



Rapport de visite

**Etablissement public de santé
mentale de la vallée de l'Arve
(Haute-Savoie)**

Du 4 au 8 août 2014

SYNTHESE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve (Haute-Savoie), du lundi 4 au vendredi 8 août 2014.

Créé deux ans avant la visite, l'EPSM de la vallée d'Arve apparaît à bien des égards comme une structure encore en transition et offrant un visage contrasté, en particulier lorsqu'on compare le fonctionnement, plus disparate que cohérent, de chacune des six unités d'hospitalisation complète. Ainsi, l'USIP dont les équipes dynamiques prodiguent des soins de qualité est insuffisamment utilisée ; à l'inverse, l'unité des patients hospitalisés à long terme semble plus atone.

Au-delà, l'incessant flux de mutations du personnel (déjà renouvelé de moitié depuis l'ouverture), aux causes complexes et impossibles à réduire au seul attrait pécuniaire présenté par la proximité avec la Suisse, nuit à la nécessaire stabilité de cet établissement. La réduction sensible de cette mobilité, par une politique ambitieuse de fidélisation, apparaît dès lors comme une priorité à bref délai.

La prise en charge des patients souffre de divers maux, résumés comme suit par un interlocuteur rencontré : « on s'éloigne de notre cœur de métier, l'humain ». La prise en charge globale des patients par la nouvelle génération de professionnels est marquée par une perte d'empathie.

Outre des carences relevées en matière de notification des décisions de placement et des droits inhérents ainsi que de recueil des observations, c'est tout le processus d'accueil et d'admission des nouveaux patients qui doit être repensé, notamment pour ne jamais reposer après 17h30 sur un agent de sécurité, faute de cadres de santé présents sur site. Les patients subissent le plus souvent un quotidien terne, rythmé par la télévision ou la cigarette, et peu animé par une offre d'activités thérapeutiques ou simplement occupationnelles. Le défaut d'informations, le manque de coordination culturelle et la rareté de la pratique sportive encadrée constituent d'autres éléments de faiblesse.

Par ailleurs, le suivi somatique demeure lacunaire, un seul médecin généraliste ne pouvant assurer cette fonction : le recrutement immédiat d'un autre médecin s'impose.

Enfin, le recours trop banalisé et immédiat à l'isolement, en particulier de manière systématique pour les personnes détenues, et à la contention interroge quant aux pratiques professionnelles. Des modes de gestion moins traumatisants doivent être envisagés.

Ainsi que l'a confié un agent expérimenté rencontré : « Nous sommes devenus maltraitants ». Pourtant, dans son courrier de réponse en date du 7 octobre 2015, le directeur considère qu' « *il ne nous semble pas que la visite ait mis en évidence une situation de maltraitance globale, même si certaines pratiques précises sont clairement inadaptées* ». Un tel écart de perception de la situation mérite que l'établissement s'interroge sur le caractère impersonnel de sa prise en charge ainsi que sur les causes du mal-être qui justifie la rotation du personnel soignant. Le comité d'éthique, qui semble dynamique, devrait s'en saisir.

OBSERVATIONS

- Le processus d'accueil et d'admission est à revoir après 17h30, lorsqu'il ne repose que sur un agent de sécurité et non sur un cadre de santé.
- Le nombre des activités proposées est insuffisant.
- Il y a un défaut d'explications lors des notifications aux patients des décisions concernant leur situation et les droits inhérents, ainsi qu'un recueil défaillant de leurs observations.
- La cause profonde de l'incessante mobilité du personnel infirmier, facteur de déstabilisation, doit être analysée et traitée.
- Le recours à l'isolement ou à la contention se révèle trop fréquent et est empreint d'un caractère systématique dénué de toute traçabilité ; il y a lieu d'engager une réflexion quant à sa nécessité, sa finalité et aux alternatives possibles.
- Les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement et non à l'USIP pour des motifs non explicités.
- Un second médecin somaticien fait défaut, en particulier pour le suivi vaccinal des patients au long cours.
- Le médicament apparaît trop souvent comme un recours aisé, au détriment du contact humain qui devrait rester au cœur de la prise en charge.
- La distribution collective des médicaments dans la plupart des unités de soins est peu respectueuse de l'intimité et du secret médical.
- L'USIP semble performante, mais demeure sous utilisée.
- La convocation de tous les patients devant le juge des libertés et de la détention (JLD) à la même heure devrait être évitée.

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| OBSERVATIONS | 3 |
| SOMMAIRE | 4 |
| 1- Conditions générales de la visite | 7 |
| 2- Présentation générale de l'établissement | 8 |
| 2.1 La psychiatrie dans le département de Haute-Savoie | 8 |
| 2.2 L'établissement public de santé mentale (EPSM) | 9 |
| 2.2.1 L'historique | 9 |
| 2.2.2 L'implantation et l'accessibilité | 10 |
| 2.2.3 La description des bâtiments..... | 10 |
| 2.2.4 L'organisation fonctionnelle de l'établissement (pôles, secteurs, unités) | 12 |
| 2.3 L'activité | 12 |
| 2.4 Le personnel | 13 |
| 2.4.1 Les effectifs..... | 13 |
| 2.4.2 La gestion des ressources humaines | 14 |
| 2.5 Les données financières | 15 |
| 3- hospitalisation sans consentement et exercice des droits | 17 |
| 3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement à l'établissement | 17 |
| 3.2 Les modalités d'admission | 19 |
| 3.2.1 L'organisation et le rôle du bureau des entrées..... | 19 |
| 3.2.2 Les formalités administratives..... | 20 |
| 3.2.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels du patients..... | 21 |
| 3.2.4 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours | 21 |
| 3.3 Les informations données aux malades sur les conditions d'hospitalisation et la loi du 5 juillet 2011 modifiée | 23 |
| 3.3.1 Le règlement intérieur de l'établissement | 23 |
| 3.3.2 Le livret d'accueil de l'établissement..... | 23 |
| 3.3.3 Les règles de vie des unités de soins | 24 |
| 3.4 Le recueil des observations des patients | 25 |
| 3.5 La levée des mesures de contrainte | 25 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 3.5.1 | L'avis motivé accompagnant la saisine du JLD | 25 |
| 3.5.2 | Le contrôle du juge des libertés et de la détention..... | 26 |
| 3.6 | Les sorties..... | 37 |
| 3.7 | La commission départementale des soins psychiatriques | 39 |
| 3.8 | Le registre de la loi et son contrôle par les autorités | 42 |
| 3.8.1 | Le registre recensant les mesures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat | 42 |
| 3.8.2 | Le registre recensant les mesures d'admission à la demande d'un tiers | 46 |
| 4- | Les droits des patients hospitalisés | 47 |
| 4.1 | La protection juridique des majeurs | 47 |
| 4.2 | La désignation d'une personne de confiance..... | 47 |
| 4.3 | L'accès au dossier médical..... | 47 |
| 4.4 | L'accès à l'exercice d'un culte | 48 |
| 4.5 | La communication avec l'extérieur | 48 |
| 4.6 | La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) | 49 |
| 4.6.1 | Les plaintes et réclamations..... | 50 |
| 4.6.2 | Les événements indésirables..... | 51 |
| 4.6.3 | Les recours contentieux..... | 51 |
| 4.7 | Le comité d'éthique | 51 |
| 4.8 | Les associations..... | 53 |
| 4.8.1 | Les associations de famille, affiliées ou non à l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM) | 53 |
| 4.8.2 | Les associations d'usagers | 54 |
| 5- | Les conditions d'hospitalisation | 54 |
| 5.1 | Éléments communs à tous les secteurs..... | 54 |
| 5.1.1 | La restauration | 54 |
| | <i>Salle de repas des patients de l'unité Voiron</i> | 54 |
| 5.1.2 | La blanchisserie..... | 55 |
| 5.1.3 | La sécurité..... | 55 |
| 5.1.4 | Les transports | 57 |
| | <i>Panneaux indicateurs à l'entrée du domaine.....</i> | 58 |
| 5.1.5 | Les activités communes | 58 |
| 5.1.6 | Les soins somatiques..... | 63 |

| | | |
|------------|---|------------|
| 5.1.7 | Le service de nuit..... | 67 |
| 5.2 | Le pôle de psychiatrie adulte..... | 69 |
| 5.2.1 | L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) | 71 |
| 5.2.2 | Le secteur du Genevois Français : l'unité d'admission Voiron..... | 79 |
| 5.2.3 | Le secteur de la Moyenne Vallée : l'unité d'admission Brévent | 88 |
| 5.2.4 | Le secteur de la Haute Vallée : l'unité d'admission Aravis | 91 |
| 5.2.5 | L'unité spécialisée pour les patients à long terme Salève..... | 98 |
| 5.2.6 | L'unité spécialisée en gériopsychiatrie Bargy..... | 103 |
| 5.3 | Le pôle de pédo-psychiatrie | 108 |
| 5.4 | L'hospitalisation des personnes détenues..... | 109 |
| 5.5 | La suroccupation et les transferts | 110 |
| 6- | Le recours à l'isolement et à la contention | 111 |
| 6.1 | La procédure d'isolement..... | 111 |
| 6.2 | La procédure de contention..... | 111 |
| 6.3 | Les chambres d'isolement | 112 |
| 6.4 | Le recours à l'isolement et à la contention | 113 |
| 8- | Conclusion..... | |

Contrôleurs :

- Gilles Capello, chef de mission ;
- Anne-Sophie Bonnet ;
- Betty Brahmy ;
- Bertrand Lory ;
- Yanne Pouliquen ;
- Caroline Viguier.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve (Haute-Savoie), du lundi 4 au vendredi 8 août 2014.

1- CONDITIONS GENERALES DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve, situé à La-Roche-sur-Foron (Haute-Savoie) le 4 août 2014 à 15 heures.

Ils en sont partis le 8 août à midi.

Une visite de nuit a eu lieu le 6 août de 21 heures 30 à 23 heures.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur de l'établissement.

Une réunion de début de visite a pu être organisée le 4 août à 15 heures avec :

- le directeur ;
- le président du conseil de surveillance ;
- le président de la commission médicale d'établissement ;
- le cadre supérieur de santé ;
- la directrice des ressources humaines ;
- le directeur des soins ;
- la responsable des services financiers ;
- le chef de pôle ;
- quatre cadres de santé ;
- six praticiens hospitaliers ;
- un médecin généraliste ;
- deux représentants de l'aumônerie catholique ;
- deux représentants syndicaux ;
- la secrétaire de direction.

Ont été avisés de leur visite :

- le chef de cabinet du préfet ;
- la direction de l'agence régionale de santé (ARS), antenne territoriale d'Annecy ;
- le président et le procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de Bonneville.

Les contrôleurs ont en outre rencontré : le président de la commission départementale des soins psychiatriques, le juge des libertés et de la détention, un avocat (ils ont également eu des échanges épistolaires avec le bâtonnier de l'ordre des avocats au barreau de Bonneville), et trois représentants de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), représentants des usagers dans les instances de l'EPSM.

L'ensemble des documents demandés a été mis à la disposition des contrôleurs.

L'affichette annonçant leur visite a été diffusée dans les services de soins et les lieux collectifs.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des personnels de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Les contrôleurs ont également disposé d'une grande salle de réunion.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs dès le premier jour et ont pu rencontrer des contrôleurs le dernier jour durant près de deux heures.

Une réunion de restitution a eu lieu le 8 août à 11 heures en présence du directeur, du président du conseil de surveillance, du président de la commission médicale d'établissement, du chef de pôle, de la directrice des ressources humaines, du directeur des soins et de la secrétaire de direction, jusqu'à 12h30.

Les contrôleurs ont accompagné plusieurs patients à l'audience du juge des libertés et de la détention le 5 août et, à cette occasion, ont rencontré ce magistrat et les avocats présents.

Un rapport de constat a été adressé au directeur de la structure le 8 juin 2015, auquel il a répondu le 7 octobre 2015, considérant en exergue que « le rapport traduit fidèlement la réalité ».

2- PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 La psychiatrie dans le département de Haute-Savoie

La population de la Haute-Savoie s'élève à 746 994 habitants¹.

Les soins psychiatriques des adultes sont assurés par trois établissements de santé publique :

¹ Source : INSEE 2011

- le centre hospitalier de la région d'Annecy qui comporte un pôle de psychiatrie correspondant à trois secteurs de psychiatrie adulte (74 G 01, G 02 et G 03);
- le centre hospitalier intercommunal hôpitaux du Léman de Thonon-les-Bains qui comprend un pôle de psychiatrie avec un secteur de psychiatrie adulte (74 G 07) ;
- l'EPSM de La Roche-sur-Foron comprenant un pôle de psychiatrie adulte avec trois secteurs de psychiatrie adulte : le Genevois français, la Moyenne Vallée et la Haute Vallée (74 G 04, 05 et 06).

Deux cliniques libérales sont installées dans le département :

- la clinique des vallées à Ville-la-Grand près d'Annemasse ;
- la clinique Régina située à Sevrier près d'Annecy

L'offre de psychiatrie libérale est concentrée essentiellement à Annecy.

En outre, selon les statistiques de la commission départementale des soins psychiatriques, « dans le département de la Haute-Savoie, le nombre des hospitalisations sans consentement a augmenté de 17,65 % par rapport à l'année précédente ». Par ailleurs, le nombre de levées d'admissions à la demande d'un tiers a augmenté de plus de 1,37 % par rapport à 2012 et au contraire, diminué de 7,27 %, s'agissant des admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

2.2 L'établissement public de santé mentale (EPSM)

2.2.1 L'historique

Créée en 1975 à la périphérie de la ville sous le nom d'Unité de soins spécialisés, c'est en vérité en 1978 qu'il conquiert son autonomie en devenant le centre hospitalier spécialisé (CHS) de La-Roche-sur-Foron avant de se transformer en établissement public de santé mentale (EPSM) en 1995.

Doté de la personnalité civile et de l'autonomie financière, l'EPSM a le statut d'établissement public administratif (EPA), possède des biens propres et un budget autonome, cette autonomie induisant un contrôle de tutelle exercée par la collectivité territoriale de rattachement, les usagers et leurs familles.

C'est en juin 2012 qu'il s'installe en face de l'ancienne structure, sur un vaste terrain dominé par la montagne, dans des locaux neufs et adaptés aux exigences contemporaines.

Située dans la vallée de l'Arve, La-Roche-sur-Foron est une petite ville médiévale de 10 000 habitants, à une trentaine de kilomètres de la frontière suisse.

Le fonctionnement de l'EPSM s'appuie sur un conseil de surveillance, une équipe de direction, une commission médicale d'établissement, un comité technique d'établissement, une commission des soins infirmiers.

D'autres instances existent telles que le comité de lutte contre les maladies nosocomiales (CLIN), le comité de lutte contre la douleur (CLUD) ou encore le comité de prise en charge nutritionnelle (CLAN).

Par ailleurs, le regard des proches hospitalisés s'exerce à travers un complexe acronyme, la CRUQPC, signifiant « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge », nécessaire regard de la société civile sur cette institution d'enfermement.

2.2.2 L'implantation et l'accessibilité

Comme toute cité médiévale, La-Roche-sur-Foron se concentre autour de son cœur de ville, l'EPSM occupant un site en pleine extension immobilière (zone pavillonnaire, immeubles) au nord-est, sur une hauteur, à 1,5 km de la mairie et des commerces.

Les patients autorisés à sortir peuvent rejoindre le centre-ville à pied en coupant par un sous-bois.

Il n'existe pas de ligne de bus régulière desservant l'EPSM mais un service de transport particulier à la demande a été opportunément mis en place, dénommé « Proximiti ».

Ce minibus ouvert à tous (en particulier au personnel de l'EPSM et aux visiteurs) propose une prise en charge devant son domicile pour une dépose à l'un des divers arrêts prédéfinis du territoire local, déterminé autour de trois communautés de communes dont celle du Pays Rochois, où se trouve la ville de La-Roche-sur-Foron.

Le service du retour est également assuré.

Ainsi, pour deux euros l'aller (ou quatre euros l'aller-retour), sur simple appel téléphonique via un numéro Azur et du lundi au vendredi, de 9h à 18h, toute personne peut-elle bénéficier de cette prestation (sauf les week-ends et jours fériés), en réservant au moins deux heures à l'avance.

2.2.3 La description des bâtiments

Le pôle de psychiatrie générale de l'EPSM compte 165 lits d'hospitalisation répartis autour de sept unités : trois unités d'admission sectorisées (Voirons, Aravis, Brévent) de vingt-cinq lits chacune et trois unités spécialisées de vingt-cinq lits également (Salève pour les patients hospitalisés à long terme, Bionnassay pour la réhabilitation psychosociale, Bargy pour la gérontopsychiatrie), avec en sus une quatrième unité spécialisée de soins intensifs psychiatriques (USIP) ne comptant que quinze lits.

Ces unités, indépendantes architecturalement les unes des autres, se retrouvent dans un bâtiment commun à entrée unique, soit au rez-de-chaussée, soit au premier étage.

Un vaste parc, soigneusement entretenu, entoure la structure bâtie.

L'architecte a pris soin de consulter le personnel afin d'adapter le bâtiment aux contraintes et/ou exigences organisationnelles et fonctionnelles.

Ainsi ne trouve-t-on aucun couloir rectiligne d'un blanc aseptisé mais seulement des courbes, de chaudes couleurs murales, des sièges multicolores, des tableaux, le tout conférant à l'ensemble un sentiment dominant de sérénité et de quiétude.



Entrée principale



Couloir d'accès aux chambres

Les chambres (toutes individuelles et équipées d'une salle de bains) ont une surface de 16,93m², à l'exception de celle réservée dans chaque unité aux personnes à mobilité réduite, un peu plus grande (18,15m² voire 18,70m² à l'USIP).

L'ensemble (chambres, couloirs de circulation, espaces communs) se caractérise avant tout par une grande luminosité naturelle, apportée par de grandes fenêtres ou verrières.

A cet égard, la cafétéria centrale des patients, située au premier étage, symbolise bien le parti-pris adopté, assortie en outre d'une vaste terrasse extérieure donnant sur le parc.

L'ensemble demeure donc agréable pour tous, patients, personnel, visiteurs.

2.2.4 L'organisation fonctionnelle de l'établissement (pôles, secteurs, unités)

L'établissement compte quatre pôles :

- le pôle de psychiatrie générale
- le pôle de pédopsychiatrie
- le pôle médico-technique
- le pôle administratif et logistique

Le pôle de psychiatrie générale englobe d'une part trois unités d'admission sectorisées de vingt-cinq lits chacune, respectivement dénommées Voirons (pour le secteur géographique du Genevois français, soit 107 000 habitants), Aravis (pour le secteur de la haute vallée, soit 95 000 habitants) et Brévent (pour le secteur de la moyenne vallée, soit 103 000 habitants), d'autre part quatre unités spécialisées dénommées Bargy (vingt-cinq lits destinés à la gérontopsychiatrie), Salève (vingt-cinq lits pour des hospitalisations à long terme), Bionnassay (destinée à accueillir en hospitalisation libre vingt-cinq patients au maximum en vue d'assurer des soins d'accompagnement psychologique et social vers une réhabilitation au sein de la famille et/ou de la société civile) et enfin une unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) de quinze lits pour les troubles majeurs du comportement.

Il convient par ailleurs de relever que le pôle de psychiatrie infanto-juvénile (ou pédopsychiatrie) ne comporte pas de lits d'hospitalisation mais demeure uniquement ambulatoire.

2.3 L'activité

Les journées d'hospitalisation complète de patients et la durée moyenne de leur séjour s'établissent comme suit :

| Année | Nombre de séjours | Nombre d'entrées | Nombre de jours de présence | Nombre de patients | Durée moyenne de séjour (DMS*) |
|-------|-------------------|------------------|-----------------------------|--------------------|--------------------------------|
| 2011 | 1432 | 1273 | 43241 | 922 | 30,20 |
| 2012 | 1877 | 1771 | 46875 | 949 | 26,81 |
| 2013 | 2063 | 1919 | 52581 | 1031 | 26,84 |

*DMS : le mode de calcul de la DMS s'opère en divisant le nombre total de journées d'hospitalisation à temps complet (ou jours de présence) dans l'année, par le nombre de séjours à temps complet de patients.

Par ailleurs, le nombre d'hospitalisations sans consentement se subdivise comme suit :

- Soins sur décision du directeur :

| Nature de la mesure | 2012 | 2013 |
|---|------|------|
| Nombre total de patients en SPDT | 442 | 520 |
| Soins sur demande d'un tiers | 81 | 158 |
| Soins sur demande d'un tiers en urgence | 173 | 165 |
| Soins sur demande d'un tiers en cas de péril imminent | 188 | 197 |

- Soins sur décision du représentant de l'Etat :

| | 2012 | 2013 |
|-----------------------------------|------|------|
| Nombre total de patients en SPDRE | 53 | 71 |
| Sur demande du Préfet | 13 | 13 |
| Sur demande du Maire | 23 | 31 |
| Pénalement irresponsable | 0 | 4 |
| Personnes détenues | 17 | 23 |

2.4 Le personnel

2.4.1 Les effectifs

2.4.1.1 Le personnel médical (y compris la garde)

En 2013, le personnel médical s'élevait à trente-six agents dont vingt-neuf de nationalité française (source bilan social), soit vingt hommes et seize femmes (56%/44%).

Plus précisément, cela équivalait à 30,17 équivalents temps plein rémunérés (ETPR), c'est-à-dire :

- 17,83 praticiens hospitaliers ;
- 7,26 praticiens contractuels ;
- 4,08 praticiens attachés ;
- 1 interne.

Au jour du contrôle, ce personnel se composait quantitativement de trente-deux médecins réellement présents et actifs sur site.

Il convient ici de signaler le faible taux de présence du (seul) médecin généraliste, qui intervient huit demi-journées par semaine, dont cinq sont uniquement consacrées à l'unité de gérontopsychiatrie, le reste de son temps d'intervention demeurant partagé entre l'ensemble des autres unités.

Le suivi des patients au long cours et le suivi vaccinal apparaissent dès lors insuffisamment assurés.

2.4.1.2 Le personnel non médical

En 2013, le personnel non médical représentait 530 personnes dont onze étrangères, soit 105 hommes et 425 femmes (20 %/80 %).

Cette proportion est identique à la moyenne nationale.

Sur les 105 hommes, on trouvait 56 soignants, 36 agents techniques, 9 personnels éducatifs et 4 administratifs.

Sur les 425 femmes, on relevait 246 soignantes, 21 agents techniques, 3 agents médico-techniques, 95 personnels éducatifs et 60 agents administratifs.

Cela correspond à 474,54 ETPR, dont 259,84 personnels soignants.

Au total (personnel médical + personnel non-médical), le personnel de l'EPSM apparaît en très large majorité de nationalité française (548/566, soit un taux de 96,82%)

2.4.2 La gestion des ressources humaines

La gestion des ressources des ressources se heurte avant tout à un phénomène de rotation perpétuelle du personnel, dans la mesure où quasiment un tiers de l'effectif total est renouvelé chaque année (29% en 2013, contre 26% en 2012).

L'attrait d'une rémunération substantielle en Suisse (salaire multiplié par 2,5 environ) explique en partie ce turnover.

La politique de la direction locale vise en conséquence actuellement à fidéliser le personnel en rendant l'établissement attractif afin d'obtenir à bref délai un taux de rotation inférieur à 20%.

Il en va de la cohésion des équipes, de la continuité du suivi des patients et de l'équilibre général de la structure.

« Recruter, c'est avant tout...séduire » indiquait en octobre 2013 un document de la direction des soins visant la politique de recrutement pour les professionnels paramédicaux.

Y figure notamment un passage révélateur des préoccupations et des problématiques actuelles de l'EPSM : « La politique de séduction interne passe par une offre de formation suffisante, des allocations d'études, l'accueil en stage pour les services peu attractifs, l'accueil lors du premier entretien, etc. Elle a pour objectif de véhiculer une image positive de l'établissement par l'accompagnement, le traitement des candidatures de manière réactive, une prise en charge individualisée des étudiants. »

Cette politique d'accueil, de formation et de fidélisation cherche à retenir de jeunes professionnels inexpérimentés dans le domaine des soins psychiatriques qui se réfugient trop aisément et trop rapidement dans une sorte de nomadisme professionnel.

Malgré les efforts déployés par la direction des soins et la direction des ressources humaines (par exemple, des médecins étrangers ont été recrutés via Skype), il n'en reste pas moins vrai que le coût élevé de la vie en Haute-Savoie constitue souvent un élément objectif d'incitation au départ.

C'est aussi pourquoi les heures supplémentaires effectuées sont rémunérées et non récupérées (4363 heures en 2012).

Par ailleurs et compte tenu d'un budget excédentaire, tout poste vacant est publié (sur le site de la Fédération hospitalière de France) dans un « contexte de flexibilité totale » selon les dires d'un interlocuteur rencontré par les contrôleurs.

95% des postes budgétés furent ainsi pourvus en 2013.

Un plan de formation ambitieux vient en outre accompagner ce dispositif général, un volume de 414 762 euros ayant été dégagé sur le budget 2013 dans ce cadre, soit 3,12% de la masse salariale totale (contre 3,05% en 2012).

A en outre été activée en 2014 une politique de tutorat à destination des nouveaux soignants arrivant, dispensée par des infirmiers retraités recrutés pour une période de six mois.

Au total, en 2013, 227 formations furent localement dispensées (contre 122 en 2011 et 201 en 2012) représentant 4 252 journées et ayant concerné 483 agents (contre 399 en 2012).

L'ensemble des efforts consentis par la direction des soins et la direction des ressources humaines vient en bonne logique réduire le taux d'absentéisme du personnel (en moyenne, vingt jours d'absence par agent en 2013 contre près de vingt-quatre l'année précédente et une moyenne nationale de plus de trente-deux).

En 2013, furent comptabilisés 10 464 jours d'absence, soit 459 pour le personnel médical et 10 005 pour le personnel non-médical, pour un taux d'absentéisme total de 6% (source bilan social)

2.5 Les données financières

Etablissement public de type administratif, l'EPSM de la vallée de l'Arve jouit de l'autonomie comptable et de la capacité juridique.

85% de sa dotation annuelle de fonctionnement provient de l'Agence Régionale de santé (ARS) de Rhône-Alpes et 15% de recettes propres (par exemple, la vente de repas à l'hôpital de Thorens) ou de subventions diverses (Communauté d'agglomération d'Annemasse, Conseil général,...).

A cet égard, un plan quinquennal (2014-2019) de prévision de dépenses a été récemment transmis à l'ARS, incluant les investissements envisagés.

Parmi ceux-ci figure en particulier l'extension de la pharmacie dans le cadre de la création d'un groupement de coopération sanitaire.

Au terme de l'exercice budgétaire 2013, il apparaît que l'excédent comptable s'élève à 712 562 euros, somme intégralement affectée à l'investissement.

En effet, les recettes de cette année (33 386 815 euros) ont été sensiblement plus importantes que les charges (32 674 252 euros).

Ces dernières résultent très majoritairement des dépenses de personnel (Titre 1 : 24 556 000 euros), augmentant de 8% par rapport à 2012.

L'effectif rémunéré annuel a ainsi été de 493 Equivalent Temps Plein (ETP) contre 463 l'année précédente, ce volume traduisant également le nombre croissant de journées en hospitalisation complète (5 706 de plus qu'en 2012).

Le personnel titulaire et stagiaire représente la charge principale (1 621 787 euros).

Selon les informations collectées par les contrôleurs, des économies se feraient sur les postes vacants de médecins (psychiatres mais aussi généralistes) ; à titre d'exemple, 17,82 ETP rémunérés de praticien hospitalier à temps plein étaient prévus en 2013, pour seulement 16,83 constatés en fin d'exercice, soit un écart de - 0,99.

Le second titre de dépenses résulte du secteur hôtelier et général (ou Titre 3), pour représenter un total de 3 410 447 euros, concernant tout ce qui relève de l'alimentation, de l'énergie, des assurances, du transport de linge vers la blanchisserie, de la maintenance, du nettoyage des locaux, ...

Il convient de relever que l'EPSM finance l'association Edelweiss pour la recherche d'intervenants et la mise en place d'activités à une hauteur de 62 300 euros, l'association consacrant la moitié de cette somme à la structure et l'autre moitié à des structures psychiatriques extraterritoriales (Sallanches, Cluses, ...).

Le titre 2 du budget (Charges à caractère médical) représente quant à lui un total de 538 009 euros, majoritairement consacrés à l'achat de produits pharmaceutiques ou à usage médical.

En 2013, ces dépenses ont augmenté de plus de 11%, conséquence d'un accroissement de l'activité de la structure et de la mise sur le marché d'une nouvelle molécule très onéreuse.

En vérité cependant, c'est le titre 4 (charges d'amortissement et de provisions) qui représente le deuxième poste de dépenses budgétaires (4 159 245 euros), dans la mesure notamment où sur les 30 millions d'euros qu'a coûté le nouvel EPSM, un prêt de 19 millions sur vingt-cinq ans et à taux fixe a été consenti à l'établissement public par la caisse d'épargne, qu'il convient donc de rembourser au fil des ans.

Les recettes d'exploitation pour l'année 2013 se sont élevées à 33 386 815 euros, dont 88,6% à la charge de l'Assurance maladie.

La dotation annuelle de financement (DAF) versée par celle-ci a augmenté de plus de 6%, permettant de financer en 2013 vingt-et-un postes supplémentaires par rapport à 2012.

Surtout, il faut noter pour l'année écoulée l'augmentation massive du nombre de journées en hospitalisation complète de patients (43 241 en 2011, 46 875 en 2012 et 52 581 en 2013), les recettes liées à ces hospitalisations (supportées par les patients ou par leur mutuelle) ayant augmenté de près de 40% en un an.

Selon les informations recueillies, cette importante augmentation des journées d'hospitalisation serait en grande partie à rapprocher de la spécialisation de certaines unités proposant à présent une offre de soins diversifiée qui n'existait pas auparavant au sein de l'EPSM ainsi qu'à l'ouverture de l'USIP en octobre 2012 totalisant 2 693 journées d'hospitalisation complète en 2013 (contre 415 en 2012).

En conclusion de ces données, l'excédent relevé indique que l'EPSM ne rencontre pas de difficultés financières actuellement.

3- HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT ET EXERCICE DES DROITS

3.1 L'arrivée des patients admis sans consentement à l'établissement

L'entrée de l'établissement est fermée par une grille de 22h à 6h. Un interphone permet de communiquer avec l'un des agents de sécurité de l'établissement (cf. *infra*) directement sur son téléphone de service. En dehors de ces horaires, la grille est ouverte. L'établissement est vidéosurveillé.

Les admissions sont généralement programmées lorsque le patient doit être admis à l'USIP. Elles ont souvent lieu l'après-midi, vers 13h. Dans cette hypothèse, l'ambulance s'arrête dans le parking, devant l'établissement. Un agent de sécurité monte alors dans l'ambulance ou suit l'ambulance à pied jusqu'à l'entrée de l'USIP. Cet agent, grâce à son passe, actionne l'ouverture de la barrière de sécurité barrant l'accès à l'unité. En général, deux soignants font le guet et quatre ou cinq sont prêts à accueillir le patient.

Les autres admissions ne sont pas nécessairement programmées et en tout état de cause, les médecins oublieraient souvent de prévenir les agents d'accueil ou, en fonction de l'heure, les agents de sécurité.

Dans la note de service du 22 février 2013 relative à l'admission des patients à l'EPSM, il est précisé que pour les admissions, les professionnels des structures extra-hospitalières s'adressent en premier lieu aux unités d'hospitalisation du secteur géographique du patient et qu'en l'absence de réponse directe des unités concernées, les admissions sont gérées par le médecin de permanence, en binôme avec un cadre de santé de son secteur ; ceux-ci contactent le cas échéant, leurs homologues de l'unité concernée par l'admission.

Cette note précise également qu'un patient domicilié dans l'un des secteurs de l'EPSM est admis dans l'unité d'admission correspondant au secteur dont il dépend ou, dans certains cas particuliers limités, dans une unité spécialisée (Bargy pour les patients de plus de soixante-cinq ans, Bionnassay pour des séjours séquentiels). En l'absence de lit disponible dans l'unité d'admission de son secteur, le patient est admis dans une autre unité d'admission où un lit est disponible. Le patient revient dans l'unité d'admission de son secteur d'origine dès qu'un lit y devient disponible, y compris pour les patients hors secteurs. Sont considérés comme potentiellement disponibles l'ensemble des lits des parties fermables et ouvertes. Un patient hors secteur admis sur avis médical du praticien de garde, d'astreinte ou de présence minimale est hospitalisé dans le secteur dont c'est le tour d'accueil des patients hors secteurs, quel que soit le praticien à l'origine de l'hospitalisation.

Concrètement, pour ces admissions, l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve dispose de deux entrées, l'une, de face, réservée aux piétons, l'autre, sur le côté droit, réservée aux ambulances.

L'ambulance qui conduit un patient fait marche arrière afin de présenter ses portes arrière au plus près de celles, vitrées, permettant d'accéder à l'établissement. En outre, compte tenu de la configuration des lieux et du léger décrochage du bâtiment, le patient qui sort de l'ambulance est assez peu visible du public.



L'accès réservé aux véhicules

Le patient est ensuite conduit, en général sur un brancard, dans un sas, dans lequel il est susceptible de patienter jusqu'à l'arrivée des soignants. Le jour du contrôle, deux chaises y sont installées. Ce sas mène également à des WC. En revanche, de part et d'autre, les baies sont entièrement vitrées et ne dissimulent en rien le patient aux regards de tiers.

En fonction de l'état du patient et de l'agent qui est de service, il est procédé ou non aux formalités administratives. En général, lorsque l'admission a lieu dans la soirée et qu'un agent de sécurité se trouve seul présent, il demande rapidement dans quel service le patient va être accueilli pour le cas échéant prévenir les soignants et leur demander de venir, les noms et

prénoms du patient, sa date de naissance ainsi que, le cas échéant, l'établissement d'origine, et ce, afin de procéder à un premier enregistrement informatique du patient. Les formalités d'admission des patients hospitalisés sans consentement seront effectuées dans un second temps.

Ensuite, en principe, une ou deux infirmières descendent mais, sauf exception, jamais de médecin ni de cadre de santé.

Il a été précisé aux contrôleurs que les soignants descendaient entre 18h et 19h mais plus rarement à partir de 19h, moment du repas dans les unités. Certains témoins ont même déclaré que les soignants ne descendaient jamais.

En tout état de cause, les agents de sécurité accompagnent les ambulanciers dans la mesure où il faut des clés pour circuler dans l'hôpital mais aussi en ressortir. Ils empruntent l'ascenseur situé du côté des bureaux de la direction, les autres n'étant pas suffisamment grands pour recevoir un brancard.

Selon les témoignages recueillis, l'agent de sécurité accompagne le patient jusqu'à l'unité mais aussi très souvent jusqu'à sa chambre. Ont été cités des cas exceptionnels où les agents de sécurité avaient été amenés à aider à maîtriser un patient agité.

Pour les personnes détenues, une équipe de l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve va les chercher. Elle revient accompagnée de personnel pénitentiaire mais aussi, le cas échéant, de gendarmes.

3.2 Les modalités d'admission

3.2.1 L'organisation et le rôle du bureau des entrées

Le bureau des entrées comprend huit agents :

- une responsable ;
- cinq agents qui occupent à tour de rôle le poste de l'accueil et du standard, s'occupe des formalités d'admission et de la facturation, dont trois sont à 80 %. L'accueil est assuré en semaine de 8h30 à 18h et de 9h à 18h les samedis, dimanches et jours fériés. La nuit c'est-à-dire entre 18h et 8h30, c'est un agent de sécurité qui gère également l'accueil et le standard ;
- deux adjointes administratives, à temps plein, qui sont en charge du « poste de la loi » ou « poste relative à la loi du 5 juillet 2011 (modifiée par la loi du 27 septembre 2011) ». Elles pratiquent les horaires suivants : de 9h à 18h du lundi au vendredi, l'une faisant de 9h à 16h15 et l'autre de 10h45 à 18h, une semaine sur l'autre. En cas d'absence de l'une d'entre elles, celle qui reste travaille de 10h45 à 18h (sous réserve des nécessités du service). Le samedi et le dimanche, en cas de besoin, c'est l'agent en charge de l'accueil et du standard qui occupe également ce poste.

Elles ont notamment pour mission de vérifier la conformité des documents d'admission et de tous les certificats médicaux établis au cours des mesures de soins sans consentement, transmettre à l'agence régionale de santé l'ensemble des documents concernant les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (par télécopie) et les admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (bordereau envoyé chaque vendredi par télécopie ou courriel),

rédiger les décisions du directeur (admission, prolongation, levée, etc., étant entendu que des délégations de signature ont été établies à l'égard des membres de la direction mais aussi de la responsable du bureau des entrées), constituer et vérifier les dossiers d'audience pour le juge des libertés et de la détention ainsi que tenir à jour les registres de la loi.

La responsable du bureau des entrées est également responsable de la sécurité de l'établissement. Six agents de sécurité (dont quatre ont été embauchés depuis le déménagement de l'établissement) travaillent 24 h sur 24/7 jours sur 7. Il s'agit à 60 % de pompiers volontaires qui, bien que non formés, répondent au téléphone et accueillent les patients la nuit, c'est-à-dire – comme indiqué ci-dessus – entre 18h et 8h30 en semaine et entre 18h et 9h le week-end, mais aussi, s'agissant du téléphone et de l'accueil, entre 12h et 12h30, pendant la pause méridienne de l'agent d'accueil.

En conséquence, dans un certain nombre de cas, fût-ce-t-il limité, la première personne vue par le patient est un agent de sécurité : « on est en uniforme, ce n'est pas neutre », a résumé l'un d'eux.

S'agissant des locaux, le bureau des entrées proprement dit est constitué de six postes de travail, équipés de six postes informatiques et cinq postes téléphoniques. Les lignes téléphoniques ne font l'objet d'aucune limitation. L'ensemble des agents du bureau dispose par ailleurs d'une imprimante qui fait aussi télécopieur et scanner, d'un broyeur de documents et d'une rotative dans laquelle sont rangés tous les dossiers administratifs des patients. Un double de ces dossiers, au nom des patients, est créé en vue de l'audience devant le juge des libertés et de la détention, avec les principaux documents nécessaires.

3.2.2 Les formalités administratives

En principe, immédiatement après l'arrivée du patient, un cadre de santé de l'unité concernée apporte les documents originaux relatifs à l'admission en soins sans consentement (certificats médicaux, arrêtés municipal et préfectoral, lettre et pièce d'identité du tiers, décision d'admission...) au bureau des entrées, après avoir vérifié que les documents sont conformes et le dossier complet. Selon les témoignages recueillis, il manque souvent la pièce d'identité du tiers en cas d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Pour autant, les contrôleurs ont constaté une particularité dans la procédure d'admission des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat qui ne correspond pas à l'esprit de la loi. En effet, dans le protocole départemental relatif aux modalités de coopération entre le préfet de Haute-Savoie et le directeur général de l'agence régionale de santé de Rhône-Alpes, il est indiqué que l'obtention de l'arrêté préfectoral ne précède pas la venue du malade mais qu'« à l'arrivée du patient, le directeur de l'établissement transmet sans délai à la préfecture par fax ou messagerie électronique (...) le certificat médical, le projet d'arrêté, le bordereau de saisine. Le service de la préfecture prépare l'arrêté pour un mois de date à date, selon le modèle d'arrêté, et retourne immédiatement l'arrêté signé par fax ou messagerie électronique à l'établissement concerné ».

S'agissant de la constitution du dossier administratif, comme indiqué dans le livret d'accueil, le patient doit fournir sa carte vitale, l'attestation de droit d'un organisme d'assurance maladie ou l'attestation de couverture maladie universelle (CMU), la carte de mutuelle et une pièce d'identité. Il a été indiqué aux contrôleurs que de plus en plus de

mutuelles d'assurance ne prenaient plus en charge les soins psychiatriques. Dans le livret d'accueil, il est précisé qu'en cas de difficultés, il est possible de consulter l'assistante sociale du service.

Des étiquettes autocollantes qui identifient le patient sont éditées (importantes par exemple pour les analyses de sang ou d'urine, le laboratoire refusant de prendre en charge un patient non enregistré) par l'agent d'accueil. Un bulletin de situation, qui peut être transmis par exemple à l'employeur, est également imprimé.

3.2.3 L'inventaire et la conservation des effets personnels du patients

Les papiers d'identité et les moyens de paiement (cartes bancaires, chéquiers) sont remis par des soignants aux agents d'accueil. Les soignants remplissent, directement à l'accueil, un formulaire intitulé « fiche de dépôt » qu'ils signent. Pour autant, sur ledit imprimé, il est prévu que le patient signe aussi.

Les papiers d'identité et les moyens de paiement sont ensuite rangés, avec l'imprimé, dans une pochette en plastique. Cette dernière est elle-même insérée dans une boîte en plastique, par ordre alphabétique, en fonction du nom patronymique du patient. Enfin, le soir, la boîte est mise dans un coffre à codes, situé sous le comptoir d'accueil. Ces effets seront récupérés par les patients à leur sortie.

Comme précédemment, les soignants se rendent très souvent seuls à l'accueil avec les feuillets de perception où sont inventoriés l'argent et les bijoux appartenant aux patients. Ces derniers ont conservé l'original, un double est classé dans leur dossier administratif et le troisième volet est remis au régisseur. Le régisseur se déplace une à deux fois par semaine pour chercher ces feuillets.

Il est procédé par ailleurs à une distribution d'argent aux patients, une fois par semaine, le jeudi, de 10h30 à 11h30. Selon les témoignages recueillis, en général, une dizaine de patients attendent alors dans le hall d'entrée de l'hôpital que l'agent spécialisé du bureau des entrées les reçoive dans son bureau où il complètera le registre permettant de retracer ces mouvements financiers. Lorsque les patients ne peuvent pas descendre, c'est généralement le cadre de santé, parfois une infirmière, qui vient, avec une quittance de retrait pré-signée par le patient.

3.2.4 La notification de la mesure d'admission et des voies de recours

Pour les décisions d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, les copies de ces décisions (les originaux sont conservés au bureau des entrées) sont adressées aux unités concernées ; en pratique, elles sont glissées dans leurs boîtes aux lettres respectives, situées à proximité de l'accueil, dans le hall d'entrée de l'hôpital. Ces boîtes sont relevées par les cadres de santé, le cas échéant, les infirmières.

Les cadres de santé impriment ensuite un formulaire de notification mis en ligne sur le site intranet de l'hôpital. **Il a été précisé aux contrôleurs que ces formulaires étaient anciens, créés au moment de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 et qu'une réactualisation s'imposait.** Le formulaire communiqué aux contrôleurs date effectivement du 27 juillet 2011. Il est rédigé en ces termes : « à mon admission à l'EPSM de la vallée de l'Arve en : soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, procédure normal, procédure péril imminent ou procédure d'urgence (rayer la mention inutile), ou en soins

psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, je soussigné Mme, Melle, M..., né(e) le..., certifie avoir été informé(e) de ma situation juridique et des raisons qui la justifient, de mes droits, des voies de recours et des garanties qui me sont offertes au cours d'un entretien mené le... par le docteur (nom et prénom... J'émet les observations suivantes :..... Fait le, nom, prénom et signature du patient (en cas de refus ou d'impossibilité de faire signer ce document par le patient, notifier les raisons de cette impossibilités + signature de 2 soignants) ».

Selon les informations recueillies, ce sont les cadres de santé qui notifient les décisions d'admission aux patients. Pour autant, durant la semaine du contrôle, peu de cadres avaient l'air de savoir comment opérer ; ainsi d'un cadre venu se plaindre au bureau des entrées de ce que la procédure de notification « était trop compliquée » et que plusieurs patients réclamaient des copies.

Pour les décisions d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'agence régionale de santé envoie, plusieurs jours après le placement, un courrier à l'attention du patient, sous pli fermé. Ce dernier n'est pas ouvert et ne transite pas par le bureau des entrées. Il est déposé directement dans la boîte aux lettres de l'unité concernée. Il s'agit du formulaire de notification de la décision, à faire signer par le cadre de santé. Une fois la notification effectuée, le cadre renvoie ledit formulaire au bureau des entrées qui l'adresse par télécopie à l'agence régionale de santé. Selon les informations recueillies, ces notifications sont en principe effectuées.

Les contrôleurs ont obtenu communication d'un de ces formulaires. Ce dernier dispose : « Monsieur, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, l'arrêté préfectoral vous concernant. Les voies et délais de recours contre cette décision vous sont précisés dans l'arrêté. Veuillez agréer, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée ». Ce courrier est signé par délégation du directeur général de l'agence régionale de santé, par l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale. La date qui figure aux côtés de la signature est le 28 juillet 2014 pour un arrêté édicté le 24 juillet 2014. Ce formulaire a été signé le 5 août 2014 par le patient qui a reconnu « avoir été informé sur les conditions de mes soins psychiatriques », sans aucune autre précision.

Selon les informations recueillies, le bureau des entrées n'effectue aucun contrôle des notifications effectuées de telle sorte qu'il est impossible de savoir si toutes les décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement sont effectivement notifiées et dans quel délai. Il a néanmoins été déclaré aux contrôleurs que l'agence régionale de santé n'avait jamais appelé pour dire qu'une décision du préfet n'avait pas été notifiée.

Ainsi, il est apparu qu'au jour du contrôle, sur les trente-trois dossiers de patients admis en soins psychiatriques sans consentement recensés², deux dossiers seulement portaient trace d'un récépissé mais dans un cas, il s'agissait de la notification d'un arrêté de maintien (et non de l'arrêté initial de placement) et dans l'autre, du récépissé correspondant à un arrêté préfectoral d'un autre département.

« On sait que la notification c'est notre point noir » a résumé l'un des interlocuteurs des contrôleurs.

² Neuf hospitalisés, quatre en unités pour malades difficiles et vingt en programme de soins.

3.3 Les informations données aux malades sur les conditions d'hospitalisation et la loi du 5 juillet 2011 modifiée

L'une des pages du formulaire de notification de la mesure de placement en soins sans consentement intitulé « information du patient à l'admission » mentionne les « droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques » et les énumère : droit « de communiquer avec le préfet, le président du tribunal de grande instance de Bonneville, avec le procureur de la République, avec le maire de La-Roche-sur-Foron », « de saisir le commission départementale de soins psychiatriques de Haute-Savoie d'Annecy », « de porter à la connaissance du Contrôleur général de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence », « de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix », « d'émettre ou de recevoir des courriers », « de consulter le règlement intérieur de l'établissement », « d'exercer son droit de vote », « de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ».

Mais comme indiqué à plusieurs reprises, compte tenu de l'incertitude qui demeure quant à l'utilisation de ce formulaire ancien, datant du 27 juillet 2011, il n'est pas certain qu'on puisse considérer cette voie d'information comme la plus efficiente.

3.3.1 Le règlement intérieur de l'établissement

Le règlement intérieur des unités d'hospitalisation est affiché sur un panneau fermé à clé, à côté d'autres documents (charte du patient hospitalisé, CDSP, comité d'éthique, etc.).

Un document spécifique est remis aux patients de l'USIP, s'intitulant « livret d'accueil patient », qui définit le cadre du séjour au sein de cette unité, fixe le déroulement de la journée-type et la vie dans l'unité.

3.3.2 Le livret d'accueil de l'établissement

Le livret d'accueil tel que remis aux contrôleurs date d'août 2013.

Il s'agit d'une pochette dans laquelle sont insérées trois liasses de documents.

Sur le recto, figure l'adresse internet de l'établissement, au verso, les coordonnées et le plan d'accès ainsi que l'adresse de messagerie permettant d'écrire directement à la direction, enfin, sur les faces intérieures, un plan de répartition des services et unités par niveau.

Les trois liasses, composées de feuilles A4 de couleur, sont les suivantes :

- la première, sans titre – si ce n'est « établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve de la Roche-sur-Foron » – est une présentation de l'hôpital et de ses différentes unités ;
- l'autre est le livret d'accueil proprement dit. Ce dernier ne contient pas de sommaire propre à faciliter la recherche d'informations. En revanche, les différentes rubriques sont mentionnées sur la tranche extérieure, par une couleur différente : présentation de l'établissement, le personnel, les formalités administratives, votre séjour, vos droits et recours, votre sortie, la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, loi du 27 septembre 2013, prévention des infections associées aux soins, qualité et gestion des risques, adresses utiles (selon secteur).

Au titre des droits et recours, il est évoqué les dispositions de la loi informatique et

liberté, la désignation d'une personne de confiance, la charte des droits des usagers, le dossier médical, les autorisations de sortie (« les permissions et autorisations de sortie sont accordées sur avis médical »), ainsi que l'institution du mandataire judiciaire (cf. § 4.1) mais rien sur les différents types de décision d'admission (sur décision du représentant de l'Etat, à la demande d'un tiers...) et les voies de recours afférentes. Celles-ci sont en réalité mentionnées dans la rubrique relative à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge, au dos de la page qui lui est consacrée. Il est alors indiqué : « les personnes en soins sans leur consentement peuvent contacter directement ou par l'intermédiaire d'un conseil (médecin, avocat) : le préfet de Haute-Savoie (...), le juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance (...), la commission départementale des soins psychiatriques (...). En cas de besoin, vous pouvez demander à être entendu par cette commission qui pourra procéder à votre audition lors de son passage dans l'établissement ». A chaque fois, les coordonnées postales de ces différentes autorités sont mentionnées.

De même, les différents types d'admissions en soins psychiatriques sans consentement sont énumérés et expliqués dans la rubrique relative à la loi du 27 septembre 2013.

A titre liminaire, il est précisé que « les soins psychiatriques libres demeurent la règle et les droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sont les mêmes que ceux des personnes soignées dans d'autres établissements de santé. Les soins sans consentement restent des exceptions ».

In fine, il est indiqué qu'« une décision du juge doit être rendue à l'issue d'une période de 15 jours d'hospitalisation complète. Pour ce 1^{er} contrôle, le juge doit être saisi au plus tard au 12^{ème} jour d'hospitalisation. Une juge des libertés et de la détention est présente à l'EPSM tous les mardis matin et statue sur les mesures de soins sans consentement ». La saisine du JLD par le patient qui en souhaiterait la mainlevée n'est pas à ce stade évoquée ;

- la troisième est un questionnaire de satisfaction. La particularité est qu'il contient de petits *smileys* destinés à représenter le niveau de satisfaction.

3.3.3 Les règles de vie des unités de soins

Un règlement de fonctionnement des unités d'hospitalisation a pu être fourni aux contrôleurs.

Le document communiqué date de mai 2014. Il a été rédigé par les cadres de soins des unités intra-hospitalières, a été vérifié par le directeur des soins et approuvé par la directrice des ressources humaines et de la qualité, le 6 juin 2014.

Il est applicable à « tous les services de soins de l'EPSM » et affiché dans les différentes unités.

Il a pour objet « de définir le règlement de fonctionnement interne aux unités, à partir des droits et des devoirs des personnes hospitalisées ainsi que du respect dû aux professionnels ». A titre liminaire, référence est faite à la charte de la personne hospitalisée. Il est également précisé que ce document est destiné aux usagers et ne doit pas être confondu avec le règlement intérieur qui lui est prévu par le code du travail et destiné aux salariés.

Les droits et devoirs des patients tels qu'énumérés concernent essentiellement : la liberté de circulation, le contrat de soins, la chambre, les repas, la télévision, les visites, les portables et les technologies de communication, le tabac et les produits illicites.

3.4 Le recueil des observations des patients

Sur les certificats médicaux, comme les contrôleurs l'ont déjà constaté dans d'autres établissements, une mention type (la même sur tous les certificats, de 72 heures, de huitaine lorsqu'il était requis, mensuels et de demande de mainlevée) est ajoutée, en caractères plus petits et italiques : « le patient a été informé de la forme de sa prise en charge, ainsi que de ses droits, voies de recours et garanties. Ses observations ont été recueillies ».

Aucune autre indication n'est portée et il n'est jamais fait état des observations que les patients auraient pu émettre.

Par ailleurs, dans le formulaire de notification de la mesure initiale de placement (cf. § 3.2.4), il est prévu que le patient puisse émettre des observations et place lui est laissée pour le faire.

Mais, comme indiqué *supra*, les contrôleurs n'ont aucune certitude sur le fait que ce formulaire, datant du 27 juillet 2011, susceptible d'être récupéré par les cadres de santé sur l'intranet, est bien utilisé dans tous les cas.

Dès lors, les contrôleurs n'ont pas plus de certitude quant au recueil des observations des patients par ce biais...

Enfin, au bas du formulaire type constituant l'avis motivé accompagnant la saisine du juge des libertés et de la détention (cf. *infra*), il est précisé, en caractères plus petits et italiques que les observations du patient ont été recueillies.

3.5 La levée des mesures de contrainte

3.5.1 L'avis motivé accompagnant la saisine du JLD

La saisine du JLD est accompagnée « de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète ».

Un formulaire type a été établi. Il vise la loi du 5 juillet 2011 telle que modifiée par celle du 27 septembre 2013.

Le document communiqué aux contrôleurs date du mois d'avril 2014.

Il y est précisé, au bas du formulaire après l'avis proprement dit, en caractères plus petits et italiques que « le patient a été informé de la forme de sa prise en charge, ainsi que de ses droits, voies de recours et garanties ».

De même, figure une formule insérée semble-t-il par défaut selon laquelle « l'état du patient lui permet de rencontrer le JLD ».

Contrairement à ce qui semble induit par les textes, la saisine n'est pas transmise en même temps que l'avis motivé. En effet, selon les informations recueillies, les saisines du JLD sont transmises en principe à son greffier le mardi, au plus tard le mercredi matin pour les patients admis le mardi soir c'est-à-dire entre 18h et 00h.

Les avis motivés sont adressés, eux, le vendredi suivant, dans la journée et, en tout état de cause, avant le lundi 12h.

3.5.2 Le contrôle du juge des libertés et de la détention

3.5.2.1 L'organisation de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à la remise par un cadre de santé d'une convocation à l'audience du juge des libertés et de la détention à une patiente.

Cette remise a eu lieu à l'écart de tous, dans un bureau de consultation, porte fermée. Le cadre de santé s'est installé non pas en face de la patiente mais de côté.

Le dialogue qui s'en est suivi était le suivant :

- « Vous savez que vous êtes en soins sans consentement ? Vous allez passer devant un juge »
- « Comment je m'y rends ? La juge, elle va m'aider en quoi ? »
- « Elle va se prononcer sur votre dossier mais pas sur votre état de santé. On vous accompagne ».
- « Vous resterez avec moi, hein ? »
- « Pas dans la salle d'audience mais on vous accompagne »
- « Est-ce que mon hospitalisation va durer longtemps ? »
- « Ce n'est pas moi qui décide. C'est votre état de santé »
- « Là je ne supporte pas qu'on m'ait enlevé mon téléphone portable, c'est mon seul lien avec mes proches. En plus, je n'ai pas assez de vêtements, je veux être présentable devant le juge »
- « Ce n'est pas grave ».

Le cadre de santé a ensuite demandé à la patiente si elle voulait un avocat, renseigné l'attestation sur l'honneur de revenus avec l'aide des renseignements transmis oralement par la patiente mais s'est ravisé, expliquant d'une part que ce formulaire n'était pas systématiquement fourni, d'autre part, qu'il ne voulait pas qu'une déclaration de revenus soit préjudiciable à la patiente et qu'elle ne puisse pas avoir d'avocat.

La patiente a signé l'ensemble des documents, machinalement, sans les lire.

Le juge des libertés et de la détention (JLD) du tribunal de grande instance de Bonneville a plusieurs fonctions au sein du tribunal : il n'est pas seulement compétent pour décider des maintiens ou non en hospitalisation complète des patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement ; il est aussi compétent pour ordonner ou prolonger la détention provisoire de personnes mises en examen ou prévenues et enfin, juge de l'application des peines, référent pour la maison d'arrêt de Bonneville et traitant de l'ensemble des mesures de milieu ouvert du ressort.

Il tient une audience par semaine au sein de l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve, le mardi à 9h30.

Selon les informations recueillies, ces audiences ont lieu au sein de l'hôpital, depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011³ et sans même attendre la loi du 27 septembre 2013⁴ qui l'a imposé. « C'est incomparable pour les patients ». Dans des cas très exceptionnels, liés au respect des délais, il a pu arriver (à trois ou quatre reprises) que les patients soient conduits au tribunal. De même, ils le sont en cas d'appel. En effet, l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve n'est pas équipé de matériel de visioconférence : il peut arriver – comme c'était le cas le mercredi 6 août 2014 – qu'un patient soit conduit au tribunal pour comparaître par visioconférence devant les magistrats de la cour d'appel de Chambéry, située dans le département de la Savoie et distante d'environ 80 km de la commune de La Roche-sur-Foron.

La salle qui fait office de salle d'audience a été choisie en concertation avec la direction de l'hôpital.

Il s'agit d'une salle de réunion, parfois utilisée comme telle, mais toujours remise en état avant la tenue de l'audience. Au jour du contrôle, aucune convention n'avait encore été signée entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé, comme le prévoit les textes⁵. De même, le cahier des charges tel que fixé par le ministre du travail, de l'emploi et de la santé le 29 juillet 2011⁶ n'est pas respecté. Les exigences qu'il impose ont été jugées « draconiennes » ; les interlocuteurs rencontrés ont indiqué aux contrôleurs que cette salle convenait à tout le monde et que ce choix, comme son aménagement n'étaient pas source de difficultés.

Les patients sont volontairement tous convoqués à la même heure et ce, pour deux raisons : pour permettre aux avocats de s'entretenir avec ceux qui ont demandé une assistance pendant que les autres comparaissent ; pour éviter les retards et permettre que les dossiers soient examinés les uns à la suite des autres, sans interruption.

³ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

⁴ Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi no 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

⁵ Cf. article 6 de la loi qui dispose notamment : « Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé. Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public. Lorsque ces conditions ne sont pas satisfaites, le juge, soit d'office, soit sur demande de l'une des parties, statue au siège du tribunal de grande instance ».

⁶ Cf. circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, et son annexe 2 « document du ministère de la justice et des libertés. Réforme de l'hospitalisation d'office. Cahier des charges immobilier ».

En effet, selon les témoignages recueillis, les patients descendent toujours en retard ; en théorie, non seulement ils doivent descendre avant 9h30 pour que l'audience puisse précisément débiter à 9h30, mais ils devraient être présents bien avant, afin de pouvoir s'entretenir préalablement avec leur conseil.

Jusqu'à quinze patients ont pu être ainsi convoqués en même temps et il a été fait état aux contrôleurs d'une attente qui pouvait durer quatre heures, obligeant patients et soignants à faire d'incessants allers et retours pour aller aux toilettes ou fumer des cigarettes.

En pratique, un agent du bureau des entrées patiente debout dans le couloir, devant la porte de la salle d'audience, pour « réguler le trafic », c'est-à-dire téléphoner aux unités pour que les patients descendent mais aussi aller chercher le patient comparant en salle d'attente lorsque ce n'est pas la greffière habituelle du JLD et qu'elle redoute de le faire. Selon les témoignages recueillis, il serait arrivé que le magistrat, exaspéré, monte lui-même dans l'unité chercher le patient. L'agent du bureau des entrées profite de cette attente pour prendre quelques notes, en s'appuyant sur la table roulante sortie du local réservée aux avocats (cf. § 3.7.4.2) ; le cas échéant, il essaie de repérer et d'anticiper les situations qui, le cas échéant, seraient susceptibles de donner lieu à une décision de mainlevée.

S'agissant des avocats, il a été déclaré aux contrôleurs que les patients ne demandaient pas souvent à être assistés d'un avocat ; « je ne sais pas comment ils leur présentent » a sous-entendu l'un des interlocuteurs. Lors de l'audience du mardi 5 août 2014 (cf. § 3.7.3.3), sur les dix personnes convoquées, quatre avaient demandé un avocat. A cet égard, les contrôleurs ont noté que le tableau de l'ordre des avocats au barreau de Bonneville n'était affiché nulle part dans l'établissement.

Avant l'audience, les soignants renseignent, avec le patient, les deux documents suivants :

- un premier document, sans titre, sur lequel il est indiqué « à retourner au greffe du juge des libertés et de la détention fax n°... ». Le patient « reconnaît avoir reçu le présent avis le.... ». Puis viennent trois phrases sans que l'on sache très bien s'il faut les entourer, les compléter et à qui il appartient de le faire : « je ne désire pas d'avocat », « je sollicite la commission d'un avocat (sachant que celui-ci est à votre charge sauf si vous bénéficiez de l'aide juridictionnelle) », « mon avocat est maître.... ». La « personne en soins » doit ensuite signer. Sont retranscrites sous la signature et *in extenso*, les dispositions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique relatives à l'accès du patient aux informations concernant sa santé. D'une part, cet article n'est pas celui en vigueur, en ce qu'il vise, par exemple, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques et non la commission départementale des soins psychiatriques. D'autre part, il paraît difficile pour un patient de comprendre pourquoi ce texte figure sous sa demande d'avocat. Ce document est renseigné par le patient en compagnie du cadre de santé. Le patient en garde une copie. Le cadre remet l'original aux agents du bureau des entrées qui l'adressent par télécopie au greffe du JLD ;
- un second document intitulé « attestation sur l'honneur de revenus », pas non plus actualisé ; sous le titre, en caractères italiques, il est ainsi indiqué : « à utiliser uniquement pour les dossiers d'aide juridictionnelle déposés en matière d'hospitalisation d'office ». Le patient doit attester de sa situation professionnelle et

financière durant les douze derniers mois. Au bas de la feuille, il est précisé : « j’atteste l’exactitude de la présente déclaration que je vous autorise expressément à produire auprès du bureau d’aide juridictionnelle compétent. Je reconnais avoir pris connaissance des dispositions de l’article 441-7 du code pénal réprimant l’établissement d’attestation faisant état de faits matériellement inexacts ci-après rappelés : “est puni d’un an d’emprisonnement et de 15 000 euros d’amende le fait d’établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts” ».

S’agissant de ce second document, il a été déclaré aux contrôleurs et constaté au cours d’un entretien mené par un cadre de santé, préalablement à une audience, qu’il n’était pas nécessairement renseigné. Interrogé, le bâtonnier de l’ordre des avocats au barreau de Bonneville a répondu par courrier : « si tel était le cas, ce serait d’autant plus consternant qu’en aval, l’octroi de l’aide juridictionnelle est soumise à une embûche : lorsque la demande n’est pas déposée le jour même de l’audience, le bureau d’aide juridictionnelle rejette l’attribution de l’aide juridictionnelle. De surcroît, cette aide juridictionnelle est une indemnisation miséreuse qui ne couvre pas le coût économique auquel l’avocat doit faire face pour pouvoir exercer son métier. Cette démonstration est d’autant plus patente quand l’avocat qui intervient à l’audience a le statut de salarié, l’indemnité accordée au cabinet est insusceptible de permettre de couvrir son coût horaire ».

Tous les avocats du barreau de Bonneville (une soixantaine au total) sont désignés par le bâtonnier, à tour de rôle, au titre de la commission d’office. Les permanences durent une semaine, du lundi matin au lundi matin de la semaine suivante. En cas de besoin, un suppléant peut venir le remplacer ou l’aider ; ce dernier est nécessairement l’avocat désigné pour la semaine suivante.

L’avocat de permanence dispose d’un téléphone portable qui lui permet d’être prévenu directement.

Il arrive le matin avant l’audience afin de consulter les dossiers puis de rencontrer ses clients. Les entretiens ont lieu dans le local dédié, porte fermée, l’agent de sécurité et l’agent du bureau des entrées restant derrière la porte.

Aucun avocat du barreau de Bonneville n’est spécialisé et le conseil de l’ordre n’a pas organisé de formation relative aux soins sans consentement. Dès lors, selon les témoignages recueillis, la procédure serait méconnue des avocats ; les mainlevées sont toujours soulevées d’office par le magistrat ; les avocats ne font que très rarement appel, de telle sorte qu’il y aurait très peu de jurisprudence sur ces questions, laissant magistrats, fonctionnaires, direction et personnel de l’hôpital, souvent dans une situation d’incertitude face à certains vides juridiques. Pour autant, d’après les statistiques fournies aux contrôleurs, on dénombrait quand même, entre le 1^{er} janvier 2012 et le jour du contrôle, c’est-à-dire en deux ans et demi, seize appels de patients sur les dix-neuf interjetés, les trois autres émanant du parquet, chiffre peu important mais pas ridicule.

Ce défaut de pugnacité pourrait être préjudiciable aux patients, d’autant que certaines pratiques paraissent critiquables, comme l’utilisation jugée parfois « abusive » des procédures de placement dit d’urgence et de péril imminent, pour lesquelles les conditions légales ne seraient pas toujours réunies.

De même, selon les informations recueillies, les saisines de l'agence régionale de santé ne sont pas toujours effectuées dans les délais ou encore les avis motivés, préalables à la saisine du JLD, ne sont pas joints.

En outre, le parquet n'est jamais représenté à l'audience : il se contente de réquisitions écrites jointes aux dossiers.

Pour autant, un magistrat est spécialement affecté à ce type de contentieux avec lequel des échanges téléphoniques sont possibles.

De très rares appels sont interjetés, en général pour des patients déclarés pénalement irresponsables pour lesquels il existe un risque d'atteinte grave à l'ordre public (entre le 1^{er} janvier 2012 et le jour du contrôle, dix-neuf appels ont été interjetés dont trois seulement par le parquet).

Depuis le 1^{er} janvier 2014, les patients ont de leur côté fait interjeté appel à trois reprises.

Sur le fond, le juge des libertés et de la détention ordonne assez peu d'expertises (selon les statistiques fournies par la commission départementale des soins psychiatriques, aucune en 2013), par exemple, aucune entre le 1^{er} janvier 2014 et le jour du contrôle. Les décisions sur le fond sont rendues le mercredi suivant l'audience.

Les relations entre l'hôpital – personnels administratifs et médecins – d'une part, et la juridiction, d'autre part, sont jugées de bonne qualité.

Un dialogue constructif reste possible, le personnel de l'hôpital sachant, dans la mesure où il considère que c'est justifié, faire évoluer les modèles utilisés (certificats médicaux, formulaires de notification des droits notamment) mais aussi les pratiques ; ainsi, certains patients placés à l'isolement étaient descendus à l'audience et présentés au magistrat en pyjama.

Cette pratique n'avait plus cours au moment du contrôle.

Les patients à l'audience disent qu'ils s'ennuient, sauf à l'USIP ; que s'ils voient leur psychiatre, celui-ci leur donne des médicaments et qu'ils n'ont pas le temps de parler, pas plus qu'au psychologue ; enfin qu'ils ne savent jamais où sont leurs affaires personnelles.

3.5.2.2 Les locaux

Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent au sein de l'hôpital, dans une salle réservée en partie à cet effet.

Cette salle est fléchée depuis le hall d'entrée de l'établissement. Elle se situe au rez-de-chaussée, à proximité du restaurant administratif.

L'on y accède par un premier couloir qui comporte un dégagement sur la gauche, utilisé comme salle d'attente ; cinq sièges en bois et une table basse y sont installés. Face à cette salle, se succédant dans la partie droite du couloir, se trouvent trois bureaux de médecins et un local réservé au service informatique de l'hôpital.

L'extrémité de ce premier couloir s'élargit à nouveau.

Comme précédemment, six chaises en bois, fixées entre elles, sont posées contre un mur, en revanche, aucune table basse.

Un panneau accroché au plafond indique la direction de la salle d'audience.

L'ensemble est sombre, peu attrayant et relativement exigu : si les murs sont peints en blanc, le sol et les portes sont de couleur grise ; un plafonnier sur deux ne fonctionne pas ; les murs sont peu décorés (deux tableaux seulement sont accrochés, en tout début de couloir).

Juste avant la seconde salle d'attente, un autre couloir, perpendiculaire au premier, permet d'accéder aux locaux de justice proprement dits. La porte qui en ferme l'accès est à ouverture automatique, un bouton permet de l'actionner. C'est en principe une porte coupe-feu qui doit être maintenue fermée et qui ne l'est jamais les matinées d'audience, pour faciliter la circulation.

Ce couloir est plus lumineux que le premier dans la mesure où il se termine par une porte vitrée qui permet de faire entrer de la lumière naturelle et qui débouche sur un patio intérieur, gazonné et agrémenté d'échelles décoratives. Il est également équipé de six plafonniers ronds ; le jour du contrôle, l'un d'eux clignotait et deux ne fonctionnaient pas. Ce couloir dessert, sur la gauche, plusieurs pièces, dont l'usage est précisé grâce à la signalétique fixée sur les portes, ainsi dénommées « local serveur », « avocats », « salle d'audience » et sur la droite, « sous-station » et « internat ».

Le local réservé aux avocats est accessible après avoir franchi une porte, équipée d'un fenestron carré, de 36 cm de côté, et d'une serrure ordinaire. Cette pièce est aveugle mais bien éclairée au moyen d'un plafonnier, carré, disposant de tubes au néon de bonne intensité. Elle mesure 5 m². Elle est équipée d'une table en plastique, imitation faux bois, et de deux chaises rembourrées, non fixées au sol. Sur cette table, au jour du contrôle, se trouvaient des attestations sur l'honneur de revenus, établis par le bureau d'aide juridictionnelle du tribunal de grande instance de Bonneville. Contre un mur, une table roulante en bois, à deux plateaux, d'une hauteur de 1,08 m pour le plus haut, est entreposée.



Local réservé aux entretiens avec les avocats

La salle d'audience est signalée au moyen d'une plaque fixée au mur dans le couloir, à proximité immédiate de la porte qui permet d'y accéder, sur laquelle il est indiqué « annexe du tribunal de grande instance » et qui s'ajoute à la signalétique de la porte, déjà évoquée.

De l'autre côté de la porte, toujours fixé au mur du couloir, se trouve un porte-documents en plastique. La serrure de la porte est classique côté couloir, nécessitant une clé ; à l'intérieur, il s'agit d'une serrure cylindrique à bouton.

Cette salle mesure environ 75 m² ; elle est de forme rectangulaire malgré plusieurs décrochements et une colonne en son milieu. Sur le mur qui fait face à la porte d'entrée, se trouve une seconde porte à double battant, menant au restaurant administratif ; l'un des jours de visite, à 12h20, le bruit des couverts et des conversations était très largement audible.

Elle est vitrée sur tout un côté et donne sur le patio mentionné *supra* ; elle est relativement lumineuse, éclairée en outre au moyen de sept tubes au néon fixés au plafond. La salle dispose d'une très grande table rectangulaire, de 1,30 m sur 4,40 m ; du côté des baies vitrées sont rangées deux chaises, rembourrées de couleur rouille, de l'autre côté de la table, trois chaises de même type.

Une seconde table est accolée à la première ; il s'agit d'une petite table de travail, carrée, sur laquelle se trouvent un ordinateur, une imprimante et un poste téléphonique. L'équipement de la pièce est par ailleurs constitué des éléments suivants : un porte-manteau métallique à pied, un tableau avec des feuilles déroulantes, un paravent en bois, onze chaises, toutes différentes, et une table rectangulaire, rangée contre un mur, sur laquelle étaient déposés, le jour du contrôle, des thermos de café et d'eau chaude, une bouilloire, des tasses en plastiques ainsi que des petites cuillères et des sachets de sucre et au pied de cette table, une corbeille en plastique.



La salle d'audience

3.5.2.3 Le déroulement de l'audience du mardi 5 août 2014

Les contrôleurs ont accompagné une patiente, Madame X, depuis son unité (Aravis) jusqu'à la salle d'audience et ont assisté aux débats. Elle était convoquée à 9h30.

Ce jour-là, dix patients étaient convoqués à la même heure.

En réalité, quatre ne sont pas venus car les mesures de soins sans consentement avaient été levées ou transformées en programme de soins et deux, hébergés à l'USIP, n'ont pas patienté avec les autres. Selon les informations recueillies, jusqu'à quinze patients peuvent être convoqués en même temps.

Dans la pratique, pour éviter des difficultés liées le cas échéant à leur état d'agitation, les patients de l'USIP passent immédiatement. Le personnel de l'USIP et le greffier du juge, ou plus souvent l'agent du bureau des entrées, présent pendant le déroulement des audiences, se téléphonent préalablement pour organiser ces comparutions. Les autres malades patientent dans les deux salles d'attente ; en dehors même de la proximité et de la tension qui peut régner, le nombre de sièges disponible est, de fait, parfois insuffisant (onze au total).

Madame X a quitté l'unité à 9h30, avec quatre autres patientes (trois allaient faire des courses au supermarché dans le cadre d'une activité « cuisine » et la quatrième descendait mettre un courrier dans la boîte aux lettres située dans le hall d'entrée de l'hôpital) accompagnées par deux soignants ; l'un d'eux et les trois patientes qui devaient sortir se sont arrêtées dans une salle d'activité située à proximité et au même étage que l'unité ; le second soignant et les deux autres patientes sont descendues par les escaliers jusqu'au hall d'entrée. La première patiente a posté sa lettre et devait remonter toute seule, la seconde a été accompagnée jusqu'aux locaux d'audience.

A l'arrivée dans le premier couloir évoqué *supra*, trois patientes et un soignant étaient déjà assis dans la salle d'attente du fond. Leur faisaient face, debout contre le mur, deux autres soignants ainsi qu'un agent de sécurité incendie en uniforme. Il a été expliqué aux contrôleurs, s'agissant des personnels, qu'étaient en principe présents un soignant de chaque unité, deux au besoin. Il pouvait arriver qu'un des soignants soit obligé de rejoindre son service pour effectuer, par exemple, un nouvel accompagnement ; dans cette hypothèse, les patients sont alors surveillés par les soignants présents. Ainsi, le jour du contrôle, un malade qui avait déjà comparu attendait que l'on vienne le chercher (l'attente a duré 10 mn), debout dans la salle d'attente, refusant de s'asseoir mais ne sachant pas quoi faire.

Madame X s'est elle-même assise.

Quelques minutes après, la mère de l'une des patientes est arrivée ; elle s'est jetée dans les bras de sa fille et s'est mise à pleurer. Les deux femmes ont essayé de chuchoter afin que leurs conversations ne soient pas entendues. Le fait que la mère pleure a semblé avoir une incidence sur l'état des autres patientes, qui paraissaient déjà inquiètes.

La mère s'est assise sur la dernière chaise laissée libre.

La greffière du juge, en robe, est venue appeler et chercher un patient.

Celle-ci vérifie à chaque fois qu'un tiers – membre de la famille notamment – n'est pas présent.

L'attente s'est poursuivie.

Selon les informations recueillies, il est arrivé que des malades soient obligés d'attendre

jusqu'à midi. Pendant ce temps, les soignants discutent entre eux ou avec les patientes.

« On a au moins le droit de rigoler puisqu'on a le droit d'attendre », résume l'une d'elles.

Madame X a fait le choix de ne pas être assisté par un avocat.

A l'inverse, une patiente est assistée. L'avocate de permanence a en outre jugé utile de s'entretenir avec sa mère venue à l'audience ; « il était intéressant d'avoir le point de vue de la mère qui avait fait la demande d'hospitalisation et qui est aujourd'hui d'accord pour la reprendre à domicile », a-t-il été expliqué.

L'avocat, comme le greffier, est en robe.

Madame X a enfin été appelée, il était 10h20 ; elle a attendu 40 mn.

La porte de la salle d'audience est restée ouverte. Elle n'était accompagnée d'aucun soignant. Selon les informations recueillies, les soignants patientent la plupart du temps à l'extérieur de la salle ; certains accompagnent les patients jusqu'à l'entrée, d'autres restent dans la salle d'attente et laissent le greffier, comme indiqué *supra*, emmener le patient.

Un agent du bureau des entrées patientent à proximité immédiate de la porte d'accès la salle d'audience. S'appuyant sur la table roulante sortie du local réservé aux avocats (cf. *supra*), il prend note des débats, veille au bon déroulement des circulations et à l'acheminement des dossiers.

Le magistrat commence par se présenter : « je suis juge des libertés. Je suis là pour évoquer vos conditions de prise en charge, comprendre et savoir pourquoi vous êtes là. Qu'est-ce que vous voulez me dire ? ».

Le magistrat est en robe.

Le greffier retranscrit les débats par écrit, en tapant directement sur son ordinateur.

La discussion se poursuit :

- « Je me sens en sécurité ici. On est dedans ».
- « Qu'est-ce que vous pensez de cette hospitalisation ? Vous pensez qu'elle doit continuer ? S'arrêter ? ».
- « Non, je suis bien, le problème c'est le logement. Si ma fille pouvait m'accueillir.... »
- « Vous avez des visites ? Vous avez des coups de téléphone ? Vous avez vu récemment le psychiatre ? »
- « Je l'ai vu hier ».
- « Est-ce que vous avez quelque chose d'autre à dire ? » « Je rendrai une décision demain sur le maintien ou pas. Mais j'ai deux choses à vous dire : le procureur a demandé le maintien et si vous n'êtes pas d'accord, vous avez le droit de faire appel ».

Les débats se sont terminés à 10h30. Ils ont duré 10 mn, comme pour chaque patient dont le dossier a été examiné ce matin-là.

A la sortie de l'audience, Madame X semble soulagée. Elle est souriante. Ses premières impressions sont les suivantes : « Bien. Elle était gentille. Ces gens-là sont des gens bien ». Plus tard, elle dira aux contrôleurs : « et en plus elle est très jolie, vous ne trouvez pas ? Mais je suis contente que ce soit passé ».

3.5.2.4 Les mainlevées

Une vingtaine de mainlevées est prononcée tous les ans.

Selon les informations recueillies, le juge est saisi bien en amont, de telle sorte que des mainlevées seraient justifiées par l'évolution de l'état de santé des patients.

Les contrôleurs ont obtenu communication de six ordonnances de mainlevées prononcées par le juge des libertés et de la détention de Bonneville en juin et juillet 2014 : quatre sont à effet différé (c'est-à-dire qu'elles prennent « effet dans un délai maximum de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse le cas échéant être établi ») et deux ont un effet immédiat, à défaut de mention particulière.

Ces mainlevées ont été ordonnées pour les raisons suivantes :

- à deux reprises pour des questions d'ordre procédural. Dans ces situations, les mainlevées ont été ordonnées immédiatement :
 - dans le premier cas, il s'agissait d'une admission à la demande d'un tiers. Le premier certificat médical « n'a pas constaté l'état mental de la personne, ni les caractéristiques de sa maladie ni la nécessité de recevoir des soins ». « Cette pièce, indispensable à une hospitalisation contrainte privative de libertés individuelles, rend nécessairement la procédure irrégulière et porte atteinte aux droits de Mme A. ». L'ordonnance est immédiatement exécutoire mais la patiente « est apaisée et consciente de ses troubles et de la nécessité de les soigner, évoquant même un projet d'hospitalisation libre à la clinique des Vallées avant un retour à domicile. Son père, tiers demandeur, confirme que sa fille est consciente de ses troubles et de la nécessité de soins et d'hospitalisation en cas de besoin. Elle est par conséquent tout à fait à même de demeurer à l'EPSM en hospitalisation libre si besoin et dans l'attente d'un projet de sortie » ;
 - dans le deuxième cas, le patient était admis sur décision du représentant de l'Etat. La saisine du JLD n'était pas accompagnée de l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète : « en l'espèce, cette pièce ne figurait toujours pas au dossier lors de l'audience (...). L'avis motivé (...) est une pièce essentielle de la procédure dont le défaut porte nécessairement atteinte aux droits de M. B. qui demande une levée des soins contraints et qui justifie une mainlevée immédiate de la mesure ».
- à deux reprises, parce que le choix du type de mesure d'admission sans consentement n'était pas le bon :
 - ainsi, une mainlevée a été ordonnée, en l'absence de caractérisation de péril pour la santé du patient. En effet, « le certificat médical initial fait état de troubles de la série psychotique renvoyant à l'évaluation faite par le docteur C., pédopsychiatre, sans que ne soit jointe ladite évaluation et sans que les attitudes susceptibles de mettre le patient en péril ne soient caractérisées ». « Il semble qu'un programme de soins, qui doit être privilégié en application de l'article L. 3211-2 du code de la santé publique soit de nature à apporter les soins nécessaires au patient suivi antérieurement pour ces troubles et qu'une hospitalisation complète, emportant une restriction importante à l'exercice

des libertés individuelles, apparaît disproportionnée par rapport à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis que le patient accepte » ;

- dans le cadre d'une admission pour péril imminent, alors même que « la patiente est sous tutelle (...), la tutrice ayant tout à fait qualité pour solliciter l'hospitalisation, ce que d'ailleurs cette dernière a indiqué avoir l'intention de faire avant que la procédure de péril imminent soit introduite ». « Par ailleurs, le certificat médical initial ne caractérise nullement les symptômes évoquant l'existence de troubles mentaux dont serait atteinte l'intéressée, mais se borne à exposer les dangers encourus par cette dernière du fait d'une alcoolisation massive » ;
- à deux reprises, parce que les patientes – qui avaient connu des difficultés d'ordre personnel – consentaient désormais aux soins. Il est important de noter que ces décisions ont été prises par deux magistrats différents :
 - dans le premier cas, il était indiqué que la patiente était « en état de consentir aux soins qui lui sont nécessaires étant précisé que ses troubles sont liés à un drame personnel récent et majeur [la perte de son mari], que son état s'est sensiblement amélioré et qu'il résulte de l'audience qu'elle va bénéficier d'un entourage familial important à la sortie ». En effet, « son beau-père, le mari de sa mère également présente à l'audience, précise que l'hospitalisation a été rendue nécessaire suite à une crise au domicile et à une seconde crise à l'hôpital général. Il souhaite faire une demande de levée alors que Mme D. avait elle-même demandé à être hospitalisée ; Il précise être à la retraite et pouvoir rester auprès de sa belle-fille en cas de sortie » ;
 - dans le second cas, la patiente avait été hospitalisée « pour un tableau anxio-dépressif sévère avec des idées sombres et ruminations quant à sa situation familiale et conjugale. L'examen des pièces et notamment de l'enquête sociale remis par son conseil atteste en effet d'une relation très conflictuelle avec son mari qui adopte un comportement virulent, humiliant et agressif à son égard. Cette situation et ce comportement ont entraîné l'hospitalisation de Mme E. qui s'est dite "épuisée" et qui était sans aucun doute déjà fragile comme en atteste notamment le rapport d'expertise (...) produit aux débats ». « Le psychiatre mentionne la persistance d'une anxiété et d'une humeur dépressive ainsi que de la fragilité de l'alliance thérapeutique ». « Mme E. souhaite dorénavant bénéficier de soins ambulatoires et dit avoir la possibilité de mettre en place un suivi à la clinique des Vallées. Cette indication est confirmée (...) dans le rapport d'expertise psychiatrique qui note l'existence d'un suivi à la clinique des Vallées ». « Il résulte des éléments du dossier et des propos tenus à l'audience que Mme E. est en état de consentir à des soins dont elle connaît l'utilité au vu de ses troubles qu'elle a déjà par le passé mis en œuvre et dont elle connaît aussi la nécessité pour pouvoir gérer sa vie familiale et professionnelle. Par conséquent, l'hospitalisation peut être levée ».

Sur la forme, les décisions détaillent – dans les visas, sur quels documents le magistrat s'est fondé (note d'audience, demande de tiers, certificats médicaux, avis motivé du psychiatre et réquisitions du procureur de la République). Mais à aucun moment – sauf à lire

l'intégralité de la motivation et encore – il n'est indiqué si le patient a ou non comparu et s'il était ou non assisté d'un avocat.

3.6 Les sorties

Les autorisations de sortie sont consignées sur des formulaires – actualisés en octobre 2013 pour les sorties accompagnées de moins de 12 heures et en avril 2014 pour les sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures – comprenant deux parties : la première est relative à l' « avis médical », la seconde à l' « autorisation du directeur ».

Le médecin renseigne la première partie en indiquant qu'il donne un avis favorable à la sortie, accompagnée ou non accompagnée, de tel patient, dont la date et le lieu de naissance sont mentionnés. Sont également portés sur le formulaire la date d'admission, l'unité, les dates et heures de sortie ainsi que, pour les sorties de moins de 12 heures, l'accompagnateur.

S'agissant de l'accompagnateur, sa qualité et/ou son identité n'est pas toujours précisée. Des formules telles que « la patiente sera accompagnée de l'équipe soignante » ou « le patient sera accompagné d'une personne de confiance désignée par le (la) patient(e) en application de l'article L.1111-6 » sont utilisées.

A l'inverse, pour une autorisation de sortie datant du mois de mars 2014, il est indiqué que « le patient sera accompagné d'un membre de l'équipe soignante, en la personne de..., assistante sociale de l'unité ».

Par ailleurs, la demande est plus ou moins justifiée.

Dans certains cas, le contexte de l'admission mais surtout les motifs de la demande sont développés : « retour progressif au domicile familial. Depuis la dernière permission qui s'est mal passée, il y a une quinzaine de jours, on note une amélioration de l'état psychique et du comportement du patient. Il est assez compliant dans la prise en charge et respecte le cadre thérapeutique. Il bénéficie actuellement de sorties libres dans le parc qui se déroulent sans problème. Au vu de cette amélioration, il serait souhaitable qu'il puisse bénéficier de permissions au domicile, à la journée d'abord, puis avec la nuit, afin de préparer sa sortie définitive ».

Dans d'autres hypothèses, le « motif de la sortie » est ainsi consigné : « sortie thérapeutique au lac de Passy » ou « visite de la maison relais de Cluses, dans le but d'une réinsertion sociale suite à des difficultés relationnelles dans son voisinage actuel ».

Cette demande est transmise par le secrétariat médical au secrétariat de direction pour que le directeur donne son autorisation.

Lorsque le patient a été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, le formulaire est ensuite adressé par télécopie à la préfecture de Haute-Savoie.

Le préfet ou le plus souvent son directeur de cabinet porte alors la date et sa signature dans l'une des deux cases suivantes : « au vu des pièces du dossier, je ne suis pas favorable dans l'immédiat à autoriser cette sortie » ou « j'accorde mon autorisation à cette sortie ».

Il arrive qu'une mention soit ajoutée de manière manuscrite, sorte de motivation du refus, ainsi le 17 avril 2014 : « compte tenu de l'incident récent du 15 mars et du fait que le patient ne soit pas accompagné par un soignant, je ne suis pas favorable à une sortie dans les conditions proposées » ou encore le 12 juin 2014 : « compte tenu des conditions proposées (membre de la famille), je souhaite que la première sortie soit accompagnée par un soignant ».

Le 18 mars 2014 en revanche, aucune mention n'est ajoutée, de telle sorte qu'il n'est, à l'inverse, pas possible de savoir pourquoi le préfet a « refusé » l'autorisation.

Il a été fait remarquer aux contrôleurs, à juste titre, que le préfet n'a pas à autoriser ou à ne pas autoriser une sortie mais peut seulement s'y opposer.

En effet, conformément à l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, l'autorisation de sortie de courte durée est de la compétence du directeur de l'établissement d'accueil et elle a lieu « sauf opposition écrite du représentant de l'Etat dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue ».

Par ailleurs, plusieurs interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs ont fait part des oppositions répétées du préfet aux sorties de courte durée.

Certains ont même parlé de refus « systématiques ».

Ces derniers ont par exemple été évoqués lors de la réunion qui s'est tenue le 22 mars 2014, à l'occasion de la visite des membres de la commission départementale des soins psychiatriques (cf. § 3.10) : « s'appuyant sur une pétition rédigée et signée par l'assemblée générale des médecins de l'EPSM le 2 avril 2014 et adressée au préfet de Haute-Savoie, la discussion s'ouvre sur le positionnement rigide de la préfecture à propos du cas particulier de la fugue d'un patient en SDRE (courrier du 25 mars 2014) et plus généralement vis-à-vis des sorties de moins de 12h, non accompagnées par un soignant, de patients en SDRE et qui sont systématiquement refusées ».

Dans le cadre de cette même réunion, il est également évoqué le fait que « le préfet va souvent au-delà de ce que prévoit la loi et refuse, par exemple, les sorties accompagnées par une personne de confiance, exigeant que le patient soit accompagné par un soignant. Ainsi, les psychiatres traitants semblent soupçonnés d'incompétence vis-à-vis de la prise en charge de "leurs patients". Selon le sous-préfet (...), les patients psychiatriques sont présumés perturbateurs de l'ordre public dès qu'ils ne sont plus hospitalisés ».

Cependant, au vu des témoignages recueillis et des constats opérés, il apparaît que ces refus ne sont pas systématiques et qu'ils ne sont pas très nombreux.

Les contrôleurs ont en effet consulté le classeur, entreposé au bureau des entrées, où sont rangées toutes les demandes d'autorisation de sortie présentées depuis le 1^{er} janvier 2014, pour des patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Ils en ont comptabilisé quatre-vingt-six, soit soixante-six demandes relatives à des sorties accompagnées de moins de 12 heures et vingt concernant des sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures. Sur ces quatre-vingt-six demandes, quatre-vingt-trois ont été accordées. Trois sorties de moins de douze heures ont été refusées par le préfet de Haute-Savoie (ce qui fait un taux d'opposition de 3,5 %) : mais à deux reprises pour un même patient (les 18 mars et 17 avril) et la troisième fois, pour un autre.

Par ailleurs, il n'apparaît pas que le préfet soit opposé purement et simplement aux sorties comme les contrôleurs l'avaient d'abord compris mais que, dans certains cas particuliers et seulement à deux reprises au final, il exige que l'accompagnateur soit un soignant.

Certes, il peut se déduire du texte de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique que le préfet ne peut imposer à l'établissement de conditions supplémentaires (« Le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire »).

Mais, comme évoqué *supra*, il apparaît que l'avis médical et les informations relatives à

l'accompagnateur ne sont pas toujours suffisamment étayés.

En outre, il s'agit dans les deux cas de patients ayant été à plusieurs reprises dans le déni ou la rupture de soins et ayant connu des épisodes violents pour lesquels une opposition du préfet, prévue par la loi, n'est pas incompréhensible.

Il est surtout préjudiciable que le dialogue soit rompu entre les services préfectoraux et le personnel de l'établissement (selon les informations recueillies, aucun membre des services préfectoraux n'avait encore visité, au jour du contrôle, l'établissement) et ce, au détriment, le cas échéant, de la situation de certains patients. Ainsi, selon les informations recueillies, l'un des patients aurait interprété le refus de sortie comme une rupture du contrat passé avec le personnel de l'hôpital : « il avait fait tout ce qu'on lui avait demandé depuis plusieurs mois et il n'était toujours pas autorisé à sortir, nous lui racontions "des histoires" et il ne retrouverait jamais sa liberté ». Le personnel de l'établissement, outre des appels répétés auprès des membres de la CDSP, souhaitait « puisque le dialogue direct est si difficile », « l'intervention d'un tiers susceptible d'avoir la confiance de la préfecture » et par exemple celle « du visiteur des lieux privatifs de liberté, pour une évaluation globale des pratiques de l'EPSM et de la préfecture et de leurs interactions, en matière de restriction aux libertés ».

Des témoins ont par ailleurs tenu à resituer ce conflit dans un contexte plus global, voire « historique ». En effet, dans la mesure où le département de Haute-Savoie ne disposait, pendant de longues années, d'aucun hôpital psychiatrique, « l'idée ancrée était qu'il n'y avait pas de fous » puis, en tout état de cause, qu'« il ne fallait pas déranger les touristes et les bourgeois ». Les réticences et oppositions des préfets aux sorties seraient régulières, même si peu importantes en nombre, de même que le recours à la force publique aux fins de récupérer un patient cloîtré, immédiatement qualifié de « forcené ». Les oppositions deviennent rapidement emblématiques, même si la plupart des patients admis en soins psychiatriques sur décision de l'Etat, à l'inverse, peuvent sortir, sans difficulté.

Une fois l'avis du préfet porté sur ledit formulaire, celui-ci est retourné à l'établissement, plus précisément au bureau des entrées, avant d'être acheminé dans l'unité concernée ; cette centralisation de l'information doit permettre à terme d'établir des statistiques sur le nombre d'autorisations accordées et refusées mais aussi sur les modalités de ces sorties.

Les contrôleurs peuvent simplement déduire de leurs constatations les enseignements suivants : les demandes sont présentées de trois à onze jours avant la date prévue pour la sortie (donc jamais au dernier moment) ; il arrive que le bureau des entrées n'ait pas de retour immédiat de la part de la préfecture, mais sans excès : seules trois demandes datant de tout début août n'avaient pas encore été renvoyées ; enfin, les sorties d'une durée maximale de 48 heures sont souvent accordées pour des week-ends – à la différence de ce que les contrôleurs ont pu voir dans d'autres établissements, où il s'agissait simplement de dépasser les 12 heures et où la durée moyenne de ce type de sorties se situait bien en-deçà des 20 heures.

3.7 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de la Haute-Savoie est composée de cinq membres et non de six, comme le prévoit la loi⁷ : un médecin psychiatre

⁷ Cf. article L.3223-2 du code de la santé publique : deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le préfet ; un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

hospitalier honoraire, un médecin généraliste retraité, un juge des tutelles du tribunal de grande instance d'Annecy et deux membres de l'union nationale des amis et familles de personnes malades et/ou handicapés psychiques (UNAFAM) de Haute-Savoie. En effet, selon les informations recueillies, il est impossible de trouver un second psychiatre, malgré les actions intentées par les différents membres de la CDSP, auprès, notamment, du conseil de l'ordre des médecins et du syndicat des psychiatres des hôpitaux et ce, pour plusieurs raisons : la région connaît une forte rotation de psychiatres ; les psychiatres sont pour partie des médecins étrangers ; les relations entre psychiatres libéraux et hospitaliers sont quasi-inexistantes ; les psychiatres ne veulent plus s'investir, hors leur cabinet ou leur service.

La CDSP dispose par ailleurs d'une secrétaire, personnel dépendant de la direction territoriale de l'agence régionale de santé (DTARS). Mais celle-ci devait cesser ses fonctions en septembre 2014, sans que les membres de la CDSP ne sachent si elle allait être remplacée.

Enfin, la DTARS n'a pas mis de bureau à disposition de la CDSP dont les membres se réunissent dès lors, à l'occasion des visites qu'ils effectuent, sur les sites mêmes des établissements qu'ils contrôlent.

De manière générale, il n'est pas apparu que les services de la préfecture soient particulièrement intéressés par les travaux de la commission. Aucune rencontre n'est organisée avec ses membres ; les seules réunions qui ont eu lieu ont été organisées à l'initiative de l'autorité judiciaire.

Les membres de la CDSP se réunissent entre eux, une fois par an à la rentrée de septembre, de manière informelle, à l'occasion d'une des visites qu'ils effectuent.

Les établissements sont en effet visités deux fois par an, au printemps et à l'automne. Ainsi, l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve a été visité le 26 avril et le 17 octobre 2013, puis le 22 avril 2014.

L'établissement est prévenu environ un mois à l'avance. Les patients sont avertis, sans difficulté.

Les visites débutent en principe à 14h30 par une réunion entre les membres de la CDSP présents. A l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve, y sont associés dans un second temps un membre de la direction, toujours rejoint par un médecin. Le directeur assiste *a minima* à la fin de cette réunion.

Selon les informations recueillies, non seulement les membres de la CDSP sont bien accueillis mais une attention particulière leur est accordée ; le cas échéant, la CDSP peut être saisie par l'établissement aux fins d'obtenir son avis ou de faire, par son biais, remonter des informations sur les difficultés rencontrées, notamment avec la préfecture de Haute-Savoie ; la CDSP se positionne alors comme un soutien de la direction de l'hôpital.

Ainsi, sur le procès-verbal de visite de l'établissement, du 22 mars 2014, il est indiqué : « s'appuyant sur une pétition rédigée et signée par l'assemblée générale des médecins de l'EPSM le 2 avril 2014 et adressée au préfet de Haute-Savoie, la discussion s'ouvre sur le

deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'Etat dans le département ; un médecin généraliste désigné par le préfet.

positionnement rigide de la préfecture à propos du cas particulier de la fugue d'un patient en SDRE (courrier du 25 mars 2014) et plus généralement vis-à-vis des sorties de moins de 12h, non accompagnées par un soignant, de patients en SDRE et qui sont systématiquement refusées. Ce courrier du collectif des psychiatres de l'EPSM, étayé des arguments fondés sur le cadre et l'esprit de la loi du 5 juillet 2011, les missions de la psychiatrie publique, et à un argumentaire clinique, humaniste et sociétal, *suscite la pleine approbation et le soutien de la CDSP* ».

Certains thèmes sont abordés de manière récurrente au cours de ces réunions :

- la suroccupation des lits. Il a été expliqué aux contrôleurs que dans la mesure où les structures psychiatriques n'avaient vu le jour, dans le département de la Haute-Savoie, qu'à partir des années 1970, celles-ci avaient été de fait sous-dimensionnées. Dans le procès-verbal de visite du 17 octobre 2013, il est évoqué la « suroccupation des lits quasi-permanente du nouvel EPSM. A l'attractivité du nouvel établissement liée à la qualité des locaux viennent s'ajouter des contingences financières entrant en concurrence avec l'hospitalisation psychiatrique privée. En effet, l'EPSM dispose de nombreuses chambres individuelles "gratuites" alors qu'à la clinique des Vallées, le supplément "chambre individuelle" est de 90 euros par jour à la charge du patient » ;
- la difficulté d'avoir un effectif suffisant et stable de psychiatres et de fidéliser les infirmiers, même si les directions actuelle et précédente de l'établissement ont mené des politiques très actives pour attirer les agents et les recruter ;
- le positionnement de l'USIP. Non seulement, la création de l'USIP aurait été obtenue « de longue lutte » mais l'orientation de patients vers cette unité serait encore problématique, en interne, comme en externe, entraînant une sous-occupation de ce service. Par ailleurs, pour les patients qui y passent, le retour en unité d'origine serait compliqué car l'USIP met en place un projet très individualisé, sécurisant et apaisant, pour les patients qui, pour certains, ne veulent plus en partir.

Par ailleurs, parmi les réflexions tirées des constats opérés, il a été évoqué la question du recours à l'isolement et à la contention « anormal ici » ; dans la mesure où l'établissement dispose désormais d'une USIP, le recours à l'isolement et à la contention devrait être moindre et, en tout état de cause, ne pas se prolonger.

Dans le compte rendu de la visite du 22 mars 2014, un médecin de l'établissement estime ainsi que « les unités de soins ont tendance à se refermer avec des effets délétères rétrogrades sur la teneur et la qualité de la prise en charge des patients. Les recours à l'isolement et à la contention sont résurgents et banalisés. La CDSP rappelle à ce sujet son souhait que soient effectivement mis en place dans tous les services de psychiatrie du département, des registres de contention, tels que préconisés dans le rapport Robillard ».

Après cette réunion, les patients sont reçus, en principe dans la petite salle de réunion, située à l'étage de la direction. Le nombre de patients qui demandent à être vus est très variable d'une visite à l'autre. Au vu du compte rendu qui en a été fait et dont les contrôleurs ont pu prendre connaissance, lors de la visite du 22 avril 2014, un seul patient a été entendu. Il contestait le refus de la préfecture de lui accorder des permissions de sortir. Il est indiqué : « lors de sa précédente permission de 12h, le 15 mars, il s'était alcoolisé et il n'est rentré que le lendemain. Ses conduites transgressives et le déni des troubles justifient qu'il ne bénéficie pas de permissions non accompagnées. Il est hospitalisé pour vol avec violence vis-à-vis de ses

voisins, dans un contexte d'alcoolisation. Il dénie les faits et ses troubles. La mesure SDRE est à maintenir ».

Selon les informations recueillies, la CDSP ne reçoit que très peu de plaintes de patients et familles ; il a néanmoins été évoqué une plainte, émanant d'une famille, toujours en cours d'instruction au moment du contrôle. A chaque fois que la CDSP reçoit ce type de courrier, il est systématiquement répondu par écrit que les membres en ont pris connaissance et qu'ils vont prendre contact avec le psychiatre responsable de la prise en charge. Les réponses de ces médecins sont très difficiles à obtenir, voire ils ne répondent pas.

Une fois les patients reçus, certains membres de la CDSP examinent les dossiers puis les registres, pendant que d'autres visitent en général une seule unité de l'établissement par manque de temps : en principe, le président et le magistrat examinent les dossiers et les registres, pendant que les membres de l'UNAFAM se rendent dans les unités. Le 22 mars 2014, aucune visite n'a pu être effectuée. A l'automne 2013, seule l'USIP a été visitée.

De manière générale, il a été déclaré aux contrôleurs que les dossiers et les registres étaient bien tenus.

Le 22 mars 2014, trente-deux dossiers ont ainsi été examinés (dossiers administratifs et médicaux) concernant seize patients. Deux remarques ont été faites : à propos d'un dossier relatif à une mesure d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers diligentée en urgence, « des certificats médicaux sont reproduits à l'identique depuis plusieurs mois » ; à propos d'un dossier relatif à une mesure prise suite à un péril imminent, « l'avis réglementaire du collège concernant la poursuite des soins au-delà d'un an ne figure pas dans le dossier ».

En effet, selon les informations recueillies, il arrive régulièrement que les certificats médicaux soient des « copier/coller » des certificats médicaux antérieurs. Il serait arrivé qu'à cette occasion, la CDSP demande, en conséquence, au médecin rédacteur « s'il considère vraiment que son patient n'a pas évolué depuis plusieurs mois ».

3.8 Le registre de la loi et son contrôle par les autorités

L'établissement, plus précisément les agents du bureau des entrées tiennent deux types de registres : l'un pour les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, l'autre pour celles effectuées à la demande d'un tiers (y sont également répertoriées les demandes en urgence et les procédures dites de péril imminent). Ces registres sont de couleur verte, référencés 530 155 B Berger-Levrault, à jour – en ce qui concerne ceux en cours d'utilisation lors du contrôle – des dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

3.8.1 Le registre recensant les mesures d'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Les contrôleurs ont examiné plus précisément le registre sur lequel il est indiqué au marqueur noir « HO, vol 15 2013 », ouvert le 17 avril 2013.

Le 5 août 2014, jour de la visite, ce registre était renseigné des folios 1 à 93 inclus mais le folio 63 était « annulé » à la suite d'une erreur.

Quatre-vingt-douze cas de patients étaient ainsi résumés.

A gauche de la page de garde, les agents du bureau des entrées ont collé le texte de

l'article L.3212-11 du code de la santé publique⁸ qui précise quel doit être le contenu du registre de la loi.

Au titre des visas des autorités, il est mentionné :

- celui du président de la CDSP, en date du 17 octobre 2013, qui n'a fait aucune observation ;
- celui du juge des tutelles, membre de la CDSP, le 22 avril 2014, Il est indiqué : « vu jusqu'au folio 79. Présentation lisible et accessible des certificats médicaux, arrêtés et ordonnances du JLD ». Cette mention corroborait le commentaire rédigé à propos du registre, dans le compte rendu de la visite de l'établissement par la commission départementale des soins psychiatriques, le 22 avril 2014 : « comme précédemment à l'EPSM, très bien tenu et n'appelle aucun commentaire ».

Par ailleurs, en parcourant le registre, les contrôleurs ont constaté que ce dernier avait été visé par le président et un vice-procureur du tribunal de grande instance de Bonneville, le 29 juillet 2013, au folio n° 33.

In fine, l'index est renseigné et comporte en caractères de couleur rouge, les levées, mainlevées, transferts et programmes de soins. Il est simplement dommage que dans la case du tableau qui sert d'index, intitulée « SDRE ou SDDE »⁹, il ne soit pas mentionné comme demandé, le type de mesure mais l'unité d'accueil (USIP, Brévent, Voirons, Aravis). A ce propos, il convient de noter que dans dix-neuf cas sur les quatre-vingt-douze recensés, l'unité qui est indiquée est l'USIP (ce qui représente 20,65 % des situations).

Sur la première page de chaque folio, côté gauche, l'identité et les coordonnées du patient sont bien précisées mais jamais sa profession.

S'agissant de la décision de placement, lorsqu'à l'origine le patient a fait l'objet d'une mesure provisoire, seule celle-ci est mentionnée, sous cette forme : arrêté mairie de, en date du... En revanche, les références de l'arrêté préfectoral, très souvent, ne sont pas relevées. Or, c'est lui qui constitue la décision d'admission en soins psychiatriques proprement dite, même si la période initiale de soins et d'observation prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures

⁸ « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures :

- 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ;
- 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ;
- 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ;
- 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ;
- 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ;
- 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ;
- 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ;
- 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ;
- 9° Les décès ».

⁹ Pour soins sur décision du représentant de l'Etat et soins sur décision du directeur de l'établissement.

provisaires¹⁰.

Par ailleurs, toujours sur la première page du folio mais côté droit, les copies des arrêtés municipaux et préfectoraux ne sont pas tout de suite collées, en format réduit, comme les contrôleurs le constatent d'habitude. A cet endroit sont simplement reportées les références de la décision de placement, par exemple en ces termes « arrêté 2013/107/114 », également le cas échéant, la décision qui y a mis fin « ordonnance du 7 mai 2013 » ou « levée 2013/251 ». Si l'initiative est opportune car elle permet de prendre connaissance, dès le premier coup d'œil, de la situation du patient concerné, il est dommage que la qualité de l'autorité qui a pris la décision ne soit pas mentionnée, de même que, le cas échéant, la date. De surcroît, ces mentions sont susceptibles de faire doublon avec celles figurant côté gauche relatives à la décision de placement.

Par ailleurs, il est difficile d'identifier le cas particulier des personnes détenues, dès cette première page ; aucune indication (comme les références de l'article D. 398 du code de procédure pénale) n'est systématiquement portée. Pour autant, les contrôleurs ont procédé à un décompte manuel : vingt-trois personnes détenues ont ainsi été admises en soins psychiatriques à l'EPSM de la vallée de l'Arve sur les quatre-vingt-douze patients référencés, ce qui constitue une proportion importante.

En outre, il apparaît que la plupart du temps les personnes détenues sont hospitalisées suite à des tentatives de suicide ou comportements de type suicidaire (dix-neuf des vingt-trois patients détenus).

Autre enseignement : les personnes détenues sont hébergées dans différentes unités de l'EPSM (notamment à Voiron et Brévent) et non toujours la même.

Enfin, selon les statistiques fournies aux contrôleurs, entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2014, trente et un patients auraient été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat :

- deux ont fait l'objet d'un arrêté préfectoral ;
- dix d'un arrêté municipal provisoire, en amont ;
- dans quatre cas, il s'est agi d'une transformation de la mesure de SPDT en ASPDRE ;
- dans quinze cas, les malades étaient des personnes détenues.

Enfin, les contrôleurs ont compté neuf situations pour lesquelles la décision de placement n'était pas indiquée sur cette première page du folio (soit dans 9,78 % des cas).

Les arrêtés municipaux et préfectoraux ainsi que les différents certificats médicaux, sont collés sur les pages suivantes du folio. La présentation en est claire et lisible.

Les contrôleurs ont constaté, s'agissant des arrêtés municipaux, que ceux-ci étaient la plupart du temps totalement imprécis et ce, quelle que soit la mairie à l'origine de la mesure provisoire.

Ainsi, au folio 2, l'arrêté municipal édicté par le maire de Sallanches, le 24 avril 2013 est un arrêté-type, dactylographié presque intégralement : sont simplement rajoutées à la main les informations relatives à l'identité et aux coordonnées du patient ; en revanche, ne sont pas

¹⁰ Cf. article L.3213-2 du code de la santé publique.

complétées celles concernant le certificat médical, ainsi qu'*in fine*, celles relatives au caractère exécutoire dudit arrêté (« acte rendu exécutoire après transmission en sous-préfecture le.....et publication ou notification du.... Le Maire »).

De même, aucun des articles de l'arrêté ne motive le placement. L'article 1^{er} dispose ainsi : « est ordonné le placement d'office immédiat à titre provisoire de Mme.....(...) à l'EPSM de La-Roche-sur-Foron », sans aucune autre précision.

Le 7 mai 2013, le juge des libertés et de la détention rappelle dès lors dans son ordonnance les principes fondamentaux suivants : « la jurisprudence exige, s'agissant des arrêtés municipaux que soient motivées les décisions qui restreignent l'exercice des libertés publiques et elles doivent comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision. Si l'autorité administrative, qu'elle soit municipale ou préfectorale, peut satisfaire à cette exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre le certificat à la décision.

En l'espèce, le certificat médical n'est pas visé dans l'arrêté municipal et ne figure ainsi dans cette décision aucune description des symptômes de la personne évoquant l'existence de troubles mentaux et nécessitant des soins et étant de nature à compromettre la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public. Il en résulte par conséquent que l'arrêté municipal n'est motivé ni en fait ni en droit, contrairement à l'arrêté préfectoral qui vise les certificats médicaux et s'en approprie les termes. Il résulte des pièces médicales que Mme... a été hospitalisée en raison d'une décompensation psychotique liée à un arrêt des soins depuis plusieurs mois. Ses propos à l'audience attestent à la fois son déni total des troubles mais également de la persistance de propos délirants compromettant comme par le passé, la sûreté des personnes. Il convient par conséquent au vu de la gravité de son état mental, nonobstant la difficulté procédurale évoquée en début de décision et au regard de la régularité de l'arrêté préfectoral, de maintenir l'hospitalisation complète ».

Mais ces difficultés ont été constatées par les contrôleurs à plusieurs reprises.

A titre d'exemple :

- au folio 3, dans l'arrêté du maire de Bonneville, est visé le certificat à l'origine de la mesure mais le maire ne s'en approprie pas les termes et les motifs de la mesure provisoire ne sont pas non plus rappelées ;
- au folio 6, le maire de Saint-Julien-en-Genevois vise un certificat médical en donnant simplement sa date mais sans le nom du médecin qui l'a rédigé. La situation est d'autant plus regrettable que le certificat initial est un certificat du SMUR du centre hospitalier intercommunal Sud-Léman Valserine, non dactylographié et complètement illisible. Dans cette hypothèse, le médecin qui a procédé à l'examen des 72 heures demande d'ailleurs la mainlevée de la mesure : « M. X est maintenant plus posé, à distance des troubles qu'il a présentés en rapport avec une structure psychopathique sans éléments délirants ni troubles de l'humeur. Il critique partiellement les faits qu'il attribue à la mésentente familiale. En l'absence de pathologie psychiatrique patente, son hospitalisation n'a pas de raisons médicales à se prolonger ».

Enfin, s'agissant des certificats médicaux proprement dits, les contrôleurs ont constaté un certain nombre de cas où ils sont reproduits quasi à l'identique d'une fois sur l'autre.

Ainsi, dans le cas précité, le certificat médical de huitaine fait état du diagnostic suivant : « pas de problème de comportement majeur depuis son arrivée mais persiste un discours délirant type paranoïde avec des hallucinations psychiques et psychosensorielles. La patiente est réticente aux soins avec un déni total sous-tendu par ses délires. En conséquence, les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat à temps complet doivent être maintenus à temps complet ».

L'avis conjoint est ainsi rédigé : « pas de problème de comportement majeur depuis son arrivée mais persiste un discours délirant type paranoïde avec des hallucinations psychiques et psychosensorielles. La patiente est réticente aux soins avec un déni total sous-tendu par ses délires.

L'un des certificats mensuels reprend : « pas de problème de comportement majeur depuis son arrivée mais persiste un discours délirant type paranoïde avec des hallucinations psychiques et psychosensorielles. La patiente est réticente aux soins avec un déni total sous-tendu par ses délires ».

Autrement dit, il ne s'agit pas d'une reprise de l'idée générale fondée sur une absence d'évolution de l'état de santé de la patiente mais d'une reprise mot à mot des motivations des certificats antérieurs et ce, quel que soit le médecin rédacteur.

Cette situation est d'autant plus regrettable qu'elle fait même douter de ce que la patiente ait pu être vue en entretien...

3.8.2 Le registre recensant les mesures d'admission à la demande d'un tiers

Les contrôleurs ont également examiné le registre en cours « SPDT 88 », ouvert le 17 juin 2014, renseigné – au jour de la visite – jusqu'au folio n° 78 inclus.

Le type de mesure, « normale », « urgente » ou « PI » est indiqué ; les contrôleurs ont répertorié cinq mesures d'admission en cas de péril imminent sur ce registre.

Pour autant, il a plusieurs fois été fait part aux contrôleurs du nombre important de procédures dites d'urgence et de péril imminent qui s'expliqueraient par l'importante rotation des médecins urgentistes dans les différents hôpitaux de la région insuffisamment au fait de la loi du 5 juillet 2011 modifiée. Des formations leur ont dès lors été dispensées en 2013 par la directrice adjointe de l'établissement, la responsable ainsi qu'un agent du bureau des entrées. A l'issue de ces formations, les pratiques semblent s'être améliorées mais pendant quelques semaines seulement. Des procédures de péril imminent seraient d'ailleurs levées pendant la période d'observation ou avant la saisine du juge des libertés et de la détention.

D'ailleurs, selon les statistiques fournies aux contrôleurs, entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2014, 233 mesures d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ont été ordonnées :

- 72 selon la procédure normale ;
- 63 en procédure dite d'urgence ;
- 98, selon la procédure dite du péril imminent.

Toujours dans ce registre et comme précédemment, il est mentionné dans la partie droite de la première page du folio, en caractères de couleur rouge, les dates des décisions du directeur ainsi que les levées.

Comme dans le registre relatif aux admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat également, il n'existe aucune information relative aux mesures de protection juridique.

Selon les témoignages recueillis, celles-ci ne sont effectivement jamais notées car les agents du bureau des entrées ne disposent pas des renseignements utiles. Les unités ne sont pas toujours informées et de fait, le bureau des entrées non plus.

4- LES DROITS DES PATIENTS HOSPITALISES

4.1 La protection juridique des majeurs

Dans le livret d'accueil, il est indiqué, autre titre des droits et recours, dans la partie relative au « mandataire judiciaire » : « les malades admis à l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve conservent leur capacité civile. Lorsque leur état de santé le justifie, le juge des tutelles peut décider, sur la demande du médecin ou de la famille, une mesure de protection. Selon l'importance de la protection à assurer, le juge nomme un tuteur ou un curateur. Dans certains cas, c'est un préposé de l'établissement, le mandataire judiciaire, qui reçoit cette mission. Cet agent tient une permanence au rez-de-chaussée de l'établissement. Le mandataire judiciaire peut être contacté par téléphone les mardis, mercredis et vendredis de 8h30 à 15h45 et le jeudi matin ».

Les contrôleurs n'ont pu le rencontrer, ce dernier étant en congé au moment de la visite.

4.2 La désignation d'une personne de confiance

Dans la partie consacrée aux droits et recours, le livret d'accueil évoque la désignation d'une personne de confiance.

« Selon la loi n°2002-303 du 4 mars 2002, toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit et est révocable à tout moment. Il vous appartient d'informer la personne que vous aurez choisie et d'obtenir son accord ».¹¹

4.3 L'accès au dossier médical

Les demandes d'accès au dossier médical sont présentées à l'aide d'un formulaire communiqué au patient qui doit joindre une photocopie recto verso de sa pièce d'identité.

La procédure est décrite dans le livret d'accueil.

¹¹ L'article de la loi dispose : « toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant, et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. **Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.** ».

L'information du demandeur peut être réalisée sur place en présence d'un médecin ou par envoi de photocopies. Les contrôleurs ont constaté que les demandeurs obtenaient satisfaction dans un délai de huit jours en moyenne.

Quarante-neuf demandes de dossiers ont été formulées et satisfaites en 2013.

4.4 L'accès à l'exercice d'un culte

Le livret d'accueil précise: « le personnel hospitalier respecte vos opinions et vos croyances. Vous pouvez demander la visite d'un représentant du culte de votre choix. Renseignez-vous auprès du cadre de santé de l'unité ».

Cependant, seul le culte catholique est représenté dans l'établissement, par deux femmes « aumôniers laïcs », que les contrôleurs ont rencontrées.

Elles disposent d'un lieu de culte de 9 m² ouvert sur la cafétéria (un volet roulant ferme la pièce quand l'aumônerie est fermée).

Elles font également partie du comité d'éthique de l'établissement, à la demande du directeur.

Les aumôniers sont présents tous les mercredis, entre 9h30 et 11h45, et s'entretiennent individuellement avec les patients qui le souhaitent, soit dans la cafétéria, soit dans la salle de culte.

Pour les patients nécessitant d'être accompagnés, leur venue ne serait pas toujours possible faute de personnel soignant disponible.

Elles se déplacent parfois au sein des unités pour rencontrer des patients, à la demande du personnel ou des familles.

Elles n'ont toutefois pas accès à l'USIP et ne se rendent qu'exceptionnellement dans les parties fermées des unités.

Un office religieux est organisé une fois par mois dans la cafétéria, à 17h.

Le calendrier des célébrations est fixé trimestriellement, il est transmis aux unités et les aumôniers passent dans les services le jour de l'office pour redonner l'information.

Elles déplorent cependant que les avis médicaux indiquant si un patient peut ou non se rendre aux célébrations sont souvent rédigés au dernier moment.

En l'absence de représentation d'autres religions, les aumôniers acceptent que des patients d'autres cultes assistent aux célébrations, bien qu'elles ne soient pas œcuméniques. Cela génère parfois des incidents ; ainsi un homme de confession musulmane, n'ayant pas terminé sa propre prière au terme de l'office, a refusé de quitter la cafétéria et les personnels ont dû intervenir pour le calmer et le raccompagner dans son unité.

Les aumôniers catholiques ont indiqué aux contrôleurs qu'il existe une demande de patients, notamment évangélistes et musulmans, de pouvoir rencontrer des représentants de leur culte.

Le président du comité d'éthique a informé les contrôleurs qu'il avait pris attache avec des représentants des cultes musulmans et israélites afin que des interventions soient prévues à l'établissement.

4.5 La communication avec l'extérieur

Cette thématique est traitée dans la description du fonctionnement de chaque unité d'hébergement.

4.6 La commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC)

La CRUQPC présidée par la directrice adjointe est composée :

- du président de la commission médicale ;
- d'un médiateur médical et d'un médiateur non médical ;
- de représentants des usagers membres de l'association UNAFAM (deux titulaires et deux suppléants ;
- de deux représentants de la commission des soins infirmiers ;
- d'un représentant du comité technique d'établissement ;
- d'un représentant du conseil de surveillance ;
- d'un invité permanent.

Chaque unité d'hospitalisation dispose à son entrée d'un panneau d'information sur lequel figure notamment la composition de cette commission et un numéro d'appel direct permettant de joindre son secrétariat. A proximité, une boîte aux lettres est à disposition des patients pour recueillir les questionnaires de satisfaction.

L'utilisateur écrit directement au directeur de l'établissement ou peut voir consigner sa plainte oralement au secrétariat de direction ou par l'intermédiaire d'un cadre. Après réception d'une plainte, sous forme écrite ou orale, la Directrice adjointe propose un rendez-vous au plaignant.

Dans un deuxième temps, le secrétariat de direction informe la Présidente de la CRUQPC, directrice adjointe, de la plainte ou la réclamation reçue et transmet une demande d'information au cadre de santé ou au médecin concerné. Les contrôleurs ont constaté que les destinataires étaient régulièrement relancés lorsqu'ils ne répondaient pas rapidement à la demande. Le secrétariat de direction accuse réception au réclamant en lui adressant un courrier dans un délai maximum de trois jours.

Des rendez-vous sont proposés au patient avec le médecin en charge de ces soins puis avec les médiateurs médicaux et non médicaux de la CRUQPC.

Il a été précisé qu'en majorité ces entretiens suffisaient à régler un grand nombre de plaintes ou de réclamations.

A la fin de la procédure, un courrier est adressé par le secrétariat de direction à l'auteur de la plainte afin de lui communiquer les informations transmises par les services concernés.

L'ensemble des réclamations adressées à l'établissement par les usagers ou leurs proches ainsi que les réponses apportées par les responsables sont mises à disposition des membres de la CRUQPC.

L'analyse régulière des plaintes et réclamations permet à la commission de dresser un bilan afin d'améliorer la qualité de prise en charge des patients.

Les membres de la commission se sont réunis quatre fois en 2013.

4.6.1 Les plaintes et réclamations

Les plaintes et réclamations figurent sur un registre mis à disposition des membres de la CRUQPC et ouvert le 31 octobre 2013 : quarante plaintes et réclamations y sont transcrites.

Les contrôleurs ont analysé quinze plaintes et réclamations, parmi les plus récentes, qui concernent :

- cinq demandes d'indemnisation à la suite de pertes (vêtements) ou de bris d'objets (lunettes) dont l'établissement était responsable : trois patients ont été indemnisés pour le préjudice subi, les deux autres se sont vus répondre « qu'il n'était pas possible d'avoir recours à l'assurance, la franchise dépassant le montant du dédommagement » ;
- deux contestations d'avis de sommes à payer à la suite d'une hospitalisation :
- le premier avis qui s'élevait à 3 190 euros a été réduit à 1 026 euros (forfait journalier uniquement) ;
- pour le deuxième qui s'élevait à 68 255 euros, la direction de l'hôpital a demandé aux services de procéder à des démarches en vue de faire bénéficier le patient d'une couverture sociale et d'une mesure de protection judiciaire ;
- une plainte pour viol (un patient a été surpris dans la chambre d'une patiente par le personnel de nuit) → la patiente a été accompagnée par les professionnels afin de déposer plainte auprès du procureur de la République et de bénéficier d'un soutien psychologique ;
- une contestation de décision médicale dénommée « *sortie disciplinaire* » (un patient a été exclu de l'hôpital après y avoir introduit et consommé de l'alcool) : les parents du jeune homme ont déposé plainte auprès de l'hôpital après avoir constaté que leur fils avait erré dans la rue jusqu'à une heure du matin → le médecin reconnaît que cette exclusion n'aurait pas dû être appliquée et s'enquiert du suivi du patient par le CMP de sa résidence ;
- une mise sur écoute téléphonique des conversations entre une mère et sa fille hospitalisée → le directeur invite la requérante à prendre contact avec le médecin responsable de l'unité qui justifie cette décision en précisant que « *cette médiation est une décision d'équipe pour permettre un travail sur la relation avec sa fille* » ;
- des dysfonctionnements constatés par la mère d'un patient lors d'une hospitalisation en soins libres à l'unité Brévent (portes de l'unité fermées, absence d'activités et interdiction de se rendre à la cafétéria) → des excuses sont présentées par le directeur en expliquant que l'unité prenait en charge, pendant cette période, « *des patients très lourds* » ;
- une demande de changement de médecin qui a été accepté ;
- une contestation de demande de protection judiciaire faite par l'hôpital sans avoir informé préalablement le fils de la patiente → l'établissement reconnaît son erreur et présente ses excuses à l'intéressé ;
- demande de transfert de l'EPSM vers un établissement correspondant au secteur du lieu de résidence du patient → le directeur intervient auprès de cet établissement qui considère ce patient comme « *indésirable* » et ne souhaite pas le réintégrer. Devant ce refus le directeur de la structure a saisi l'Agence Régionale de Santé ;
- demande d'intervention auprès d'un CMP pour une date de rendez-vous plus rapprochée que celle initialement fixée (trois mois) à la fin d'une hospitalisation → la direction est intervenue auprès du CMP au bénéfice du patient.

4.6.2 Les événements indésirables

En 2013, 203 fiches de signalement d'événement indésirable ont été rédigées pour 168 en 2012 et 92 en 2011.

Les événements les plus graves recensés en 2013 concernant les patients ont été :

- un suicide ;
- une suspicion de viol d'une patiente par un autre patient ;
- des erreurs d'administration de médicament ou d'injection retard (5) ;
- des problèmes de communication entre deux unités (4) ;
- des produits étrangers dans les repas (verre ou clou) (2) ;
- de fortes chaleurs à certaines périodes de l'année ;
- des manifestations d'agressivité de certains patients envers d'autres.

Les événements les plus graves concernant les agents ont été :

- une tentative d'homicide d'un agent par un patient ;
- des problèmes de sous-effectifs infirmiers et ASH et des difficultés de gestion de plannings médicaux ;
- des fortes chaleurs dans les locaux en période estivale ;
- des insultes et des manifestations d'agressivité de certains patients ;
- la blessure d'un agent de sécurité au cours d'une mise sous contention.

Une fiche de procédure décrit précisément la démarche à suivre pour effectuer un signalement à la suite d'une situation de maltraitance d'un patient, d'un visiteur ou d'un membre du personnel.

4.6.3 Les recours contentieux

Les patients sont accompagnés lorsqu'ils souhaitent déposer plainte auprès du procureur de la République après avoir subi des violences.

L'agent qui reçoit la déclaration du patient informe le médecin référent de la situation et son supérieur hiérarchique. Un rapport circonstancié est adressé par le médecin au procureur de la République.

Une plainte de ce type a été déposée en 2013.

4.7 Le comité d'éthique

Le comité d'éthique est présidé par un praticien hospitalier exerçant dans une structure ambulatoire. Il se réunit six fois par an. Il comprend vingt-deux membres sur la base du volontariat dont sept personnalités extérieures à l'établissement : un philosophe, un juriste, les deux aumôniers catholiques, la représentante du culte juif et deux élus.

La dernière réunion a eu lieu le 27 juin 2014.

La prochaine est fixée le 26 septembre 2014.

Le bureau du comité est constitué du président, de la directrice adjointe de l'EPSM, du président de la CME, d'un psychologue et d'un documentaliste. Il se réunit également six fois par an.

Le livret d'accueil remis au patient indique qu'il est possible de prendre contact avec le comité d'éthique en remplissant une fiche de saisine disponible sur intranet, internet et à l'accueil de l'EPSM.

Les fiches de saisine sont étudiées par les membres du bureau.

Dans le cas où la question posée ne relève pas du comité d'éthique, une réponse est adressée indiquant, le cas échéant l'instance pouvant être contactée.

Si le sujet concerne le comité d'éthique, il est mis sur la liste d'attente pour un prochain comité.

A chaque séance du comité, deux rédacteurs, membres du bureau, sont désignés pour faire la synthèse des débats et rédiger les avis. Ceux-ci sont transmis à la personne qui a posé la question sauf si celle-ci concerne un point du règlement intérieur.

Pour chaque question traitée, des recherches documentaires sont effectuées ; des liens existent avec d'autres comités de divers établissements hospitaliers.

Divers avis ont été communiqués aux contrôleurs :

- un avis du 15 novembre 2013 sur l'utilisation des téléphones portables à l'hôpital :
 - « Il est important de restaurer un espace privé et un espace public » ;
 - Il est indispensable de protéger l'espace intime : c'est le sens de la position thérapeutique. L'objet est une médiation pour aller vers l'être (question de l'avoir et de l'être). C'est la dérive ou le détournement de l'objet en fétiche qui pose problème mais non l'objet en lui-même (l'objet « portable » a été comparé au bracelet électronique en cas de dérive). Il est donc indispensable d'avoir une position nuancée sur son utilisation. Le contrat de soin doit évoquer cette question mais il n'est pas suffisant. La position de l'équipe doit être travaillée et expliquée au patient ;
 - Il est aussi important de poser des repères au sein de l'établissement afin d'établir un cadre en sollicitant les instances de l'EPSM (CRUQPC). Il est aussi possible de rédiger une charte d'utilisation dans un objectif d'information des professionnels et des patients ;
 - Les membres du comité d'éthique peuvent être à disposition des équipes » ;
- un avis du 31 janvier 2014 : « Sommes-nous fondés à interdire les relations sexuelles entre patients ? Comment les encadrer ? Comment mettre en œuvre le consentement éclairé des patients ? Comment préserver leur intimité ? :
 - on aborde cette question lorsqu'il y a un problème ou alors sous un autre angle (le préservatif plutôt que les relations sexuelles comme acte de vie). Les relations sexuelles entre patients sont un aspect marginal du plan de formation. Il y a donc un manque de savoir, de connaissances au sein de l'établissement ;

- il y a une nécessité de parler au sein des équipes mais aussi avec les patients car la parole est libératrice ;
- l'impact des traitements sur la libido des patients doit être abordé par les soignants ou par le médecin au moment de la prescription ;
- pourquoi ne pas mettre en place un atelier d'éducation thérapeutique sur ce thème en présentant aussi les risques : MST, grossesse etc .
- faut-il mettre des préservatifs en libre service ou les donner par l'intermédiaire des soignants afin que s'instaure un dialogue nécessaire ? Toutefois, demander un préservatif reste toujours difficile. (Est-ce que cela regarde toujours les soignants ?) ;
- il faut aussi mettre le sujet à l'ordre du jour des instances de l'établissement pour éviter d'éventuelles plaintes de patients ou familles ».

Le comité d'éthique n'a pas traité le sujet de la mise en place de l'isolement et de la contention.

Un colloque sur le thème « contenir » est organisé en octobre 2014.

Il existe un règlement intérieur du comité d'éthique daté du 16 septembre 2013, rédigé par ses membres, vérifié par la directrice adjointe et le président de la CME et approuvé par le directeur de l'EPSM.

4.8 Les associations

4.8.1 Les associations de famille, affiliées ou non à l'union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)

La « maison des usagers », située au rez-de-chaussée de l'EPSM, héberge l'UNAFAM.

Une page du livret d'accueil est consacrée à l'UNAFAM. Elle donne ses coordonnées postales, téléphoniques et informatiques, et décrit ses buts.

Des membres de l'UNAFAM siègent dans plusieurs instances de l'hôpital, à la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC), au conseil de surveillance, au Comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), au Comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) et le comité des vigilances et des risques (COVIRIS).

Les contrôleurs ont rencontré les représentants de l'UNAFAM, qui entretient généralement de bonnes relations avec l'administration. Elle a été associée à la construction de l'EPSM, pour laquelle elle a défendu la création de l'USIP. L'UNAFAM a également salué le fait que la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) donne accès au registre des plaintes.

Il est également fréquent que l'administration dirige des familles vers l'UNAFAM.

Cependant, l'UNAFAM regrette que « les familles ne se sentent pas assez entendues ou écoutées ».

Par ailleurs, le fonctionnement de l'EPSM avec la maison d'arrêt de Bonneville serait à revoir : l'UNAFAM déplore la mise à l'isolement systématique des personnes détenues, alors

que l'USIP pourrait les recevoir, ainsi que le « recours à la contention » - dont elle ne conteste pas l'utilité en soi.

Elle estime que l'USIP est sous employée.

Enfin, bien que l'offre d'activités culturelles ait globalement augmenté, le manque d'activités dans les unités des personnes placées sous contrainte reste encore à déplorer, selon elle.

4.8.2 Les associations d'usagers

Au moment du contrôle, l'EPSM ne comptait pas d'association d'usagers.

5- LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION

5.1 Eléments communs à tous les secteurs

5.1.1 La restauration

Une liaison froide est assurée par la cuisine située sur l'ancien site de l'hôpital, en face de l'établissement.

La cuisine fournit également les hôpitaux de jour de La Roche-sur-Foron et d'Annemasse, ainsi que le CATTPI de Vétraz.

En moyenne, 802 repas sont préparés quotidiennement (dont 485 pour l'établissement public de santé mentale), pour les patients et les personnels.

Les menus sont élaborés par la diététicienne de l'établissement selon des cycles de cinq semaines ; elle fournit un « programme de base » (éléments composant les repas) à la cuisine qui détermine la manière de le préparer. Des produits frais de saison sont utilisés (fruits et légumes) Une réunion hebdomadaire est organisée avec la diététicienne et la cadre de soin ainsi qu'une « commission repas » mensuelle, servant à faire remonter des informations à la cuisine sur l'appréciation des repas par les patients, l'adéquation des quantités, les demandes de produit, etc.



Salle de repas des patients de l'unité Voirons

Chaque unité envoie sa commande à la cuisine sur Intranet, trois jours avant la date du repas. Les repas sont conditionnés. Tous les plats sont conditionnés en barquettes individuelles ou de quatre portions, en fonction des demandes des services. Cinq à dix portions supplémentaires sont livrées et stockés au restaurant du personnel, utilisables pour les nouvelles admissions.

Des repas « visiteurs » peuvent être commandés la veille pour le lendemain pour les familles souhaitant déjeuner avec leur proche hospitalisé.

Outre le menu « standard » de nombreux régimes spécifiques justifiés par une pratique religieuse (sans porc, végétarien, végétalien) ou des motifs médicaux (amaigrissant, diabétique, sans fibre, sans résidu, sans sel, sans poisson, mixé...) peuvent être réalisés.

La cuisine prévoit des repas améliorés pour les jours de fête (Noël, nouvel an, Pâques) et prépare tous les mois et demi un repas à thème (Coupe du Monde, Saint Patrick...).

Il est également possible de commander des repas pique-nique ou barbecues.

5.1.2 La blanchisserie

L'établissement incite les patients à solliciter leurs familles pour faire laver leur linge.

Si cela n'est pas possible, le linge peut être confié à l'établissement, qui sous traite sa fonction « linge » à l'hôpital de Reignier.

Le linge du patient est alors placé dans un filet individuel, marqué par une étiquette à son nom.

Le registre des plaintes et réclamations comporte plusieurs plaintes relatives à des pertes de vêtements.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il arrivait assez régulièrement que du linge soit égaré au cours de la procédure de blanchisserie (filets mal fermés, filet sans nom ou nom illisible...).

5.1.3 La sécurité

L'équipe de sécurité est composée de six agents qui assurent une présence dans l'établissement 24 h sur 24/7 jours sur 7, alternant des services de jour (7h-19h) et de nuit (19h-7h).

Le rapport d'activité pour 2013 de l'EPSM mentionne que « [les] missions [de l'équipe de sécurité] sont multiples : chargés de la sécurité incendie, mais aussi du relais avec l'agent d'accueil, des admissions et du téléphone, en dehors des heures d'ouverture du bureau des entrées, de la gestion des clefs... ». Il a en effet été indiqué aux contrôleurs que l'équipe de sécurité était chargée d'effectuer des tâches ne relevant pas de leur mission première : remplacement au standard, admission de patients (sur ce point voir § 3.2.1), transport de marchandises, collage d'affiche, etc. Il a également été rapporté que cette situation était source de tensions et renvoyait aux agents l'impression que « le service sécurité ne sert à rien, sauf lorsqu'il y a des incidents ».

Le contrôle des équipements de sécurité incendie est organisé selon un programme hebdomadaire, de sorte que chaque unité est totalement vérifiée une fois par mois (alarmes incendie, extincteurs, grilles de désenfumage, indicateurs lumineux de sorties de secours (BAES), déverrouillage des issues de secours, etc.). Un test d'évacuation est réalisé une fois par

semaine.

Des rondes de sécurité sont organisées tout au long des services de jour et de nuit selon le rythme suivant :

- à 8h : tour complet des bâtiments ;
- vers 10h : ronde sur le site des anciens locaux de l'EPSM (fermés depuis 2012) ;
- vers 15h30 : ronde dans le parc (l'horaire permet d'indiquer aux patients qu'ils doivent se rendre dans les unités pour le goûter) ;
- tous les deux jours : contrôle de la toiture nécessité par l'installation régulière de nids de guêpes (des pièges sont posés par une entreprise extérieure) ;
- avant 19h : tour complet des bâtiments ;
- à 19h30 : ronde de fermeture des locaux administratifs (fermeture des portes et fenêtres, extinction des ordinateurs) sans passage dans les unités ;
- à 22h : ronde dans les services ;
- entre 0h et 4h : une ronde sur le parking et une ronde dans les espaces publics des services.

Tous les matins et soirs, les agents de sécurité recensent, auprès des unités, les placements à l'isolement (en chambre de soin intensif et en chambre ordinaire) et les cas échéant sous contention. Ces informations sont transcrites dans un registre au poste de sécurité (cf. § 6).

En ce qui concerne la sécurité aux abords de l'établissement, ce dernier est entouré de grilles de deux mètres de haut (sauf celles donnant sur l'USIP qui sont rehaussées).

Six caméras vidéo installées à l'extérieur permettent de visualiser l'entrée de l'établissement, les entrées piétons et voitures du parking, le portail d'entrée de l'USIP, la zone de déchargement des livraisons et provisoirement des travaux de construction réalisés à l'extrémité de l'établissement. Les images de vidéosurveillance sont reportées sur un écran situé au poste de sécurité. Il a été indiqué aux contrôleurs que les images n'étaient pas conservées au-delà du délai légal de 30 jours.



Caméra donnant sur l'entrée principale

En journée, il est possible d'entrer et de sortir librement de l'établissement par une porte automatique coulissante. Le parking est ouvert de 6h à 21h. Il a été rapporté aux contrôleurs que « celui qui veut partir peut s'en aller », des échanges informels ont lieu entre l'équipe de sécurité et le personnel soignant sur la vigilance à avoir vis-à-vis de certains patients mais il n'existe pas de liste des patients ayant le droit de sortir ou non. En cas de « fugue », les agents de sécurité vérifient que la personne ne se trouve pas aux abords de l'établissement (parc, route menant à l'EPSM...) et si la personne n'est pas retrouvée la gendarmerie est contactée par le personnel de service.

Les zones de vie, intérieures et extérieures de l'établissement, ne sont pas placées sous vidéo surveillance. Les unités sont chacune équipées de trois à six alarmes fixes. Des boîtiers portatifs d'alarme (PTI et bips) sont, selon les informations recueillies, répartis comme suit :

- un pour chaque personnel administratif et technique ;
- quatre par unité (dont un pour le cadre de santé) ;
- six pour l'USIP (dont un pour le cadre de santé) ;
- un pour l'équipe d'ergothérapie ;
- un pour la psychomotricienne.

Des membres du personnel soignant ont cependant indiqué aux contrôleurs que dans certaines unités ils n'étaient pas dotés d'alarmes portatives en nombre suffisant.

5.1.4 Les transports

L'accès à l'EPSM demeure aisé, avec une sortie autoroutière à quelques kilomètres et une ligne de bus adaptée à la demande (cf 2.2.2), qui se substitue à l'absence de ligne régulière.

En outre, une signalisation par panneaux indicateurs permet un acheminement facile vers

l'entrée du site.



Panneaux indicateurs à l'entrée du domaine

5.1.5 Les activités communes

5.1.5.1 L'amicale Edelweiss (amicale des patients)

Ainsi que l'indique son rapport d'activité pour 2013, le rôle de l'amicale Edelweiss est de « mettre en place, organiser et développer des activités intra ou extrahospitalières à visée thérapeutique en faveur de l'ensemble des patients, qu'ils soient hospitalisés ou suivis sur le secteur ».

Il s'agit d'une association (loi du 1^{er} juillet 1901), essentiellement financée par une subvention annuelle de l'EPSM (62 300 euros en 2013) pour un budget global de 69 985,42 euros en 2013.

Elle est coordonnée par sa présidente, une infirmière détachée à mi-temps pour cette mission.

L'activité de l'amicale Edelweiss se structure, outre la supervision de la cafétéria-bibliothèque (cf. § 5.1.5.2 et § 5.1.5.3), autour de trois axes :

- **L'organisation d'activités interservices**

Quatre activités régulières, ouvertes à plusieurs services, sont proposées par l'établissement de santé. Un atelier « danse en ligne » hebdomadaire s'adresse aux patients des Unités Salève et Bionnassay et se déroule dans les locaux de la cafétéria. Toujours dans la cafétéria, un atelier « écriture » et un atelier « lecture » animés par un intervenant extérieur sont organisés toutes les semaines en alternance et ouverts aux patients de toutes les unités (à l'exception de l'USIP).

Enfin une chorale interservices regroupe, sur indication médicale, quarante patients dont dix environ hébergés en unité d'hospitalisation. Cette dernière activité donne lieu à des répétitions hebdomadaires et à des représentations en public.

L'amicale Edelweiss coordonne également l'organisation d'activités et d'évènements ponctuels, une fois par mois en moyenne. Par exemple ont eu lieu en 2013 : des sorties

« chiens de traneau », une galette des rois, une activité Jeux de Pâques, des concerts de la chorale inter-services, des projections de films, une semaine du goût, une fête de Noël, etc. Le calendrier de ces événements est affiché à la cafétéria et remis aux cadres de santé de chaque unité.

Une réflexion sur l'engagement des patients est menée, ces derniers ayant la « responsabilité » de s'inscrire et de venir ensuite aux activités.

- **Le financement d'activités au sein des unités**

L'amicale Edelweiss dote chaque service d'une subvention annuelle.

En 2013, la somme de 2700 euros a été allouée à chaque unité d'hospitalisation afin que soient organisées des activités ou sorties ponctuelles.

Pour justifier des dépenses effectuées pour l'organisation d'activités, les unités transmettent chaque mois à l'amicale Edelweiss leurs factures, en mentionnant l'activité correspondante :

| MARS 2014 | |
|------------|--|
| USIP | - un atelier cuisine - un atelier jardinage - une activité « Wii® » (jeu vidéo) - une activité sportive |
| VOIRONS | - |
| BREVENT | - deux ateliers floraux |
| ARAVIS | - |
| BARGY | - un atelier jardinage - une activité pour Pâques |
| SALEVE | - abonnement au quotidien <i>Le Dauphiné</i> - une sortie nature et découverte - un atelier d'esthétique - un atelier cuisine |
| BIONNASSAY | - |
| AVRIL 2014 | |
| USIP | - un atelier cuisine |
| VOIRONS | - un atelier cuisine - une sortie nature et découverte |
| BREVENT | - |
| ARAVIS | - |
| BARGY | - |
| SALEVE | - un atelier cuisine - un atelier pâtisserie - un atelier thérapeutique - une sortie nature et découverte |
| BIONNASSAY | - un atelier dessin - un atelier cuisine |

En dehors des ces justificatifs d'achat, les unités ne transmettent pas à l'amicale un bilan des activités réalisées avec les patients.

- **L'achat et la mise à disposition de matériel**

Pour faciliter la mise en place d'activités et de sorties, l'amicale Edelweiss achète du

matériel et le met gratuitement à la disposition des soignants des unités et des structures extérieures.

Peut ainsi être emprunté du matériel de randonnée (sac à dos, chaussures, gourdes, bâtons), de sport d'hiver (luges, raquettes, vêtements, bottes), de sport (football, tennis, badminton, ping-pong, équitation, natation), de pique nique (table, glacière, tapis de sol) ou encore de cuisine (appareil à fondue, appareil à crêpes).

Malgré tout, de nombreux interlocuteurs (patients et personnels) ont indiqué aux contrôleurs qu'en réalité trop peu de patients bénéficient d'activités et que « les journées sont longues ».

Cette situation est, selon les informations recueillies, due à une difficulté de structuration de l'offre d'activités et à un manque de mobilisation du personnel.

Du fait du manque d'effectif et du renouvellement constant des personnels, la priorité est donnée aux soins, aux dépens des activités.

5.1.5.2 Le comité culturel Epidaure

Le comité Epidaure a été créé en 2010 à l'initiative de salariés qui souhaitent développer l'expression culturelle de l'EPSM.

Il se donne pour objectif de promouvoir l'hôpital comme un lieu d'échanges, d'ouverture, d'inter relations humaines et artistiques ; d'inscrire l'établissement dans la politique culturelle de la cité ; de favoriser l'accès à la culture pour tous.

Il s'adresse à la fois aux usagers de l'hôpital, à leurs familles et aux professionnels.

Depuis 2012 ont été organisés des expositions, concerts et sortie culturelles. Un atelier hebdomadaire animé par un artiste en résidence est organisé et ouvert à la fois aux patients et à des personnes extérieures à l'hôpital.

La semaine précédant la visite des contrôleurs, un concert gratuit et ouvert à tous a été organisé à l'EPSM dans le cadre d'un festival local de musique « La Roche Bluegrass Festival ».

5.1.5.3 La cafétéria

La cafétéria est ouverte tous les jours de la semaine de 9h30 à 11h45 et de 13h à 15h45, tout au long de l'année. Elle est gérée par deux agents de service hospitaliers (ASH) à temps plein.

D'une surface de 140 m², la cafétéria est située au premier étage de l'établissement. Elle est pourvue d'un système d'air conditionné. Des baies vitrées courent sur deux parois de la pièce et ouvrent sur une grande terrasse à laquelle les patients et leurs proches ont accès.

L'équipement se compose d'un poste de télévision, d'un baby foot, de tables entourées de chaises, et d'un coin lecture (cf § 5.1.5.2) où sont disposés des fauteuils et une table basse.

De la musique est diffusée dans la salle.

La télévision (éteinte lors de la venue des contrôleurs) est utilisée uniquement dans le cadre d'activités déterminées (films, reportages) ou lors d'évènements ponctuel (matchs de sport...).

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en moyenne soixante-dix personnes (patients, familles, accompagnants) venaient chaque jour et que le lieu était très apprécié.

Il ne serait par contre pas toujours possible, pour les patients devant être accompagnés, de se rendre à la cafétéria, du fait du manque d'effectif et de temps des personnels soignants.

La cafétéria propose des biscuits, barres chocolatées et bonbons, des glaces (1 euro), des boissons fraîches en canette (Coca Light®, Minute Maid®), des verres de limonade au sirop (0,60 euros le petit verre, 1 euro le grand verre), du thé et du café (0,70 euros l'expresso, 1 euro le grand café).

Sont également proposés à la vente d'autres objets tel que des produits d'hygiène (gel douche à 1,50 euros, brosse à dents à 2 euros, dentifrice à 1,50 euros, déodorant à 1,50 euros, mousse à raser à 2 euros, préservatifs à 0,20 euro, lessive à 2 euros...), des cartes postales (1 euro), des piles (0,70 euro pièce), des timbres (0,66 euros), des cartes téléphoniques (7,50 euros) et recharges de crédit pour téléphone portable (10 euros).

Les tarifs des consommations et produits en vente sont affichés à l'entrée de la cafétéria. Un système d' « enveloppe budget » est mis en place pour les patients qui ne peuvent pas avoir de l'argent sur eux. Une somme d'argent hebdomadaire ou mensuelle est alors remise au personnel de la cafétéria par les services de soin pour les patients concernés.

La cafétéria fait partie de l'Amicale Edelweiss.

Elle est gérée de manière autonome par les deux agents qui y sont affectés et en assurent l'intégralité du fonctionnement (service aux personnes, gestion des stocks, comptabilité, nettoyage et maintenance des locaux...).

Le produit des ventes suffit au renouvellement des stocks et l'éventuel excédent est réinvesti dans l'organisation d'activité, l'achat de matériel (vaisselle...) ou de décoration.

5.1.5.4 La bibliothèque

La bibliothèque consiste en un coin lecture situé dans la cafétéria de l'établissement, composé de deux grandes armoires, d'une table basse et de fauteuils. Quelques magazines, donnés par des membres du personnel, sont disposés sur un présentoir. La cafétéria dispose également d'un abonnement au journal quotidien local, *Le Dauphiné*.

Un budget de 500 euros est alloué annuellement à la bibliothèque par l'amicale Edelweiss pour le renouvellement du stock de livres et de bandes-dessinées.

Il est possible d'emprunter des livres (la demande se fait auprès du personnel de la cafétéria qui gère également la bibliothèque).

Il n'existe pas de points lecture au sein des unités, les patients devant obligatoirement se déplacer à la bibliothèque, si nécessaire accompagnés d'un personnel soignant.

Parfois des membres du personnel viennent emprunter quelques livres pour les proposer aux patients de leur unité qui ne sont pas en mesure de se déplacer.

Dans les anciens locaux de l'établissement de santé mentale, des tours étaient organisés dans les unités à l'époque fermées à l'aide d'un chariot de livres. Le chariot se trouve encore aujourd'hui à la bibliothèque mais n'est plus utilisé, le choix ayant été fait d'inciter les patients à se déplacer pour consulter ou emprunter des ouvrages.

Un atelier lecture, mis en place à l'automne 2012, a lieu toutes les deux semaines, le jeudi de 16h30 à 17h30, en alternance avec un atelier écriture.

Une sélection d'ouvrages est présentée aux patients, des extraits leur sont lus et ils ont la

possibilité d'emprunter ensuite les livres concernés.

5.1.5.5 Les ateliers d'ergothérapie et de psychomotricité

Trois ergothérapeutes interviennent à l'ESPM sur un effectif de 2,4 ETP (deux salariées à temps complet et une troisième à 40%). Elles accueillent des patients de chaque unité (à l'exception de l'USIP) sur prescription médicale. Une première rencontre avec le patient permet de l'orienter vers une activité soit individuelle (le plus souvent au début), soit en groupe ouvert (plusieurs personnes travaillant sur des activités différentes), soit en groupe fermé (le groupe de patient travaillant ensemble sur une activité commune).

Sur la période allant de janvier à juillet 2014, 48 indications médicales ont été établies. En 2013, 56 patients ont participé aux ateliers d'ergothérapie (sur l'ensemble des prescriptions thérapeutiques transmises, 12% ont fait l'objet d'un refus du patient et 13% n'ont pas donné lieu à un suivi car les patients étaient sortis avant d'avoir pu être pris en charge).

Les activités, d'une durée de 1h30 à 2h, ont lieu selon un rythme hebdomadaire. Pour les activités de groupe (quatre personnes), les ergothérapeutes mélangent des personnes de différentes unités et atteintes de différents groupes de pathologie, ce qui aurait des effets bénéfiques, permettant le développement de l'entraide et de la tolérance.

En 2013, 62% des patients suivis en ergothérapie étaient en soins libres, 28% en SPDT et 10% en SPDRE. Il a été précisé aux contrôleurs que pour la plupart des patients en SPDRE, il s'agissait de suivis au long cours.

Il arrive que les ergothérapeutes interviennent dans les unités, mais le plus souvent les activités ont lieu dans l'atelier d'ergothérapie situé au premier étage de l'établissement. Il s'agit d'une grande salle, équipée du matériel nécessaire à de nombreuses activités manuelles (peinture, sculpture, poterie, mosaïque...). La pièce, dépourvue de climatisation, dispose de grandes baies vitrées qui ne peuvent être ouvertes.

Il a été indiqué aux contrôleurs que par temps ensoleillé il arrive qu'il fasse très chaud dans la pièce, provoquant parfois des malaises de patients dus à la chaleur.

Les ergothérapeutes entretiennent des liens réguliers avec les différents services de l'établissement. Elles participent aux réunions hebdomadaires des unités, avec difficulté du fait de la tenue au même horaire de trois réunions de service le mardi. Leur participation aux activités de l'Amicale Edelweiss s'est raréfiée, faute de temps.

Une réflexion est menée avec la psychomotricienne pour la mise en place d'une activité commune.

En règle générale, les soignants n'assistent pas aux activités, à l'exception de l'atelier jardin thérapeutique. Cet atelier extérieur, mené en partenariat avec le CCAS, est le fruit d'un travail pluridisciplinaire auquel des soignants sont partie prenante.

Une psychomotricienne exerce à temps plein dans l'établissement depuis mars 2014. Elle accueille des patients de chaque unité (à l'exception de l'USIP) sur prescription médicale. Elle reçoit quinze à dix-huit personnes par semaine pour des séances individuelles de 45 min. Douze patients sont suivis de manière régulière.

Elle se déplace pour intervenir dans l'unité Bargy et a pour projet de développer dans cette unité un groupe d'éveil corporel en libre accès dans la salle de séjour.

5.1.6 Les soins somatiques

Depuis 2012, les soins somatiques sont assurés par un praticien hospitalier à temps plein, - de formation gériatre - présent théoriquement du lundi au vendredi de 9h à 17h. En pratique son temps hebdomadaire se décompose de la manière suivante :

- cinq demi-journées à l'unité de géronto-psychiatrie Bargy ;
- deux demi-journées d'intérêt général (prévues dans le statut de praticien hospitalier) ;
- une demi-journée de formation ;
- deux demi-journées pour les trois unités d'admission (Voiron, Brévent, Aravis), l'unité Salève, l'USIP et l'unité Bionnassay).

Lors de sa prise de fonction, le médecin généraliste avait tenté de répartir son temps dans chaque unité selon un planning. Aujourd'hui elle répond aux demandes des infirmières qui décrivent les symptômes somatiques du patient. Selon ces éléments, elle évalue l'urgence de sa réponse.

Elle dispose d'un bureau de consultation situé au niveau 1 du bâtiment dans le couloir situé entre les unités Bargy et Brévent. Il est équipé notamment d'une table d'examen, d'un évier en inox, d'un pèse-personne et d'un ventilateur. Elle souhaite y recevoir, si possible les patients.

En cas d'impossibilité, elle les examine dans leurs chambres.

Elle n'est pas en mesure d'assurer le suivi des traitements qu'elle a prescrits.

Elle n'effectue pas l'examen systématique des patients admis sans leur consentement dans les 24 heures. Selon elle, ces patients passent tous par les urgences d'un centre hospitalier où ils auront subi cet examen.

Lorsqu'elle réalise un bilan systématique d'entrée, il comprend un bilan biologique de base. Les sérologies VIH et hépatites ne sont pas systématiquement proposées.

Elle n'est pas tenue informée des placements en chambre d'isolement ou en contention. A titre d'exemple, elle ne savait pas qu'une patiente était en chambre d'isolement depuis trois semaines à Aravis et qu'elle était restée en contention durant quinze jours.

Selon elle, le psychiatre prescrivant la contention, ajoute systématiquement un traitement anti-coagulant avec surveillance biologique régulière.

Elle regrette de ne pas pouvoir effectuer le suivi des patients admis dans l'unité Salève, c'est-à-dire les examiner au moins une fois par an. Cependant elle assure le suivi des patients présentant une pathologie somatique chronique. Dans ce cas, elle prend contact avec le médecin généraliste traitant.

Elle n'assure pas le suivi vaccinal des patients hospitalisés.

Le sevrage tabagique est possible pour les patients qui en font la demande. Ils ont un entretien avec le médecin qui prescrit un substitut nicotinique. « le tabac est souvent lié à l'ennui » ; les infirmiers fument avec les patients », peu de tentatives aboutissent ».

La contraception est poursuivie lors de l'admission d'une patiente.

Des consultations en gynécologie sont demandées pour aborder la contraception et le mode le plus approprié à l'état de la patiente : contraception orale, stérilet, implant, etc.

A titre d'exemple, un problème s'est posé pour une patiente âgée de 25 ans, sous la tutelle de ses parents, admise à l'unité Bionnassay, pour laquelle une indication de contraception se posait. Les parents craignaient qu'elle n'ait des rapports sexuels (consentis) mais refusaient un implant ou une pilule contraceptive.

Le comité d'éthique a abordé cette question mais le médecin généraliste n'était pas présent lors de la séance.

Aucune consultation de spécialité n'est réalisée au sein de l'EPSM.

Les consultations ont essentiellement lieu au centre hospitalier Alpes Léman (CHAL) situé entre Bonneville et Annemasse où l'offre de soins comporte toutes les spécialités. Les infirmières de l'unité où se trouve le patient prennent les rendez-vous sauf au cas où le médecin généraliste tente d'obtenir un rendez-vous en urgence.

Le délai pour avoir une consultation en gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie serait raisonnable, de plusieurs mois en endocrinologie et rhumatologie. Un scanner peut être passé entre trois et vingt jours selon le degré d'urgence, une IRM en un mois.

L'accès aux soins dentaires constitue une difficulté pour les patients : un rendez-vous n'est possible que dans un délai d'un mois, sauf dépannage ponctuel dans un délai d'une semaine chez un chirurgien-dentiste de La Roche-sur-Foron. Le médecin généraliste a proposé aux contrôleurs qu'une salle soit dédiée aux soins dentaires pour permettre à des dentistes payées sous la forme de vacations de se déplacer à l'EPSM avec une valisette contenant leur matériel ce qui permettrait de ne pas forcément installer un fauteuil dentaire.

En cas d'urgence, il est fait appel au centre 15 par le médecin généraliste ou le psychiatre de garde ; le médecin régulateur décide, le cas échéant, du transfert du patient au CHAL en ambulance ou par le SAMU.

Selon les informations recueillies, malgré la présence d'une équipe de l'EPSM assurant la psychiatrie de liaison, l'accueil d'un patient aux urgences n'est pas toujours facile : le patient garde l'étiquette de « fou de la Roche ».

En cas d'admission dans un des services du CHAL, un infirmier va demeurer avec lui (selon son état s'il est admis en soins libres et systématiquement s'il est admis sans son consentement) durant son séjour. Selon les informations transmises aux contrôleurs, la présence de l'équipe de psychiatrie de liaison facilite les séjours des patients dans les services du CHAL.

Il existe un défibrillateur dans chaque chariot d'urgence du poste de soins des unités.

5.1.6.1 La pharmacie

La pharmacie est située au rez-de-chaussée dans la zone médico-administrative.

Les locaux, vastes et adaptés, comprennent outre l'espace de rangement des médicaments un bureau pour les pharmaciens.

L'équipe de la pharmacie comprend un praticien hospitalier qui exerce son activité à 80 %, le praticien hospitalier de l'hôpital local de Reignier qui est présent à l'EPSM les mercredis et jeudis et 2,5 ETP de préparateurs en pharmacie.

Depuis le 1^{er} janvier 2014, un groupement de coopération sanitaire a été mis en place regroupant l'EPSM et le foyer d'accueil médicalisé situé à La Tour. La pharmacie y assure les prestations.

A partir du 1^{er} janvier 2015, l'hôpital local de la commune de Reignier y sera associé et l'hôpital de La Roche-sur-Foron à partir du 1^{er} janvier 2016.

Le « dossier patient » est informatisé depuis 2013.

Les pharmaciens valident l'ensemble des ordonnances. Il peut arriver qu'ils posent des questions par téléphone sur des prescriptions. Les questions et les réponses sont tracées et visibles par le personnel infirmier.

De plus, une alerte est paramétrée par la pharmacie en cas de posologie maximale dépassée ; dans ce cas, le médecin doit confirmer son dépassement. S'agissant des interactions médicamenteuses, le praticien est prévenu en cas d'association déconseillée ou de contre-indication. Il est obligé d'écrire qu'il a vu la mention et qu'il maintient et signe sa prescription.

La livraison des médicaments se fait dans une armoire métallique fermée à clé, sur roulettes remplie selon les indications du logiciel « Cariatide ». ¹² Les unités n'ont plus besoin de remplir des bons de commande. Dans le cas où un médicament ne figure pas sur le livret, un grossiste peut le livrer sous 24h. Si le médicament doit être obtenu immédiatement, il est fourni par une officine de ville ou apporté par la famille.

A partir du 1^{er} janvier 2015, un robot servant à préparer les sachets de médicaments sera installé à la pharmacie.

Le jour de la visite des contrôleurs, trois patients étaient traités par du Subutex® (un dans chaque unité d'admission : Voiron, Brévent et Aravis) et deux par de la méthadone à Aravis. Les patients déjà sous traitements de substitution les poursuivent ; il n'y a pas d'initialisation de ces traitements.

Le recours aux neuroleptique d'action prolongée est important, aussi bien à ceux de première que ceux de seconde génération.

Tous les substituts nicotiques sont disponibles : gommes, patches, inhalateurs.

Il n'existe aucune limitation budgétaire dans le fonctionnement de la pharmacie.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles est réuni trois fois par an à l'initiative de la pharmacienne.

Le dernier a eu lieu le 23 juin 2014 ; le prochain est prévu en novembre 2014.

L'ordre du jour comprend les actualités concernant les nouveaux médicaments, les vigilances, les antibiotiques et les arrêts éventuels de commercialisation. Lors des questions diverses sont évoquées les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) liées aux médicaments et les événements indésirables. Ceux-ci seraient bien déclarés dans les unités au niveau médical mais le relai se ferait insuffisamment jusqu'à la pharmacie.

¹² Lundi : Aravis, mardi : Bargy, Salève, mercredi : Bionnassay, jeudi : Brévent, USIP, vendredi : Voiron.

Une EPP a été mise en place sur le syndrome métabolique par deux psychiatres et la pharmacienne. Un rappel a été effectué au niveau du personnel infirmier pour les sensibiliser à l'importance de prendre régulièrement les éléments du suivi (poids, tour de taille). L'ensemble est tracé dans le dossier informatisé du patient.

La pharmacienne a déjà mis en place des actions d'éducation thérapeutique pour les patients en ambulatoire de la Haute Vallée. Un financement de 250 euros par module, - accordé par l'ARS – permet aux personnes habilitées d'assurer ces actions ayant trait à l'observance du traitement, aux effets indésirables...

La pharmacienne souhaiterait développer cet axe de travail notamment en expliquant les ordonnances aux patients lors de leur sortie

5.1.6.2 Le laboratoire

Les prélèvements sont traités par un laboratoire privé situé à La Roche-sur-Foron. Un coursier passe (du lundi au vendredi) à 9h pour les prendre. Si un examen doit être fait en urgence, il doit être apporté au laboratoire avant 15h. Selon l'horaire, le résultat ne sera pas forcément obtenu le jour même. Il n'est pas possible d'effectuer des examens biologiques le samedi et le dimanche. Dans ce cas, il faut conduire le patient aux urgences du CHAL.

En cas d'anomalie grave, un appel téléphonique est passé vers 15h dans l'unité où est admis le patient.

Les résultats sont envoyés par télécopie dans les secrétariats médicaux des unités entre 16h et 17h. Les soignants ne disposent pas de la clé du secrétariat où est situé le télécopieur.

5.1.6.3 Le comité de lutte contre la douleur (CLUD)

Le CLUD est présidé par le médecin généraliste.

Une infirmière a bénéficié d'une formation spécifique (diplôme universitaire) sur la douleur. Les infirmiers suivent une formation de quatre-vingt-dix minutes dont une partie est assurée par l'infirmière et la seconde sur la pharmacologie, par la pharmacienne. Selon les informations recueillies, les deux sessions organisées n'auraient pas suscité un réel intérêt auprès des soignants de l'intrahospitalier. L'idée serait de rendre la troisième session obligatoire...

Par ailleurs, un rapport d'un psychologue continue de véhiculer l'idée que « pour la douleur, tout est dans la tête ».

Il existe un « protocole douleur » permettant la délivrance d'un antalgique de niveau 1 par les infirmières ; ce protocole n'est pas accepté par le logiciel « Cariatides ». Il faut donc pour que la délivrance soit effectuée que le médecin prescrive systématiquement un antalgique « si besoin ».

5.1.6.4 Le comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN)

Le CLIN est présidé par la pharmacienne.

Il existe un référent du CLIN dans chaque unité. L'infirmière hygiéniste de l'établissement est très impliquée dans sa mission ; elle se déplace dans les unités. Elle participe aux réunions de cadres de santé.

Un protocole de gestion des cas de gale, pour des patients admis a été rédigé et bien appliqué.

Des protocoles existent également sur l'isolement, le cas échéant, des patients âgés présentant des infections broncho-pulmonaires et la prise en charge des gastro-entérites. Il a été souligné l'amélioration de ces prises en charges depuis la suppression des chambres à trois lits en gérontopsychiatrie.

5.1.6.5 Le comité de liaison alimentation (CLAN)

Le CLAN est présidé par un psychiatre de l'unité Bargy. Il est devenu plus actif depuis le recrutement en 2012 d'une diététicienne. Celle-ci a amélioré la qualité des repas notamment en s'intéressant aux entrées, à la diversité des plats et en introduisant des fruits de saison.

Elle a porté une attention particulière aux régimes diabétiques et aux patients présentant des troubles de la déglutition ou des risques de fausse route.

Elle a créé « la semaine du goût ».

La pharmacienne participe au CLAN, notamment dans le cadre de la prévention du syndrome métabolique. Elle s'attache à la possibilité de la délivrance de compléments hyperprotéinés et d'eaux gélifiées.

5.1.7 Le service de nuit

Le service de nuit débute véritablement à 21h30 pour s'achever à 6h30 le lendemain matin.

Les transmissions d'informations entre les équipes montantes et descendantes s'opèrent toutefois à 21h15 (en début de nuit) puis à 6h30 (en fin de nuit), durant environ un quart d'heure.

Les agents de nuit doivent ainsi être présents sur site de 21h15 à 6h45.

Sont concrètement présents un agent de sécurité (à l'accueil de l'EPSM), un médecin de garde et deux personnes (infirmier ou aide-soignant) par unité.

La fiche de poste, révisée en avril 2014, mentionne que les transmissions s'effectuent entre un soignant de jour et un soignant de nuit, puis que la nuit commence par la vérification de la présence des patients et l'administration des thérapeutiques.

Deux contrôleurs sont venus en service de nuit au sein de l'unité d'admission sectorisée Brévent et ont pu s'entretenir avec des patients et deux soignants de sexe féminin.

La télévision, placée dans un espace commun, est interrompue à 23 heures avec une tolérance en cas de rencontre sportive ou de programme de longue durée.

Lors de la visite nocturne, quatre patients (sur vingt-et-un) étaient présents dans la salle.

Durant la nuit et dès le coucher, une ronde toutes les deux heures se déroulera, visant à vérifier la présence des patients, surveiller leur état clinique et dialoguer avec eux si besoin.

Concrètement, elle s'opère discrètement en ouvrant la porte de la chambre et en allumant une lampe de poche vers le patient allongé sur son lit.

Certaines chambres disposent en outre d'une serrure intérieure.

Exceptionnellement, le patio extérieur de l'unité demeure accessible toute la nuit pour fumer.

Il n'existe pas de contrôleur de ronde nocturne pour le personnel.

D'autres tâches telles que l'entretien des réfrigérateurs à médicaments (avec en particulier le contrôle de la température) ou la préparation des piluliers, se dérouleront également.

Deux soignants (infirmier/aide-soignant) demeurent présents au sein de l'unité toute la nuit, assurant une veille active.

Le soir de la venue des contrôleurs, deux femmes assuraient cette fonction.

Devant la circonspection des contrôleurs face aux risques potentiels présentés, elles indiquèrent que le directeur des soins et le cadre de pôle de psychiatrie générale de la structure venaient, par une note d'information du 17 avril 2014, de réaffirmer que « la présence de soignants hommes la nuit est nécessaire pour une meilleure sécurité de la prise en charge du patients et des agents ».

Consécutivement, cette note organise cette présence masculine chaque nuit « sur l'ensemble de l'établissement » et théoriquement dès publication.

L'infirmière rencontrée n'effectuait que des nuits, en grande semaine (lundi, mardi, vendredi, samedi, dimanche) ou en petite semaine (mercredi, jeudi), tandis que sa collègue aide-soignante se trouvait dans un cycle alternatif de travail matin-nuit.

L'une des inquiétudes majeures réside dans un déplacement nocturne vers l'hôpital ou, en fin d'après-midi, vers la maison d'arrêt de Bonneville.

En effet, après 17 heures, c'est le personnel soignant de l'EPSM qui va chercher le patient placé en SPDRE alors qu'en journée, ce sont des surveillants pénitentiaires qui l'amènent.

Tout déplacement nocturne entraîne de fait la présence après 21h30 d'un seul soignant dans l'unité, fragilise donc la structure et insécurise le soignant restant.

En cas d'incident dans l'unité, c'est l'agent de sécurité (placé à l'accueil au rez-de-chaussée de l'EPSM) qui intervient, à la demande du personnel soignant.

Il effectue cependant des rondes à 20h, 22h30 (dans les unités), 2h (sur le parking) et 4h (ronde de circulation dans la structure).

Placé en longue journée de douze heures (7h/19h ou 19h/h), son cycle de travail se déroule sur huit semaines, sur la base de 36 heures hebdomadaires.

Il effectue en outre les admissions de nouveaux patients après 18 heures, faute de la présence *in situ* d'un cadre de santé, jusqu'à 8h30 le lendemain matin, avant qu'un infirmier ne vienne chercher le patient pour conduite vers son unité.

Actuellement, l'équipe des agents de sécurité se compose de six personnes.

5.2 Le pôle de psychiatrie adulte

Le pôle de psychiatrie générale couvre un bassin de population de 250 230 habitants selon le recensement effectué en 2010.

Il comporte :

- trois unités d'admissions sectorisées¹³ comprenant chacune vingt-cinq lits et une chambre d'isolement :
- Voirons couvrant l Genevois français ;
- Aravis correspondant à la Haute vallée ;
- Brévent répondant aux besoins de santé mentale de la Moyenne Vallée ;
- quatre unités spécialisées :
 - l'unité de soins intensifs psychiatriques de quinze lits ;
 - l'unité de gérontopsychiatrie Bargy de vingt-cinq lits ;
 - l'unité de réhabilitation psychosociale Bionnassay de vingt-cinq lits ;
 - l'unité de patients hospitalisés à long terme Salève de vingt-cinq lits.

Chaque secteur comprend une unité d'admission et une unité spécialisée selon la répartition suivante :

- Voirons et Salève ;
- Aravis et Bionnassay ;
- Brévent et Bargy.

L'installation des unités au sein du bâtiment correspond à cette répartition.

L'USIP n'est pas rattachée à une unité d'admission.

Le pôle comporte un psychiatre, chef de pôle –responsable de l'USIP – , un directeur administratif de pôle et un cadre supérieur de pôle.

Selon les informations recueillies, la nomination du chef de pôle s'est faite difficilement entraînant le départ de psychiatres de l'établissement, notamment celui en concurrence pour la chefferie de pôle et en laissant quelques blessures en voie de cicatrisation au sein de la communauté médicale.

Le conseil de pôle est réuni deux fois par an.

Il est décrit comme « un lieu de discussion et de démocratie ». Le dernier a eu lieu le 11 décembre 2013.

Le compte rendu a été communiqué aux contrôleurs.

¹³ Ceci correspond à l'ancien découpage en trois secteurs G 04, 05 et 06. (cf. § 2.1)

L'ordre du jour comportait :

- la détermination du plan de formation du pôle : toutes les demandes sont étudiées par la sous-commission de formation continue de chaque pôle. Un budget de formation est alloué chaque année pour chaque pôle qui en détermine la répartition ;
- la mise en place des responsables des secteurs : le nombre de trois a été retenu. Une réunion mensuelle devra être organisée. Un appel à candidature est lancé ;
- l'organisation médicale : des difficultés sont notées notamment dans le secteur de la Moyenne vallée. « L'intra doit être priorisé ». Des propositions de modification d'affectation sont faites ;
- le bilan de l'activité du pôle par le directeur administratif ; dans ce cadre il est indiqué une augmentation du budget des intérimaires et des heures supplémentaires.

Le projet de création d'une unité de moins de 72h est mis de côté.

Au CHAL, il ya neuf lits d'hospitalisation de courte durée dont quatre dédiés à la psychiatrie y compris l'addictologie.

Le chef de pôle rappelle que peu de demandes d'admissions sont faites à l'USIP alors que « certains patients en secteur fermé pourraient en bénéficier » ;

L'ARS va effectuer un audit sur la Savoie et la Haute-Savoie pour analyser les besoins en psychiatrie.

- le projet de rapprochement de la psychiatrie du CH de Thonon. Il y a la possibilité de construire deux unités supplémentaires à l'EPSM pour accueillir les unités de Thonon. Des négociations sont en cours ;
- le projet architectural du CMP/hôpital de jour de la Roche-sur-Foron : le permis de construire est déposé, les plans sont consultables à l'administration. L'accès se fera derrière l'EPSM sans vue sur les bâtiments. Dans le futur il pourra être envisagé l'intégration d'un hôpital de jour en gérontopsychiatrie.

Ces bâtiments seront financés sur les excédents des années passées ;

- la constitution d'une sous-commission sur l'évaluation du projet « unité d'admission » (à la demande du CHST exceptionnel dernier) : il s'agira d'une sous-commission du conseil de pôle animée par le cadre supérieur de santé ;
- le redémarrage de la cellule d'urgence médico-psychologique.

Un bureau de pôle constitué de tous les médecins et des cadres de santé se réunit régulièrement. La dernière réunion devait se tenir en juin.

Le projet du pôle est de faire vivre les unités spécialisées et l'intersectorialité. L'unité dédiée aux patients au long cours avait été remise en question ; le projet d'augmenter la capacité du foyer d'accueil médicalisé avait été évoquée. Il a été abandonné car les patients de Salève ne sont pas forcément adaptés à une structure médico-sociale.

Le projet d'établissement n'est pas rédigé pour les années 2015-2020.

Le bilan du projet d'établissement 2010-2015 être réalisé sous la forme d'un audit proposé par la direction territoriale de la Haute-Savoie en avril 2013. Il devrait commencer en septembre 2014.

La réflexion se porte également sur la création (construction) d'un service fermé départemental de quinze lits pour accueillir des patients dont l'état nécessite le maintien durable dans une structure fermée.

Il a été indiqué aux contrôleurs que 30 % des lits de la gérontopsychiatrie était en fait occupés par des patients présentant des problèmes de gériatrie.

5.2.1 L'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP)

L'USIP est une unité fermée comportant quinze lits et trois chambres d'isolement.

Elle accueille des patients adultes (hommes et femmes) admis sous contrainte, présentant des troubles majeurs du comportement ne pouvant être pris en charge de façon satisfaisante dans les services de psychiatrie générale.

L'USIP a commencé à fonctionner le 1^{er} octobre 2012. Initialement l'agence régionale de santé avait proposé de l'installer à Saint-Egrève (Isère) qui a refusé, puis à Bassens (Savoie) qui a également refusé.

A l'EPSM de La Roche-sur-Foron, la CME a d'abord émis un vote négatif sur l'implantation d'une USIP mais le directoire et les représentants de l'UNAFAM ont voté pour. Selon les informations recueillies, il y a eu un véritable boycott de l'USIP à telle enseigne que son inauguration a eu lieu sans la majorité des psychiatres de l'établissement.

Le nombre de lits occupés était de trois à quatre, posant la question de la survie de la structure.

Les patients sont adressés par les établissements publics des trois départements de l'arc alpin (Haute-Savoie, Savoie et Isère) pour un séjour d'une durée maximale de deux mois.

La mission de l'USIP est d'assurer des soins intensifs personnalisés dans un cadre contenant, en employant les différentes techniques de médiation et en maintenant le lien avec le service d'origine pour préparer le retour du patient.

5.2.1.1 Les locaux

L'USIP est située au premier étage et comporte deux entrées, une pour les patients, du côté de la zone d'isolement, et l'entrée principale, pour les personnels et les visiteurs.

L'entrée principale est constituée d'un sas de 14,6 m² avec une table, un détecteur à métaux et un placard pour déposer les affaires des familles qui ne peuvent entrer dans l'unité.

Elle débouche sur un couloir dans lequel se situe local de visite des familles de 10 m², avec deux tables basses, quatre fauteuils, et une baie vitrée donnant sur le couloir, pour assurer la surveillance par un soignant. A gauche, se trouvent les locaux de linge propre et sale qui ont chacun une surface d'environ 12 m².

Ce couloir donne ensuite accès au bureau infirmier, à gauche, puis à l'espace commun.

Puis, à droite, un couloir donne accès aux bureaux des médecins, de la cadre et du secrétariat.

- Les locaux communs

Devant la salle à manger et avant l'espace de nuit, un hall équipé d'un babyfoot donne sur un local sanitaire, la salle d'ergothérapie, utilisée également par la psychomotricienne, la salle d'activités et la salle de sport de 13 m², avec un tapis de course et des appareils musculation. La salle d'ergothérapie de 25,8 m² est munie de matelas et de ballons.

Un miroir recouvre l'un des murs, mais peut être occulté par un rideau.

La salle d'activités a une surface de 18 m² et est équipée de tables et de matériel pour réaliser des travaux manuels.

De grandes baies vitrées partiellement floutées donnent de la lumière naturelle.

A proximité, la salle de balnéothérapie comprend une baignoire ainsi qu'un atelier d'esthétique avec de nombreux produits cosmétiques.

La pièce est propre, chaleureuse et bien rangée.

La salle à manger, quant à elle, est meublée de six tables de 1,18 m de diamètre et de vingt-deux chaises. Quatorze fauteuils constituent dans un coin un salon, avec une télévision et un lecteur de DVD dans un meuble qui ferme.

La télévision est allumée de 17h à 19h. Il y a également une table de ping-pong et une bibliothèque. Cette dernière est remplie de magazines, de romans et comprend une encyclopédie.

Une chaîne hi fi donne accès à la radio de 9h30 à 10h et de 11h à 12h.

Un tableau blanc rappelle : « pensez à vous laver les mains », et souhaite une « bonne sortie à [nom du patient] ».

De la salle à manger, on accède à une grande terrasse.

Une pergola abrite du soleil et des intempéries six tables de 79 cm sur 1,18 m, ainsi que vingt-quatre chaises.

Il y a également un filet de badminton ainsi qu'un terrain de basket, de 28 m². Au fond du terrain, un potager est entretenu par des patients avec l'aide des soignants.

Enfin, un grand banc en béton abrité avec deux cendriers scellés constitue le coin fumeurs.

- L'espace de nuit

L'espace de nuit est un couloir qui distribue les quinze chambres et la salle de balnéothérapie. D'après les propos recueillis, le fait que cette salle ne soit pas située du côté des locaux communs est une erreur architecturale.

- La zone d'isolement

Elle est située derrière le bureau infirmier, la salle de soins et le local servant à la préparation des médicaments, qui communiquent avec son couloir, permettant une intervention rapide en cas de nécessité.

Elle est composée d'un local sanitaire et de trois chambres d'isolement qui donnent sur une petite cour.

Les chambres d'isolement ont une surface de 13,4 m². Elles sont équipées d'un lit, un WC en inox et un lavabo en inox, avec un gobelet en plastique. La porte d'entrée mesure 1,10 m de large et ferme avec une serrure. A côté de la porte se situe une lucarne de 95 cm de haut et 54 cm de large. Les chambres ne comportent pas d'horodateur ; la montre du patient, lorsqu'il en a une, est placée sur le rebord extérieur de la lucarne de façon à ce qu'il puisse voir l'heure. Du couloir longeant le local de préparation des médicaments, on peut voir l'intérieur d'une des chambres d'isolement à travers cette lucarne, qui n'a pas encore été occultée.

Une veilleuse est placée au-dessus du lit et une VMC à double flux assure la ventilation.

La cour a une surface de 33 m², avec un sol bétonné et est délimitée par un haut grillage.

5.2.1.2 Le personnel

Le personnel médical comprend :

- un praticien hospitalier à temps plein, présent à l'USIP sept demi-journées ; il consacre le reste de son activité au CMP ;
- un praticien hospitalier à temps plein présent à l'USIP six demi-journées ; il assure l'activité de psychiatrie de liaison au CHAL.

Le personnel non médical comprend :

- treize infirmiers de jour dont cinq hommes ;
- quatre infirmiers de nuit dont un homme ;
- quatre aides-soignants dont deux hommes ;
- trois ASH ;
- une psychologue à mi-temps ; une seconde psychologue à mi-temps devrait prendre ses fonctions à compter du 1^{er} septembre 2014 ;
- une assistante sociale présente à 20 % à l'USIP ; elle exerce le reste de son activité à Aravis ;
- une ergothérapeute à mi-temps ;
- une psychomotricienne à mi-temps ;
- deux secrétaires exerçant chacune leur activité à mi-temps.

Les soignants exercent leur activité en douze heures : 7h45- 19h45 ou 8h15-20h15.

Pour faire fonctionner l'unité, l'effectif moyen prévoit trois infirmiers et un aide-soignant. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en moyenne, l'effectif était de cinq soignants.

- Réunions

Tous les matins à 9h30, une réunion appelée « flash » permet de faire rapidement le point sur la situation de chaque patient

Une réunion de synthèse a lieu tous les jeudis de 13h à 14h30.

Selon les indications données aux contrôleurs, peu de réunions de fonctionnement avec le personnel de nuit sont organisées du fait du rythme de travail en douze heures.

Une réunion soignants/soignés a lieu tous les lundis de 10h à 11h.

La réunion sur les décisions d'admission à l'USIP se tient tous les mardis à 11h (cf. *infra*).

Une réunion de synthèse avec l'équipe ayant adressé le patient est organisée un mois après l'admission. Du fait de l'éloignement de certains services, il a été indiqué aux contrôleurs qu'il serait souhaitable de pouvoir bénéficier de l'installation d'un dispositif de visioconférence.

5.2.1.3 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- onze patients étaient présents : huit hommes et trois femmes ;
- trois patients étaient placés dans les trois chambres d'isolement :
 - un patient avait été admis à l'USIP la veille en provenance de Saint- Egrève et devait être hébergé dans une chambre ordinaire le jour même ;
 - un patient admis en SPDRE était en attente d'une admission dans une unité pour malades difficiles (UMD) ;
 - un patient, venant de l'unité Aravis, était dans cette chambre depuis sept jours : le diagnostic n'était pas encore posé ;
- trois patients – deux hommes et une femme – avaient été admis en SPDRE ;
- huit patients – six hommes et deux femmes – avaient été admis en SPDT ;
- la plus longue hospitalisation en soins libres avait débuté le 6 juin 2014 ;
- la plus longue hospitalisation sans consentement avait débuté en juin 2014 ;
- le patient le plus âgé avait 58 ans, le plus jeune, 19 ans.

5.2.1.4 Le fonctionnement de l'unité

Les demandes d'admission à l'USIP se font d'abord par un appel téléphonique du psychiatre traitant. Celui-ci reçoit un dossier de demande d'admission. Des pièces justificatives sont à joindre impérativement au dossier :

- Un certificat médical détaillé de l'histoire du patient et des éléments justifiant la demande de transfert en USIP ;
- Son dernier certificat de placement et dernier arrêté en cas de SPDRE ;
- La dernière ordonnance du JLD ;
- Une photocopie de sa carte d'identité ;
- Une photocopie de sa carte de sécurité sociale et de mutuelle ;
- Une copie de jugement de tutelle ou de curatelle.
 - Les documents doivent être transmis par télécopie au secrétariat avec le dossier de préinscription.
 - Le dossier comprend également :
- un engagement de reprise par l'établissement d'accueil à l'issue des soins, signé par le praticien ;
- une fiche de renseignements concernant le patient :
 - nom, prénom

- date et lieu de naissance ;
- mode de vie ;
- coordonnées de la famille et celles de la personne de la confiance ;
- mode d'hospitalisation ;
- antécédents : USIP, UMD, judiciaires, autres structures psychiatriques ;
- allergies ;
- régime alimentaire ;
- responsabilité légale : capable, curatelle, curatelle renforcée, tutelle ;
- ressources : coordonnées de l'assistante sociale et la nature des ressources ;
- un trousseau nécessaire au séjour comprenant :
 - deux cartouches de cigarettes ;
 - dix enveloppes timbrées ;
 - trois joggings (sans cordon) ou shorts selon saison ;
 - six tee-shirts ;
 - deux pulls ou sweat-shirts ;
 - une veste de saison ;
 - six paires de chaussettes ;
 - six sous vêtements ;
 - une paire de baskets (à scratch) ;
 - une paire de pantoufles (sandales ou tongs) ;
 - un nécessaire de toilette dans une trousse comportant :
 - une brosse à dents ;
 - un dentifrice ;
 - deux gels douche ou savons ;
 - un shampoing ;
 - un peigne ou une brosse à cheveux ;
 - un déodorant (pas de vaporisateur) ; une mousse à raser ;
 - rasoirs

Les effets personnels sont interdits ainsi que les bijoux (sauf l'alliance) ; une montre est conseillée.

Tous les mardis matin à 11h, lors d'une réunion, les demandes d'admission sont examinées. Selon les informations recueillies, 95 % des demandes font l'objet d'une réponse positive. Les refus correspondent à des patients déficitaires qui n'auraient pas leur place à l'USIP.

L'arrivée à l'USIP se fait en empruntant le passage doté d'une barrière puis le portail dont l'ouverture est déclenchée par l'agent de sécurité situé dans le hall d'accueil de l'établissement. Les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'un patient en provenance du centre hospitalier de Saint-Egrève (Isère), accompagné par deux infirmiers et un chauffeur. Ils ont quitté l'établissement à 10h45 et sont arrivés à La Roche-sur-Foron à 13h. Le voyage s'est effectué en VSL, le patient n'était pas sous contention ; il avait demandé son transfert à l'USIP où il avait déjà séjourné antérieurement.

L'ambulance est arrivée directement du côté de la zone d'isolement. Le patient a été conduit dans le sas, mis en pyjama dans le local sanitaire. Il a déposé ses affaires par terre, ses chaussures devant la porte de la chambre d'isolement. Les infirmiers de Saint-Egrève lui ont dit au revoir et se sont rendus dans le poste infirmier pour échanger sur le patient avec leurs collègues de l'USIP.

Un infirmier et un aide-soignant ont fait l'inventaire du sac contenant les vêtements du patient dans le local servant à la préparation des médicaments. Ils ont également fouillé les vêtements portés par le patient et les ont mis dans le local « linge sale ». Les affaires de toilette ont été placées dans une boîte en plastique avec le nom du patient. Ils ont rempli la fiche d'inventaire, signée par les deux soignants mais pas par le patient. Malgré les préconisations, les soignants ont trouvé trois briquets, une ceinture et une sacoche contenant divers documents personnels. Tous ces objets ont été rendus aux soignants de Saint-Egrève.

Il existe un règlement intérieur de l'USIP qui définit l'accueil, la sortie, la mise en chambre d'isolement, la contention, les visites, les appels téléphoniques, le courrier, le tabac, le séjour et le règlement intérieur avec les règles de vie. Ce document est signé par le cadre de santé et par les médecins.

Un registre des mises à l'isolement a été mis en place à l'USIP. Il a été ouvert en 2012, et sa première mesure date du 2 octobre 2012. Les rubriques suivantes sont renseignées : numéro ; date et heure d'arrivée ; sécurité prévenue ; nom du patient ; mode de placement ; motif ; incidents ; date et heure de sortie.

184 mesures étaient répertoriées, la dernière datant du jour du contrôle.

Après examen des motifs de placement, sur 184 mesures, 126 concernaient la période d'admission du patient, soit 68%, et 58 l'étaient pour troubles du comportement, soit 32%.

Le registre est bien tenu, néanmoins dix-huit mesures ne mentionnent pas la date et heure de sortie du patient¹⁴.

La durée de placement la plus longue était en cours, avec un patient arrivé le 2 juin 2014 et qui s'est montré hétéroagressif à chaque tentative de le sortir de la chambre d'isolement. Autrement, depuis 2012, sept personnes ont été placées à l'isolement pour une durée supérieure à une semaine, dont quatre dès leur arrivée.

La distribution des médicaments commence quinze minutes avant chaque repas. Chaque patient vient à tour de rôle auprès de l'infirmier qui distribue les traitements avec un chariot à l'entrée de la pièce. Les traitements de nuit sont délivrés à 21h30 ou 22h dans les chambres des patients.

¹⁴ Mesures n° 48, 49, 51, 52, 56, 58, 63, 94, 105, 129, 140, 147, 148, 152, 155, 157, 165, 175

La journée-type se déroule ainsi :

- 8h15-8h45 : petit déjeuner
- 8h45-9h : pause cigarette
- 9h-9h30 : soins d'hygiène
- 10h-11h : activités
- 11h-11h15 : pause cigarette
- 12h-12h30 : repas thérapeutique
- 12h30-12h45 : pause cigarette
- 13h-14h30 : repos en chambre
- 14h30 : pause cigarette
- 14h45-16h15 : activités
- 16h30-16h45 : collation
- 16h45-17h : pause cigarette
- 17h-18h45 : temps libre
- 19h-19h30 : dîner
- 19h-19h30 : pause cigarette
- 20h : mise en chambre pour les nouveaux patients jusqu'au 8^{ème} jour
- 20h ou 22h : fermeture des chambres.

L'accès aux chambres est autorisé de 9h à 9h45 et de 17h à 18h45. Les patients sont obligatoirement enfermés dans leurs chambres de 13h à 14h30 et pour la nuit à 20h ou 22h.

Les patients ont le droit de fumer six cigarettes par jour à heures fixes. Les patients placés en chambre d'isolement peuvent fumer quatre cigarettes par jour. Les briquets sont interdits dans l'unité. Ils peuvent fumer sur la terrasse ou dans la petite cour longeant les trois chambres d'isolement.

Des substituts nicotiques peuvent être prescrits à la demande du patient.

Après une semaine de séjour, sur autorisation médicale, les patients ont le droit de recevoir deux appels par semaine entre 17h et 18h30, d'une durée de quinze minutes.

Les appels sont reçus dans le poste infirmier et transférés sur un poste téléphonique mural n'assurant aucune confidentialité.

Les patients n'ont pas la possibilité d'émettre des appels « pour mettre de la distance ».

Les téléphones portables ne sont pas autorisés dans l'unité.

Le jour de la visite des contrôleurs, un patient ne recevait aucun appel.

Les visites sont autorisées à la fin de la première semaine du séjour. Elles durent trente minutes et ne peuvent concerner que deux personnes âgées de plus de 15 ans. Dans certains cas, un entretien familial peut être organisé.

Les visiteurs doivent passer préalablement sous le détecteur de métaux situé à l'entrée de l'unité.

Les visites se déroulent dans le local dédié aux visites sous le regard direct d'un soignant présent à l'extérieur de la pièce.

Le jour de la visite des contrôleurs, quatre patients, dont un placé en chambre d'isolement, ne recevaient aucune visite.

- **Activités**

Elles sont toutes effectuées sur prescription médicale et sont animées par les soignants. Les activités proposées sont les suivantes :

- boxe thérapeutique ou autre sport, animé régulièrement par un aide soignant ;
- art-thérapie, animé par une infirmière ;
- potager, animé par une aide soignante et une infirmière ;
- confection de bracelets brésiliens, animé par un aide soignant ;
- atelier d'esthétique, animé par une infirmière ;
- collage, animé par la psychologue et une aide soignante ;
- objets en carton, animé par une aide soignante et l'ergothérapeute ;
- basket-ball, badminton, jeux de sociétés : animé par tous les soignants, de manière ponctuelle quand cela est possible.

Le planning des activités n'est pas affiché, car les activités ont lieu quand le nombre de soignants est suffisant et que les conditions le permettent. Selon les propos recueillis, les patients de l'USIP se sentent occupés.

- **Courrier**

Il est demandé aux patients d'arriver à l'USIP avec dix enveloppes timbrées.

Le courrier au départ ou à l'arrivée n'est pas vérifié.

Les patients reçoivent le courrier à l'USIP vers 17h. Le courrier part à 16h30.

En cas de réception d'un colis, celui-ci sera ouvert avec un soignant.

Aucun patient n'est autorisé à conserver son ordinateur portable.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'un patient pouvait effectuer, le cas échéant, une recherche sur internet sur un ordinateur du service.

L'USIP est une unité fermée contenant dont le projet ne prévoit aucune sortie à l'extérieur durant le séjour.

Le livret d'accueil de l'établissement et le règlement intérieur sont remis au patient lorsqu'il sort de la chambre d'isolement, soit 24 heures après son admission à l'USIP.

Lors du « flash » suivant l'admission, l'infirmier et le psychiatre référents pour le séjour du patient sont désignés.

Par ailleurs, chaque jour un tableau, visible dans la salle de vie, est installé dans le poste infirmier pour indiquer aux patients le nom de son infirmier référent pour la journée : c'est à ce soignant que le patient peut s'adresser pour toute demande concernant la vie quotidienne. Le nom du référent pour le projet de soins demeure indiqué.

5.2.2 Le secteur du Genevois Français : l'unité d'admission Voiron

5.2.2.1 Les locaux

Comme les deux autres unités d'admission (Brévent et Aravis), l'unité Voiron prend en charge les personnes en situation de crise ou les ré-hospitalisations de patients déjà suivis.

Elle se compose de vingt-cinq lits d'hospitalisation, soit quinze en secteur ouvert pour les patients en soins libres et dix en secteur fermé pour les patients hospitalisés sous contrainte, auxquels s'ajoute un lit en chambre dite d'apaisement (ou d'isolement).

En principe, la partie dite fermée est réservée aux patients admis en soins psychiatriques sans leur consentement dont la liberté d'aller et venir peut être restreinte et la partie ouverte aux patients en soins libres.

Or, au jour du contrôle, des patients en soins libres étaient hébergés dans la partie fermée de l'unité. Parmi eux, il a été fait état d'une femme, hospitalisée depuis plus d'un an, désorientée, risquant de fuguer mais dont il a été précisé qu'elle se trouvait bien à l'établissement et qu'à aucun moment elle ne demandait à partir ; ses demandes seraient concentrées sur ses besoins en nourriture et en nursing.

Pour autant, l'équipe s'est interrogée devant les contrôleurs : « on se demande toujours si on est dans les clous au niveau de la loi ».

A l'inverse, il peut arriver que des patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement soient hébergés dans la partie ouverte. Dans ce cas, c'est la porte de l'unité elle-même qui reste fermée en permanence ; ainsi, le 7 août 2014, un patient en SPDT se trouvait dans la partie ouverte.

En conséquence, en fonction des périodes et du type de patients accueillis, l'unité dans son ensemble est ouverte ou fermée. Ainsi, par exemple, selon les témoignages recueillis, l'unité a été fermée de décembre 2013 à avril 2014 et elle serait ouverte, sauf quelques jours à certains moments depuis avril 2014. Lorsque l'unité est ouverte, elle reste néanmoins fermée pendant l'heure du déjeuner, soit entre 11h30 et 13h30, le soir et la nuit.

A l'entrée de l'unité, une affichette précise : « lorsque vous trouvez cette porte fermée, merci de vérifier la fermeture des deux battants, après votre passage ».

En conclusion, il a été indiqué aux contrôleurs que le nombre de chambres prévu pour la partie fermée était insuffisant.

Par ailleurs, chaque partie – ouverte et fermée – dispose notamment d'un bureau médical mais aussi d'un poste téléphonique. Pour autant, ce dernier est installé, dans un cas comme dans l'autre, dans les couloirs de circulation c'est-à-dire dans des conditions n'assurant pas la confidentialité des conversations tenues.



Poste téléphonique côté fermé



Poste téléphonique côté ouvert

Les chambres sont toutes individuelles.

Parmi les quinze situées en secteur ouvert, on en relève une pour les personnes à mobilité réduite (PMR).

Les chambres ont une surface de 16,93 m².

Comme dans les autres unités, celles-ci sont équipées de placards. L'accès aux placards est défini par le médecin, c'est-à-dire leur fermeture ou pas dépend des patients.

La chambre dite PMR occupe, elle, 18,15 m² et la chambre d'apaisement, 22,69 m².

Cette dernière comprend une entrée de 5,75 m² dans laquelle on trouve une table à roulettes de 80 cm sur 45 cm, pour prendre le repas.

La porte d'accès, de 1,1 m de large, ne comprend pas d'œilleton.

Le sol est recouvert d'un carrelage gris.

Dans le prolongement de l'entrée se situe la salle de bains, sans porte, composée d'un lavabo et d'une douche italienne sans pommeau.

Un mur vient dissimuler la partie « douche » de la porte d'entrée à la chambre.

Au plafond fonctionne une VMC, pour évacuer la vapeur.

Lors du contrôle, l'état de la salle de bains était propre.

Autour du lavabo étaient disposés deux gants de toilette, deux serviettes, un tube de dentifrice neuf de dix grammes, un flacon de savon doux glycéринé de 500ml et un rouleau de papier hygiénique.

A gauche de l'entrée se situe l'espace réservé à la chambre proprement dite, non occupée lors de la visite.

Il s'agit d'un espace de 13,5m² auquel on accède par une porte de 1,1 m de large munie d'un large oculus de 40 cm sur 40 cm et d'une serrure à double canon.

Ce qui prédomine est sa grande clarté, obtenue grâce à une fenêtre à double vitrage recouverte d'un film opacifiant clair, sans ouverture possible car sans poignée.

On aperçoit le ciel en haut de la fenêtre, le film étant découpé en trois bandes horizontales.



Fenêtre opacifiée

Au centre de la pièce est installé un lit, scellé au sol, avec un matelas de dix centimètres d'épaisseur comprenant un oreiller, une paire de draps et une couverture.

Face au lit se trouve une autre porte avec un hublot dans lequel a été placée, côté extérieur, une pendule ronde indiquant l'heure.

A l'opposé, soit derrière la tête de lit, un muret sépare l'espace du coin WC, avec toilettes et évier en inox.



Chambre d'isolement

Le plafond de la chambre est haut (plus de trois mètres).

Il n'y a aucun point d'accroche possible, ni même de patères.

Sur les deux murs, de chaque côté du lit, on distingue deux tubes au néon de 45 cm sous vitre, ainsi que deux grilles assurant la ventilation de la pièce mais occasionnant un bruit de fond constant et désagréable.

Il n'y a pas de réseau possible pour un téléphone portable dans cet espace, par ailleurs propre lors du contrôle.

Le contrôleur a constaté qu'en dehors du dossier-patient, aucune traçabilité relative à l'isolement n'était mise en place, seuls l'agent de sécurité de l'accueil et la famille du patient étant prévenus mais pas le médecin somaticien, selon les informations recueillies oralement.

L'unité dispose enfin d'une cour intérieure.

Les contrôleurs ont noté qu'elle n'était équipée que d'un seul cendrier ce qui obligeait, compte tenu du nombre de fumeurs, à utiliser des boîtes de conserve pour faire office de cendrier.



Espace fumeurs extérieur

5.2.2.2 Le personnel

Le personnel affecté à l'unité Voirons se détermine comme suit, en équivalent temps plein rémunéré (ETPR) :

| Fonction | ETPR |
|---------------------------------|------|
| Aide-soignant | 5 |
| Agent des services hospitaliers | 5 |
| Infirmier | 16 |
| Cadre de santé | 1 |
| Assistante sociale | 0,4 |
| Praticien hospitalier | 1,7 |
| Psychologue | 0,5 |
| Secrétaire médicale | 1 |

Le personnel réellement présent en milieu de matinée ou en milieu d'après-midi se quantifie comme suit :

| Fonction | Nombre |
|---------------------------------|----------------|
| Aide-soignant | 1 |
| Agent des services hospitaliers | 1 |
| Infirmier | 2 |
| Cadre de santé | 1 (en semaine) |
| Praticien hospitalier | 1 |
| Psychologue | 1 (en semaine) |

Les deux psychiatres sont en principe présents tous les jours : sauf le mercredi matin et le jeudi matin pour l'un d'entre eux qui intervient dans un centre médico-psychologique et dans une maison de retraite et, certaines demi-journées pour l'autre, chargé de manière temporaire d'intervenir à la maison d'arrêt de Bonneville auprès des personnes détenues.

Il a été précisé aux contrôleurs que les médecins étaient non seulement présents mais « disponibles », qu'ils entretenaient de bons rapports avec l'équipe soignante et que les « binômes » fonctionnaient bien ; en effet, tous les patients sont en principe vus en même temps par le psychiatre et un infirmier.

Lors du contrôle, le cadre de santé était intérimaire : il assurait le remplacement de l'agent normalement présent, en congé de maternité, depuis décembre 2013 et jusqu'au 22 août 2014.

S'agissant du personnel soignant, la cohésion est moindre qu'à une certaine époque et l'absentéisme était important jusqu'en mai/juin 2014.

Lors de la visite, il a été déclaré aux contrôleurs : « maintenant c'est Byzance, on arrive à être quatre en même temps ».

Par ailleurs, il a été insisté sur le nombre de formations dispensées aux soignants, notamment aux arrivants, sans oublier les personnels de nuit : formation à l'accueil, clinique, aux entretiens, à l'utilisation du logiciel Cariatide...

Sur l'ensemble du personnel soignant, les hommes sont au nombre de quatre : un aide-soignant la nuit et trois infirmiers, travaillant en journée mais dont il a été précisé qu'ils étaient « très jeunes ».

Il n'existe pas de référents infirmiers pour chaque patient.

Les équipes d'infirmiers ont un rythme de travail qui permet le passage des transmissions, à savoir : 6h30/14h30 ; 13h30/21h30 ; 21h15/6h45.

Ces transmissions sont enregistrées sur informatique.

Outre ces transmissions, des « staffs », encore appelés « flashes », ont lieu tous les matins de la semaine, à 9h15, dans le bureau infirmier : les lundis et vendredis, les situations de tous les patients sont examinées, les mardis, mercredis et vendredis, seulement les difficultés de la soirée et de la nuit. Au « flash » du 7 août 2014, étaient présents deux médecins, le cadre de santé et trois soignants. Un ordinateur portable était utilisé par l'un des soignants pour accéder aux transmissions et derniers événements concernant les patients dont les situations étaient examinées.

Les consultations des médecins en principe lieu le matin, après ces « flashes », en commençant en principe par les arrivants et les urgences.

Une réunion de service est organisée le jeudi, de 14h à 15h, dans la « salle informatique », à l'entrée de l'unité. Deux cas de patients sont examinés, pris en charge par chacun des deux psychiatres. Sont présents à ces réunions, outre les médecins, le cadre de santé, les soignants, le psychologue, l'ergothérapeute, la psychomotricienne, l'assistante sociale et une secrétaire médicale qui établit un compte rendu écrit ; ce dernier est ensuite diffusé via Cariatide.

Des synthèses peuvent être organisées mais au cas par cas.

Enfin, une réunion de l'ensemble du secteur a lieu une fois tous les quinze jours, le vendredi, de 13h30 à 15h (dans la salle d'audience utilisée par le juge des libertés et de la détention) avec les personnels intervenant au titre de l'extra-hospitalier (notamment en provenance des deux centres médico-psychologiques).

5.2.2.3 Les patients

Le 7 août 2014, vingt lits étaient occupés au sein de l'unité Voirons.

Les statistiques reçues le 5 août faisaient, elles, état d'une occupation de vingt-quatre lits (quatorze hommes, dix femmes), dont un homme placé en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) en chambre d'isolement.

La répartition des patients s'effectuait comme suit : six en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), neuf en soins libres (SL) et neuf en SPDRE.

Pour ces derniers, c'est le cadre de santé de l'unité qui notifie l'ordonnance de placement et recueille signature et observations.

S'agissant des patients en SPDRE, il a été indiqué aux contrôleurs que certains placements se prolongeaient à défaut de place d'hébergement dans une structure spécialisée : « on trouve que les laisser en SPDRE pour cette raison, ce n'est pas normal », « on prend des risques à les laisser sortir une heure ou deux vis-à-vis de l'ARS ».

La plus longue hospitalisation en soins libres remontait au 4 avril 2012, pour une femme, et la plus longue hospitalisation en soins sous contrainte concernait une ASPDRE datant du 3 juin 2013.

Le patient le plus jeune avait dix-huit ans, tandis que le plus âgé avait soixante-deux ans.

Vingt patients étaient hébergés dans l'unité, soit onze en soins libres et neuf en soins sans consentement, faisant l'objet des mesures suivantes :

- trois faisant l'objet de SPDRE ;
- quatre de SPDT ;
- un d'une procédure dite d'urgence ;
- un d'une procédure dite de péril imminent.

En outre, neuf patients sur les vingt présents faisaient l'objet d'une mesure de protection (tutelle, curatelle).

Enfin, il peut arriver que l'unité accueille des mineurs de plus de seize ans « mais de moins en moins ».

Dans ce cas, leur chambre demeure fermée la nuit.

5.2.2.4 Le fonctionnement de l'unité

- **Le fonctionnement général de l'unité**

A l'arrivée, les patients sont systématiquement vus par le médecin et un infirmier.

Les questions posées lors de cet entretien sont à peu près toujours les mêmes : « Qu'est-ce que vous attendez de cette hospitalisation ? », « Est-ce qu'on peut vous aider ? », « Est-ce que vous souhaitez rester ? ».

En revanche, il n'y a pas de pratique systématique de mise en pyjama ou de placement en chambre d'isolement. Et lorsque le placement à l'isolement est nécessaire au vu de l'état du patient, le recours à la contention n'est pas non plus systématique.

Il a été indiqué que malgré certaines demandes, il était difficile de « protocoliser » l'arrivée du patient car « c'est du cas par cas ».

Toujours concernant le fonctionnement de l'unité, un document, modifié le 25 octobre 2012, a été établi à destination des patients, intitulé « cadre de votre séjour à l'unité Voirons ». Il contient deux rubriques, l'une relative au personnel (avec les noms et fonctions des personnels compétents), l'autre à la vie dans l'unité ; celle-ci contient diverses informations relatives à l'admission, les repas, la fermeture des chambres, les activités proposées, les visites, les autorisations de sortie, les véhicules personnels, la télévision/radio/radiocassettes, le linge, le tabac et les animaux.

La journée-type pour les patients de l'unité s'ordonne comme suit, après le passage des transmissions (ou consignes) entre les soignants de la nuit et du jour, de 6h30 à 7h :

- 7h30 : réveil des patients ;
- 8h/8h30 : petit-déjeuner dans la salle commune de 140 m² prévue à cet effet ;
- 8h30 : retour en chambre (toilette, lit) ;
- en matinée, accès à un patio à ciel ouvert, notamment pour fumer ;
- 12h : repas dans la salle commune par table de quatre, celles en bois installées à l'extérieur près des espaces herbeux restant inutilisées dans la mesure où une partie des patients est là sous contrainte ;
- 13h : retour en chambre pour certains, temps libre pour les autres, la salle de repas étant équipée d'un téléviseur ;
- 15h : télévision ou jeux de société, accès à la table de ping-pong et au baby-foot, dans l'espace de 15 m² prévu à cet effet ; possibilité d'accès au parc de l'EPSM pour les patients sans contrainte ;
- 16h : goûter en salle commune ;
- 19h : repas du soir en salle commune, puis coucher avec extinction de la télévision à 23h.

Il convient parallèlement de noter que les visites des proches se déroulent entre 14h30 et 18h30, mais que des tolérances en matinée peuvent être consenties par l'équipe soignante.

Les visites ont lieu soit dans la salle prévue à cet effet, soit en chambre (sauf pour les mineurs de moins de seize ans venant visiter un proche).

Lors de leur visite, les contrôleurs ont aperçu un enfant dans la salle située à l'extérieur de l'unité mais à proximité, dénommée « atelier informatique », en attente de l'un de ses parents.

En ce qui concerne les activités (thérapeutiques ou occupationnelles), elles se révèlent rares en dehors d'une sortie mensuelle « nature et découverte » pour quatre patients et deux soignants.

Aucune planification n'a pu être fournie aux contrôleurs en la matière.

Un soignant a confié aux contrôleurs présents que « dans un service d'entrée comme Voiron, ça bouge tout le temps » et qu' « il manque du temps pour pratiquer des activités avec les patients », sauf leur accompagnement à la cafétéria.

S'agissant des sorties accompagnées pour les patients SPDRE, deux sorties étaient prévues le 7 août 2014 : l'une, avec l'assistante sociale et un soignant, chez l'un des patients pour aller récupérer des affaires à son domicile, l'autre afin de rencontrer le curateur (les accompagnants n'ont pas été précisés).

La psychologue intervient le mardi et le jeudi, ainsi que le vendredi matin et l'assistante sociale, une demi-journée par semaine.

La psychomotricienne, quant à elle, répond à la demande et suivait, au jour du contrôle, trois patients au sein de l'unité.

Quant au médecin somatique, il n'intervient qu'à la demande.

Par ailleurs, le tabac demeure proscrit dans les locaux, y compris dans les chambres.

Les contrôleurs ont pu à cet égard observer que, pour trois patients, les cigarettes étaient conservées par le personnel soignant dans le bureau infirmier et distribuées avec parcimonie.

L'un avait ainsi le droit à cinq cigarettes le matin et cinq le soir, le deuxième à une cigarette par heure et le dernier était celui pour lequel un protocole spécifique avait été mis en place. Pour les autres patients, les paquets ouverts sont laissés en leur possession, les paquets neufs conservés au bureau infirmier. Au cas par cas, le briquet est ou non conservé par le patient ; le cas échéant, une boîte d'allumettes peut lui être remise.

Il a enfin été précisé que l'assistante sociale conservait un paquet qui pouvait être utilisé lorsqu'elle accompagnait des patients en sortie extérieure.

L'accès au téléphone est permis soit grâce à une cabine dans l'unité (fermée de 20h30 à 7h), soit par des points-phone (fermés de 22h à 7h), soit encore par le biais du téléphone portable personnel, dont la gestion et l'utilisation sont déterminées par l'équipe soignante (certains patients le conservant sur eux), étant entendu que tous les chargeurs sont conservés par les soignants de l'unité et remis au cas par cas.

Douze patients se trouvaient dans ce dernier cas le 7 août.

Concernant les biens et valeurs des patients admis dans l'unité, ils demeurent placés dans le bureau des entrées puis déposés à la trésorerie de la commune.

Quant aux traitements médicamenteux, ils sont distribués aux intéressés par un infirmier avant les repas (matin, midi et soir), alors même que les patients sont assis à leur table avec trois autres malades.

Il n'y a donc aucune confidentialité dans l'accomplissement de cet exercice. Chacun sait ce que prend l'autre.

Les somnifères en revanche sont distribués par l'équipe de nuit et les patients viennent les chercher au bureau infirmier.

Le temps du repas est un temps important de la journée, où la télévision est éteinte et pendant lequel les contrôleurs présents ont noté le silence global.

La salle est très lumineuse, grâce à de grandes baies vitrées (fermées pour cause de sécurité) donnant sur le parc.

La nuit, enfin, les portes des chambres ne sont pas fermées à clef, sauf demande particulière et avec l'accord du médecin-psychiatre de l'unité.

- Un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, accueilli dans l'unité au moment du contrôle, faisait l'objet d'une prise en charge très individualisée.

Les règles suivantes avaient été mises en place le concernant :

- repas : en salle à manger midi et soir ;
- sorties de chambre : une heure, de 11h30 à 13h, une heure de 15h30 à 16h30, une heure de 19h à 20h. la chambre restait fermée de 21h à 7h ;
- tenue vestimentaire : vêtements ;
- activités : écrits en chambre, une heure de 9h à 10h, une heure de 16h30 à 17h30 ;
- contact autorisé : un appel téléphonique reçu une fois par semaine ;
- entretien médical/cadre : un entretien hebdomadaire, lundi ou mardi à 11h ;
- entretien psychologique : un entretien par semaine, le vendredi à 15h.

Ces règles étaient récapitulées sur une affichette, apposée dans le bureau infirmier, sur laquelle il est également indiqué, à côté d'un triangle contenant un point d'exclamation, ATTENTION AUX FUGUES. La même affichette, expurgée de la mention relative aux fugues, était également apposée dans la chambre du patient.

5.2.3 Le secteur de la Moyenne Vallée : l'unité d'admission Brévent

L'unité Brévent est un service d'entrée sectorisé accueillant les personnes en souffrance psychique domiciliées dans le secteur de la moyenne vallée de l'Arve via les CMP, la psychiatrie de liaison, les médecins traitants ou les services d'urgence.

La file active du secteur est en constante augmentation :

| File active 2011 | 2012 | 2013 | File active 2011 Pour mille habitants | 2012 | 2013 |
|------------------|------|-------------|--|-------|--------------|
| 1435 | 1574 | 1781 | 13,41 | 14,71 | 16,64 |

Le nombre de séjours est en forte progression :

| | Année 2012 | Année 2013 |
|-------------------------|------------|------------|
| Nombre d'admission | 376 | 467 (+26%) |
| Durée moyenne de séjour | 35 jours | 30 jours |

Cette évolution a nécessité de nombreuses reprises d'ajouter des lits dans des espaces non prévus à cet effet (bureaux).

Il n'a pas été possible, pour les contrôleurs, de recueillir des données statistiques permettant de quantifier cette suroccupation.

5.2.3.1 Les locaux

L'unité dispose d'une capacité d'accueil de 25 lits divisée en deux ailes : une aile ouverte de 15 lits et une aile fermée de 10 lits. Elle est aussi équipée d'une chambre de soins intensifs d'une surface de 24 m².

La surface des autres chambres, toutes individuelles, est de 17 m².

L'unité dispose de locaux identiques à ceux des autres unités d'admission et ne comporte pas d'agencement spécifique.

Pendant les temps de repas, les portes de l'unité sont fermées afin que les patients hospitalisés sous contrainte puissent accéder à l'espace de restauration.

La nuit, la porte de communication entre la partie ouverte et la partie fermée est ouverte afin que tous les patients de l'unité qui veulent fumer puissent accéder au patio du secteur fermé.

5.2.3.2 Le personnel

L'unité a connu un important renouvellement de personnel : au cours de l'année 2013, treize infirmières ont quitté l'unité dont une pour aller travailler en Suisse, un des deux médecins a quitté l'établissement.

Le 1^{er} juillet 2014 le planning des agents indiquait la présence :

- d'une aide-soignante, d'une ASH et de trois infirmières le matin ;
- d'une aide-soignante, de deux ASH et de deux infirmières l'après-midi ;
- d'une aide-soignante et d'une infirmière la nuit.

L'analyse du planning du mois de juillet fait apparaître cet effectif comme représentatif du mois.

| Catégorie | Agent physique | Equivalent temps plein réel |
|--------------------|----------------|-----------------------------|
| Médecin | 2 | 1,62 |
| Psychologue | 1 | 0,40 |
| Cadre | 1 | 0,92 |
| IDE | 15 | 14,80 |
| Aide-soignant | 5 | 4,92 |
| ASH | 4 | 3,67 |
| Assistante sociale | 1 | 0,86 |
| Secrétaire | 1 | 0,93 |

5.2.3.3 Les patients

Le 6 aout 2014, 17 patients étaient présents dans l'unité : 7 femmes et 10 hommes.

Dix patients étaient accueillis en soins libres, trois hospitalisés à la demande d'un tiers et quatre par décision préfectorale. La date d'arrivée de la plus longue hospitalisation était le 19 septembre 2013.

Tous les patients hospitalisés à leur demande pouvaient conserver et utiliser leur téléphone portable. Les autres ne le pouvaient pas mais étaient autorisés à communiquer avec leurs proches une à deux fois par jour par l'intermédiaire des soignants et de l'un des deux téléphones situés dans les couloirs de circulation. Ces postes téléphoniques ne permettent pas d'assurer la confidentialité des conversations.

Tous les patients disposaient de leurs vêtements personnels : il a été précisé que le port du pyjama n'était obligatoire qu'en chambre de soins intensifs.

L'unité recense le nombre le nombre de jours et le nombre de patients mis en isolement :

| Unité Brévent | 2012 | 2013 |
|-------------------------------------|------|------|
| Nombre de patients mis en isolement | 13 | 29 |
| Nombre de jours d'isolement | 241 | 154 |

Aucun patient n'était présent dans la chambre de soins intensifs pendant la semaine de contrôle.

5.2.3.4 Le fonctionnement de l'unité

Il n'existe pas de règlement intérieur ou de livret d'accueil spécifique à l'unité. Les règles de fonctionnement relatives aux chambres, repas, visites, télévision, tabac sont celles décrites dans le règlement de fonctionnement commun à toutes les unités en date du 6 juin 2014.

Chaque jour, de 9h30 à 10 heures environ, une réunion « flash » permet aux professionnels d'échanger leurs informations sur chaque patient en tant que de besoin.

Une réunion clinique a lieu tous les lundis de 14h à 15 h. Sont présents les médecins de l'unité, les infirmières, la psychologue, l'assistante sociale et l'ergothérapeute ainsi que le cadre de l'unité. *« L'objectif de cette réunion est de présenter quelques patients hospitalisés qui posent problème à l'équipe, de croiser les regards professionnels sur ces patients, de tenter de définir les objectifs thérapeutiques, de faire une évaluation des actions déjà menées et les réajustements ou projets à envisager ».*

Une réunion de fonctionnement est programmée en moyenne une fois par trimestre à l'initiative du cadre afin *« de discuter des organisations soignantes, de questionner le sens des prises en charge, de définir et d'évaluer les projets d'unité ».*

Des synthèses inter-secteurs ont lieu le vendredi de 14h à 15h en présence des médecins, d'une infirmière, de l'assistante sociale et du cadre du service en fonction de nécessités inhérentes à la prise en charge particulière de patients en vue de leur sortie.

Des temps de supervision ont lieu une fois par mois depuis septembre 2013 avec une psychologue du travail extérieure au service.

Les importants mouvements de personnels, l'augmentation de l'activité, les périodes de sur occupation complexifient l'organisation du travail au regard de la planification des entretiens infirmiers et de l'organisation des activités.

Le 6 aout 2014, huit patients seulement sur dix-sept étaient inscrits à des activités. Les patients entendus souhaiteraient disposer de plus d'activités, particulièrement ceux qui sont hébergés dans la partie fermée. « *Les journées sont longues* » ; « *on voudrait plus de jeux éducatifs* » ; « *A cause du manque de personnel, il n'y a pas assez d'attention envers les patients et un manque d'activités pour accompagner les journées* ».

5.2.4 Le secteur de la Haute Vallée : l'unité d'admission Aravis

Le secteur de la Haute vallée comprend notamment les communes de Chamonix, Sallanches, soit une population de 94 983 habitants. Il s'agit d'un secteur composé de populations aisées, comportant néanmoins des quartiers sensibles à Cluses. Il s'agit d'un secteur touristique dont la population croît sensiblement durant les périodes de vacances et qui admet fréquemment des personnes en « voyage pathologique ».¹⁵

Le secteur est doté d'un CMP et d'un CATTP à Cluses et d'un CMP et d'un hôpital de jour à Sallanches.

Il comprend aussi l'unité Aravis et l'unité de réhabilitation psychosociale Bionnassay.

Le chef de secteur intervient essentiellement dans les structures ambulatoires. Il est présent à l'EPSM le lundi matin pour une réunion associant les cadres de santé, des représentants du personnel des deux structures intrahospitalières composant le secteur, des personnels des CMP, du CATTP et de l'hôpital de jour.

Il s'agit de préparer la sortie des patients hospitalisés, d'envisager les programmes de soins, de présenter les patients non compliant...

5.2.4.1 Les locaux

L'unité comprend vingt-cinq chambres individuelles et une chambre d'isolement.

Le jour de la visite des contrôleurs, la porte d'accès à l'unité était fermée.

La partie « fermable » comprend huit chambres, et peut être réduite à cinq chambres grâce à ses portes modulables.

- Les locaux communs

L'entrée se situe au milieu de l'unité, entre la partie ouverte et la partie « fermable ». Dans la partie ouverte, se trouvent les bureaux du médecin et de la cadre, puis treize chambres, réparties sur deux couloirs de part et d'autre de la de la salle de balnéothérapie, de sanitaires et de la salle de soins.

¹⁵ C'était le cas lors de la visite des contrôleurs. Cf. *infra*.

Il y a ensuite l'espace de vie, qui débouche sur un couloir distribuant les quatre chambres restantes. La terrasse est également accessible depuis l'espace de vie. La partie « fermable » est organisée autour d'un patio, avec cinq chambres d'un côté, une salle de télévision, et les trois autres chambres dans un couloir perpendiculaire au patio.

Entre la partie ouverte et la partie « fermable » se trouvent les locaux pour le linge propre et sale, le bureau infirmier, et la chambre d'isolement.

Dans la partie ouverte, l'espace de vie a une surface de 121 m² avec une salle à manger dont les baies vitrées donnent sur la terrasse. Il comprend également une petite bibliothèque, un coin salon avec quatre fauteuils et une table basse, un coin télévision avec neuf fauteuils relax, une table de pingpong, un babyfoot. La télévision était en panne et en cours de remplacement, d'après les propos recueillis.

La terrasse, accessible depuis la salle à manger, comprend une dizaine de tables et de nombreuses chaises. Des parasols offrent une protection contre le soleil, mais il n'y a pas de protection contre les intempéries.

La salle de balnéothérapie de 16 m² est équipée d'une baignoire, d'une chaise, d'une table de massage, et d'une armoire. Elle est décorée et chaleureuse.

Les locaux pour le linge propre et sale ont des surfaces de respectivement 12 m² et 14 m². Le local de linge propre comporte une petite réserve de vêtements, de nombreux pyjamas dans des tailles variées, des couches, des couvertures, draps et serviettes.

Dans la partie « fermable », le patio est équipé de huit chaises en plastique et d'un cendrier. Le sol est en bois ou en béton, et une dalle de béton est inclinée en son centre. Il ne comprend aucune protection contre le soleil ou les intempéries, et son aspect visuel est froid, voire « carcéral », selon des propos recueillis, sans le moindre élément décoratif.

La salle de télévision de 52 m² est équipée de trois tables, neuf chaises et un fauteuil « relax ». La télévision peut rester allumée jusqu'à minuit. Quelques dessins sont affichés sur les murs. Une armoire contient une dizaine de vieux livres, et deux jeux de société incomplets.

- Les chambres

Les chambres ont une surface de 17 m² et comportent le mobilier suivant : un lit de 90 cm sur 2 m, avec un édredon, des draps, une couverture et un oreiller ; une table de chevet carrée de 41 cm de côté, d'une hauteur de 71 cm, avec un tiroir et un placard ; un placard de 95 cm sur 1,34 m, avec une penderie comprenant un cintre, et quatre étagères de 47 cm sur 42 cm ; une chaise ; une table de 50 cm sur 70 cm. Au-dessus du lit est situé une liseuse à côté un bouton d'appel.

Les murs des chambres sont gris et le carrelage aussi. Il n'y a pas de panneaux de liège pour afficher des éléments personnels.

L'espace sanitaire est composé d'un lavabo de 48 cm de large sur 1 m de haut, avec un mitigeur et un porte-serviette intégré, un WC avec un balai brosse, un miroir, une poubelle, et une douche.

- La chambre d'isolement

Lors de la visite des contrôleurs, la chambre d'isolement était occupée par une patiente. Elle donne directement sur le bureau infirmier, assurant une surveillance visuelle aisée, et comporte une double porte pour en assurer l'isolation phonique.

D'après les informations recueillies, auparavant les patients entendaient tout ce qui se disait dans le bureau.

Les contrôleurs ont néanmoins constaté que l'eau du lavabo en inox n'était pas disponible, le dispositif ayant été cassé par un patient.

La fenêtre, opacifiée sur toute sa surface, ne s'ouvre pas

5.2.4.2 Le personnel

Le personnel médical comprend :

- un praticien hospitalier contractuel (C) présent tous les jours à Aravis sauf le jeudi
- un praticien hospitalier titulaire (T) exerçant son activité à 80 %. Il est présent dans l'unité six demi-journées dans la semaine selon le tableau suivant :

Le tableau suivant indique la présence médicale dans l'unité :

| | matin | Après-midi |
|----------|-------|------------|
| lundi | C + T | C + T |
| matin | C | C |
| mercredi | C | C |
| jeudi | T | T |
| vendredi | C + T | C + T |

Le personnel non médical comprend :

- un cadre de santé (un faisant fonction de cadre depuis janvier 2013)
- onze infirmiers de jour dont un homme ;
- deux infirmiers de nuit dont un homme ;
- 4,40 ETP d'aides-soignants de jour dont un homme ;
- un homme aide-soignant de nuit ;
- quatre ASH ;
- un psychologue présent six demi-journées par semaine ;
- une assistante sociale présente à 80 % (elle effectue le reste de son activité à l'USIP) ;
- deux secrétaires médicales pour l'ensemble du secteur (Aravis et Bionnassay).

Un poste d'infirmier de nuit n'est pas pourvu ; sur la base du volontariat, un infirmier de jour assure le service de nuit.

Pour faire fonctionner l'unité, l'effectif de sécurité comprend trois infirmiers, ou deux infirmiers et un aide-soignant. Le fonctionnement souhaitable, permettant notamment de faire des activités et des accompagnements à l'extérieur, est de quatre soignants (trois infirmiers et un aide-soignant).

Le personnel est doté de cinq PTI : l'un dédié au cadre de santé, deux téléphones servant de PTI et deux PTI.

Une supervision du personnel soignant avait été budgétée ; comme elle n'était pas investie par les équipes « qui auraient du mal à se remettre en cause », elle a été supprimée.

Les boutons d'appel installés dans les chambres envoient un signal lumineux – sans signal sonore – sur un tableau situé dans le poste infirmier dont la position le rend peu visible. Les contrôleurs ont testé le dispositif.

Aucun soignant n'a répondu à l'appel provenant de la chambre à mobilité réduite. Par ailleurs, aucun voyant n'est placé au-dessus de la chambre d'où provient le signal permettant aux agents de savoir où se situe un appel et leurs collègues sont en train d'intervenir

- Réunions

Une réunion de synthèse a lieu tous les mardis de 13h30 à 15h : un cas difficile y est abordé pendant la majeure partie du temps ; le reste est consacré à l'ensemble des patients. Les questions ayant trait au fonctionnement de l'unité sont abordées en tant que de besoin.

Une réunion soignants/soignés est organisée tous les jeudis de 10h30 à 11h30.

5.2.4.3 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs la situation était la suivante :

- vingt-cinq patients étaient présents : treize hommes et douze femmes ;
- une patiente admise en SPPI occupait la chambre d'isolement depuis le 21 juillet 2014 ; elle était originaire du département de l'Ille-et-Vilaine ;
- une patiente admise en SPDT était placée en isolement dans sa chambre depuis le 1^{er} août 2014 ;
- trois patients – deux hommes et une femme – avaient été admis en SPDRE ;
- quinze patients – neuf hommes et six femmes – avaient été admis en SPDT ;
- sept patients – deux hommes et cinq femmes avaient été admis en soins libres ;
- la plus longue hospitalisation en soins libres avait débuté le 6 juin 2014 ;
- la plus longue hospitalisation sans consentement avait débuté le 1^{er} janvier 2012 : il s'agissait d'une ASPDRE ;
- le patient le plus âgé avait 63 ans, le plus jeune, 25 ans.
- Suite à une fugue en juin 2014, un patient maintenu en pyjama a vu cette mesure levée le jour de la visite des contrôleurs.

- Cinq des patients hospitalisés sans leur consentement avaient le droit d'aller librement à la cafétéria ou dans le parc.

5.2.4.4 Le fonctionnement de l'unité

Selon les informations recueillies, 80 % des patients admis à l'unité proviennent des urgences du centre hospitalier de Sallanches ou du CHAL. Les autres admissions se font à partir des deux cliniques privées pour des patients admis en soins libres, transférés en soins sans consentement à l'EPSM, sur décision du psychiatre du CMP ou de la psychiatrie de liaison du CH de Sallanches.

La notification des décisions de placement se fait oralement par le psychiatre de l'unité. Le psychiatre informe le patient de l'ensemble de la procédure : certificats, avis motivé, audience devant le JLD.

Le règlement de fonctionnement des unités d'hospitalisation est affiché à la porte de l'unité. Il n'existe pas de règles de vie propres à l'unité.

Il n'y a pas de registre papier des mises à l'isolement, qui sont enregistrées sur le dossier patient informatisé.

Selon les indications fournies aux contrôleurs, le cadre de santé passe voir le patient dans un second temps pour lui faire signer la notification lorsqu'il s'agit d'une ASPDRE. Le délai n'obtention de l'arrêté préfectoral n'a pu être précisé. Aucun document n'est en possession de l'unité en cas d'admission à la demande d'un tiers. Le recueil des observations du patient n'est pas réalisé. L'information sur la possibilité d'avoir recours à un avocat n'est pas protocolisée.

Le tableau de l'ordre des avocats inscrits au barreau de Bonneville ne figure pas dans l'unité.

Selon les informations recueillies, la personne de confiance est toujours la personne à prévenir en cas d'urgence, voire le tiers qui a demandé l'admission ...

Lorsqu'un patient est placé dans la chambre d'isolement, la règle est de lui garder sa chambre dans l'unité, de conserver vingt-cinq patients seulement et de ne pas passer à vingt-six. Cependant, lorsque l'unité doit admettre un patient, le lit du patient placé en chambre d'isolement doit être occupé. Dans ce cas, la durée du placement en chambre d'isolement peut être accrue du fait de l'impossibilité de faire sortir le patient, faute de lit.

Une salle polyvalente a été utilisée comme vingt-sixième lit (cf. locaux).

En 2014, deux patients ont occupé cette « chambre » du vendredi au lundi soit pour trois nuits.

Les repas ont lieu à 8h, 12h, 16h et 19h.

Le linge est en principe lavé par les familles. Si cela n'est pas possible, l'hôpital peut le faire laver à l'extérieur. Il doit pour cela être marqué au nom du patient, auquel un filet nominatif sera fourni. Le linge est rendu au bout de deux ou trois jours.

Des pertes, rares, se sont déjà produites.

La distribution des médicaments de fait à l'entrée de la salle à manger. Elle commence quinze minutes avant chaque repas. Chaque patient se rend au chariot de médicament et reçoit son traitement individuellement.

Les visites ont lieu de 14h30 à 18h45. Il peut y avoir des dérogations sur autorisation médicale. A titre d'exemple, lorsqu'un proche se rend à l'établissement pour l'audience avec le JLD le mardi matin.

Les visites se déroulent à la cafétéria, dans le parc ou dans la salle de visites située à l'extérieur de l'unité. Cette dernière est un espace chaleureux de 15m², avec des fauteuils de couleur et de jeux pour les enfants.

Le jour de la visite des contrôleurs, cinq patients ne recevaient aucune visite.

- **Téléphone**

Le téléphone est situé dans la partie fermée de l'unité, dans le couloir au niveau de la chambre d'isolement. Il n'offre aucune garantie de confidentialité. Un autre téléphone a été commandé et devait être installé dans la partie ouverte.

Les patients ont le droit de téléphoner entre 18h et 19h. Ils ont la possibilité de passer des appels en dehors de cet horaire pour effectuer des démarches administratives.

Au jour du contrôle, un patient n'avait le droit de passer des appels qu'un jour sur deux, un autre n'avait pas l'autorisation de téléphoner. Les deux autres personnes ne pouvant téléphoner étaient celles placées à l'isolement.

Les téléphones portables sont conservés dans le bureau infirmier.

- **Tabac**

Selon le profil des patients, il est géré, par eux-mêmes ou par les soignants. Au jour du contrôle, ces derniers contrôlaient la consommation de tabac d'une personne.

- **Activités**

Peu d'activités sont organisées dans l'unité.

La semaine du contrôle, un premier atelier cuisine a été animé, de manière concluante selon les informations recueillies. Il est destiné à avoir lieu tous les quinze jours pour six ou sept patients.

La semaine suivante, une randonnée au bord du lac de Passy (à vingt kilomètres) allait être organisée, avec six ou sept patients.

Il a été indiqué que les personnes ayant peu d'entourage familial seraient privilégiées, afin que « ça les sortent vers l'extérieur ».

Lors de la réunion patients/soignants, il a été rappelé que l'amicale Edelweiss organise des activités auxquelles il est possible de s'inscrire, ce qui n'était pas connu de tous les patients. L'un d'entre eux a dit : « ce n'est pas facile de savoir quelle activité est organisée quand et comment s'inscrire ».

Ponctuellement, des patients vont acheter des vêtements à l'extérieur, accompagnés par un soignant.

Il a été indiqué que le but était d'organiser plus d'activités, qui n'avaient pu avoir lieu du fait de changements du personnel soignant.

Par ailleurs, d'autres activités déjà existantes, telle que la randonnée, devraient être organisées de façon plus régulière à l'avenir.

- **Ordinateur**

Les patients ont la possibilité de conserver leur ordinateur portable sur indication médicale et sous leur responsabilité.

- **Accès au culte**

Les patients peuvent solliciter les aumôniers catholiques à leur demande. Une affiche de l'aumônerie est apposée dans l'unité.

Certains patients se rendent par eux-mêmes aux activités du culte. Une difficulté existe pour ceux qui doivent y être accompagnés, car un soignant n'est pas toujours disponible.

Un patient a son tapis de prière dans sa chambre.

- **Protection juridique**

Huit patients bénéficient d'une protection juridique ; pour un autre, le projet est en cours.

- **Permissions de sortie**

Un registre des permissions de sortie est tenu à l'unité Aravis.

Le registre examiné par les contrôleurs débute le 11 novembre 2011.

Il comporte le nom, le prénom la date de la demande de la permission, les noms du psychiatre et celui de l'accompagnant, les heures de départ et de retour, l'information du tiers (s'il s'agit d'une permission de 48 heures) et l'accord du directeur.

A titre d'exemple, durant le mois de juillet 2014, vingt permissions de sortie ont été accordées (celles qui ont été refusées ne sont pas marquées sur ce registre) : quatorze de d'une durée de 12 heures et six d'une durée de 48 heures.

- **Réunion soignants / soignés**

Elle se tient le jeudi toutes les deux semaines de 10h30 à 11h30.

Les contrôleurs ont pu assister à celle du 7 août 2014.

Elle réunit la majorité de l'équipe soignante ainsi que les patients qui souhaitent y participer.

Le 7 août 2014, dix patients étaient présents, ainsi que deux infirmières, une aide-soignante, le faisant-fonction de cadre et la nouvelle cadre de l'unité.

Les patients peuvent aborder les sujets de leur choix tant qu'ils ne sont pas personnels, et les soignants font passer des messages relatifs au fonctionnement de l'unité.

Les thèmes suivants ont été abordés : les neuroleptiques et l'exposition au soleil, la question du gâchis de nourriture et la composition des menus, l'entretien du linge, le manque de balles de ping-pong et de volants de badminton, l'activité cuisine, et l'activité randonnée à venir.

Des patients ont indiqué n'avoir pas reçu le livret d'accueil. Cela a été expliqué par le fait qu'il est déposé dans le tiroir de la table de nuit et non remis en main propre.

Une patiente a beaucoup pleuré la semaine précédente sans qu'aucun soignant ne soit venu la voir. Ces derniers lui ont dit de ne pas hésiter à les solliciter dans de tels moments, ce à quoi elle a répondu : « vous êtes pris assez souvent, on n'ose pas vous déranger ».

Un patient admis dans l'unité depuis deux jours s'est plaint d'être toujours en pyjama, ses vêtements n'étant pas encore arrivés, et ce malgré la présence d'un stock de vêtements dans l'unité. Ses habits personnels lui ont finalement été apportés le jour même.

Il a été rappelé par le personnel soignant que les patients ne doivent pas se réunir dans les chambres mais dans les espaces communs, et qu'il est interdit de fumer dans les chambres. Concernant la composition des menus, jugée trop riche par certains patients, ces derniers ont été informés du fait qu'ils peuvent consulter la diététicienne sur rendez-vous.

Enfin il a été rappelé aux patients qu'ils ont une totale liberté de parole, qu'ils ne doivent pas s'autocensurer en raison de préjugés par rapport à la psychiatrie.

5.2.5 L'unité spécialisée pour les patients à long terme Salève

L'unité Salève est ouverte et comprend vingt-cinq lits.

« La mission de cette unité est de :

- recevoir en hospitalisation complète des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques majeures ayant bénéficié de longues prises en charge mais sans projet de sortie à court et moyen terme. Il s'agit de patients stabilisés mais dont la nature des troubles les rend incapables de vivre seul à l'extérieur avec une mise en échec des programmes de réhabilitation et des tentatives de sortie sur un logement "protégé" ou une structure médico-sociale ;
- assurer des soins et des prises en charge mobilisant la capacité des personnes à maîtriser les actes de la vie quotidienne, à s'intégrer dans leur environnement et à (re)nouer des relations sociales adaptées ;
- maintenir ou retrouver le lien avec le milieu familial dans la recherche d'une alliance thérapeutique. »

5.2.5.1 Les locaux

Dans l'entrée, on trouve le bureau du médecin, le bureau de la cadre de santé, ainsi qu'une salle d'entretiens. Trois fauteuils de couleur sont installés dans le couloir.

A l'entrée de l'unité, seize chambres sont réparties sur deux couloirs de part et d'autre des locaux de linge, de la salle polyvalente et de la salle de balnéothérapie. Il y a ensuite le poste infirmier qui donne sur l'espace de vie. Puis, un couloir distribue les neuf chambres restantes ainsi que la salle de télévision.

- Les chambres

Le prénom du patient est parfois indiqué sur la porte selon le choix du patient ou par décision du personnel pour lui faciliter son orientation dans l'espace.

- Les locaux communs

La salle polyvalente de 14 m² est équipée d'une table de 1,20 m sur 80 cm, de neuf chaises, d'une armoire avec des raquettes de badminton et des jeux de société, et du matériel de travaux manuels, tel que du papier crépon, des ciseaux et de la peinture.

Une autre armoire est quasiment vide, avec une caisse d'instruments de musique et des ciseaux.

L'espace de vie a une surface de 97 m², avec une salle à manger équipée de huit tables et de nombreuses chaises.

Selon les propos recueillis, le menu est habituellement affiché, ce qui n'était pas le cas le jour du contrôle.

Par ailleurs, une avancée arrondie vers l'extérieur accueille une grande table d'activités avec sept chaises, un meuble vide sur lequel il y a une chaîne hi-fi et des plantes vertes, ainsi qu'un autre meuble, contenant une toile cirée.

Un poste de télévision à écran plat est fixé au mur.

Un placard contient des jeux de société sur deux étagères, quelques magazines, et une étagère avec une cinquantaine de romans.

La salle de télévision est une pièce en long de 17 m², avec onze fauteuils, un relax, une poubelle et une table basse.

Ses murs blancs ne sont pas décorés.

La terrasse est équipée de dix tables et de vingt-deux chaises. Des parasols protègent les tables du soleil, mais pas des intempéries.

Selon les propos recueillis, une pergola serait utile à cet effet. Un sac poubelle posé à même le sol fait office de poubelle.

Un espace de 10 m² environ situé devant la porte et couvert d'une avancée est le seul où s'abriter. Il sert de coin fumeur et comporte huit chaises en plastiques et un cendrier scellé au sol. Ce dernier n'étant pas suffisant, quatre grandes boîtes de conserve font également office de cendrier.

La porte étant souvent ouverte, on peut sentir l'odeur du tabac depuis l'espace de vie.

La salle de balnéothérapie a une surface de 13 m².

Elle comprend une baignoire, un lavabo et une chaise en plastique. Les murs et le sol sont de couleur crème, et aucun élément décoratif ne figure dans la pièce, qui est d'aspect très froid.

La salle des visites est située entre les unités Salève et Voirons.

Sa surface est de 15 m² et elle est équipée de sept fauteuils disposés en cercle autour d'une petite table basse carrée. Son sol est carrelé, et ses murs blancs ne comportent aucun élément décoratif. Une grande baie vitrée donne sur le parc, avec des stores filtrant la lumière.

Cette salle sert également à la tenue de groupes de parole, ce qui est indiqué sur la porte, contrairement aux visites des familles.

5.2.5.2 Le personnel

Le personnel médical comprend un praticien présent trois demi-journées au sein de l'unité : le lundi matin, le mercredi après-midi et le vendredi matin.

En cas de besoin, il est fait appel aux psychiatres de l'unité Voiron.

Le personnel non médical comprend :

- un cadre de santé ;
- huit infirmières de jour
- deux infirmières de nuit ;
- cinq aides-soignantes de jour ;
- deux aides médico-psychologiques de nuit dont un homme ;
- quatre ASH ;
- une psychologue présente quatre demi-journées au sein de l'unité ;
- une assistante sociale exerçant son activité à mi-temps au Salève et à Voiron ;
- 1,8 ETP de secrétaire médicale pour les deux unités Salève et Voiron ;
- Une psychomotricienne intervenant sur indication médicale pour des cas particuliers

Les horaires de travail des personnels soignants sont les suivants : 8h30-14h30, 13h30-21h30, 21h15-6h45. Ce rythme permet de ménager une heure pour les transmissions au milieu de la journée et quinze minutes le matin et le soir.

Pour faire fonctionner l'unité, il est prévu un effectif minimum d'une infirmière et de deux aides-soignantes ou de deux infirmières et une aide-soignante. Durant la visite des contrôleurs, deux agents étaient en congé maladie.

- Réunions

Une réunion clinique pluridisciplinaire est organisée tous les mercredis de 13h45 à 14h30.

La situation des patients posant problème y est abordée.

Une réunion soignants/soignés a eu lieu en mars 2014. Il est envisagé de la tenir à la rentrée « pour reposer les règles de la vie en collectivité ».

Une réunion sur le fonctionnement est organisée en tant que de besoin ; la dernière s'est tenue en mars 2014.

5.2.5.3 Les patients

Le jour de la visite des contrôleurs, la situation était la suivante :

- vingt-et-un patients étaient présents : douze femmes et neuf hommes ;
- trois patients étaient en vacances et un en permission ;
- la chambre 5 était occupée de manière séquentielle : du mercredi après-midi au vendredi matin par un patient et du vendredi soir au lundi matin par un autre patient qui vit dans un foyer situé à 20 km de l'EPSM ;

- un homme avait été admis en hospitalisation d'office (HO) à l'EPSM en juin 2005; il était en sortie d'essai d'hospitalisation d'office depuis 2006. Il est en programme de soins il est en hospitalisation séquentielle du mercredi au vendredi ;
- un homme a été admis en HO judiciaire en 1993. Il est en programme de soins depuis le 12 octobre 2011. Il part régulièrement en permission de 48 heures dans sa famille dans le département de la Drôme ; il n'a jamais été évoqué l'idée de demander la levée de la mesure de SDRE ;
- l'hospitalisation la plus longue avait débuté en 1982 ;
- le patient le plus âgé avait 64 ans, le plus jeune, 34 ans.

5.2.5.4 Le fonctionnement de l'unité

L'admission dans l'unité se fait :

- à partir du domicile du patient après avoir été reçu en consultation au CMP ;
- par transfert d'une unité de l'EPSM lorsque l'état du patient ne correspond plus à l'orientation (à titre d'exemple unité d'admission ou unité de réhabilitation psychosociale)
- après un passage au centre hospitalier général pour une décompensation aigüe.

Il a été indiqué aux contrôleurs que lorsque les trois unités d'admission sont remplies, il peut arriver qu'un patient admis sans son consentement soit hébergé pour la nuit dans l'unité Salève ceci permet d'éviter de déménager sur-le-champ au Salève un patient stabilisé accueilli dans une unité d'admission.

Il n'existe pas de règles de vie écrites remises aux patients de l'unité. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il était envisagé de les réactualiser.

Les portes de l'unité sont fermées à l'heure des repas de 11h30 à 13h30 et de 18h30 à 19h45 afin que les patients ne se rendent pas sur la terrasse.

- Repas

Les repas ont lieu à 8h, 12h, 16h et 18h45.

Un gâteau est confectionné pour l'anniversaire de chaque patient.

- La distribution des médicaments

La distribution des médicaments est assurée de 11h45 à 12h, de 18h30 à 18h45, dans la salle à manger et à 20h et 22h dans les chambres.

- Tabac

L'accès à la terrasse est possible de 5h30 jusqu'à 23h30 à l'exception de l'heure des repas.

Six patients sont autonomes vis-à-vis du tabac.

La consommation de tabac de six patients est gérée par les soignants à raison d'une cigarette au maximum par heure.

Neuf patients ne fument pas.

- Visites

Les patients peuvent recevoir des visites toute la journée sauf pendant les repas. Elles ont lieu dans la salle de visites située entre les unités Salève et Voirons ou à la cafétéria.

Six patients ne reçoivent aucune visite.

Parmi eux, trois ont des appels téléphoniques, les trois autres n'ont aucun contact extérieur.

- **Téléphone**

Quatre patients gèrent leurs téléphones portables eux-mêmes.

Il est interdit de se servir du téléphone durant les repas.

Les patients peuvent acheter une carte téléphonique à la cafétéria et utiliser le poste mural de la cabine situé dans le hall d'accueil ou celui du service.

Lorsqu'il y a un appel d'un proche ou d'un parent, celui-ci est transféré sur le poste du service. Celui-ci n'assure pas la confidentialité des conversations.

- **Courrier**

Le courrier n'est pas vérifié au départ, comme à l'arrivée sauf en cas de réception d'un colis.

Dans ce cas, le patient est prié de se rendre à l'accueil pour signer l'accusé de réception.

Les patients déposent leur courrier dans la boîte à lettres située dans le hall d'accueil.

- **Informatique**

Aucun patient ne possède d'ordinateur portable.

Aucune activité informatique n'est organisée au sein de l'unité. Cette notion ne semble jamais avoir été abordée pour mobiliser les patients.

Selon les propos recueillis, l'idée de créer un espace informatique entre les unités Voirons et Salève est envisagée, sans que cela ne soit réalisé concrètement pour l'instant.

- **Protection juridique**

Tous les patients de l'unité bénéficient de l'allocation aux adultes handicapés (AAH). Dix-neuf sont sous tutelle.

Les biens de deux patients sont gérés par leur mère.

- **Activités**

Un atelier cuisine, animé par deux soignants, a lieu une fois par mois, pour quatre patients qui peuvent faire jusqu'à six séances.

Une activité « nature et découverte » est organisée une fois par mois par deux infirmières.

Un pique-nique est acheté le matin puis une randonnée est effectuée à la journée. Elle concerne quatre ou cinq patients.

Le local esthétique peut également être utilisé pour les patientes, « quand on peut », a-t-il été indiqué.

Un atelier « lecture du journal » a été mis en place depuis quelques semaines, tous les lundis, pour trois ou quatre patients.

Les autres activités consistent en des sorties ponctuelles en ville, pour acheter des cigarettes, se rendre chez le coiffeur, ou acheter des vêtements.

Le jour de la visite, un rendez-vous chez le coiffeur, programmé pour le lendemain a été annulé, par manque de personnel.

A partir de septembre, il est question de mener une activité « culture évasion », qui consisterait en des sorties culturelles au musée ou au cinéma.

La formation d'un groupe de théâtre est également en discussion.

Il reste encore au final des marges de progrès certaines pour dynamiser la sphère des activités proposées.

5.2.6 L'unité spécialisée en gérontopsychiatrie Bargy

L'unité de soins Bargy est une unité intersectorielle d'hospitalisation à temps complet spécialisée en géronto-psychiatrie.

La mission de l'unité est une prise en charge psychologique et somatique lors de « séjours de rupture » de dix à trente jours en principe (durée moyenne d'hospitalisation en 2013 : 37,5 jours) en maintenant le lien avec les proches et les lieux de vie (domicile personnel ou EHPAD).

Il a été indiqué que les EPHAD refusaient souvent de ré-accueillir des patients âgés stabilisés au prétexte qu'ils avaient été hospitalisés en psychiatrie.

5.2.6.1 Les locaux

L'unité Bargy dispose d'une capacité d'accueil de 25 lits, en chambres individuelles avec salle de douche (seize chambres de 17m² et neuf chambres pour personnes à mobilité réduite de 18m²).

Les chambres sont agencées de manière identique à celles des autres unités.

Seule spécificité, les lits peuvent être équipés de barrières ou baissés près du sol (« lits Alzheimer ») en cas de risque de chute d'un patient la nuit.

Comme dans les autres unités d'admission, l'unité Bargy est composée de deux ailes dont l'une peut être fermée mais il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'était jamais fait usage de cette possibilité.

Bien qu'elle accueille des patients admis sans leur consentement, l'unité est ouverte. Les portes ne sont fermées qu'à l'heure des repas afin que les patients restent dans le service et ne sortent pas notamment sur la terrasse.

L'unité ne comprend pas de chambre dite d'isolement ou d'apaisement, et n'est pas pourvue de matériel de contention. Seul un « fauteuil de contention » est utilisé pour calmer les patients agités pour éviter qu'ils ne s'épuisent. Il s'agit d'un fauteuil large soutenant le corps jusqu'aux pieds et dont les patients ne peuvent s'extraire seuls du fait de leur âge et de leurs faibles capacités physiques.

Des indications contradictoires ont été fournies aux contrôleurs sur la nécessité d'une prescription médicale pour l'usage de ce fauteuil. En 2013, deux personnes ont fait l'objet d'une mesure d'isolement dans leur chambre.

La salle de vie, d'une surface de 95m², est claire et lumineuse (grande baie vitrée). L'espace repas est meublé de huit tables et de nombreuses chaises. A l'opposé de la pièce une rangée de fauteuils est disposée le long de la fenêtre. La pièce est peu décorée, des journaux (quotidien local) sont à la disposition des patients.

La salle de télévision, de 25m², est meublée d'une table ronde et d'une rangée de fauteuil.

Un grand écran plat est fixé au mur.

Le jardin avec terrasse est accessible depuis la salle de vie et la salle de télévision. La terrasse est équipée de huit tables avec chaises et de deux grands parasols. Il a été indiqué aux contrôleurs que, le jardin étant clôturé, tous les patients y avaient accès, y compris ceux hospitalisés sans leur consentement.

Un panneau d'affichage est installé dans le couloir à l'entrée de l'unité, s'y trouvent les éléments suivants :

- charte de la personne hospitalisée ;
- règlement de fonctionnement de l'établissement (il n'y a pas de règlement de fonctionnement spécifique à l'unité Bargy)
- informations sur la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ;
- affichette sur le droit à l'information ;
- coordonnées de la CRUQPC ;
- informations sur le comité d'éthique ;
- contrat d'engagement sur la lutte contre la douleur ;
- bilan des questionnaires de satisfaction pour 2012 ;
- information sur le sevrage tabagique ;
- horaires des repas.

5.2.6.2 Les personnels

Le personnel médical comprend :

- un psychiatre à temps plein. Au jour de la visite il exerce à 20% dans l'établissement et à 80% en équipe mobile de gériatrie (interventions à domicile et en EHPAD). Il passe tous les jours dans le service. Les contrôleurs ont été informés de son projet de revenir à temps plein dans le service ;
- deux praticiens hospitaliers – de formation gériatre, l'un à 80%, l'autre à 50%.

Le personnel non médical comprend :

- une cadre de santé à temps plein ;
- dix infirmiers (9,5 ETP réel pour 11 ETP prévus) ;
- neuf aides-soignantes (8,6 ETP réel pour 9 ETP prévus) ;

- quatre ASH (4 ETP) ;
- une secrétaire médicale à temps plein ;
- une psychologue à mi-temps ;
- une assistante sociale à mi-temps.

L'équipe du service de nuit est composée de deux infirmières et d'une aide-soignante.

Les horaires de travail des personnels soignants est le suivant : 6h30-14h30, 13h30-21h30, 21h15-6h45.

Des temps de transmission sont donc prévus, d'une heure en milieu de journée et de quinze minutes les matins et soirs.

Une réunion « flash » de trente minutes a lieu tous les matins à 9h30, regroupant le psychiatre, le gériatre, les infirmiers et la cadre de santé.

Une réunion clinique hebdomadaire est organisée le mardi de 14h à 15h, y sont présents les médecins, la cadre de soins, les infirmiers du matin et de l'après-midi, les aides-soignants, la psychologue, l'assistante sociale et la secrétaire médicale.

Cette réunion permet de faire le point sur les prises en charge en cours, de parler des nouveaux patients et des difficultés rencontrées par les équipes. Un compte-rendu de réunion est réalisé et inscrit dans le logiciel « CARIATIDE ».

Des réunions de supervision sont organisées tous les deux mois depuis février 2014. Selon l'information recueillie, la mise en place de cette supervision a fait suite à d'importants problèmes d'équipe.

L'unité connaît de réguliers renouvellements de personnels (au moment du contrôle, une aide-soignante allait partir, deux infirmières et une aide-soignante allaient arriver) qui ne facilitent pas l'organisation du service et des soins.

De nombreux patients de l'unité Bargy sont en perte d'autonomie, onze sur dix-sept ont besoin d'une aide pour la toilette et les repas.

5.2.6.3 Les patients

Le 6 août 2014, dix-sept personnes (onze femmes et six hommes) étaient hébergées dans l'unité.

Treize patients étaient accueillis en soins libres (SL), deux hospitalisés à la demande d'un tiers (SPDT), un placé sur décision d'un représentant de l'Etat (SPDRE) et un était en programme de soins.

La plus longue hospitalisation en soins libre remontait au 1^{er} janvier 2011 et la plus longue hospitalisation en soins sous contrainte concernait une ASPDRE datant du 22 mars 2014.

Le patient le plus jeune avait soixante-six ans, le plus âgé avait quatre-vingt-quinze ans.

Le taux d'occupation de l'unité était en 2013 de 92%. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'en cas de suroccupation dans les autres unités de l'établissement, il arrive que des patients ne relevant pas de la géronto-psychiatrie soient hospitalisés dans l'unité Bargy.

5.2.6.4 Le fonctionnement de l'unité

L'admission de patients à l'unité Bargy est coordonnée avec les EHPAD qui préviennent le service par téléphone un ou deux jour en avance.

Il n'y a pas d'admission en urgence. Cela permet notamment d'organiser en amont la mise en place du traitement.

A son arrivée, le patient est accueilli par l'équipe soignante.

L'organisation de l'unité est expliquée par une infirmière et le livret d'accueil est remis dans la chambre.

Des entretiens avec le psychiatre et le gériatre sont organisés le jour de l'arrivée ou le lendemain.

Des informations sur l'hospitalisation sans consentement sont délivrées par le psychiatre lors du premier entretien. Il a été indiqué aux contrôleurs que, dans le cas d'une admission à la demande d'un tiers, le psychiatre rencontre systématiquement le tiers demandeur et s'efforce de recueillir le consentement du patient à son hospitalisation afin de lever la mesure d'ASPDT et que le reste du séjour se poursuive en hospitalisation libre.

- Repas

Les repas ont lieu à 8h, 12h, 16h et 19h.

En règle générale les patients peuvent s'installer à la table de leur choix. Il arrive que des patients agités prennent leur repas à l'écart.

Lorsqu'ils en sont capables, ils peuvent se servir seuls dans les plats pour quatre personnes disposés sur la table. Pour le goûter, les denrées sont mises à disposition sur une table et les personnes viennent se servir librement (ceci dans un objectif de donner « une liberté de choix et d'action »).

Les soignants prennent leur repas dans la même pièce que les patients. Des repas thérapeutiques (où soignants et patients partagent leur repas) sont organisés ponctuellement mais les soignants manquent souvent de temps pour le faire (« aujourd'hui les soignants mangent vite »).

- Tenue vestimentaire

Tous les patients disposent de leurs vêtements personnels.

Il a été indiqué qu'il n'y avait jamais de port obligatoire du pyjama, même pendant la première phase de l'hospitalisation.

Il a été précisé qu'il est toléré que des patients viennent en pyjama au petit déjeuner car les soignants n'ont pas le temps de faire toutes les toilettes avant 8h.

En cas de besoin, des vêtements, entreposés dans la lingerie, peuvent être fournis aux patients.

- Tabac

Il est interdit de fumer dans les locaux communs et les chambres.

Pour fumer il faut sortir dans le parc, accessible à tous les patients de l'unité quelque soit leur régime d'hospitalisation (HL, SPDT, SPDRE).

Les cigarettes sont apportées aux patients par leurs proches et, pour ceux qui ne reçoivent pas de visite, une « commande » peut être faite à une aide-soignante qui réalise les achats lors de sorties.

Les contrôleurs ont constaté que la consommation de tabac de nombreux patients est gérée par les soignants, qui conservent les paquets.

- Visites

Tous les patients peuvent recevoir des visites. Elles ont lieu l'après-midi en semaine (les visites le matin sont possibles mais rares) et toute la journée le weekend.

Elles se déroulent à la cafétéria ou dans la chambre du patient.

Les rythmes de visite des familles sont très variables.

Au moment du contrôle, deux patients ne recevaient aucune visite.

- Le téléphone

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'y avait pas d'interdiction de principe pour l'usage du téléphone portable.

Peu de patients (cinq au moment du contrôle) en possèdent du fait notamment de leur âge.

Les téléphones doivent être laissés à l'accueil pour éviter les vols et sont remis aux patients qui le souhaitent pour passer leurs appels.

Un poste téléphonique et un siège, situés dans un couloir, peuvent être utilisés par les patients. Ils doivent demander à un personnel d'appeler le numéro du correspondant depuis le poste infirmier et de transférer ensuite la ligne sur le poste du couloir.

- Courrier

Le courrier n'est pas vérifié au départ comme à l'arrivée.

- Informatique

Lors de la visite des contrôleurs, une seule personne était en possession d'un ordinateur.

Il a été précisé qu'un accès à internet n'avait pas été sollicité mais qu'il n'y avait pas d'interdiction de principe. En règle générale, rares sont les patients utilisant du matériel informatique dans l'unité.

- Activités

La participation des patients aux activités est toujours décidée en accord avec le médecin.

La psychologue anime tous les mardis une activité de création graphique, ouverte à tous sans nécessité d'inscription. Une dizaine de personnes environ y assiste chaque semaine.

Il n'y a pas de planning pour les autres activités (jeux de carte ou de société, atelier cuisine, soins esthétiques, fabrication d'objets, pique-nique, sortie de groupe...) qui ont lieu ponctuellement. Il y a eu des essais de mise en place d'activités fixes un soignant référent, jamais pérennisés du fait d'importants changements d'équipe.

De nombreux interlocuteurs ont déploré le manque d'activités (thérapeutiques et occupationnelles) et l'ennui des patients, spécialement le weekend.

5.3 Le pôle de pédo-psychiatrie

Huit patients mineurs ont été hospitalisés au cours des six premiers mois de l'année 2014 dont le dernier à deux reprises.

Au cours des années précédentes le nombre de mineurs hospitalisés étaient de dix en moyenne.

| Patients | Age à l'entrée | Nombre de jours d'hospitalisation |
|-----------|-------------------------|-----------------------------------|
| Patient A | 16 ans 3 mois | 1 |
| Patient B | 16 ans 1 mois | 8 |
| Patient C | 17 ans 0 mois | 3 |
| Patient D | 17 ans 7 mois | 4 |
| Patient E | 17 ans 8 mois | 24 |
| Patient F | 17 ans 6 mois | 7 |
| Patient G | 17 ans 9 mois | 6 |
| Patient H | 17 ans 10 mois 15 jours | 10 |
| Patient H | 17 ans 10 mois 27 jours | 4 |

Nombre de patients mineurs hospitalisés en 2014

L'activité de ce pôle (qui comprend deux secteurs) est exclusivement ambulatoire.

Il existe des CMP et des CATTP répartis sur les deux secteurs constituant le pôle et une maison des adolescents installée à Vétraz-Monthoux.

L'hospitalisation des enfants se fait selon plusieurs modalités selon leur âge :

- dans l'unité de pédo-psychiatrie dédiée aux enfants du centre hospitalier général d'Annecy, si le patient est âgé de 6 à 12 ans;
- à la clinique des vallées d'Annemasse, notamment dans le cas de trouble des conduites alimentaires ;
- systématiquement à l'EPSM si le jeune est âgé de plus de 16 ans.

Selon les informations recueillies, les établissements spécialisés du Vinatier (Rhône) et de Bassens (Savoie) refusent dorénavant d'accueillir les jeunes patients de Haute-Savoie.

La création récente de la psychiatrie dans ce département n'aurait pas permis d'envisager la prise en charge à temps plein des enfants et adolescents.

Il a été indiqué aux contrôleurs que l'ouverture d'un quartier mineurs à la maison d'arrêt de Bonneville et d'un internat à La Roche-sur-Foron (dont le poste de psychiatre n'a pas pu être pourvu, faute de candidat) pourrait faire augmenter de manière significative la demande d'admission de mineurs dans l'établissement.

5.4 L'hospitalisation des personnes détenues

L'admission d'une personne détenue est toujours ordonnée par le représentant de l'Etat suite à une demande d'admission faite par un médecin de l'unité sanitaire de la maison d'arrêt de Bonneville située à 8 kms.

Après réception de l'arrêté préfectoral, le cadre de santé de l'unité concernée :

→ contacte une société de transport sanitaire pour réservation d'une ambulance et définition d'un horaire ;

→ appelle les unités de soins pour connaître les disponibilités des services afin de détacher deux soignants qui iront chercher le patient à la maison d'arrêt en emportant le matériel de contention.

Les admissions de nuit sont plus complexes à réaliser en raison des effectifs présents (deux soignants seulement présents dans chaque unité) et de l'absence de cadre de permanence : c'est l'agent de sécurité qui procède aux formalités d'admission et à la saisie informatique des données relatives au patient.

Durant son hospitalisation, **le patient est hébergé en chambre d'isolement thérapeutique quelle que soit sa pathologie, l'évolution de son état de santé et la durée de son séjour.** Tous les droits auxquels il pouvait prétendre en détention lui sont de fait interdits : accès aux proches, à l'avocat, à l'aumônier, au téléphone, à la radio, presse et télévision. Il a été précisé que les patients détenus n'étaient jamais hospitalisés à l'USIP alors que cette unité dispose, quasiment en permanence, de lits vacants.

La sortie du patient, avec retour à la maison d'arrêt, est décidée par le préfet après rédaction d'un certificat médical justifiant ce retour. Les personnels de la maison d'arrêt sont reçus dans le service pour prendre en charge le patient à l'intérieur de la chambre d'isolement thérapeutique. Le transport est assuré par les agents de l'administration pénitentiaire.

Nombre de patients détenus et durée d'hospitalisation

| Année | Nombre d'admission | Durée moyenne D'hospitalisation | Durée minimale | Durée maximale | Nombre de journées |
|-------------------------------|--------------------|---------------------------------|----------------|----------------|--------------------|
| 2012 | 18 | 9,56 jours | 1 | 40 | 153 |
| 2013 | 24 | 7,72 jours | 1 | 27 | 139 |
| 2014 du 01/01 au 30/08 | 18 | 8,35 jours | 3 | 31 | 142 |

Source : Département d'information médicale

5.5 La suroccupation et les transferts

La suroccupation quasi-permanente des lits dans le nouvel EPSM est un thème récurrent, évoqué notamment avec les membres de la CDSP lors de leurs visites (cf. § 3.7). Ainsi, il a été expliqué aux contrôleurs que dans la mesure où les structures psychiatriques n'avaient vu le jour, dans le département de la Haute-Savoie, qu'à partir des années 1970, celles-ci avaient été de fait sous-dimensionnées.

De même, dans le procès-verbal de visite de la CDSP du 17 octobre 2013, il est donné les explications suivantes : « à l'attractivité du nouvel établissement liée à la qualité des locaux viennent s'ajouter des contingences financières entrant en concurrence avec l'hospitalisation psychiatrique privée.

En effet, l'EPSM dispose de nombres chambres individuelles "gratuites" alors qu'à la clinique des Vallées, le supplément "chambre individuelle" est de 90 euros par jour à la charge du patient ».

La note de service du 22 février 2013 relative à l'admission des patients à l'EPSM évoque la procédure à suivre en cas d'absence de lits disponibles : « le décompte des lits disponibles est fait chaque fin d'après-midi¹⁶ et transmis par le cadre de santé, au bureau des entrées, qui communique l'information au médecin de garde. Le cadre de permanence s'assure de la disponibilité des lits le matin, lors de sa prise de service.

Lorsque les trois unités d'admission sont complètes, et qu'une nouvelle admission est annoncée, un lit est libéré dans l'unité d'entrée du secteur de résidence du patient par l'hébergement provisoire d'un patient stabilisé, en priorité au Salève pour les Voirons, au Bargy pour le Brévent, au Bionnassay pour les Aravis.

Les médecins des unités d'entrée définissent chaque vendredi la liste des patients « hébergeables ». Exception : entre 20h et 9h, il n'est pas procédé à des hébergements et le patient arrivant est admis, pour la nuit, dans une unité spécialisée et son transfert vers une unité d'entrée organisé le lendemain matin.

En cas d'absence de lit disponible dans l'ensemble de l'établissement (hors USIP), il est recouru aux lits de permissionnaires (les permissions de plus de 48 heures ne peuvent donner lieu à réservation de lit) ou aux lits réservés.

Le directeur peut prendre la décision d'ajouter un ou des lits supplémentaires. En dernier recours, il est fait appel aux autres établissements de la région ».

¹⁶ Les cadres de santé des différentes unités renseignent sur informatique le tableau d'occupation des lits, tous les jours avant 17h.

6- LE RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

6.1 La procédure d'isolement

Une fiche de procédure décrit, à l'attention des professionnels, les modalités de prescription, de mise en œuvre, de surveillance et de levée d'un isolement thérapeutique.

Il y est précisé que la mise en isolement est une prescription médicale (écrite, horodatée, valable 24 heures seulement) mais que dans l'urgence des mesures conservatoires d'isolement pouvaient être prises par les infirmières. Elles doivent être « *validées sans délai par le médecin du service ou le médecin de garde* » dans une durée qui n'est pas précisée.

La prescription médicale de mise en chambre d'isolement comporte notamment la description des symptômes justifiant l'isolement, la pose de contentions, l'autorisation éventuelle de sortie de la chambre, les objets qui peuvent être autorisés dans la chambre et la surveillance particulière à mettre en place (pouls, hydratation, élimination, comportement...).

Lors d'une première période de mise en isolement une visite médicale a lieu dès les quatre heures qui suivent le début de la mesure dans le but de vérifier que le patient supporte l'isolement. Cependant le médecin somaticien n'est pas informé des mesures prescrites et n'intervient pas dans la surveillance.

6.2 La procédure de contention

Une fiche de procédure dont la dernière version date du mois de février 2014 décrit les différentes dispositions à suivre pour la mise en contention physique d'un patient :

- la prescription doit être écrite, horodatée et signée : si l'état d'un patient nécessite une contention initiée en urgence par l'équipe infirmière, il est précisé que « *la prescription médicale doit être rédigée après visite du patient dans l'heure qui suit le début de la contention* » ;
- les informations communiquées au patient doivent être « *claires, précises, loyales sur les raisons, les buts et les modalités de mise en œuvre de la mesure de contention* » ;
- l'installation du patient qui doit être mis en pyjama « *pour garantir qu'il ne conserve sur lui aucun objet* »
- la mise sous contention en respectant les consignes d'utilisation du fabricant ;
- la surveillance médicale : « *Le patient bénéficie d'au moins deux visites médicales par jour : la visite du psychiatre, la visite du somaticien* ». Dans la réalité, le médecin somaticien n'est pas informé des mesures de contention prononcées. S'il l'était, son temps de présence limité ne lui permettrait pas d'exercer cette surveillance.

Une enquête a été réalisée au sein de l'établissement afin d'apprécier les besoins des équipes soignantes au regard de la mise en contention physique d'un patient.

Deux difficultés principales ont été recensées :

- une méconnaissance du matériel et de son utilisation chez les nouveaux agents ;
- des difficultés de coordination entre les intervenants.

Afin de répondre aux besoins exprimés, un programme de formation interne a été élaboré. Une brochure comportant les références réglementaires et médicales, assorties de nombreuses photos et recommandation pratiques, a été rédigée à cette occasion.

6.3 Les chambres d'isolement

A titre d'exemple, la chambre de l'unité Brévent, située à côté du bureau infirmier, dispose d'une surface de 24 m². Une ouverture vitrée de 0,85m de hauteur sur 0,50 de large équipée d'un rideau occultant permet aux soignants d'assurer une surveillance visuelle du patient depuis le poste infirmier. La chambre n'est pas équipée de caméra mais comporte une horloge avec indication de la date et du jour. La porte ouvrant sur le couloir de circulation de l'unité est équipée d'un oculus carré pourvu d'une vitre opacifiée de 0,35m de côté.

Elle bénéficie en journée d'une lumière naturelle par l'intermédiaire de deux fenêtres de 1m de large sur 1,75m de hauteur, partiellement opacifiées jusqu'à 1,35m de hauteur. Un éclairage artificiel est assuré par trois tubes fluorescents situés à 2,40m de hauteur. L'ameublement est limité à un lit fixé au sol de 2m de long sur 0,90m de large comportant des draps et une fine couverture. Le lit dispose de quatre anneaux permettant de fixer les attaches de contention.



Chambre d'isolement de l'unité Brévent

La chambre est équipée :

- d'un lavabo en inox de 0,30m de diamètre offrant eau chaude et froide ;
- d'un WC en inox disposant sur le côté d'un muret assurant l'intimité du patient et disposant d'un bouton d'appel permettant d'appeler l'équipe soignante.



La deuxième porte de la chambre ouvre sur une salle d'eau équipée d'une douche à l'italienne et d'un lavabo.

Il a été rapporté que des patients et des professionnels regrettaient que ces chambres ne bénéficient plus, comme dans l'ancien établissement, de la possibilité de diffuser de la musique qui pouvait être un facteur d'apaisement pour les malades.

6.4 Le recours à l'isolement et à la contention

Les prescriptions de mises en chambre d'isolement sont classées dans les dossiers des patients **mais il n'existe pas de registre d'utilisation de ces chambres permettant de quantifier les séjours.**

Des saisies informatiques sont effectuées mais l'élaboration de statistiques fiables se heurte à deux difficultés :

- une interopérabilité qualifiée de « *mauvaise qualité* » entre le logiciel du bureau des entrées (maitre pour l'ouverture des dossiers, les modalités d'hospitalisation et la gestion des mouvements) et le logiciel Cariatide utilisé dans les unités ;
- des modalités de saisie différentes suivant les unités : l'unité Voirons intègre toutes les formes d'isolement (dans la chambre de soins intensifs et dans la chambre personnelle du patient lorsqu'il y est enfermé) tandis que les autres unités ne relèvent que les premières.

Les statistiques ci-dessous, communiquées par l'établissement, doivent donc être lues avec précaution : la progression du nombre de journées d'isolement entre 2013 et 2014 correspond à la fois à une augmentation du nombre de mesures prescrites, à une meilleure saisie informatique et à une correction des anomalies constatées lors du changement de logiciel.

| Libellé mode légal de séjour | Nb jours présence | | Nb jours isolement | | % journées isolement | |
|------------------------------|-------------------|--------------------------|--------------------|------|----------------------|------|
| | 2013 | 2014 (janvier à juillet) | 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| <i>Hospitalisation libre</i> | 27.088 | 16.975 | 332 954 | | 1,23% 5,62% | |

| | | | | | |
|---------------------------------|---------------|---------------|-------------------------|--------------|--------------|
| <i>Hospitalisation d'office</i> | 3.996 | 2.114 | 405 474 | 10,14% | 22,42% |
| <i>HDT</i> | 17.173 | 8.499 | 940 1107 | 5,47% | 13,03% |
| <i>Levée contrainte</i> | 495 | 1.188 | 4 1 | 0,81% | 0,08% |
| <i>Soins libres</i> | 3.804 | 1.713 | 30 163 | 0,79% | 9,52% |
| Total | 52.556 | 32.116 | 1711 2735 | 3,26% | 8,52% |

Source : Département d'information médicale

Nombre de patients en isolement et nombre de jours d'isolement par unité

| Année 2013 | Nb jours de présence | Nb jours isolement | Nb patients | % jours d'isolement |
|------------|----------------------|--------------------|-------------|---------------------|
| USIP | 2693 | 203 | 60 | 7,54% |
| Brévent | 8331 | 154 | 29 | 2,46% |
| Aravis | 8833 | 173 | 36 | 1,97% |
| Voirons | 8567 | 1169 | 66 | 15,08% |

Extrait du bilan d'activité 2013 : chiffres donnés sous réserve que la saisie soit à jour

Ces chiffres pourraient laisser penser que le nombre de patients isolés serait plus important au sein de l'unité Voirons, mais il a été précisé que cette unité comptabilisait, en réponse à la demande du département d'information médicale, tous les isolements en chambre ordinaire comme en chambre de soins intensifs, les autres unités ne comptabilisent que les derniers...

Afin de mieux apprécier la réalité des pratiques, les contrôleurs ont analysé, le registre du service de sécurité qui recense l'ensemble des chambres ou les patients sont isolés.

Les chiffres ci-dessous concernent l'occupation des chambres de soins intensifs pour les mois de mai, juin et juillet 2014.

| Année 2014 | Voirons | Brévent | Aravis | USIP | Total |
|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| Mai | 6 | 8 | 8 | 8 | 30 |
| Juin | 12 | 13 | 14 | 28 | 67 |
| Juillet | 6 | 22 | 11 | 26 | 65 |
| Total | 24 | 43 | 33 | 62 | 162 |

Occupation des chambres de soins intensifs

Le recours important à la pratique de l'isolement semble, d'après les informations recueillies, avoir **plusieurs origines** :

- son utilisation systématique et pendant toute la durée du séjour pour les patients détenus quelle que soit leur pathologie et l'évolution de leur état de santé ;

- « *un mésusage de l'USIP de la part des autres établissements et même en interne à l'EPSM : des patients difficiles sont maintenus pendant deux mois en chambre d'apaisement dans certains services alors qu'ils relèveraient d'un transfert à l'USIP* » (extrait du compte rendu de visite de la CDSP du 22 avril 2014) ;

- le départ en nombre de professionnels expérimentés remplacés par de jeunes professionnels qui auraient plus recours à cette pratique.