitation à faire les premiers prélèvements	Favorable
Reconnaissance des accidents du travail pour les agents qui les déclarent	Oui. Suite donnée

Source : enquête de la F3SCT

[11] Ce PV n'a pas été signé par la direction. Rendue destinataire de ce PV, l'inspection du travail compétente relève à cet égard « qu'il appartient aux deux parties de signer ce PV avant tout envoi. »

## 2.2 La résolution de la F3SCT

[12] Consécutivement à l'enquête et aux suites qui lui ont été réservées, une résolution des membres élus de la F3SCT a été adoptée le 15 février 2024 qui préconise :

Le maintien de la régulation du SAMU. Une réponse négative est opposée

- Le respect du statut de consultation (sur la DMS en heure). Une réponse favorable est apportée mais suspendue à l'obtention de lits d'aval ;
- La réouverture de 4 chambres avec 8 lits, ce qui suppose l'embauche de 2 binômes IDE / AS en 24 heures. Aucune réponse n'a été donnée ;
- La mise à jour du DUERP ;
- Le recrutement pour le service de santé et de sécurité au travail de 2 psychologues, 2 kinés, 2 ergonomes, 10 IDE à temps plein, 5 médecins du travail. Aucune réponse n'a été donnée ;
- La mise à disposition de la RMM ;
- La possibilité pour les agents de voir les psychologues sur le temps de travail ou en heures supplémentaires avec une note de service ;
- Le recrutement d'agents de sécurité. Une réponse négative est opposée ;
- La construction d'un calendrier nominatif pour la formation OMEGA. Il est répondu que ce sera le cas en 2024 ;

- L'ouverture pour l'agent en 10h-22h de l'accès au parking de la psychiatrie.

## 2.3 Le courrier de l'inspection du travail<sup>103</sup>

[13] Après s'être déplacée sur les lieux le 15 février 2024 compte tenu du contexte et avoir assisté à la réunion de la F3SCT, l'inspection du travail compétente pour le CHU adresse une lettre d'observation au DRH ainsi qu'à Mme Bruxelles<sup>104</sup>. Dans ce courrier, elle rappelle les dispositions applicables en matière de procédure de danger grave et imminent.

[14] Faisant état des divergences entre les représentants du personnel sur les préconisations faites et ayant préconisé qu'une double signature est nécessaire avant envoi du PV, elle détaille ensuite les différentes mesures prises ou proposées. Elle rappelle ainsi que les agents concernés par l'EIG ont été pris en charge, que le cadre de santé a remplacé ceux qui ont été en contact avec la personne qui s'est suicidée, que le médecin du travail a été prévenu et qu'une cellule d'urgence psychologique a été activée, que les agents ont été mis en relation avec un médecin des urgences en cas de besoin d'arrêt maladie et qu'une psychologue s'est entretenue avec le service.

[15] L'inspection du travail détaille ensuite les mesures prises en matière de gestion des flux avec le lien établi avec le SAMU pour réguler les demandes sur d'autres établissements, le transfert accéléré des patients présents dans le service, la régulation avec les autres établissements du territoire suite aux consignes données par l'ARS sur la priorisation.

[16] Elle évoque la réunion organisée le lendemain 16 février à l'ARS avec la sollicitation faite par la direction de la présence d'un représentant par syndicat. La mise en place d'une deuxième ligne de garde les fins de semaine est rappelée tout en précisant qu'un médecin est attendu pour la remplir.

[17] L'inspection du travail fait également état des mesures prises en matière de sécurisation des lieux au travers de rondes de sécurité renforcée, de la mise en place d'un interphone opérationnel et de l'organisation d'une formation OMEGA<sup>105</sup> pour le personnel.

[18] Elle souligne le caractère constructif des mesures mises en place pour accompagner les agents mais évoque l'hypothèse d'une persistance des désaccords entre les représentants du personnel et la direction sur les mesures à prendre en indiquant que dans pareilles circonstances, il appartient aux premiers de la saisir en motivant la demande de désaccord et en précisant les manquements en matière d'hygiène et de sécurité et les mesures proposées pour remédier à la

---

<sup>103</sup> Le CHU étant un établissement public hospitalier, l'inspection du travail territorialement compétente pour le site de Purpan ne peut connaître que des questions relatives à l'application des dispositions du code du travail relatives à la santé et à la sécurité au travail des agents de l'établissement (article L4111-1 du code du travail).

<sup>104</sup> Directrice adjointe en charge de la co animation de la RSE auprès de la DQRUSS

<sup>105</sup> La formation OMEGA porte sur la gestion par les agents des situations de crise. Elle est prévue au programme annuel de prévention des risques (PAPRIACT) pour l'ensemble des agents du pôle de psychiatrie. Elle peut être complétée pour les psychiatres par une formation HCR 20, également prévu par le PAPRIACT, qui porte sur l'évaluation de la gestion du risque de comportements violents.

situation (par exemple en joignant la liste des préconisations qu'ils souhaitent voir mises en œuvre) afin qu'elle rédige un rapport adressé à la direction et aux représentants du personnel

[19] Se projetant au-delà des circonstances qui ont motivé sa saisine, l'inspection du travail rappelle à la direction la nécessité de mener une enquête conjointe (l'adjectif est souligné) laquelle peut être réalisée en plusieurs temps. Elle rappelle qu'en cas de désaccord, il convient de réunir la formation spécialisée dans les 24 heures et de l'en informer.

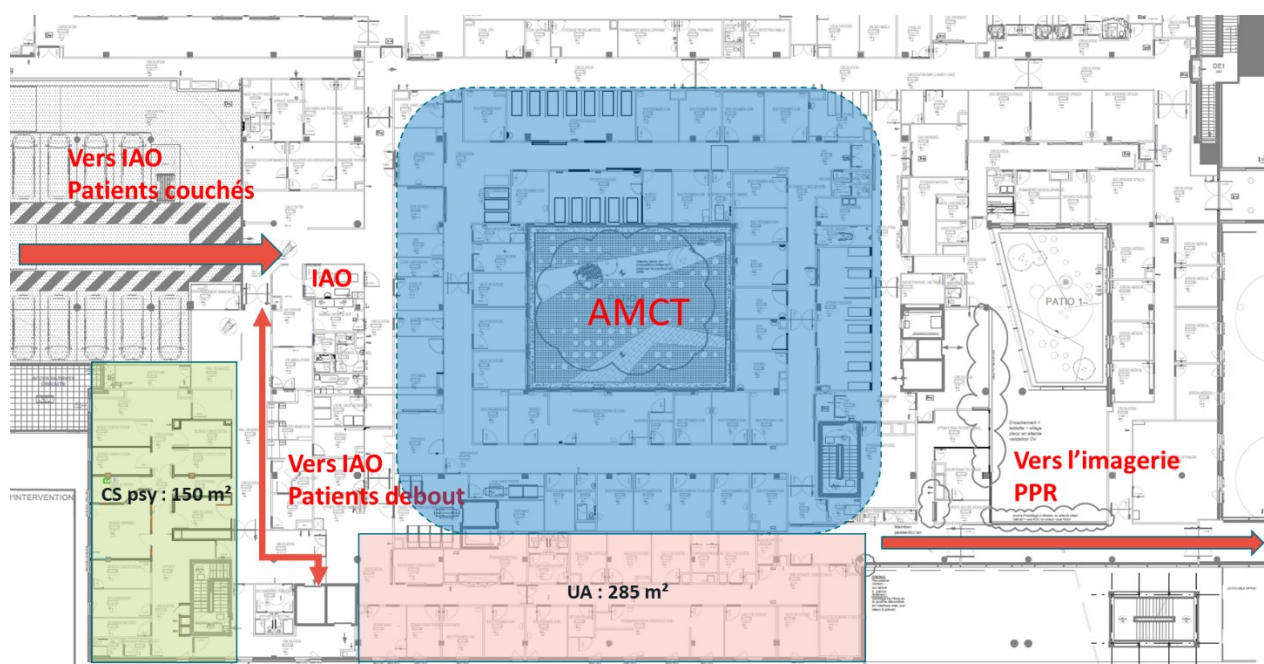
[20] L'inspection du travail rappelle les conditions de mise en œuvre de la procédure de DGI en recommandant qu'elle soit appliquée et utilisée dans les cas le permettant. L'inspection indique que la procédure doit être limitée à des situations extrêmes où l'agent a un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé. Apportant des précisions sur le DGI, l'inspection rappelle qu'il y a danger grave et imminent lorsqu'on est en présence d'une menace de nature à provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique d'un travailleur dans un délai proche. Elle indique que la notion de danger grave et imminent concerne plus particulièrement les risques d'accidents, puisque l'accident est dû à une action soudaine entraînant une lésion au corps humain. Elle souligne que le danger est une menace pour la vie ou la santé du salarié, c'est-à-dire une situation de fait en mesure de provoquer un dommage à l'intégrité physique du travailleur. Selon l'inspection du travail, le danger doit être grave et non simplement léger. Est grave ce qui est susceptible de conséquences fâcheuses, de suites sérieuses, dangereuses.

[21] Poursuivant sa démarche pédagogique, l'inspection indique qu'il est exigé de l'agent un minimum de réflexion, la perception d'un danger inhabituel. D'après elle, l'agent doit avoir un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé. Elle conclut en indiquant que le DGI est un outil à utiliser avec mesure et uniquement dans les circonstances d'une extrême gravité au sein du CHU.

## ANNEXE 3 : Le projet de reconfiguration des urgences psychiatriques au deuxième étage du bâtiment URM

- [1] Le DG du CHU a adressé le 7 avril 2024 un « Programme de soutien de la psychiatrie du CHU de Toulouse et d'amélioration de la filière des urgences psychiatriques pour le territoire ».
- [2] La mission a analysé notamment le dispositif 2 « Redimensionner la filière des urgences psychiatriques au service du territoire », basé sur une reconfiguration des urgences psychiatriques au deuxième étage du bâtiment URM.
- [3] Ce projet présente des améliorations très importantes par rapport à la configuration actuelle des locaux.

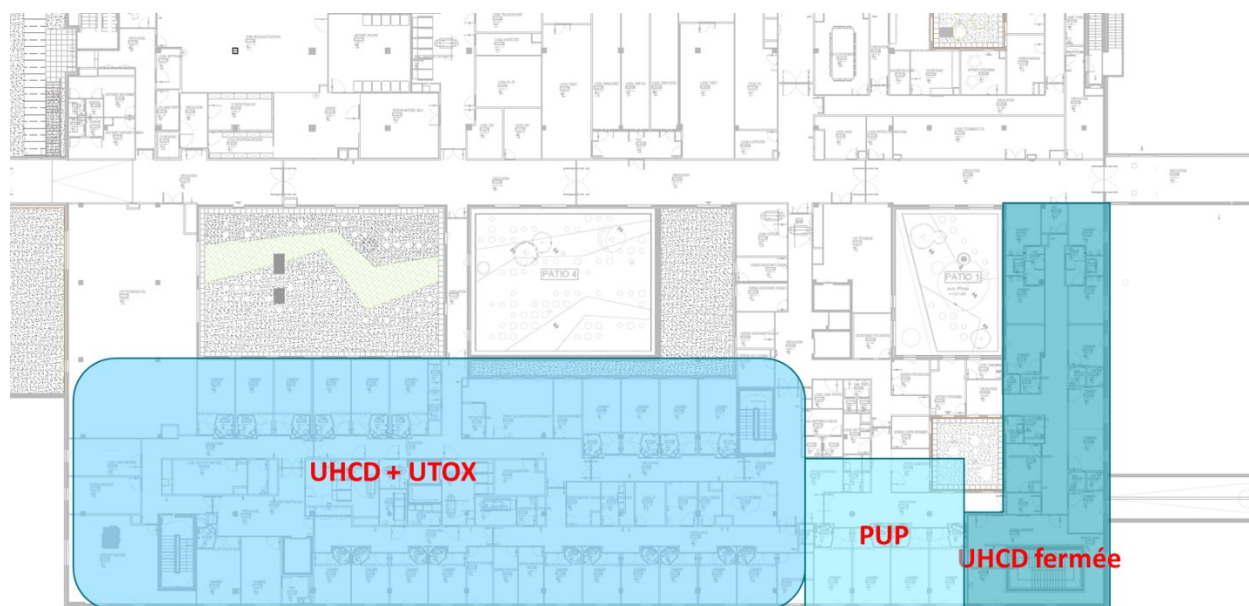
Schéma 1 : Configuration actuelle du premier étage du bâtiment URM



Source : Direction du patrimoine CHU / traitement mission ; AMCT : accueil médico-chirurgical et traumatique ; CS Psy ; consultations psychiatriques ; UA : unité ambulatoire ; PPR : bâtiment Pierre Paul Riquet



Schéma 2 : Configuration actuelle du deuxième étage du bâtiment URM



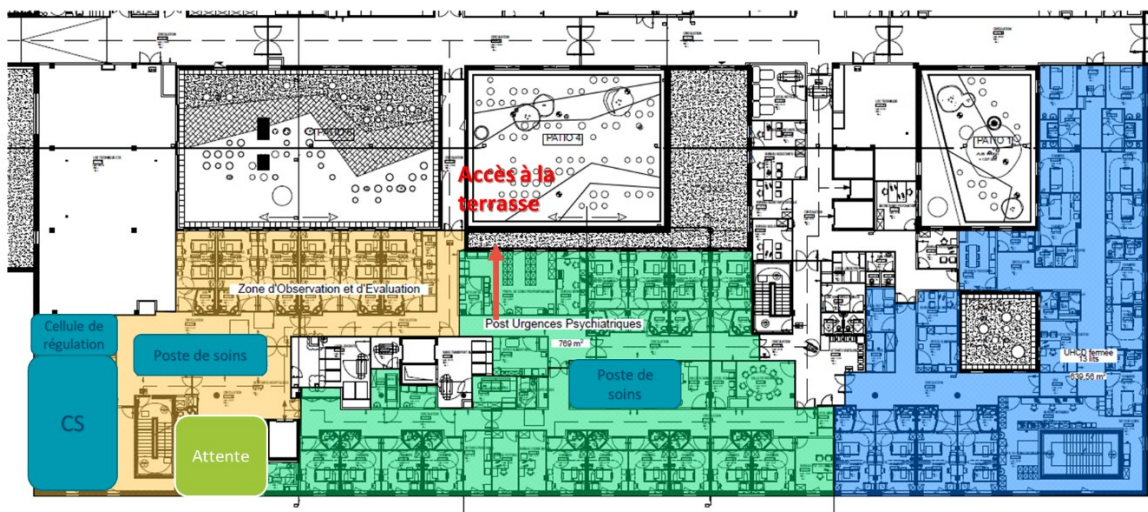
Source : Direction du patrimoine CHU / traitement mission ; UHCD+UTOX : UHCD somatique et Unité de toxicologie ; UHCD « fermée » : UHCD psychiatrique « fermée » ; PUP : post-urgences psychiatriques

[4] Il s'agit, après déménagement d'un autre service localisé au 4<sup>ème</sup> étage du bâtiment URM dans le bâtiment Pierre Paul Riquet, d'y installer l'UHCD somatique et l'UTOX dans cet espace libéré, puis de regrouper toutes les entités des urgences psychiatriques sur un seul étage (au deuxième étage du bâtiment URM). Ainsi les patients psychiatriques seraient à leur arrivée évalués cliniquement au 1<sup>er</sup> étage par le binôme IAO / Médecin et, en l'absence de composante somatique, accompagnés au deuxième étage.

[5] Cette plate-forme présente l'avantage, avec un gain de superficies utiles, de deux postes de soins, de quatre bureaux de consultations et de six box d'accueil, avec espace de confidentialité et de prise en charge initiale, attenants à la cellule territoriale de régulation psychiatrique médicalisée. À proximité, l'Unité d'hospitalisation de lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques (LICPUP) de 15 lits, et l'UHCD « fermée », passant de 9 à 12 lits. Les accès en seront sécurisés, et un patio fermé permettra aux patients fumeurs ou qui le souhaitent d'y déambuler en sécurité tout en étant à portée de vue des soignants. Le CHU annonce une mise en service en septembre 2024, pour un coût de 500 k€ TDC.

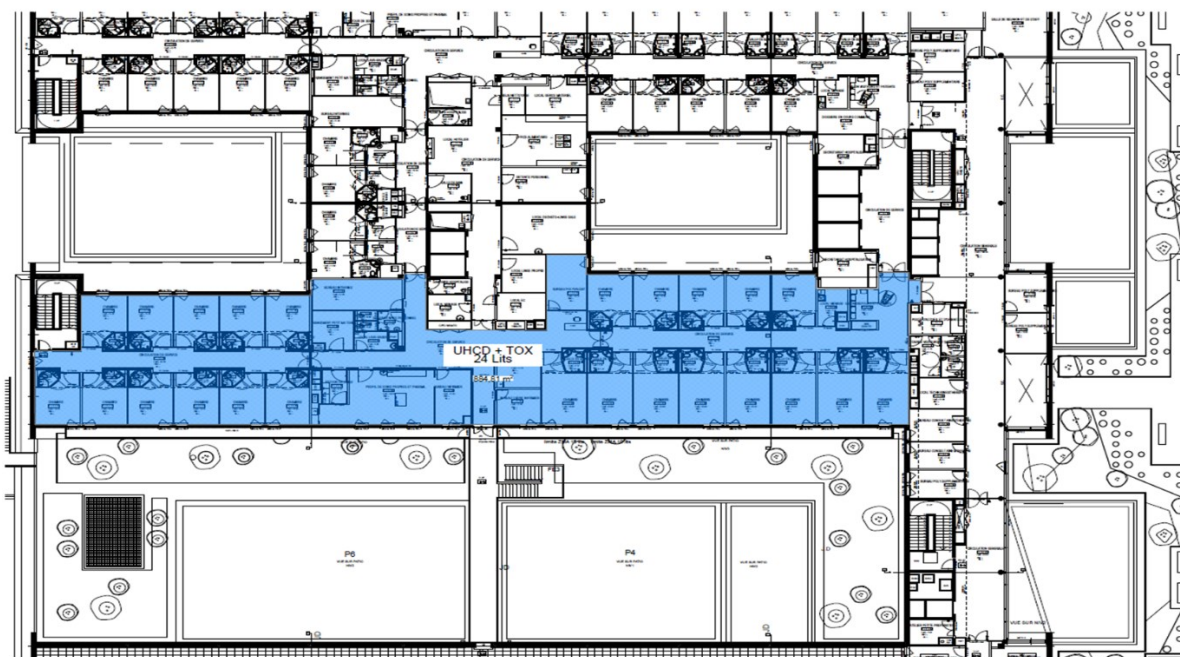


Schéma 3 : Future configuration du deuxième étage du bâtiment URM



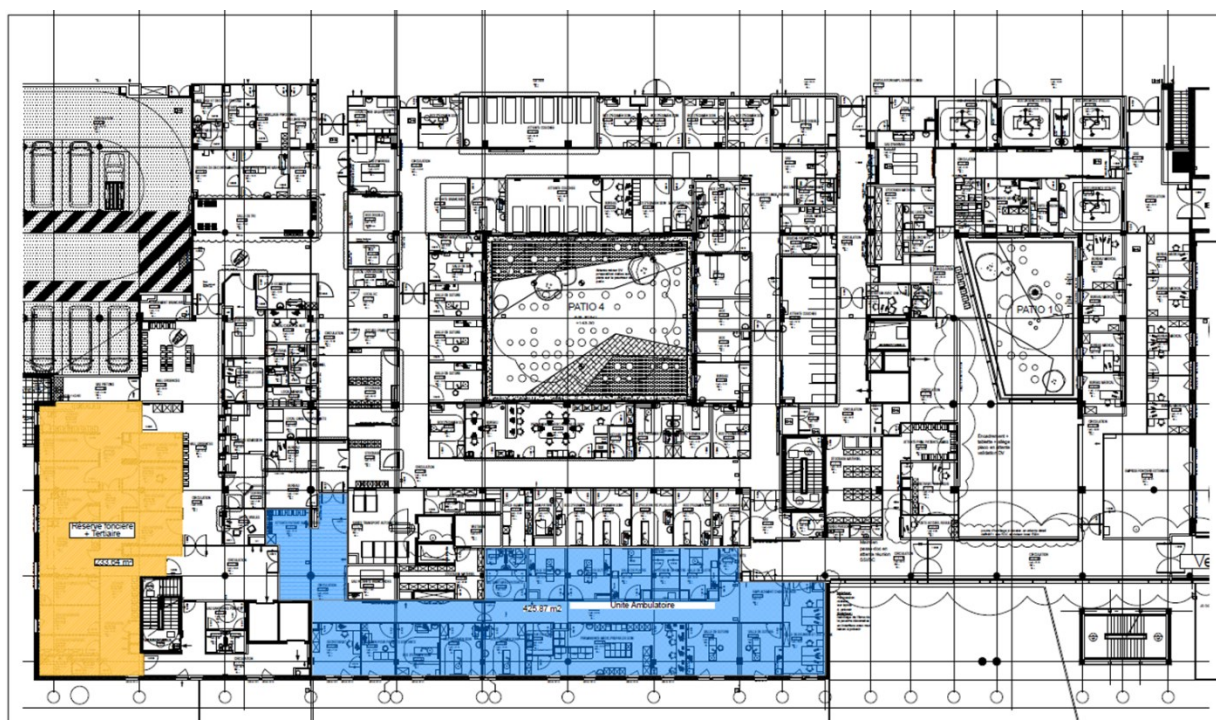
Source : Direction du patrimoine CHU

Schéma 4 : Future configuration du quatrième étage du bâtiment URM



Source : Direction du patrimoine CHU


Schéma 5 : Nouvelle configuration du premier étage du bâtiment URM, ménageant une réserve foncière tertiaire (en orange, ex-consultation des urgences psychiatriques)



Source : Direction du patrimoine CHU

[6] Cette reconfiguration s'accompagne de ressources humaines évaluées par le CHU à 6,2 ETP IDE, 3,16 AS, 1 ETP administratif, 5,7 ETP médiateurs pérennisés et 1,5 ETP de médecin psychiatre permettant d'assurer la présence sur le fonctionnement de journée du lundi au vendredi, et qui assurera la médicalisation de la cellule territoriale de régulation. Le coût de l'opération en ressources humaines et d'aménagement est évalué à 1 343 068 €, incluant les charges indirectes, le coût des investissements à hauteur de 500 K€ TDC étant inclus.

# ANNEXE 4 : La grille d'analyse Alarm

 <b>GRILLE ALARM</b>	
Facteurs contributifs par catégorie	
<b>1. Facteurs liés au patient</b>	
1.1	Antécédents
1.2	Etat de santé (pathologies, co-morbidités) Traitements
1.3	Personnalité, facteurs sociaux ou familiaux
1.4	Relations conflictuelles
1.5	
<b>2. Facteurs liés aux tâches à accomplir</b>	
2.1	Protocoles ( indisponibles, non adaptés ou non utilisés)
2.2	Résultats d'examens complémentaires (non disponibles ou non pertinents )
2.3	Aides à la décision ( équipements spécifiques , algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)
2.4	Définition des tâches
2.5	Programmation, planification
<b>3. Facteurs liés à l'individu (soignant)</b>	
3.1	Qualifications, compétences
3.2	Facteurs de stress physique ou psychologique
<b>4. Facteurs liés à l'équipe</b>	
4.1	Communication entre professionnels
4.2	Communication vers le patient et son entourage
4.3	Informations écrites (dossier patient..)
4.4	Transmissions et alertes
4.5	Répartition des tâches
4.6	Encadrement, supervision
4.7	Demandes de soutien ou comportements face aux incidents
<b>5. Facteurs liés à l'environnement de travail</b>	
5.1	Administration
5.2	Locaux (fonctionnalité, maintenance, hygiène etc)
5.3	Déplacements, transferts de patients entre unités ou sites
5.4	Fournitures ou équipements (non disponibles, inadaptés ou défectueux)
5.5	Informatique (disponibilité, fonctionnement, maintenance)
5.6	Effectifs (inadaptés en nombre ou en compétences)
5.7	Charge de travail, temps de travail
5.8	Retards, délais
<b>6. Facteurs liés à l'organisation et au management</b>	
6.1	Structure hiérarchique (organigramme, niveaux décisionnels)
6.2	Gestion des ressources humaines, interim, remplaçant
6.3	Politique de formation continue
6.4	Gestion de la sous-traitance
6.5	Politique d'achat
6.6	Management de la qualité, sécurité,hygiène et environnement
6.7	Ressources financières
<b>7. Facteurs liés au contexte institutionnel</b>	
7.1	Politique de santé publique nationale
7.2	Politique de santé publique régionale
7.3	Systèmes de signalement

2010-08-16 Grille ALARM V2

# **OBSERVATIONS DES ORGANISMES AUDITÉS ET RÉPONSES DE L'IGAS**

# **OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'ARS OCCITANIE ET RÉPONSES DE L'IGAS**

## Direction générale

Date : 17 juillet 2024

PJ : 1

**M. Thomas AUDIGE**

Chef de l'inspection générale  
des affaires sociales

**OBJET :** Procédure contradictoire – Observations de l'ARS Occitanie

**REFERENCE :** IGAS - rapport d'orientations provisoires - juin 2024

« Situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne - Rapport 1 : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan »

Monsieur,

Par mail du 3 juillet dernier, vous m'avez transmis, dans le cadre de la procédure contradictoire, le rapport provisoire de l'IGAS sur la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne : rapport 1 – contrôle à la suite d'événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan, m'invitant à vous faire parvenir mes éventuelles observations sur les constatations de ce document, pour le 17 juillet.

La lecture du rapport provisoire amène peu d'observations de ma part. Celui-ci est analytique et chronologique sur les événements survenus aux urgences psychiatriques à Toulouse détaillant la situation des urgences et prenant en compte le contexte général de difficultés de recrutement et d'augmentation des besoins de prise en charge à la suite de la crise sanitaire.

Ci-après mes observations selon les recommandations rappelées dans la notice transmise lors de votre envoi susvisé :

**§ 5 : Des alertes répétées au sein du CHU et du CHU vers les ARS concernent....**

Observation ARS OC : Il n'y a qu'une seule ARS Occitanie ; les courriers du CHU ont été adressés à l'ARS, que ce soit à la délégation départementale de Haute-Garonne ou à la Direction générale, mais c'est bien toujours la même ARS. Il est important de ne pas laisser croire qu'il y aurait deux ARS. Sauf si les rapporteurs visent les ARS successives, à savoir l'ARS Midi-Pyrénées avant fusion des régions en 2016 et l'ARS Occitanie ensuite.

**§ 7 : Les réponses apportées par les ARS ...**

Observation ARS OC : Même observation qu'au paragraphe 5

**§ 30 : A la suite de ces événements, le Ministre délégué chargé de la santé s'est déplacé à Toulouse...**

Observation ARS OC : il convient de préciser qu'en amont de la visite du Ministre, le directeur général de l'ARS s'est rendu sur place le vendredi 16 février ; il a visité le service puis réuni l'ensemble des acteurs (élu, équipes, représentants des personnels) et a décidé de mettre en œuvre un comité de suivi avec l'annonce de plusieurs mesures, reprises par le ministre lors de sa visite



**§ 369** : Cette cellule de régulation **régionale** est...

Observation ARS OC : la cellule de régulation est départementale pour le département de la Haute-Garonne

**§ 374** : Un projet de signature d'un pacte territorial... Cette signature est alors **envisagée à compter de la mi-mai, en présence du ministre.....**

Observation ARS OC : la signature du pacte de refondation de la psychiatrie en Haute-Garonne était effectivement initialement prévue en présence du ministre à la mi-mai ; les acteurs se sont employés avec l'ARS à finaliser ce pacte pour cette date ; toutefois, au regard du contexte politique (élections européennes, puis législatives), il n'a pas été possible d'organiser cette signature pour cause de période de réserve électorale. Le pacte est donc finalisé et prêt à être signé ; il le sera d'ici septembre sans présence du ministre. Vous trouverez, ci-joint, en annexe la dernière version en cours de finalisation.

**Recommandation 13** : Autorité responsable : **CHU**

Observation ARS OC : ajouter l'ARS dans la colonne « autorité responsable » dans la mesure où le projet est financé par l'ARS et doit faire l'objet d'une contractualisation.

**Conclusion (page 113)**

Observation ARS OC : sur la nécessité de repenser l'amont et l'aval des urgences psychiatriques y compris la filière pédopsychiatrique, je partage bien évidemment ce constat qui comme il est indiqué fera l'objet du second rapport.

Est évoquée l'hypothèse d'une grande garde de weekend de psychiatrie inspirée du modèle de celle de neurochirurgie en Ile de France où les établissements sont de garde chacun leur tour et font en sorte d'accueillir toutes les urgences en ayant au préalable libéré les plages de bloc opératoire et les lits nécessaires, ce modèle ne me paraît pas compatible avec une spécialité comme la psychiatrie dans le contexte régional.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur général

  
Didier JAFFRE

# Réponses aux observations du directeur général de l'ARS Occitanie dans le cadre de la procédure contradictoire

**§ 5 :** Il n'y a qu'une seule ARS Occitanie ; les courriers du CHU ont été adressés à l'ARS, que ce soit à la délégation départementale de Haute-Garonne ou à la Direction générale, mais c'est bien toujours la même ARS. Il est important de ne pas laisser croire qu'il y aurait deux ARS. Sauf si les rapporteurs visent les ARS successives, à savoir l'ARS Midi-Pyrénées avant fusion des régions en 2016 et l'ARS Occitanie ensuite.

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 7 :** même observation qu'au paragraphe 5

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 30 :** il convient de préciser qu'en amont de la visite du Ministre, le directeur général de l'ARS s'est rendu sur place le vendredi 16 février ; il a visité le service puis réuni l'ensemble des acteurs (élus, équipes, représentants des personnels) et a décidé de mettre en œuvre un comité de suivi avec l'annonce de plusieurs mesures, reprises par le ministre lors de sa visite

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 369 :** la cellule de régulation est départementale

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 374 :** la signature du pacte de refondation de la psychiatrie en Haute-Garonne était effectivement initialement prévue en présence du ministre à la mi-mai ; les acteurs se sont employés avec l'ARS à finaliser ce pacte pour cette date ; toutefois, au regard du contexte politique (élections européennes, puis législatives), il n'a pas été possible d'organiser cette signature pour cause de période de réserve électorale. Le pacte est donc finalisé et prêt à être signé ; il le sera d'ici septembre sans présence du ministre. Vous trouverez, ci-joint, en annexe la dernière version en cours de finalisation.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**Recommandation 13 :** ajouter l'ARS dans la colonne « autorité responsable »

Réponse de la mission : rédaction maintenue. Compte tenu des missions conférées au chef de projet dont la mission prévoit la nomination par le CHU, l'autorité responsable de la mise en œuvre de cette recommandation ne peut être partagée et revient au CHU. L'ARS est légitime à suivre l'exécution de cette action dans le cadre de la contractualisation envisagée (cf. recommandation 14).

**page 113 :** est évoquée l'hypothèse d'une grande garde de week-end de psychiatrie inspirée du modèle de celle de neurochirurgie en Ile de France où les établissements sont de garde chacun leur tour et font en sorte d'accueillir toutes les urgences en ayant au préalable libéré les plages de bloc opératoire et les lits nécessaires, ce modèle ne me paraît pas compatible avec une spécialité comme la psychiatrie dans le contexte régional.

Réponse de la mission : rédaction maintenue



# **OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GÉNÉRAL DU CHU DE TOULOUSE ET RÉPONSES DE L'IGAS**

Toulouse, le 17 juillet 2024

## **Rapport d'observations du CHU de Toulouse en réponse au Rapport provisoire n°1 de l'IGAS concernant la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne**

☸

V./Réf. (IGAS) : 2024-018R1 - rapport provisoire 1 : contrôle à la suite des événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan

N./Réf. (CHUT) : LJ/JFL/ED 2024-175

**Objet** : Observations du CHU de Toulouse en réponse au rapport provisoire n°1 de l'IGAS - Psychiatrie

☸

C'est avec attention que le CHU a pris connaissance du rapport provisoire de l'IGAS, réceptionné le 3 juillet 2024, relatif aux événements survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse – site Purpan.

Plusieurs temps d'échange importants et réguliers ont mobilisé de nombreux responsables et professionnels impliqués dans les activités d'urgences psychiatriques et générales, outre la direction et les représentants de la gouvernance. La Direction générale a été attentive à transmettre l'ensemble des documents sollicités.

Le rapport retrace les éléments essentiels et historiques de la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne et en particulier de la filière des urgences psychiatriques, telle que ces urgences sont organisées à la suite du transfert de l'activité d'accueil des urgences du CH G. Marchant vers le CHU de Toulouse en 2001, situation qui connaît une tension croissante au fil des années et encore davantage après la crise sanitaire.

La gouvernance du CHU s'est particulièrement impliquée dans cette problématique depuis plusieurs années. Cette mobilisation s'est traduite en particulier depuis 2022 par des interventions régulières de la Direction et des responsables médicaux du pôle de psychiatrie, venant en appui auprès des équipes médicales et soignantes des urgences afin de fluidifier le parcours des patients et solliciter quasi quotidiennement (mails, appels téléphoniques) les établissements de santé spécialisés en psychiatrie du Département, à la recherche de places d'hospitalisation en aval des urgences.

Dans ce cadre, le soutien de l'ARS a été sollicité et a pu intervenir en appui de ces actions en faveur d'une meilleure régulation des hospitalisations impliquant l'ensemble des établissements du territoire. Des propositions d'amélioration des organisations internes au CHU – à configuration de l'offre de soins territoriale constante – ont été formulées par le CHU auprès de l'ARS, assorties de demandes ponctuelles de moyens.

Ainsi, dès 2022 puis encore en 2023, des nouvelles organisations et des mesures de renfort médical et soignant (DAPACO, DIRSP, bed-manager...) ont été prises par le CHU en faveur des équipes des urgences psychiatriques, afin d'assurer l'accueil des patients et la continuité de leur prise en charge sur le territoire, dans des conditions améliorées malgré un environnement externe toujours contraint.

À l'issue des EIG de février 2024, la Direction Générale et les responsables médicaux ont proposé et engagé sans délai la définition et la mise en œuvre de mesures en faveur d'une meilleure structuration des urgences et régulation des hospitalisations avec les établissements de santé de psychiatrie du Département : cellule de régulation, ouverture d'une unité de post-urgences. Ils ont en outre proposé début avril une profonde restructuration de la filière des urgences psychiatriques au CHU avec des espaces profondément redimensionnés pour la zone d'accueil, d'observation et d'évaluation des urgences psychiatriques et une nouvelle création de lits de soins sans consentement, l'ensemble sur une unité de lieu à proximité immédiate des urgences générales. Ce programme d'envergure, qui nécessite plusieurs déménagements de service et travaux sur le site de Purpan, se déploie dès à présent pour un achèvement prévu mi-octobre 2024.

Pour autant, le périmètre d'appréhension de la situation des urgences psychiatriques ne saurait se réduire au seul CHU. Il implique nécessairement les établissements de santé publics et privés de la Haute-Garonne, tant leur place et leur capacité à répondre déterminent l'efficacité du système (plus de 90% des lits de psychiatrie se situent hors CHU). Les événements indésirables graves, qu'a connus le CHU, y trouvent leur origine directe ; l'analyse de ces EIG nécessite d'intégrer cette configuration territoriale particulière que subit le CHU.

Dans le cadre du contradictoire, le **CHU souhaite formuler des observations articulées autour** :

1. d'éléments de précision ponctuels,
2. d'informations et d'éléments d'analyse complémentaires concernant les EIG,
3. de propositions d'amendement aux observations formulées dans le rapport de l'IGAS
4. d'une adhésion aux recommandations formulées, qui reprennent les propositions du CHU, avec l'enjeu de souligner l'importance et la priorité de certaines.

### **I - Des éléments de précision ponctuels**

<b>Paragraphe</b>	<b>Observations</b>
22	L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle »
57	Il y a 4 chambres d'isolement et non 2.
60	Sur le schéma, l'UHCD des urgences générales est indiquée au 1 <sup>er</sup> étage. Il est en fait au 2 <sup>ème</sup> étage à côté de l'UTOX.
83	Rappel du contexte territorial. Les patients ont dû être hospitalisés sur le secteur d'hospitalisation en raison de difficultés à trouver des lits d'aval pour les hospitaliser.
88	Il existe deux chambres d'isolement (au lieu de 1 indiquée dans le rapport).
127	Il s'agit de 8 lits fermés et non 9 lits.
§ 2.2 « Le viol... » (p 39)	L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle »
158	A 13h le samedi, un seul psychiatre prend la suite de l'équipe du matin. Vu le nombre de patients psychiatriques le week-end sur les urgences, la relève se concentre sur les patients les plus instables ou à voir.
159	Lorsque le risque suicidaire est évalué comme élevé des mesures spécifiques sont prises, au cas par cas.
168	L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle ».
185	Les locaux sont adaptés pour recevoir tous les patients en cours de prise en charge somatique et même ceux avec comorbidité psychiatrique. En revanche, c'est la question des conditions de la prise en charge et de la surveillance des patients contenus à leur lit qui semblent inadaptées. Les portes ne disposant pas d'oculus et les patients n'ayant pas de sonnette accessible.
Paragraphe 5 (page 73)	Le CHU avait fait part aux experts visiteurs de la HAS de la situation de tension rencontrée sur la filière psychiatrique, présentant lors de la visite les actions engagées par le CHU et les difficultés rencontrées avec les établissements du territoire.
Paragraphe 8 (page 86)	Ce paragraphe rappelle les différents échanges entre les structures publiques, privées et l'ARS sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Il rappelle notamment les courriers adressés par le CHU de Toulouse, que ce soit à l'ARS, au CH GM ou aux structures privées. Le CHU précise qu'en parallèle, des courriels d'alerte ou d'appels téléphoniques réguliers sur la situation spécifique de certains patients ou de tension des urgences psychiatriques étaient réalisés plusieurs fois par semaine par les directeurs référents successifs du pôle de psychiatrie du CHU. Ces courriels étaient adressés à l'ARS, aux cliniques privées et au CH GM. Le CHU a fourni à la mission IGAS 95 courriels pour la période allant du 1 <sup>er</sup> février 2022 au 9 février 2024.
358	La réunion a eu lieu le 16 février 2024.

## II - Des informations et des éléments d'analyse complémentaires concernant les EIG

Paragraphe	Observations
87	L'entretien entre un IDE de psychiatrie et la conjointe du patient à J2 enregistré dans le DPI mentionne le souhait d'«une hospitalisation à l'UF4 en premier choix et que le médecin traitant a fait une demande d'hospitalisation à Aufréry 3 jours plus tôt ».
90	<p>La famille aurait annoncé cette demande à Aufréry comme étant en cours (et non datant de 4 mois) lors des premiers contacts.</p> <p>Il y a eu un problème de communication sur ce sujet car la demande datait de l'automne, mais nous soulignons que 3 entretiens distincts réalisés par 3 professionnels du CHU, tracés dans le DPI, et parfois en présence de l'épouse ont conduit à cette mauvaise compréhension :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entretien psychiatre le soir de l'entrée le 4 février soirée : demande en cours</li> <li>- Transmission IDE le lendemain matin « le médecin traitant a fait une demande d'hospitalisation à Aufréry vendredi » (i.e 3 jours plus tôt)</li> <li>- Observation IDE le 6 février : « demande déposée le jour même par le médecin traitant »</li> </ul> <p>L'appel auprès de la clinique Aufréry pour vérifier a eu lieu à J5 et non J3.</p>
91	Il existe une erreur de date. La place disponible à Montberon date du 6 février et non du 7. Le dossier infirmier de J3 (mardi 6 février) mentionne : [...] 2 patients entrent à l'UF4. Le patient refuse toujours la clinique des Cèdres où une place est pourtant disponible.
92	Ce n'est pas le responsable de l'unité mais le chef de clinique qui connaît le patient et qui a été sollicité en direct par mail par la famille ensuite en vue d'une hospitalisation à l'UF4
94	Il s'agit de J3 et non J4
96	Il est à noter que le 8 février, jour du constat du quiproquo, le dossier du patient est reproposé immédiatement à l'ensemble des cliniques psychiatriques (par ailleurs toutes saturées à la veille d'un week-end). Cette information importante n'est pas rapportée dans le rapport.
99	Une place s'est à nouveau libérée aux Cèdres durant le week-end le patient la refuse à nouveau.
102	Proposition de remplacer « certain » par « probable ».
Paragraphe 2.1.2 (p 34)	<p>La formulation du titre peut laisser penser, de prime abord, que des discordances importantes existeraient sur les facteurs contributifs identifiés par la mission et la RMM réalisée par le CHU. Or, par nature, une RMM peut être incomplète.</p> <p>Après lecture de cette partie, en dehors de la filière psychiatrique en tension qui ne fait peut-être pas assez explicitement référence à la cause racine d'une tension dans le recrutement de psychiatres ou d'IDE en psychiatrie, le CHU n'identifie pas de facteur identifié par la mission et non relevé par la RMM.</p> <p>La mission insiste sur des éléments de contexte sous-jacents mais il ne s'agit pas de facteurs contributifs à l'évènement (Ex : l'horodatage).</p>
111	Le CHU tient à préciser qu'à aucun moment les facteurs contributifs à l'évènement ne sont hiérarchisés. De ce fait, les facteurs contributifs liés au patient ne sont pas plus importants que d'autres facteurs contributifs. Ils sont uniquement décrits. La phrase qui indique que dans la RMM, « ne sont évoqués que les cliniques et non un des services de psychiatrie du CHU mentionné comme le premier choix du patient » est inexacte. La sollicitation de l'UF4 est précisée à plusieurs reprises dans le compte-rendu de RMM.
114	Il s'agit de J5 au lieu de J4.
155	Il convient de souligner que la patiente a été vue par un IDE de psychiatrie dans la matinée avec entretien prolongé et une évaluation approfondie des idées suicidaires.
180	Une précision : le médecin légiste est contacté dans la nuit de J2 à J3.

200 – tableau 8	<p>Il existe plusieurs doublons (2 FEI au sujet d'une même situation) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 3 et 4 fev 2022 : situation identique qui a duré toute la journée du 3 et dans la nuit du 3 au 4 avec hospitalisation de patients sur la consultation</li> <li>- 30 et 31 mars 2022 : situation identique qui a duré toute la journée du 30 et dans la nuit du 30 au 31 avec hospitalisation de patients sur la consultation</li> <li>- 19, 20 et 21 avril 2022 : situation identique mais qui s'étale entre la journée du 19 et la nuit du 19 au 20 (7 patients) et la prise de poste du 21/04 4 patients</li> <li>- 4 et 5 juin 2022 : 5 patients hospitalisés sur la consultation puis le 5 juin 9 patients sur la zone déclaré deux fois</li> </ul>
201 – tableau 9	<p>Il existe plusieurs doublons/triplons/quadruplons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 sept 2023 : une déclaration faite à chaque prise de poste (matin, après-midi soir) pour une situation identique de surcharge</li> <li>- 25 et 26 octobre 2023 : situation identique qui dure du 25 au matin au 26 au matin (12 patients hospitalisés sur la consultation)</li> <li>- 14 novembre 2023 : 4 déclarations pour une même situation sur la nuit du 13 au 14</li> <li>- 25 et 26 nov 2023 : 1 surcharge sur la consultation et 1 situation de violence spécifique à une patiente en HL</li> </ul>
213 – tableau 12	<p>Il existe plusieurs doublons :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 15 janvier 2024 (4 FEI) : 2 fugues différentes aux urgences et un doublon, 1 fugue en psychiatrie soit 3 fugues au total</li> <li>- 11 février (4 FEI) : 2 fugues différentes en psychiatrie et une aux urgences soit 3 évènements distincts au total.</li> </ul>
228	<p>Le CHU ne retrouve pas l'existence d'un autre patient qui aurait fait une tentative de pendaison ce jour-là.</p>
400	<p>L'affirmation « <i>Les plans d'action définis et non mis en œuvre peuvent également concerner des EIG</i> » n'est pas exacte. Elle ne traduit pas la réalité de l'effectivité du suivi des actions d'amélioration définies durant des EIG. Le § 11 p 4 évoque de la même façon, de façon inexacte, que certaines actions « ne sont pas réalisées ».</p> <p>La direction qualité assure bien le suivi des actions des EIG avec un reporting chaque début d'année n+1. Un CR en est fait devant les instances (par ex en CDU) avec un état d'avancement.</p> <p>Le taux de réalisation est élevé, souvent &gt; 90 % dans ces bilans.</p>
401	<p>• <u>Pour les EIG</u></p> <p>Un bilan annuel des EIG avec le suivi des plans d'actions est présenté annuellement en COPIL qualité, en CDU et en COVIRIS.</p> <p>Il convient de souligner que les trois médecins (PUPH, PH), coordonnateurs de la gestion des risques/qualité, se répartissent et réalisent le suivi régulier des EIG et des plans d'actions les concernant ; ils procèdent en ce sens à des relances au fil de l'eau (en général deux fois par an) et tant que le plan d'actions n'est pas terminé (suspension des relances dans le cas où l'action est amenée à être abandonnée).</p> <p>• <u>Pour les EI</u></p> <p>Au fil de l'eau, toute FEI évocatrice d'un potentiel EIG est transmise aux coordonnateurs de la gestion des risques sans délai.</p> <p>Une cellule hebdomadaire se réunit au sein de la direction qualité avec les coordonnateurs référents qualité pour passer en revue les EI de la semaine et identifier les premiers éléments d'alerte /orientation de réponse pour certains (EI importants, EI non évocateurs d'EIG avec orientation manuelle complexe que ne peuvent pas gérer seuls les coordonnateurs qualité en charge du système des FEI).</p> <p>En outre, une fois par mois, la direction qualité, le médecin coordonnateurs de la gestion des risques/qualité et deux coordonnateurs qualité en charge du système de FEI qualitatifs se réunissent pour analyser l'évolution des statistiques mensuelles par thématique, les réponses sur le plan quantitatif et qualitatif des responsables de traitements et identifier les axes de travail à mettre en place.</p> <p>Le suivi des actions décidées suite à l'analyse des EI est fait au niveau de chaque pôle ou fonctions transversales.</p> <p>Il est à noter que le pôle psychiatrie renseigne ses actions et assure un suivi régulier de celles-ci dans PILOT.</p>

	<p>Ponctuellement, certaines FEI amènent des actions nécessitant un arbitrage par certaines directions ou la direction générale. Le directeur qualité sollicite ainsi l'appui de ses homologues pour aider à la résolution de certaines actions à conduire ou en référer à la direction générale.</p> <p>Ces axes avec le bilan annuel des EI et les principaux enseignements issus de l'exploitation des FEI (taux de réponse...) sont présentés en COPIL qualité, en COVIRIS et en CDU.</p>
--	---

### **III – Des propositions d'amendement aux observations formulées dans le rapport de l'IGAS**

<b>Paragraphe</b>	<b>Observations</b>
64	L'UTOX compte aussi un poste d'infirmier Psychiatrique 7j/7 positionné pour évaluer les patients avant rencontre avec le psychiatre de liaison.
Titre avant le paragraphe 66	<p>« <i>Les effectifs de personnel sont peu adaptés en particulier la nuit et les fins de semaine</i> » : le titre fait référence aux effectifs médicaux et pas aux effectifs non médicaux qui disposent des mêmes effectifs tout au long de la semaine.</p> <p>Concernant les effectifs médicaux, en effet les effectifs passent de 5 psychiatres en journée en semaine à un psychiatre la nuit et le week-end (avant la crise). Cette situation a fait l'objet d'une proposition par le CHU de doublement de la présence la nuit et le WE, qui a rencontré des réserves de la part d'une partie de la communauté médicale notamment du CHGM.</p>
66	<p>Sur le tableau 4, il est à noter en complément :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les postes de liaison Rangueil/Purpan et AMT sont des postes de journée et non du matin,</li> <li>- les effectifs de Vigilans sont de 2 IDE/jour et non 6,</li> <li>- le nombre de bedmanger est à 2 depuis février 2024.</li> </ul> <p>Il est à souligner que les effectifs de l'UHCD fermée (9 lits) du CHU correspondent aux préconisations d'une unité pour malades difficiles de 15 lits.</p> <p>Il est à noter que la consultation compte 1 AS le matin pour servir les repas et répondre aux besoins en soins d'hygiène et un 4<sup>ème</sup> IDE est présent le soir pour gérer le flux de patients plus important en fin de journée.</p>
116	Il est à souligner que ce sont les mêmes professionnels qui exercent dans l'ensemble des urgences psychiatriques.
150	Le CHU précise que la porte d'entrée du bâtiment de l'URM (hors accès aux urgences somatiques) est fermée la nuit à partir de 22h. Il est possible de sortir du bâtiment mais il n'est pas possible d'entrer dans le bâtiment. Il est nécessaire de sonner pour que le PC sécurité laisse la personne entrer.
176	Le rapport évoque « <i>des effectifs de personnels insuffisants dans un contexte difficile de recrutement</i> ». Il est à noter que les services d'urgences somatiques de Purpan et de Rangueil connaissent une situation de plein emploi. L'encadrement dispose d'un vivier de personnels intéressés. En outre, les effectifs sur ces secteurs sont au-dessus des repères nationaux en la matière.
Paragraphe 4.3 (p 71)	<p>L'équipe sécurité sur le site de Purpan est dimensionnée de façon réglementaire au regard de la taille du patrimoine à couvrir et de la catégorie des ERP (type U 1<sup>ère</sup> catégorie) : 11 agents SSIAP le jour et 10 la nuit.</p> <p>Ces personnels qui assurent la sécurité incendie et la sûreté sur le site, sont dédiés et ainsi adaptés pour la surveillance du bâtiment URM, et non en nombre « <i>réduit</i> » comme le mentionne le rapport.</p> <p>Les conditions de sécurité du site et en particulier du bâtiment URM font en effet l'objet d'une attention particulière ; avec les ressources affectées et redimensionnées, elles peuvent être considérées comme adaptées avec les renforts saisonniers ; ceci en amendement des constatations faites par l'IGAS. Ces organisations et ressources ne sont en outre pas exclusives des forces de l'ordre, qui interviennent sur ronde et sur appel.</p>



255	<p>Le service de sécurité du site de Purpan, à l'effectif de 70 agents, est organisé de la façon suivante :</p> <table border="1" data-bbox="343 297 1367 728"> <thead> <tr> <th data-bbox="343 297 849 338">De jour :</th> <th data-bbox="849 297 1367 338">De nuit :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="343 338 849 656"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 1 SSIAP2 &amp; 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1 (chef d'équipe) + 1 SSIAP1</li> <li>• SITE : 1 SSIAP 1 Mobile</li> </ul> </td> <td data-bbox="849 338 1367 656"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1</li> <li>• URM (SAU) : 2 SSIAP1</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td colspan="2" data-bbox="343 656 1367 728" style="background-color: #e6f2ff;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>• AMT Urgences URM : 3 ADS H24 avec des renforts ponctuels</li> </ul> </td> </tr> </tbody> </table> <p>Ainsi, plus spécifiquement sur l'URM, ce sont 4 agents H24 qui sont présents (2 en journée et 2 en nuit) et non 1 en journée et 1 en nuit, comme indiqué dans le rapport.</p> <p>En période hivernale (période des EIG), un renfort est mis en place avec le concours de 2 agents supplémentaires de la société ONET qui assurent une ronde dans les différents halls des bâtiments (sur un horaire réduit fin d'après-midi jusqu'à 1h du matin). Ces agents en renfort interviennent pour éviter les squats dans les halls.</p> <p>Enfin, ce dispositif se complète de la présence d'un maitre-chien qui tourne sur l'ensemble du site tous les soirs du jeudi au dimanche.</p>	De jour :	De nuit :	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 1 SSIAP2 &amp; 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1 (chef d'équipe) + 1 SSIAP1</li> <li>• SITE : 1 SSIAP 1 Mobile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1</li> <li>• URM (SAU) : 2 SSIAP1</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMT Urgences URM : 3 ADS H24 avec des renforts ponctuels</li> </ul>	
De jour :	De nuit :						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 1 SSIAP2 &amp; 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1 (chef d'équipe) + 1 SSIAP1</li> <li>• SITE : 1 SSIAP 1 Mobile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Purpan Bas : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• Purpan haut : 1 SSIAP2 &amp; 1 SSIAP1</li> <li>• PPR/URM : 2 SSIAP1</li> <li>• PCSI : 1 SSIAP2</li> <li>• PCSU (URM) : 1 SSIAP1</li> <li>• URM (SAU) : 2 SSIAP1</li> </ul>						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• AMT Urgences URM : 3 ADS H24 avec des renforts ponctuels</li> </ul>							
295	<p>La consultation psychiatrique ne sollicite pas d'heure supplémentaire car il s'agit de la même équipe que l'UHCD fermée. L'effectif est géré globalement et la consultation bénéficie d'une priorisation dans l'affectation des agents permanents. Les remplaçants pool-SICS/Heures Supplémentaires/intérim sont affectés à l'UHCD où le nombre d'agents est plus important et permet donc de mieux accompagner des personnels moins formés à la spécialité.</p>						
298	<p>Le pôle de psychiatrie est à ce jour le seul pôle de l'établissement à bénéficier d'un droit à remplacement pour l'ensemble de ses absences (remplacement de 1 agent pour 1 agent absent).</p>						
300	<p>Il est à souligner que le CHU a revu en 2024 sa politique en matière d'engagement collectif, mettant en place une prime de cooptation pour les agents aidants au recrutement et les agents recrutés. Le métier d'IDE en psychiatrie fait partie des métiers en tension ouvrant droit à cette prime et constitue un outil complémentaire de recrutement.</p>						
307	<p>Il est à noter qu'au moment du mouvement de grève au sein des urgences somatiques de Purpan, aucun poste IDE ou aide-soignant n'était vacant. La revendication de recrutement de 90 ETP en plus a été portée par une organisation syndicale mais n'avait pas pour cause les très fortes difficultés de recrutement sur ce secteur, comme mentionné dans le rapport.</p> <p>La hausse des effectifs a été acceptée par la direction en considération du développement de l'activité sur ces secteurs et du nombre de passages. Il s'agissait de mettre en cohérence les effectifs avec l'activité. Cela a concerné notamment 8 ETP (et non 9 comme mentionné dans le rapport) pour les urgences adultes de Rangueil.</p> <p>L'ensemble des postes ont été pourvus rapidement au regard des candidatures existantes pour ces secteurs.</p>						

Paragraphe 7 (page 83)	<p>Le CHU tient à rappeler la situation atypique et singulière rencontrée par l'établissement dans le paysage hospitalier français dans le cadre des relations sociales. Cette considération justifie une appréciation particulière des DGI dans leur fréquence notamment.</p> <p>Le dispositif de Danger Grave et Imminent (DGI) est en effet systématiquement utilisé pour tout sujet par l'organisation syndicale majoritaire, quand bien même la situation amenant à cette déclaration ne remplit aucunement les conditions d'un DGI.</p> <p>A ce titre, l'inspection du travail a été conduite à rappeler les conditions de recours à un DGI dans une lettre d'observations du 15 février, adressée suite à la formation spécialisée de site dans le prolongement du DGI déposé dans le cadre des événements en psychiatrie : « <i>Je me permets également de préciser les conditions d'un DGI afin que cette procédure de DGI soit strictement appliquée et utilisée dans les cas le permettant. Cette procédure est importante et doit être limitée pour des situations extrêmes où l'agent a un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé. Il y a danger grave et imminent lorsqu'on est en présence d'une menace de nature à provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique d'un travailleur dans un délai proche.</i></p> <p><i>La notion de danger grave et imminent concerne plus particulièrement les risques d'accidents, puisque l'accident est dû à une action soudaine entraînant une lésion au corps humain.</i></p> <p><i><u>Le danger est une menace pour la vie ou la santé du salarié, c'est-à-dire une situation de fait en mesure de provoquer un dommage à l'intégrité physique du travailleur.</u></i></p> <p><i><u>Le danger doit être grave et non simplement léger. Est grave ce qui est susceptible de conséquences fâcheuses, de suites sérieuses, dangereuses.</u></i></p> <p><i><u>Il est exigé de l'agent un minimum de réflexion, la perception d'un danger inhabituel.</u></i></p> <p><i><u>L'agent doit avoir un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé.</u></i></p> <p><i>Le DGI est un outil à utiliser avec mesure et uniquement dans les circonstances développées ci-dessus d'une extrême gravité au sein du CHU. »</i></p>
319	Sur ce point, le plan blanc a été déclenché au regard de l'absence de prise en compte par les agents des assignations remises par voie d'huissier. Les agents ne prenant pas leur poste de travail, la continuité du service public était alors mise à mal et a justifié le déclenchement du plan blanc.
379 et 380	Voir la réponse formulée ci-dessus pour le paragraphe 7 (p 83)

#### **IV – Une adhésion aux recommandations qui reprennent les propositions du CHU, avec l'enjeu de souligner l'importance et la priorité de certaines**

Le CHU a pris connaissance avec attention des recommandations formulées par la mission IGAS et confirme son engagement pour les mettre en œuvre dans des délais compatibles avec la réalité hospitalière. Ces recommandations s'inscrivent dans une nouvelle approche et un nouveau dimensionnement de l'offre de soin dédiée à la gestion de crise des patients psychiatriques.

Pour cela, le CHU a proposé des mesures en rupture avec plusieurs approches et orientations antérieures qui privilégiaient une priorité exclusive donnée à l'ambulatoire au détriment de création de secteur ou de lits en psychiatrie ou de manière générale (COPERMO) ou bien qui ont suspendu toute évolution structurelle à la mise en place de la réforme du financement de la psychiatrie ou du nouveau régime des autorisations ; ces orientations ont sans doute contribué à un statu quo préjudiciable à une évolution structurelle nécessaire et favorable à la filière des urgences psychiatriques.

Bien sûr, la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne justifie des mesures complémentaires de renfort, en particulier en faveur de l'ambulatoire et des CMP en particulier, du développement d'équipes mobiles (cf. projet présenté par le CHU) et en faveur de la pédo-psychiatrie. Le pacte de refondation de la psychiatrie en cours de finalisation contribuera pleinement à cette ambition et à cette exigence.

Concernant la **recommandation 1**, le CHU prend note de la recommandation ; les observations formulées (cf. supra) complètent l'appréciation de la situation.



Le CHU confirme sa pleine mobilisation et précise ainsi que les **recommandations n°2, 6, 7 et 8** sont en cours de mise en œuvre. A l'initiative du CHU, un projet de réorganisation et de structuration de la filière psychiatrique a été ainsi formalisé et adressé dès avril 2024 à l'Agence Régionale de Santé.

Ainsi, l'ensemble des équipes médico-soignantes concernées œuvre depuis à sa mise en œuvre. Le Directoire du 16 juillet 2024 a ainsi été concerté pour la mise en place opérationnelle de ce projet dont le premier déménagement aura lieu dès le mois d'août 2024 pour une installation définitive de la filière des urgences psychiatriques sur un étage complet du bâtiment URM à la mi-octobre 2024.

**Le CHU veut souligner l'enjeu du juste financement de ces mesures.** Il ne dispose pas, à la date de la réponse au rapport provisoire de l'IGAS, d'accord sur le financement de ces projets et de leur impact en effectifs de personnel médical et non médical et en locaux.

Il est essentiel que les dispositions de structuration et de redimensionnement de la filière des urgences psychiatriques en termes de ressources humaines, de permanence des soins et de locaux soient assurées du financement correspondant ; la vocation pleinement territoriale de ces mesures, qui ne sauraient relever de la mission exclusive du CHU, nécessite l'assurance d'un financement dédié à due concurrence des engagements pris, qu'il soit fondé sur une majoration de la dotation populationnelle, d'autres compartiments (lit de crise) ou de tout autre financement stable et pérenne.

Dans le cadre de la mise en place d'une organisation adaptée aux urgences psychiatriques, il est à souligner l'attention et la vigilance portées par les équipes médico-soignantes sur :

- La nécessité d'avoir une bonne coordination des urgentistes somaticiens et des psychiatres pour les patients nécessitant un passage à l'AMT pour une désomatisation
- La gestion des patients intoxiqués quand ils sont en zone grise et donc à fort risque de passage à l'acte (à l'AMT ou à l'UTOX).

Concernant la **recommandation n°4**, le **CHU veut souligner l'importance de faire de la mise en place du réseau territorial des urgences psychiatriques au moment de l'attribution des autorisations d'activité à venir, un élément structurant et d'engagement** des établissements privés et du CH G. Marchant, outre le CHU, et une condition technique intrinsèque à l'exercice des activités de psychiatrie.

L'implication des établissements privés, du CH G. Marchant et du CHU et leur engagement à assurer la filière des urgences psychiatriques (cellule de régulation, lits de crise et de post-urgences, DIRSP, identification des organisations et des capacités d'hospitalisation en aval des urgences...) devraient prendre la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS). La création d'une telle structure permettrait la mise en commun de moyens ainsi qu'une gestion commune de ceux-ci dans le cadre d'une gouvernance partagée. A ce titre, l'amélioration de la fluidité entre les établissements privés et le CHU dans la gestion des hospitalisations libres comme la protocolisation travaillée pour cela attestent de la pertinence d'une collaboration structurée et de la nécessité de l'institutionnaliser pour être durable.

En effet, la gestion des orientations et des hospitalisations des patients psychiatriques en aval des urgences ainsi que la résolution au quotidien de ces sujets sous l'éclairage de la cellule de régulation démontrent l'exigence d'une concertation et d'une implication permanente des acteurs concernés. L'amélioration profonde de la prise en charge des patients des urgences psychiatriques justifie de mettre en place dans le cadre d'une gestion partagée une véritable complémentarité entre le secteur public et le secteur privé. Chacun doit pouvoir intervenir en remplissant l'ensemble des missions qui permettront de répondre aux besoins psychiatriques de tous les patients et prioritairement de Haute-Garonne.

A cet effet, la mise en place d'une structure partenariale, préférentiellement sous la forme d'un Groupement de Coopération Sanitaire, liant de manière permanente les acteurs autorisés en psychiatrie en Haute-Garonne et mettant en commun les moyens dédiés à la gestion de la filière des urgences psychiatriques, apparaît nécessaire pour s'assurer de la pérennité du partenariat.

La participation effective à ce réseau territorial des urgences devra être ainsi l'un des critères à remplir pour le renouvellement des autorisations d'activités en psychiatrie, prévu en fin d'année 2024.

Concernant la **recommandation 5**, le CHU est favorable à soutenir cette démarche ; celle-ci requiert l'assentiment des communautés médicales du CH GM et du CHU et de la Faculté de Santé.

A ce titre, plus que l'affectation d'un personnel HU sur le site du CH G. Marchant, cette perspective doit se construire à partir d'un projet hospitalo-universitaire d'ensemble de la discipline, défini avec la Faculté de Santé. La mise en place de chefs de clinique territoriaux constitue une étape dans un tel projet de site HU.

La **recommandation 9 s'avère sans nul doute nécessaire à divers égards dans le cadre de la structuration de la filière des urgences psychiatriques**. Des échanges sont d'ores et déjà initiés avec la communauté médicale du CHU et du CH G. Marchant dans la perspective de mise en œuvre de la mesure, qui vient conforter le temps médical au sein de la structure des urgences psychiatriques sur la base d'une association renouvelée et équilibrée des communautés psychiatriques du CHU et du CH G. Marchant. Cette recommandation est un sujet d'attention de telle sorte que ce renforcement de la permanence des soins soit perçu par la communauté médicale à la mesure de son enjeu majeur pour l'organisation de la filière mais aussi de son impact faible pour chacun.

Concernant **les recommandations 3, 10, 11 et 12**, le CHU étudie et envisagera les modalités pratiques de mise en œuvre au regard des organisations en place. Concernant les difficultés de recrutement de personnel médical en psychiatrie, il est à noter que le CHU ne dispose pas, à la date de réponse au rapport provisoire de l'IGAS, de poste vacant de psychiatre.

Concernant **la recommandation 13**, le CHU souhaite informer la mission IGAS de la désignation de Madame Marianne PRADERE, directrice référente des pôles médecine d'urgences et de psychiatrie et de Monsieur Alexandre FANGUIN, Directeur des soins pour assurer le suivi de la mise en place des projets au sein des urgences psychiatriques, et l'accompagnement des équipes médicales et soignantes dans ce cadre.

# Réponses aux observations du directeur général du CHU de Toulouse dans le cadre de la procédure contradictoire

## I. Des éléments de précision ponctuels

§ 22 : L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle »

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 57 : Il y a 4 chambres d'isolement et non 2.

Réponse de la mission : modification effectuée.

§ 60 : Sur le schéma, l'UHCD des urgences générales est indiquée au 1<sup>er</sup> étage. Il est en fait au 2<sup>ème</sup> étage à côté de l'UTOX

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 83 : Rappel du contexte territorial. Les patients ont dû être hospitalisés sur le secteur d'hospitalisation en raison de difficultés à trouver des lits d'aval pour les hospitaliser.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 88 : Il existe deux chambres d'isolement (au lieu de 1 indiquée dans le rapport).

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 127 : Il s'agit de 8 lits fermés et non 9 lits

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 2.2 : L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle »

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 158 : A 13h le samedi, un seul psychiatre prend la suite de l'équipe du matin. Vu le nombre de patients psychiatriques le week-end sur les urgences, la relève se concentre sur les patients les plus instables ou à voir.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 159 : Lorsque le risque suicidaire est évalué comme élevé des mesures spécifiques sont prises, au cas par cas

Réponse de la mission : rédaction maintenue.

§ 168 : L'utilisation du terme viol ne semble pas adaptée, la procédure judiciaire en cours devant permettre de caractériser l'évènement. Il est proposé d'utiliser le terme « agression sexuelle ».

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 185** : Les locaux sont adaptés pour recevoir tous les patients en cours de prise en charge somatique et même ceux avec comorbidité psychiatrique. En revanche, c'est la question des conditions de la prise en charge et de la surveillance des patients contenus à leur lit qui semblent inadaptées. Les portes ne disposant pas d'oculus et les patients n'ayant pas de sonnette accessible.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 5 p 73** : Le CHU avait fait part aux experts visiteurs de la HAS de la situation de tension rencontrée sur la filière psychiatrique, présentant lors de la visite les actions engagées par le CHU et les difficultés rencontrées avec les établissements du territoire.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 8 p 86** : Ce paragraphe rappelle les différents échanges entre les structures publiques, privées et l'ARS sur la situation de la psychiatrie en Haute-Garonne. Il rappelle notamment les courriers adressés par le CHU de Toulouse, que ce soit à l'ARS, au CH GM ou aux structures privées. Le CHU précise qu'en parallèle, des courriels d'alerte ou d'appels téléphoniques réguliers sur la situation spécifique de certains patients ou de tension des urgences psychiatriques étaient réalisés plusieurs fois par semaine par les directeurs référents successifs du pôle de psychiatrie du CHU. Ces courriels étaient adressés à l'ARS, aux cliniques privées et au CH GM. Le CHU a fourni à la mission IGAS 95 courriels pour la période allant du 1<sup>er</sup> février 2022 au 9 février 2024.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 358** : La réunion a eu lieu le 16 février 2024.

Réponse de la mission : modification effectuée

## II. Des informations et des éléments d'analyse complémentaires concernant les EIG

**§ 87** : L'entretien entre un IDE de psychiatrie et la conjointe du patient à J2 enregistré dans le DPI mentionne le souhait d'« *une hospitalisation à l'UF4 en premier choix et que le médecin traitant a fait une demande d'hospitalisation à Aufréry 3 jours plus tôt* ».

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 90** : La famille aurait annoncé cette demande à Aufréry comme étant en cours (et non datant de 4 mois) lors des premiers contacts.

Il y a eu un problème de communication sur ce sujet car la demande datait de l'automne, mais nous soulignons que 3 entretiens distincts réalisés par 3 professionnels du CHU, tracés dans le DPI, et parfois en présence de l'épouse ont conduit à cette mauvaise compréhension :

- Entretien psychiatre le soir de l'entrée le 4 février soirée : demande en cours
- Transmission IDE le lendemain matin « le médecin traitant a fait une demande d'hospitalisation à Aufréry vendredi » (i.e 3 jours plus tôt)
- Observation IDE le 6 février : « demande déposée le jour même par le médecin traitant »

L'appel auprès de la clinique Aufréry pour vérifier a eu lieu à J5 et non J3.

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 92** : Il existe une erreur de date. La place disponible à Montberon date du 6 février et non du 7. Le dossier infirmier de J3 (mardi 6 février) mentionne : [...] *2 patients entrent à l'UF4. Le patient refuse toujours la clinique des Cèdres où une place est pourtant disponible.*

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 96** : Il est à noter que le 8 février, jour du constat du quiproquo, le dossier du patient est reproposé immédiatement à l'ensemble des cliniques psychiatriques (par ailleurs toutes saturées à la veille d'un week-end). Cette information importante n'est pas rapportée dans le rapport.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 99** : Une place s'est à nouveau libérée aux Cèdres durant le week-end le patient la refuse à nouveau.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§102** : Proposition de remplacer « *certain* » par « *probable* ».

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 2.1.2 (p 34)** : La formulation du titre peut laisser penser, de prime abord, que des discordances importantes existeraient sur les facteurs contributifs identifiés par la mission et la RMM réalisée par le CHU. Or, par nature, une RMM peut être incomplète. Après lecture de cette partie, en dehors de la filière psychiatrique en tension qui ne fait peut-être pas assez explicitement référence à la cause racine d'une tension dans le recrutement de psychiatres ou d'IDE en psychiatrie, le CHU n'identifie pas de facteur identifié par la mission et non relevé par la RMM. La mission insiste sur des éléments de contexte sous-jacents mais il ne s'agit pas de facteurs contributifs à l'évènement (Ex : l'horodatage).

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 111** : Le CHU tient à préciser qu'à aucun moment les facteurs contributifs à l'évènement ne sont hiérarchisés. De ce fait, les facteurs contributifs liés au patient ne sont pas plus importants que d'autres facteurs contributifs. Ils sont uniquement décrits. La phrase qui indique que dans la RMM, « *ne sont évoqués que les cliniques et non un des services de psychiatrie du CHU mentionné comme le premier choix du patient* » est inexacte. La sollicitation de l'UF4 est précisée à plusieurs reprises dans le compte- rendu de RMM.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 114** : Il s'agit de J5 au lieu de J4.

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 155** : Il convient de souligner que la patiente a été vue par un IDE de psychiatrie dans la matinée avec entretien prolongé et une évaluation approfondie des idées suicidaires.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§180** : Une précision : le médecin légiste est contacté dans la nuit de J2 à J3.

Réponse de la mission : modification effectuée

**§ 200 tableau 8** : Il existe plusieurs doublons (2 FEI au sujet d'une même situation) :

- 3 et 4 fev 2022 : situation identique qui a duré toute la journée du 3 et dans la nuit du 3 au 4 avec hospitalisation de patients sur la consultation
- 30 et 31 mars 2022 : situation identique qui a duré toute la journée du 30 et dans la nuit du 30 au 31 avec hospitalisation de patients sur la consultation

- 19, 20 et 21 avril 2022 : situation identique mais qui s'étale entre la journée du 19 et la nuit du 19 au 20 (7 patients) et la prise de poste du 21/04 4 patients
- 4 et 5 juin 2022 : 5 patients hospitalisés sur la consultation puis le 5 juin 9 patients sur la zone déclaré deux fois

Réponse de la mission : modifications effectuées

**§ 201 tableau 9** : Il existe plusieurs doublons/triplons/quadruplons :

- 15 sept 2023 : une déclaration faite à chaque prise de poste (matin, après-midi soir) pour une situation identique de surcharge
- 25 et 26 octobre 2023 : situation identique qui dure du 25 au matin au 26 au matin (12 patients hospitalisés sur la consultation)
- 14 novembre 2023 : 4 déclarations pour une même situation sur la nuit du 13 au 14
- 25 et 26 nov 2023 : 1 surcharge sur la consultation et 1 situation de violence spécifique à une patiente en HL

Réponse de la mission : modifications effectuées

**§ 213 tableau 12** : Il existe plusieurs doublons :

- 15 janvier 2024 (4 FEI) : 2 fugues différentes aux urgences et un doublon, 1 fugue en psychiatrie soit 3 fugues au total
- 11 février (4 FEI) : 2 fugues différentes en psychiatrie et une aux urgences soit 3 évènements distincts au total.

Réponse de la mission : modifications effectuées

**§ 228** : Le CHU ne retrouve pas l'existence d'un autre patient qui aurait fait une tentative de pendaison ce jour-là.

Réponse de la mission : Après échange avec vos services, un problème de définition des dates dans le tableau transmis à la mission a été retrouvé. L'EI (tentative de pendaison) dont la date et l'heure de survenue était le 9 février à 15h s'est produit en fait en 2020. Plusieurs EI ont été basculés à cette date du 9 février 2021, bien que s'étant produits en 2020, du fait d'un changement de logiciel informatique. Outre le cas de cette tentative de pendaison qui avait eu lieu en 2020, les EI qui figuraient dans le tableau sur les agressions datés du 9 février 2021 ont été supprimés, ce après vérification avec vos services de leur date de survenue en 2020.

**§ 400** L'affirmation « Les plans d'action définis et non mis en œuvre peuvent également concerner des EIG » n'est pas exacte. Elle ne traduit pas la réalité de l'effectivité du suivi des actions d'amélioration définies durant des EIG. Le § 11 p 4 évoque de la même façon, de façon inexacte, que certaines actions « ne sont pas réalisées ». La direction qualité assure bien le suivi des actions des EIG avec un reporting chaque début d'année n+1. Un CR en est fait devant les instances (par ex en CDU) avec un état d'avancement. Le taux de réalisation est élevé, souvent > 90 % dans ces bilans.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 401** Pour les EIG

Un bilan annuel des EIG avec le suivi des plans d'actions est présenté annuellement en COPIL qualité, en CDU et en COVIRIS. Il convient de souligner que les trois médecins (PUPH, PH), coordonnateurs de la gestion des risques/qualité, se répartissent et réalisent le suivi régulier des EIG et des plans d'actions les concernant ; ils procèdent en ce sens à des relances au fil de l'eau (en général deux fois par an) et tant que le plan d'actions n'est pas terminé (suspension des relances dans le cas où l'action est amenée à être abandonnée).

## Pour les EI

Au fil de l'eau, toute FEI évocatrice d'un potentiel EIG est transmise aux coordonnateurs de la gestion des risques sans délai. Une cellule hebdomadaire se réunit au sein de la direction qualité avec les coordonnateurs référents qualité pour passer en revue les EI de la semaine et identifier les premiers éléments d'alerte /orientation de réponse pour certains (EI importants, EI non évocateurs d'EIG avec orientation manuelle complexe que ne peuvent pas gérer seuls les coordonnateurs qualité en charge du système des FEI). En outre, une fois par mois, la direction qualité, le médecin coordonnateurs de la gestion des risques/qualité et deux coordonnateurs qualité en charge du système de FEI qualitatifs se réunissent pour analyser l'évolution des statistiques mensuelles par thématique, les réponses sur le plan quantitatif et qualitatif des responsables de traitements et identifier les axes de travail à mettre en place.

Le suivi des actions décidées suite à l'analyse des EI est fait au niveau de chaque pôle ou fonctions transversales. Il est à noter que le pôle psychiatrie renseigne ses actions et assure un suivi régulier de celles-ci dans PILOT. Ponctuellement, certaines FEI amènent des actions nécessitant un arbitrage par certaines directions ou la direction générale. Le directeur qualité sollicite ainsi l'appui de ses homologues pour aider à la résolution de certaines actions à conduire ou en référer à la direction générale. Ces axes avec le bilan annuel des EI et les principaux enseignements issus de l'exploitation des FEI (taux de réponse...) sont présentés en COPIL qualité, en COVIRIS et en CDU.

Réponse de la mission : rédaction complétée

### III. Des propositions d'amendement aux observations formulées dans le rapport de l'IGAS

**§ 64** : L'UTOX compte aussi un poste d'infirmier Psychiatrique 7j/7 positionné pour évaluer les patients avant rencontre avec le psychiatre de liaison

Réponse de la mission : modification effectuée

**Titre avant le paragraphe 66** : « *Les effectifs de personnel sont peu adaptés en particulier la nuit et les fins de semaine* » : le titre fait référence aux effectifs médicaux et pas aux effectifs non médicaux qui disposent des mêmes effectifs tout au long de la semaine.

Réponse de la mission : rédaction maintenue mais insertion du tableau d'effectifs présenté par le CHU dans la note adressée au cabinet de la ministre du travail, de la santé et des solidarités le 20/02/24.

**§ 66** : modification du tableau 4 : les postes de liaison Ranguel/Purpan et AMT sont des postes de journée et non du matin, les effectifs de Vigilans sont de 2 IDE/jour et non 6, le nombre de bed-manager est à 2 depuis février 2024. Il est à souligner que les effectifs de l'UHCD fermée (9 lits) du CHU correspondent aux préconisations d'une unité pour malades difficiles de 15 lits. Il est à noter que la consultation compte 1 AS le matin pour servir les repas et répondre aux besoins en soins d'hygiène et un 4ème IDE est présent le soir pour gérer le flux de patients plus important en fin de journée.

Réponse de la mission : modification du tableau inséré effectuée

**§ 116** : Il est à souligner que ce sont les mêmes professionnels qui exercent dans l'ensemble des urgences psychiatriques.

Réponse de la mission : modification effectuée

§ 150 : Le CHU précise que la porte d'entrée du bâtiment de l'URM (hors accès aux urgences somatiques) est fermée la nuit à partir de 22h. Il est possible de sortir du bâtiment mais il n'est pas possible d'entrer dans le bâtiment. Il est nécessaire de sonner pour que le PC sécurité laisse la personne entrer.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 176 : Le rapport évoque « des effectifs de personnels insuffisants dans un contexte difficile de recrutement ». Il est à noter que les services d'urgences somatiques de Purpan et de Rangueil connaissent une situation de **plein emploi**. L'encadrement dispose d'un vivier de personnels intéressés. En outre, les effectifs sur ces secteurs sont au-dessus des repères nationaux en la matière.

Réponse de la mission : rédaction non modifiée

§ 4.3 (p.71) : L'équipe sécurité sur le site de Purpan est dimensionnée de façon réglementaire au regard de la taille du patrimoine à couvrir et de la catégorie des ERP (type U 1ere catégorie) : 11 agents SSIAP le jour et 10 la nuit. Ces personnels qui assurent la sécurité incendie et la sûreté sur le site, sont dédiés et ainsi adaptés pour la surveillance du bâtiment URM, et non en nombre « **réduit** » comme le mentionne le rapport. Les conditions de sécurité du site et en particulier du bâtiment URM font en effet l'objet d'une attention particulière ; avec les ressources affectées et redimensionnées, elles peuvent être considérées comme adaptées avec les renforts saisonniers ; ceci en amendement des constatations faites par l'IGAS. Ces organisations et ressources ne sont en outre pas exclusives des forces de l'ordre, qui interviennent sur ronde et sur appel.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 295 : La consultation psychiatrique ne sollicite pas d'heure supplémentaire car il s'agit de la même équipe que l'UHCD fermée. L'effectif est géré globalement et la consultation bénéficie d'une priorisation dans l'affectation des agents permanents. Les remplaçants pool-SICS/Heures Supplémentaires/intérim sont affectés à l'UHCD où le nombre d'agents est plus important et permet donc de mieux accompagner des personnels moins formés à la spécialité.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 298 : Le pôle de psychiatrie est à ce jour le seul pôle de l'établissement à bénéficier d'un droit à remplacement pour l'ensemble de ses absences (remplacement de 1 agent pour 1 agent absent).

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 300 : Il est à souligner que le CHU a revu en 2024 sa politique en matière d'engagement collectif, mettant en place une prime de cooptation pour les agents aidants au recrutement et les agents recrutés. Le métier d'IDE en psychiatrie fait partie des métiers en tension ouvrant droit à cette prime et constitue un outil complémentaire de recrutement.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

§ 307 : Il est à noter qu'au moment du mouvement de grève au sein des urgences somatiques de Purpan, aucun poste IDE ou aide-soignant n'était vacant. La revendication de recrutement de 90 ETP en plus a été portée par une organisation syndicale mais n'avait pas pour cause les très fortes difficultés de recrutement sur ce secteur, comme mentionné dans le rapport. La hausse des effectifs a été acceptée par la direction en considération du développement de l'activité sur ces secteurs et du nombre de passages. Il s'agissait de mettre en cohérence les effectifs avec l'activité. Cela a concerné notamment 8 ETP (et non 9 comme mentionné dans



le rapport) pour les urgences adultes de Ranguel. L'ensemble des postes ont été pourvus rapidement au regard des candidatures existantes pour ces secteurs.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 7 page 83** : Le CHU tient à rappeler la situation atypique et singulière rencontrée par l'établissement dans le paysage hospitalier français dans le cadre des relations sociales. Cette considération justifie une appréciation particulière des DGI dans leur fréquence notamment .Le dispositif de Danger Grave et Imminent (DGI) est en effet systématiquement utilisé pour tout sujet par l'organisation syndicale majoritaire, quand bien même la situation amenant à cette déclaration ne remplit aucunement les conditions d'un DGI.A ce titre, l'inspection du travail a été conduite à rappeler les conditions de recours à un DGI dans une lettre d'observations du 15 février, adressée suite à la formation spécialisée de site dans le prolongement du DGI déposé dans le cadre des événements en psychiatrie : « Je me permets également de préciser les conditions d'un DGI afin que cette procédure de DGI soit strictement appliquée et utilisée dans les cas le permettant. Cette procédure est importante et doit être limitée pour des situations extrêmes où l'agent a un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé. Il y a danger grave et imminent lorsqu'on est en présence d'une menace de nature à provoquer une atteinte sérieuse à l'intégrité physique d'un travailleur dans un délai proche. La notion de danger grave et imminent concerne plus particulièrement les risques d'accidents, puisque l'accident est dû à une action soudaine entraînant une lésion au corps humain. Le danger est une menace pour la vie ou la santé du salarié, c'est-à-dire une situation de fait en mesure de provoquer un dommage à l'intégrité physique du travailleur. Le danger doit être grave et non simplement léger. Est grave ce qui est susceptible de conséquences fâcheuses, de suites sérieuses, dangereuses. Il est exigé de l'agent un minimum de réflexion, la perception d'un danger inhabituel. L'agent doit avoir un motif raisonnable de craindre pour sa vie ou sa santé.Le DGI est un outil à utiliser avec mesure et uniquement dans les circonstances développées ci-dessus d'une extrême gravité au sein du CHU. »

Réponse de la mission : rédaction non modifiée

**§ 319** : sur ce point, le plan blanc a été déclenché au regard de l'absence de prise en compte par les agents des assignations remises par voie d'huissier. Les agents ne prenant pas leur poste de travail, la continuité du service public était alors mise à mal et a justifié le déclenchement du plan blanc.

Réponse de la mission : rédaction modifiée

**§ 379 et 380** : voir la réponse formulée ci-dessus pour le paragraphe 7 (p 83)

Réponse de la mission : rédaction non modifiée

# OBSERVATIONS DU DIRECTEUR DU CHGM ET RÉPONSES DE L'IGAS

Toulouse, le 11 juillet 2024

**DIRECTION GENERALE**

**Frédéric ARTIGAUT**

**Directeur par intérim**

**Secrétariat : 05 61 43 40 28**

**FA/IMLP/DG/2024-0165**

**Inspection Générale des Affaires Sociales**

**Monsieur Thomas AUDIGE**

**Chef de l'Inspection Générale des**

**Affaires Sociales**

**Objet : Rapport provisoire de l'Inspection Générale des Affaires Sociales**

Monsieur l'Inspecteur général,

Faisant suite à la réception le 3 juillet dernier, dans le cadre de la procédure contradictoire, du rapport provisoire de l'Inspection Générale des Affaires Sociales sur la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute-Garonne (Rapport 1 : contrôle à la suite d'événements graves survenus en février 2024 aux urgences du CHU de Toulouse, site Purpan), je vous prie de trouver ci-dessous les observations formulées par le Centre Hospitalier Gérard MARCHANT.

Conformément aux consignes, ces observations sont indiquées en référence au paragraphe (§) concerné du rapport provisoire.

§ 13 : Si le CHU de Toulouse et le CH Gérard Marchant sont les acteurs publics de la filière Urgence, ils n'en restent pas moins des acteurs minoritaires du territoire au regard des capacités d'hospitalisation mobilisables par chacun d'eux. Dès lors, l'implication des acteurs privés reste déterminante dans le déploiement de solutions durables.

§ 14 : La filiarisation des urgences psychiatriques reste un enjeu complexe. La psychiatrie est une discipline médicale à part entière. Les urgences psychiatriques demeurent des urgences médicales prises en charge à l'égal et l'identique au sein de la quasi-totalité des services d'urgences du territoire national. La filiarisation expose au risque de clivage de l'urgence psychiatrique par rapport aux urgences générales.

§ 15 : Le CH Gérard Marchant est impliqué depuis de nombreuses années sur la question des urgences sur le territoire notamment dans le cadre de la Communauté Psychiatrique du Territoire (C.P.T) avec une évolution importante dans ses organisations pour optimiser la réponse aux difficultés du territoire. Ces dernières appellent une réponse globale sur la filière de psychiatrie.

Au titre de l'illustration des démarches de mobilisation engagées depuis février 2024 par la communauté hospitalière du C.H G.Marchant, on notera au 31 mai 2024, une augmentation de 12,8 % de ses entrées (Urgences/entrées directes évitant le passage aux Urgences) dans un contexte d'indisponibilité de 7 % de ses capacités en Unité d'admission sur la période, compte tenu d'un déficit médical récurrent (11,5 ETP médical vacant sur 93). Ces évolutions d'activité sont le fruit de réduction de Durée Moyenne de Séjour (Pièce jointe n°1 - tableau DMS par mode légal de prise en charge 2024 vs. 2023) et de modifications anciennes des organisations internes pour la réponse aux Urgences (Dispositif des Cadres Infirmier de régulation et Commission Médico-administrative).

§ 17 : Le sujet de la modification de la permanence des soins a été abordé dans le cadre de l'Assemblée Médicale élargie de la C.P.T du 8 mars 2024 (Pièce jointe n°2), réunissant les psychiatres du CHU de Toulouse et du CH G.Marchant. Cette Assemblée a émis un avis défavorable sur la question du

doublement de la garde dont la difficulté principale est moins le « flux de patients » que le « stock accumulé » en fin de journée, au regard des difficultés de réponse d'aval aux urgences, notamment sur le versant des hospitalisations libres.

La question de la permanence des soins implique actuellement uniquement les psychiatres publics du CHU et du CH G.M, acteurs déjà fortement mobilisés sur les dispositifs d'aval dans un contexte d'inattractivité importante de l'exercice médical au sein des établissements publics de santé. Cette réalité sur un territoire où l'offre de soins est principalement portée par des acteurs privés appelle fortement à envisager une implication de l'ensemble des acteurs du territoire sur la question de la permanence de soins.

§ 25 : L'universitarisation apparaît comme un facteur d'attractivité certain à long terme pour le CH G.M dans un contexte actuel où les difficultés systémiques de la filière, impactant fortement les dispositifs sectoriels qu'il porte, représentent actuellement le principal facteur d'inattractivité (notamment la concentration des soins sans consentement et des situations complexes).

§ 52 : Cette évolution d'activité au niveau des Urgences du CHU de Toulouse s'inscrit en partie dans l'accroissement des difficultés des dispositifs ambulatoires publics en amont des urgences (faute de moyens médicaux) dont la saturation a compromis l'accessibilité et la capacité d'intensification des prises en charge ambulatoires. Ces difficultés n'ont pas été compensées par les acteurs libéraux du territoire.

§ 119 : La multiplicité des acteurs mobilisés au niveau des urgences rend inévitables les tensions entre les différentes équipes mobilisées. La mise en œuvre de la gouvernance commune évoquée plus bas pourrait certainement permettre de les aplanir.

§ 286 : L'une des principales demandes portées par l'Assemblée médicale élargie de la C.P.T réunissant les communautés médicales psychiatriques des deux établissements a été le repositionnement d'un IDE psychiatrique sur l'AMT, dispositif existant antérieurement mais secondairement suspendu.

§ 290 : La mobilisation des ressources médicales du CH G.M a été effective sur certaines dates mais s'est heurtée à la nécessité de sécuriser les dispositifs d'aval des urgences pour ne pas compromettre la fluidité et la réponse en termes de disponibilité de lits, dans un contexte particulièrement contraint au niveau des effectifs médicaux notamment sur les unités d'admission et les CMP de secteur.

§ 343 : L'été 2023 a été marqué uniquement par la fermeture du Pavillon d'Accueil des Jeunes Adultes à hauteur de 12 lits. Ce pavillon n'est pas à proprement parler une unité d'admission, mais un dispositif spécifique non sectorisé.

§ 341 : Les hospitalisations en sureffectifs perdurent au sein du CH Gérard MARCHANT. Les évolutions récentes d'activité du CH G.M (évoquées plus haut) - malgré des capacités fermées par manque de temps médical - illustrent la capacité de l'établissement à adapter ses organisations et à réduire ses D.M.S pour une augmentation du nombre de patients pris en charge (en limitant les dérogations au principe de non admission en sur effectif). Pour autant, le nombre d'espaces sécurisés est une contrainte forte au regard de la population accueillie (les espaces sécurisés étant fortement mobilisés ce qui réduit la capacité à admettre des patients nécessitant ces espaces d'accueil) et une réflexion devra être conduite sur ce point.

§ 361 : La réticence à toute majoration de la permanence des soins est partagée par les membres des deux communautés médicales - cf. compte-rendu de l'Assemblée médicale de la C.P.T du 8 mars 2024 transmis (Pièce jointe n°2). Les mesures d'attractivité financière ont certes contribué à mobiliser les communautés médicales des deux établissements - notamment les Docteurs juniors et les chefs de clinique.

§ 408 : (cf. point 13) Le CH G.Marchant souscrit à cette recommandation qui correspond à une demande historique notamment sur toute question ayant trait au périmètre de la permanence des soins. La présence des Directeurs des Affaires Médicales au Comité opérationnel ne paraît pas la plus pertinente.

§ 422 : Le nombre de praticiens du C.H G.M participant à la permanence des soins est de l'ordre de 60 au dernier tableau de garde établi.

§ 435 : La définition d'actions complémentaires sont également attendues dans le cadre du renfort des moyens des secteurs psychiatriques (aval/amont des urgences, ambulatoire/hospitalisation) pour une prise en compte complète et efficace des besoins du territoire, et plus spécialement en matière de soins sans consentement. A ce titre, la mise en œuvre de la campagne de renouvellement des

autorisations d'activité est un levier fort à disposition de l'Agence Régionale de Santé (quatrième autorisation d'activité de soins sans consentement inconditionnelle à promouvoir).

Par ailleurs, on notera les oublis suivants :

- Annexe 1 : Au titre des capacités du C.H Gérard Marchant, deux lits d'isolement au P.A.J.A sont omis.
- Liste des personnes rencontrées : Monsieur le Docteur Pascal MARIE, Président de la C.M.E du C.H Gérard MARCHANT, Madame Christelle CHARTIER, cadre de santé, (participant à la cellule de régulation) et moi-même avons été rencontrés par les membres de la mission. L'orthographe de Monsieur Clément BOUCHEREAU est à corriger.

Je vous prie, Monsieur l'Inspecteur Général, de recevoir l'expression de ma sincère considération.

Le Directeur par intérim,



Frédéric ARTIGAUT



RELEVÉ DE CONCLUSIONS ASSEMBLÉE MÉDICALE ÉLARGIE  
8 Mars 2024

Concernant la question du doublement des gardes le weekend en journée, il ressort que la communauté médicale psychiatrique reste prudente voire septique quant à sa mise en place et à son efficience attendue.

La mise en acte de ce doublement de la présence médicale le weekend et les jours fériés reste suspendue à :

1. **L'objectivation du besoin et donc de la charge de travail aux urgences sur les weekends et jours fériés** (nombres de patients à voir le matin et l'après-midi, nombre d'orientations effectives (RAD et transferts) après évaluation le weekend, nombre de patients sans évaluation psychiatrique à la prise de la garde du soir) ; ces données objectives permettraient de soutenir l'utilité et le bénéfice attendu de la mesure, car à ce jour il apparait que les expériences des praticiens du CHU et du CHGM qui font des gardes ne vont pas toutes dans le sens de la nécessité de renforcer le temps médical l'après-midi, mais convergent en revanche sur la nécessité de travailler sur les conditions d'intervention (cf point 2).
2. **L'exposé clair et concret des conditions d'intervention et du cadre de travail du psychiatre le weekend et les jours fériés** (emplacement et sécurisation des lieux de consultation, formation d'un binôme IDE-médecin, rôles des médecins urgentistes somaticiens, des cadres de garde et de l'administrateur de garde une fois l'avis psychiatrique donné), conditions d'exercice encore aujourd'hui peu claires et constamment instables
3. **L'énoncé et la mise en acte de propositions concrètes de renforcement des structures d'orientation d'amont et surtout d'aval des urgences psychiatriques**, notamment la restructuration et le renforcement des secteurs psychiatriques, sans lesquels nous ne pouvons imaginer une efficience quelconque d'un renforcement des urgences, ce d'autant qu'il se ferait à ce jour au détriment du temps de psychiatre dans les dispositifs d'amont et d'aval (124 demi-journées en moins par an, correspondant à 2 demi-journées aux urgences en plus tous les we et jours fériés).

Ces conditions sont des prérequis indispensables pour permettre à la communauté psychiatrique de se positionner sur le bénéfice-risque du doublement des gardes. En l'absence de réponse à ces conditions, la mesure de doublement des garde le weekend apparaît comme une nouvelle mesure d'urgence, prise en réaction à des évènements dramatiques, sans concertation avec les professionnels impliqués, aveugle de la problématique institutionnelle bien large qu'elle implique et sans garantie d'une amélioration des conditions de travail d'une part et de la qualité des soins dispensés d'autre part.

Par ailleurs, les psychiatres publics sont engagés depuis des années sur des mesures de compensation du manque de moyens chronique, de pénurie de temps médical et non médical du fait d'une attractivité en berne. L'inattractivité étant liée en partie au poids de la permanence des soins et à la difficulté extrême des gardes dans le contexte que nous

connaissions, augmenter ce poids dans une période où la démographie médicale baisse, en particulier à l'hôpital public, paraît donc un risque non négligeable d'aggravation de la pénurie médicale, et donc de la crise de la psychiatrie. A ce jour, les psychiatres de la CPT jugent que leur temps, déjà très contraint, est plus utile pour tenir à flot les structures d'amont et d'aval des urgences. De fait, il paraît plus urgent et pertinent pour soulager les urgences de se mobiliser collectivement pour ré ouvrir des lits de SSC actuellement fermés par manque de temps médical.

Un sondage rapide des praticiens encore présents en fin de réunion (42 sur un total d'à peu près 150) a dégagé ces premiers résultats :

Pour le doublement : 18

Contre : 24

Un vote de tous sera organisé pour avoir un résultat exhaustif et éclairé, sur la base des éléments évoqués ci-dessus

Ainsi, pour l'instant, ce doublement sera assuré sur la base du volontariat des psychiatres du CHU et du CHGM, avec la participation des docteurs juniors.



# Réponses aux observations du directeur par *intérim* du centre hospitalier Gérard-Marchant dans le cadre de la procédure contradictoire

**§ 13 :** Si le CHU de Toulouse et le CH Gérard Marchant sont les acteurs publics de la filière Urgence, ils n'en restent pas moins des acteurs minoritaires du territoire au regard des capacités d'hospitalisation mobilisables par chacun d'eux. Dès lors, l'implication des acteurs privés reste déterminante dans le déploiement de solutions durables.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 14 :** La filiarisation des urgences psychiatriques reste un enjeu complexe. La psychiatrie est une discipline médicale à part entière. Les urgences psychiatriques demeurent des urgences médicales prises en charge à l'égal et l'identique au sein de la quasi-totalité des services d'urgences du territoire national. La filiarisation expose au risque de clivage de l'urgence psychiatrique par rapport aux urgences générales.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 15 :** Le CH Gérard Marchant est impliqué depuis de nombreuses années sur la question des urgences sur le territoire notamment dans le cadre de la Communauté Psychiatrique du Territoire (C.P.T) avec une évolution importante dans ses organisations pour optimiser la réponse aux difficultés du territoire. Ces dernières appellent une réponse globale sur la filière de psychiatrie.

Réponse de la mission : rédaction complétée

**§ 17 :** Le sujet de la modification de la permanence des soins a été abordé dans le cadre de l'Assemblée Médicale élargie de la CPT du 8 mars 2024, réunissant les psychiatres du CHU de Toulouse et du CH G. Marchant. Cette Assemblée a émis un avis défavorable sur la question du doublement de la garde dont la difficulté principale est moins le « flux de patients » que le « stock accumulé » en fin de journée, au regard des difficultés de réponse d'aval aux urgences, notamment sur le versant des hospitalisations libres. La question de la permanence des soins implique actuellement uniquement les psychiatres publics du CHU et du CH G.M, acteurs déjà fortement mobilisés sur les dispositifs d'aval dans un contexte d'inattractivité importante de l'exercice médical au sein des établissements publics de santé. Cette réalité sur un territoire où l'offre de soins est principalement portée par des acteurs privés appelle fortement à envisager une implication de l'ensemble des acteurs du territoire sur la question de la permanence de soins.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 25 :** L'universitarisation apparaît comme un facteur d'attractivité certain à long terme pour le CHG.M dans un contexte actuel où les difficultés systémiques de la filière, impactant fortement les dispositifs sectoriels qu'il porte, représentent actuellement le principal facteur d'inattractivité (notamment la concentration des soins sans consentement et des situations complexes).

Réponse de la mission : rédaction maintenue

**§ 52 :** Cette évolution d'activité au niveau des Urgences du CHU de Toulouse s'inscrit en partie dans l'accroissement des difficultés des dispositifs ambulatoires publics en amont

des urgences (faute de moyens médicaux) dont la saturation a compromis l'accessibilité et la capacité d'intensification des prises en charge ambulatoires. Ces difficultés n'ont pas été compensées par les acteurs libéraux du territoire.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 119 : La multiplicité des acteurs mobilisés au niveau des urgences rend inévitables les tensions entre les différentes équipes mobilisées. La mise en œuvre de la gouvernance commune évoquée plus bas pourrait certainement permettre de les aplanir.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 286 : L'une des principales demandes portées par l'Assemblée médicale élargie de la C.P.T réunissant les communautés médicales psychiatriques des deux établissements a été le repositionnement d'un IDE psychiatrique sur l'AMT, dispositif existant antérieurement mais secondairement suspendu.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 290 : La mobilisation des ressources médicales du CH G.M a été effective sur certaines dates mais s'est heurtée à la nécessité de sécuriser les dispositifs d'aval des urgences pour ne pas compromettre la fluidité et la réponse en termes de disponibilité de lits, dans un contexte particulièrement contraint au niveau des effectifs médicaux notamment sur les unités d'admission et les CMP de secteur.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 343 : L'été 2023 a été marqué uniquement par la fermeture du Pavillon d'Accueil des Jeunes Adultes à hauteur de 12 lits. Ce pavillon n'est pas à proprement parler une unité d'admission, mais un dispositif spécifique non sectorisé.

Réponse de la mission : modification opérée

§ 341 : Les hospitalisations en sureffectifs perdurent au sein du CH Gérard MARCHANT. Les évolutions récentes d'activité du CHGM (évoquées plus haut) • malgré des capacités fermées par manque de temps médical - illustrent la capacité de l'établissement à adapter ses organisations et à réduire ses D.M.S pour une augmentation du nombre de patients pris en charge (en limitant les dérogations au principe de non-admission en sur effectif). Pour autant, le nombre d'espaces sécurisés est une contrainte forte au regard de la population accueillie (les espaces sécurisés étant fortement mobilisés ce qui réduit la capacité à admettre des patients nécessitant ces espaces d'accueil) et une réflexion devra être conduite sur ce point.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 361 : La réticence à toute majoration de la permanence des soins est partagée par les membres des deux communautés médicales - cf. compte-rendu de l'Assemblée médicale de la C.P.T du 8 mars 2024 transmis (Pièce jointe n°2). Les mesures d'attractivité financière ont certes contribué à mobiliser les communautés médicales des deux établissements - notamment les Docteurs juniors et les chefs de clinique.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 408 : (cf. point 13) Le CH G.Marchant souscrit à cette recommandation qui correspond à une demande historique notamment sur toute question ayant trait au périmètre de la permanence des soins. La présence des Directeurs des Affaires Médicales au Comité opérationnel ne paraît pas la plus pertinente.

Réponse de la mission : rédaction maintenue

§ 422 : Le nombre de praticiens du C.H G.M participant à la permanence des soins est de l'ordre de 60 au dernier tableau de garde établi.

Réponse de la mission : rédaction complétée

§ 435 : La définition d'actions complémentaires sont également attendues dans le cadre du renfort des moyens des secteurs psychiatriques (aval/amont des urgences, ambulatoire/hospitalisation) pour une prise en compte complète et efficace des besoins du territoire, et plus spécialement en matière de soins sans consentement. A ce titre, la mise en œuvre de la campagne de renouvellement des autorisations d'activité est un levier fort à disposition de l'agence régionale de santé (quatrième autorisation d'activité de soins sans consentement inconditionnelle à promouvoir)

Réponse de la mission : rédaction maintenue

---

Par ailleurs, on notera les oublis suivants :

- Annexe 1 : Au titre des capacités du C.H Gérard Marchant, deux lits d'isolement au P.A.J.A sont omis.
  - Réponse de la mission : rédaction modifiée
- Liste des personnes rencontrées : Monsieur le Docteur Pascal MARIE, Président de la C.M.E du C.H Gérard MARCHANT, Madame Christelle CH RTIER, cadre de santé, (participant à la cellule de régulation) et moi-même avons été rencontrés par les membres de la mission. L'orthographe de Monsieur Clément BOUCHEREAU est à corriger.
  - Réponse de la mission : rédaction modifiée

# LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES

- **ADMINISTRATIONS CENTRALES**

## Cabinets

Cabinet de la ministre du Travail, de la Santé et des Solidarités

Cabinet du ministre délégué de la Santé et de la Prévention

M. Yann	BUBIEN	Directeur adjoint de cabinet de la ministre
Mme Nadège	GRATALOUP	Conseillère établissements de santé, ressources humaines et relations sociales

## DGOS

M. Philippe CHARPENTIER		Sous-directeur des ressources humaines du système de santé
Mme Marie DAUDE		Directrice générale
Mme Anne HEGOBURU		Sous-directrice de la prise en charge hospitalière et des parcours ville-hôpital
Mme Ariane INDART-MARCHAND		Cheffe du bureau des personnels médicaux (RH5)
M. Antoine ROUCHON		Chef de bureau adjoint RH5
M. Emmanuel SAVARIN		Chef du bureau des personnels non médicaux (RH4)
Mme Laora TILMAN		Cheffe du bureau prise en charge en santé mentale et populations vulnérable

- **Commission nationale, Société savante, Observatoire régional**

## Commission nationale de psychiatrie

Dr Michel	TRIANTAFYLLOU	Psychiatre Chef de pôle au GHU Paris Psychiatre et Neurosciences CH Ste Anne Membre de la Commission nationale de psychiatrie
-----------	---------------	--

## Société française de médecine d'urgence (SFMU)

Pr Anthony	CHAUVIN	Chef de service adjoint Urgences SMUR Lariboisière Vice-Président de la SFMU
------------	---------	---

**Observatoire régional des urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP)**

Alicia	MALACRIDA	Directrice Administrative
Adrien	MONNINI	Coordinateur territorial Haute-Garonne
Marion	ROUSSEL	Coordinatrice territoriale Haute-Garonne et référente psychiatrie

● **Établissements de santé**

**CHS Gérard Marchant**

M. Frédéric	ARTIGAUT	Directeur par intérim
Mme la Dr Ibdtissam	AOUN	Docteur junior de psychiatrie, poste partagé CHU / GM sur la filière de pédopsychiatrie, de garde aux urgences psychiatriques de Purpan lors d'un EIG
M. Clément	BOUCHEREAU	IDE en psychiatrie, faisant fonction de cadre de santé, participant à la cellule de régulation des lits
Mme Christelle	CHARTIER	Cadre de santé exerçant les fonctions de bed manager
Pr Francois	CHOLLET	Vice-président de Toulouse Métropole, Président du Conseil de surveillance du CHS Gérard Marchant
Dr Pascal	MARIE	Président de la C.M.E
Mme Stéphanie	PETETIN	Directrice d'hôpital, directrice des affaires médicales, Affaires générales et Relations usagers
Dr Dominique	PETIOT	Médecin DIM du CHU de Toulouse en intérim à GM à temps partiel
Dr Émilie	THIBON	PH de psychiatrie au CH de Montauban, mise à disposition du CHS Gérard Marchant, de garde aux urgences psychiatriques de Purpan lors d'un EIG
Dr Radoine	HAOUI	Ancien PCME et chef de pôle

**CHU de Toulouse**

Dr Racan	ABIDINE	Chef de clinique des universités à l'UF4, centre expert dépression résistante et pathologie bipolaire, Service du Pr Yron di
Pr Christophe	ARBUS	PUPH, Chef de pôle de psychiatrie
Dr Olivier	AZEMA	PH DIM CHU
Dr Jean-Michel	BERTHOMMIER	PH urgentiste au service des urgences du CHU Purpan, présent lors d'un EIG

RAPPORT DÉFINITIF IGAS N°2024-018R1

Mme Véronique	BEZOMBES	Cadre supérieure de santé du pôle de gériatrie, assurant l'intérim de Mme GUIRAUDIE la semaine du 12 février 2024
Mme Charlotte	BEZOULIER	IDE à l'UHCD & AMT de nuit, par roulement jour / nuit, présente lors d'un EIG
Pr Vincent	BOUNES	PUPH d'anesthésie-réanimation, Chef de service du SAMU 31, Chef du pôle de médecine des urgences
Mme Julie	CAMPOS	IDE de l'AMT, présente pour l'un des EIG
Pr Sandrine	CHARPENTIER	PUPH, Cheffe de pôle adjointe du pôle urgences, Responsable des urgences adultes, Présidente de la SFMU 2023-2024
Dr Johanna	CHATELET	Psychiatre aux urgences de Purpan, présente lors d'un EIG
Mme Christelle	DEYMIE	Coordinatrice générale des soins depuis janvier 2022
Mme Mathilde M. David	DURBIZE ESTRAIN	Cadre de santé des urgences psychiatriques Faisant fonction de Cadre supérieur de santé au pôle Urgences
M. Alexandre	FANGUIN	Directeur des soins des pôles Psychiatrie et Urgences depuis janvier 2024
M. Abdelaadi	GAIDI	Directeur du pôle patrimoine et ressources immobilières, fonctions support et logistique
Pr Virginie	GARDETTE	PUPH de santé publique et Coordinatrice de la gestion des risques associés aux soins
Dr Lola	GRIOT	PH au service des urgences somatiques
Mme Juliette	GUIRAUDIE	Cadre supérieure de santé du pôle Psychiatrie
Pr Charles-Henri	HOUZE-CERFON	PUPH, Responsable du service accueil médico-traumatique (AMT) / structure d'urgence et UHCD
Dr Juliette	KULIFAJ	Docteur Junior en psychiatrie, en stage aux urgences psychiatriques
M. Jean-Michel	LATTES	Second adjoint au Maire en charge des transports, Président du Conseil de surveillance du CHU
Pr Dominique	LAUQUE	PUPH honoraire de médecine d'urgence, Coordinateur de la gestion des risques
M. Jean-François	LEFEBVRE	Directeur général du CHU
Mme Marlène	LIGNON	Cadre de santé des pôles Urgences et Psychiatrie
Dr Anne-Laurence	MARION	PH psychiatre, Cheffe de service des urgences psychiatriques par intérim depuis novembre 2023
Pr Laurent	MOLINIER	PUPH, Responsable du service d'information médicale du CHU et du GHT
M. Thomas	N	Interne en psychiatrie, en stage à l'UF3, de garde aux urgences psychiatrique de nuit lors d'un EIG
Mme la Pr Fati	NOURHASHEMI	Présidente de la CME

Dr Jean	OLIVIER	Psychiatre aux urgences de Purpan et UF pathologies complexes personne âgée
Mme Marianne	PRADÈRE	Directrice référente des 3 pôles : Psychiatrie, Médecine d'urgence et I3LM
Pr Alexis,	REVÊT	PUPH psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et psychotraumatisme, dans le Service universitaire de psychiatrie de l'enfant, était de garde lors d'un EIG
Dr Henriette	RIJK VAN DER GRACHT	PH urgentiste (somatique) à Purpan, présente lors d'un EIG
Mme Amandine	RIZATTO	AS au service des urgences, présente lors d'un EIG
Mme Eva	SABATIÉ HERNANDO	IDE aux urgences psychiatriques, présente lors d'un EIG
Mme Anne	SCANDELLA	Directrice des sites Lagrave et Fontaine salée, Directrice de garde lors d'EIG
Dr Nathalie	SPENATTO	Médecin dermatologue – vénérologue, médecin des urgences lors d'un des EIG
Mme Christelle	SZAKACS	IDE du service des urgences / AMT, présente lors d'un EIG
Mme Marie	TAMISIER FERRY	IDE aux urgences psychiatriques, présente lors d'un EIG
Mme Betty	VERNEDE	AS au service des urgences, présente lors d'un EIG

### Clinique d'Aufréry

Dr Catherine	BAHEUX	Psychiatre, Présidente de la CME
Mme Pauline	DURAND	Directrice des ressources humaines
Dr Michel	FREXINOS	Psychiatre, Directeur médical de la clinique
M. Benjamin	GUIRAUD-CHAUMEIL	Président du Conseil d'administration de la clinique
Caroline	PERISSÉ	Gestionnaire de lits de la clinique
Mme Mélanie	RAPICANT	Personnel de la Direction des affaires médicales, gestionnaire de lits de la clinique

### Clinique de Castelvieu

Dr Guillaume	BOYER-VIDAL	Psychiatre
Benjamin	GARCIA	Directeur
Thomas	GARNIER	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Anna	GERMANEAU	Attachée de direction
Dr Nicolas	MARFAING	Psychiatre
Pauline	TERRIER	Directrice adjointe

**Clinique des Cèdres**

Mme Elodie	BARES	Cadre de santé, coordinatrice de psychiatrie
Mme Sabine	BORALI	Directrice de la clinique des Cèdres
M. Fabrice	DERBIAS	Directeur régional Occitanie MCO Groupe Ramsay
Mme Claude	NEDELEC	Directrice déléguée de la clinique et du pôle Psychiatrie
Dr Sandrine	PICAT	Psychiatre ayant suivi un patient impliqué dans un EIG

**Clinique du Château de Seysses**

Jennifer	BARRES	IDEC
Dr Élixa	BERTHELOT	Psychiatre
Marion	COLLUS	IDEC
Thomas	GARNIER	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Amaya	LICEAGA	Attachée de direction
Dr Frédéric	MELINAND	Médecin coordinateur régional
Dr Laure	VALLAUD	Psychiatre

**Clinique Marigny**

Marie	CAMON	IDEC
Pauline	CHOPIN	IDEC
Thomas	GARNIER	Directeur régional Occitanie Groupe EMEIS
Olivier	GRIMA	Attaché de direction
Dr Laurent	LESGOURGUES	Psychiatre
Julie	MARIE	Directrice adjointe
Gersende	POMPIGNE	Responsable des admissions

**Clinique de Montberon**

Alexia	ANDRE	Infirmière coordinatrice
Nicolas	BASSOT	PDG de la clinique
Clara	KHAYAT	Attachée de direction
Dr Jean	LIMODIN	Psychiatre et vice-président de CME
Marie	SEYS	Directrice

**La mission a également auditionné des familles et proches de patients directement concernés par ces événements graves.**



## SIGLES UTILISÉS

<b>ALARM-e</b>	<i>Association of Litigation And Risk Management</i> . La grille d'analyse a été complétée en 2016 en une grille « ALARM-e », pour « extended ».
<b>AMA</b>	Assistant médico-administratif
<b>AMT</b>	Accueil médico-traumatique
<b>ANAES</b>	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
<b>ARS</b>	Agence régionale de santé
<b>AS</b>	Aide-soignant
<b>AZF</b>	« AZote Fertilisants » (Usine de production d'engrais azotés ayant explosé le 21 septembre 2001 à Toulouse, entraînant la mort de 31 personnes, faisant 2500 blessés et de lourds dégâts matériels).
<b>CCU-AH</b>	Chef de clinique des Universités – Assistant des hôpitaux
<b>CGLPL</b>	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
<b>CH</b>	Centre Hospitalier
<b>CHGM</b>	Centre hospitalier Gérard Marchant
<b>CHS</b>	Centre hospitalier spécialisé
<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CME</b>	Commission médicale d'établissement
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CMPP</b>	Centre médico-psycho-pédagogique
<b>CNAM</b>	Caisse nationale assurance maladie
<b>CNIL</b>	Commission nationale de l'informatique et des libertés
<b>CNRS</b>	Centre national de la recherche scientifique
<b>COPERMO</b>	Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins
<b>COTER</b>	Comité territorial
<b>Covid</b>	<i>Coronavirus Disease</i> Maladie à Coronavirus
<b>CPOM</b>	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
<b>CPT</b>	Communauté psychiatrique de territoire
<b>CPTS</b>	Communautés professionnelles territoriales de santé
<b>CRC</b>	Chambre régionale de comptes
<b>CREAI</b>	Centre régional d'études d'actions et d'informations, en faveur des personnes en situation de vulnérabilité
<b>CREX</b>	Comité de retour d'expérience
<b>CSP</b>	Code de la santé publique
<b>CTSM</b>	Communauté Territoriale de Santé Mentale
<b>CUMP</b>	Cellule d'urgence médico-psychologique
<b>DAM</b>	Direction des affaires médicales
<b>DAPACO</b>	Dispositif d'appui psychiatrie à l'orientation
<b>DATI</b>	Dispositif d'alerte travailleur isolé
<b>DDT</b>	Direction départementale du travail

<b>DG</b>	Directeur général
<b>DGI</b>	Danger grave et imminent
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'offre de soins
<b>DIM</b>	Département d'information médicale
<b>DIRPS</b>	Dispositif de régulation psychiatrique au SAMU 31
<b>DMS</b>	Durée moyenne de séjour
<b>DPI</b>	Dossier patient informatisé
<b>DSIO</b>	Direction des systèmes d'information et de l'organisation
<b>DUERP</b>	Document unique d'évaluation des risques professionnels
<b>EHESS</b>	École des hautes études en sciences sociales
<b>EI</b>	Événement indésirable
<b>EIG(S)</b>	Événement indésirable grave (associé aux soins)
<b>ENSFEA</b>	École Nationale Supérieure de Formation de l'Enseignement Agricole
<b>ESI</b>	Étudiant en soins infirmiers
<b>ETP</b>	Équivalent temps plein
<b>F3SCT</b>	Formation spécialisée en matière de santé, de sécurité et de conditions de travail
<b>FORAP</b>	Fédération des organismes régionaux et territoriaux pour l'amélioration des pratiques et organisations en santé
<b>GED</b>	Gestion électronique des documents
<b>GHU</b>	Groupe hospitalier universitaire
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>HL</b>	Hospitalisation libre
<b>I3LM</b>	(Pôle) inflammation, infection, immunologie, locomoteur
<b>IAO</b>	Infirmier d'orientation et d'accueil
<b>IASL</b>	Indemnité d'activité sectorielle et de liaison
<b>IDE</b>	Infirmier diplômé d'État
<b>IGA</b>	Inspection générale de l'administration
<b>IGAS</b>	Inspection générale des affaires sociales
<b>INSEE</b>	Institut national de la statistique et des études économiques
<b>IPA</b>	Infirmier en pratique avancé
<b>LICPUP</b>	Lits d'intervention de crise et de post urgences psychiatriques
<b>LIST</b>	Laboratoire interdisciplinaire solidarités, sociétés, territoires
<b>MCO</b>	Médecin de coordination et d'accueil ou Médecine-Chirurgie-Obstétrique
<b>MESR</b>	Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche
<b>MNASM</b>	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
<b>MP</b>	Médecin psychiatre
<b>ORS</b>	Observatoire régionale de la santé
<b>ORU</b>	Observatoire régional des urgences
<b>PAPRI Pact</b>	Programme annuel de prévention des risques professionnels et d'amélioration des conditions de travail
<b>PAQSS</b>	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
<b>PCME</b>	Président de la Commission médicale d'établissement
<b>PH</b>	Praticien hospitalier

<b>PNM</b>	Personnel non médical
<b>PPR</b>	(Bâtiment) Pierre-Paul Riquet
<b>PST</b>	Prime de solidarité territoriale
<b>PTSM</b>	Projet territorial de santé mentale
<b>PUPH</b>	Professeur des Universités – praticien hospitalier
<b>RETEX</b>	Retour d'expérience
<b>RMM</b>	Réunion de morbi-mortalité
<b>RMM</b>	Réunion de morbi-mortalité
<b>RUD</b>	Risque – Urgence - Dangersité
<b>SAUV</b>	Salle d'accueil des urgences vitales
<b>SDRE</b>	Soins sur décision d'un représentant de l'État
<b>SFMU</b>	Société française de médecine d'urgence
<b>SICS</b>	Service infirmier de compensation et suppléance
<b>SMUR</b>	Service mobile d'urgence et de réanimation
<b>SSC</b>	Soins sans consentement
<b>SU</b>	Service des urgences
<b>TDC</b>	Toutes dépenses confondues
<b>UHCD</b>	Unité d'hospitalisation de courte durée
<b>UNAFAM</b>	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
<b>UPUP</b>	Unité de post-urgence psychiatrique
<b>URM</b>	(Bâtiment) Urgences – Réanimations - Médecine
<b>URPS</b>	Union régionale des professionnels de santé
<b>UTOX</b>	Unité de toxicologie
<b>ZC</b>	Zone chaude
<b>ZF</b>	Zone froide

# LETTRE DE MISSION



La Ministre du travail, de la santé et des solidarités  
Le Ministre délégué, chargé de la santé et de la Prévention

Paris, le **22 FEV. 2024**

D-24 002662

**A l'attention de Monsieur Thomas AUDIGÉ  
Chef de l'inspection générale des affaires sociales**

**Objet : Lettre de mission d'inspection relative à la situation de la psychiatrie dans le département de la Haute Garonne**

Plusieurs événements indésirables graves survenus ces derniers jours au centre hospitalier universitaire de Toulouse ont mis en exergue d'importantes fragilités dans l'organisation de la prise en charge psychiatrique sur la métropole de Toulouse. Le département de la Haute-Garonne connaît en effet depuis plusieurs années une situation de tension forte s'agissant de l'activité de psychiatrie. Ces tensions sont notamment liées à certaines particularités organisationnelles.

Dans ce département, près de 75% de l'offre en psychiatrie est ainsi assurée par des opérateurs privés. En revanche, la prise en charge psychiatrique en urgences est assurée exclusivement par le CHU de Toulouse pour la totalité du département. Par ailleurs, le contexte de tensions entre les différents établissements autorisés en psychiatrie pose des difficultés pour trouver des solutions d'aval, notamment au sein des établissements privés qui ne participent pas à la sectorisation et accueillent près de 30% de patients originaires d'autres départements que la Haute-Garonne. Cette insuffisante fluidité et ce manque de coopération entre les établissements du département a pour conséquence d'engorger les urgences du CHU, avec des usagers qui patientent parfois plusieurs jours dans le service de consultations de psychiatrie, souvent dans des conditions très dégradées, l'établissement ayant en effet pris l'habitude de garder parfois plusieurs jours des patients accueillis en urgence dans des locaux totalement inadaptés.

En ce qui concerne plus particulièrement les soins sans consentement, une seule clinique privée (la clinique Beaupuy) les assure, le reste étant pris en charge par le secteur public (CHU de Toulouse et CHS Gérard Marchant). Cette clinique n'accueille pas en revanche les patients admis en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), ce qui limite les solutions d'aval des urgences pour les cas les plus complexes.

Les événements graves survenus ces derniers jours dans le département (notamment le suicide d'un patient ou encore le viol d'une patiente aux urgences du CHU de Toulouse) ont mis en exergue ces difficultés structurelles récurrentes de prise en charge en psychiatrie sur le territoire de la Haute-Garonne, impactant la qualité et la sécurité des soins assurés aux patients ainsi que les conditions de travail des soignants. De manière générale, les relations compliquées entre les opérateurs de différents statuts ne permettent pas de répondre de manière efficiente aux besoins de prise en charge en psychiatrie des habitants de Haute-Garonne.

Consécutivement aux événements graves précédemment énoncés, et sur notre demande, l'agence régionale de santé Occitanie a annoncé ces derniers jours plusieurs mesures pour pallier en urgence ces difficultés. Afin de remédier à l'accueil prolongé des patients dans le service de consultations des urgences psychiatriques du CHU de Toulouse, l'ARS, avec le concours des établissements publics et privés du territoire, cherche à identifier, parmi plus de 1300 lits ouverts sur la métropole, un volume minimal de 5 lits disponibles chaque jour pour accueillir des patients en aval des urgences. L'ARS a par ailleurs annoncé la mise en place d'une cellule de régulation territoriale et un soutien fort aux projets innovants (équipe mobile par exemple), ainsi qu'aux recrutements pour permettre la réouverture des lits fermés au CHU ou au CHS.

Tél : 01 44 38 38 38  
127 rue de Grenelle - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.  
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse [ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr](mailto:ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr) ou par voie postale.  
Pour en savoir plus : <https://travail-emploi.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>, <https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies>, <https://solidarites.gouv.fr/donnees-personnelles-et-cookies>

En complément de ces mesures et à la lumière des derniers événements indésirables graves survenus et sur lesquels nous souhaitons qu'une attention soit portée, l'organisation du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, et plus particulièrement à la suite d'une admission aux urgences, nécessite d'être revue en profondeur et doit faire l'objet d'une mission d'inspection que je souhaite vous confier.

En premier lieu, la mission devra faire toute la lumière, sans préjudice de l'enquête judiciaire, sur les circonstances dans lesquelles les événements indésirables graves des derniers jours sont intervenus. L'analyse qui sera conduite devra notamment qualifier la nature et l'origine des dysfonctionnements qui ont conduit à ces situations et évaluer si ces événements sont, ou non, liés à des défauts systémiques d'organisation au sein de l'établissement universitaire et vérifier que les procédures et moyens destinés à garantir la sécurité des patients sont pleinement adaptés.

La mission s'attachera également à décrire et évaluer l'organisation actuelle du parcours de prise en charge en psychiatrie en Haute-Garonne, en prenant en compte l'ensemble des spécificités de l'offre territoriale mentionnées ci-dessus. Elle s'attachera ainsi à évaluer le rôle des différents opérateurs selon leur statut, par étape du parcours, de prise en charge de l'accueil en urgence à la prise en charge aval, selon les différentes modalités de prise en charge (ambulatoire, temps partiel, temps complet).

La mission expertisera en parallèle les modalités de répartition des moyens financiers alloués à la prise en charge des urgences psychiatriques en Haute-Garonne.

Sur la base de son diagnostic et dans la continuité des décisions annoncées sur place par le Gouvernement le 20 février 2024, la mission veillera à formuler un avis sur les solutions à mettre en place afin de permettre l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques, en mobilisant l'ensemble des acteurs concernés (publics et privés), dans des conditions adaptées (locaux, personnel, etc.). La mission veillera spécifiquement à interroger la répartition actuelle des rôles et responsabilités entre les établissements publics et privés de la filière sur le territoire et proposera des modalités de renforcement de leurs coopérations.

La mission formulera également des recommandations de plus long terme, en tenant compte de la réforme du régime des autorisations (notamment en matière de soins sans consentement), qui permet de faire évoluer la carte sanitaire, et de la réforme du financement de la psychiatrie, qui permet de mobiliser des moyens financiers spécifiquement pour répondre à des besoins non couverts.

Elle veillera à mener ce travail avec l'ensemble des acteurs concernés : le groupe opérationnel de psychiatrie de la Commission nationale de la psychiatrie, les établissements de santé publics et privés, les élus concernés, l'ARS, et en cas de besoin les partenaires d'amont et d'aval. Les différentes catégories de professionnels devront être incluses dans les discussions.

Le rapport issu de ces travaux devra nous être remis au plus tard d'ici la fin du mois d'avril 2024.

**Catherine VAUTRIN**

**Frédéric VALLETOUX**