

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport définitif:

4 au 14 juin 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier Alpes-Isère
de Saint-Égrève

(Isère)



Centre hospitalier Alpes-Isère

SYNTHESE

Huit contrôleurs ont effectué, du 4 au 14 juin 2018, une visite du centre hospitalier Alpes-Isère de Saint-Egrève qui constitue le deuxième établissement de santé mentale en Auvergne-Rhône-Alpes prenant en charge une population de 800 000 habitants. Le contrôle s'est déroulé dans une ambiance constructive et attentive et a porté sur les trois pôles de psychiatrie adultes, le pôle de psychiatrie infanto juvénile et les deux pôles d'activité clinique (autisme et urgences).

Au moment du contrôle, les modalités de l'accès aux soins n'étaient pas déterminées par un projet d'établissement ni par un projet médical. Ces projets sont néanmoins en cours et annoncés pour 2019. Ils intègrent des réponses apportées à l'insuffisance de lits en hospitalisation complète - amenant des séjours trop longs au service de post-urgence et l'utilisation de chambres d'isolement en lits d'arrivée – ainsi qu'un travail sur l'attractivité professionnelle pour les médecins. Or vingt pour cent des postes de praticiens sont vacants, et certaines équipes souffrent de cette absence récurrente de médecins, et sont en manque d'une parole médicale et d'un encadrement rassurant et formateur. Le poste de médecin responsable de l'unité de pédopsychiatrie a été pourvu peu après la visite du Contrôle général.

La direction générale s'est engagée, dans ses observations répondant au rapport de constat, sur plusieurs réalisations : la réouverture d'une unité de vingt-cinq lits dédiés à la psychiatrie du sujet âgé en mars 2019, la création de temps médicaux partagés, la création d'un groupe de travail des jeunes médecins pour diminuer les postes vacants, des discussions avec les acteurs hospitalo-universitaires pour s'inscrire dans la recherche et l'enseignement, la prime d'engagement service public et la reconnaissance par l'agence régionale de santé des postes de psychiatres comme professions en tension.

Tous ces éléments interviennent dans le cadre d'un établissement qui dispose des moyens financiers lui permettant d'exercer ses missions, d'une architecture bientôt presque intégralement réhabilitée ou neuve et, d'un emplacement favorable dans la cité. Il dispose également d'une prise en charge somatique performante, d'un comité d'éthique actif et reconnu et d'une prise en charge des urgences particulièrement développée, que ce soit à travers une participation aux sites d'urgences générales au CHU de Grenoble et au CH de Voiron, ou grâce à l'instauration d'une équipe mobile de soins infirmiers expérimentée qui accompagne les personnes placées en soins sans consentement et permet d'apaiser les situations de crise.

Les contrats de pôle, signés postérieurement à la visite du Contrôle général, contiennent le souhait « *du respect des bonnes pratiques d'isolement et contention* » ainsi qu'une réflexion sur l'adaptation des effectifs soignants au besoin de chaque unité, avec par exemple quatre infirmiers par demi-journée auprès des vingt patients au pôle voironnais, même s'ils ne seront malheureusement que trois le weekend.

Par ailleurs, l'établissement a développé depuis quelques années une politique active de recrutement en personnel non médical permettant d'assurer ses missions mais au prix d'une embauche massive en contrat à durée déterminée ; la nouvelle direction a cependant engagé un travail de régularisation de ces agents.

Quant à la formation, elle a davantage intégré depuis 2018 les thématiques de l'isolement contention et des droits des patients et cet effort est poursuivi en 2019, y compris à travers la formation continue et le développement personnel.

La prise en compte des droits des patients était insuffisante au moment du contrôle, sauf en ce qui concerne l'accès au vote et au culte : l'information orale et écrite donnée aux patients était

incomplète, et l'ensemble des pièces administratives et médicales n'étaient pas remises au patient.

A la suite du rapport provisoire, l'établissement a établi une nouvelle fiche d'information et a développé un document explicitant le parcours du patient admis en soins sans consentement ; ces documents sont désormais remis systématiquement au patient. Un nouveau règlement intérieur du CH a été adopté en conseil de surveillance et les contrats de pôle prévoient la réactualisation de l'ensemble des règlements intérieurs. Enfin, l'établissement va travailler fin 2018 une procédure pour développer l'intégration de la personne de confiance dans le soin.

La place des usagers est respectée et valorisée à travers la maison des usagers et la commission des usagers qui se réunit tous les trois mois.

Pour autant, l'établissement reste trop restrictif sur la liberté d'aller et venir, pour les soins libres comme pour les soins sans consentement. Les sorties courtes dans l'enceinte de l'établissement, que ce soit pour aller à la cafétéria ou rencontrer le JLD, font l'objet d'un certificat d'autorisation, transmis le cas échéant au préfet. **Toutes les unités sont par ailleurs fermées.** L'établissement est conscient de cet enfermement, mais il oscille entre la conscience de son caractère illégal, et des problèmes de responsabilité et de sécurité insufflés par les autorités locales ; les peurs irrationnelles remplacent, dans les débats, les considérations scientifiques ou juridiques, et amenant les lieux de soins à devenir des lieux de surveillance et de protection de la société « *au cas où* ».

En parallèle à cet enfermement, les communications avec l'extérieur sont relativement facilitées puisque les téléphones portables sont laissés aux personnes et une mise à disposition de tablettes numériques pour l'accès à l'internet est organisée. Les visites avec les familles sont aisées même si quelques services ne disposent pas de salle à cet effet. L'usage du pyjama reste inapproprié en chambre d'isolement mais la direction a saisi le comité d'éthique sur ce sujet.

L'établissement offre à ce jour peu d'activités occupationnelles comme thérapeutiques, avec une disponibilité des soignants faible, ceci malgré la présence d'une unité de médiation thérapeutique et de sociothérapie qui gagnerait à être plus connue et utilisée. La direction s'est engagée, dans ses observations au rapport provisoire, à intégrer dorénavant la dimension activité thérapeutique dans les projets médicaux et à diffuser une plaquette d'information sur les activités proposées à l'unité de médiation qui associe ergothérapie, psychomotricité, théâtre, bibliothèque, salon de coiffure, cafétéria. Ces capacités de prise en charge, associées à des activités physiques et sportives déjà très accessibles, devraient permettre une inscription efficiente de ces activités au sein des projets de soin.

L'établissement devra repenser ses prises en charges des patients souffrant de pathologies chroniques en mettant l'accent sur une offre de lieu de vie et soins médico sociaux adaptés et dignes. Il devra également améliorer ses modalités de distribution des médicaments afin de respecter la confidentialité des soins et développer l'éducation thérapeutique du patient, même si a été mis en place, un programme original de conciliation des traitements médicamenteux à l'admission des patients grâce à un entretien avec un externe de pharmacie.

Enfin, l'usage de la contention est modéré mais l'isolement n'est pas réalisé seulement en dernier recours les treize chambres d'isolement, dont deux situées au CHU de Grenoble, ne permettent pas un accès libre aux toilettes et l'établissement a engagé une réflexion sur l'accès libre à la salle d'eau. Il s'engage également à veiller à conserver la chambre d'une personne placée en chambre d'isolement et a mis en place au moment du contrôle un réel registre de l'isolement et de la contention régulièrement analysé. Les personnes détenues hospitalisées

sont, En revanche, bien prises en charge sur des considérations cliniques et ne sont pas systématiquement placés en chambre d'isolement.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

- 1. BONNE PRATIQUE 17**

Un tutorat a été mis en place depuis de nombreuses années et permet une intégration pertinente des nouveaux infirmiers.
- 2. BONNE PRATIQUE 22**

L'établissement a instauré une réunion hebdomadaire analysant les événements indésirables de manière collégiale.
- 3. BONNE PRATIQUE 36**

Certaines unités mettent à disposition des patients des tablettes numériques permettant d'accéder à l'Internet.
- 4. BONNE PRATIQUE 43**

Un réfrigérateur est réservé aux denrées périssables des patients à l'unité 104.
- 5. BONNE PRATIQUE 45**

Les patients sont inscrits très rapidement dans les activités physiques et sportives.
- 6. BONNE PRATIQUE 52**

Le CHAI est investi dans les conseils locaux de santé mentale, ce qui favorise une déstigmatisation de la maladie mentale et permet l'acceptation, par la population, de structures de soins au cœur des villes.
- 7. BONNE PRATIQUE 54**

L'accompagnement des personnes placées en SDRE par l'unité SAGI permet d'apaiser des situations de crise et évite le recours à la contention et à la mise en chambre d'isolement. La maturité professionnelle des équipes permet une bonne répartition des fonctions.
- 8. BONNE PRATIQUE 58**

Des réunions bimestrielles de « pairs » permettent aux médecins psychiatres d'échanger, de partager, sur les cas cliniques les plus difficiles.
- 9. BONNE PRATIQUE 59**

Le président du comité d'éthique siège, à titre consultatif, au conseil de surveillance de l'établissement et le comité se réunit quatre fois par an.
- 10. BONNE PRATIQUE 77**

Conformément à la réglementation en vigueur, mais contrairement à la pratique de nombreux hôpitaux, le patient détenu hospitalisé au CHAI n'est placé en chambre d'isolement qu'en fonction de son état clinique.

RECOMMANDATIONS**1. RECOMMANDATION 13**

Un projet médical et un projet d'établissement doivent définir la stratégie et les objectifs de l'établissement. Les projets médicaux de pôle doivent décliner cette stratégie de manière concrète et préciser le fonctionnement attendu des unités d'hospitalisation et des structures extra hospitalières afin d'y garantir les droits des patients.

2. RECOMMANDATION 15

Les postes vacants de médecins psychiatres doivent être pourvus et rendus attractifs par la communication autour d'un projet d'établissement ambitieux et lisible.

3. RECOMMANDATION 17

Le projet médical doit comporter des maquettes d'organisation du personnel soignant afin de permettre aux patients un accès à des soins assurés avec constance dans le cadre d'une prise en charge humanisée.

4. RECOMMANDATION 17

Des formations doivent être développées au profit des médecins et du personnel non médical sur les droits des patients et sur la pratique de l'isolement et de la contention.

5. RECOMMANDATION 18

L'augmentation sensible des placements en soins sans consentement doit amener une réflexion de l'ensemble des partenaires. La forte proportion des admissions en péril imminent doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

6. RECOMMANDATION 19

Lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant la prise en charge du patient, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient.

7. RECOMMANDATION 20

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement. La fiche d'information relative aux soins psychiatriques sans consentement et aux droits y afférant doit être plus détaillée.

8. RECOMMANDATION 23

La possibilité de désigner une personne de confiance doit faire l'objet d'un protocole de mise en œuvre, prévoyant l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord.

9. RECOMMANDATION 28

Les demandes d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de douze heures ne doivent pas être effectuées pour une sortie dans le parc de l'établissement ou pour se rendre à des activités ou rendez-vous à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

10. RECOMMANDATION	29
Une procédure garantissant la confidentialité de l'hospitalisation, lorsque le patient en exprime le souhait, doit être mise en place.	
11. RECOMMANDATION	30
Une convention entre l'établissement, l'agence régionale de santé et le tribunal de grande instance de Grenoble doit pérenniser les modalités d'exercice du contrôle effectué le JLD.	
12. RECOMMANDATION	34
La liberté de circulation doit être la règle et non l'exception. Les sorties dans le parc ne doivent pas être soumises à une autorisation préfectorale pour les patients en SDRE. Aucune restriction de liberté ne peut être décidée pour des patients en soins libres.	
13. RECOMMANDATION	35
Le port du pyjama en chambre d'isolement ne doit pas être systématique, ni répondre à un motif disciplinaire. Son usage ne peut pas être thérapeutique.	
14. RECOMMANDATION	42
Les patients doivent avoir un accès facilité à leurs biens.	
15. RECOMMANDATION	45
Des activités doivent être proposées aux patients au sein de toutes les unités.	
16. RECOMMANDATION	49
Les chambres d'isolement du CHU de Grenoble doivent permettre le respect des droits fondamentaux dans leur conception et mode d'utilisation.	
17. RECOMMANDATION	50
Les décisions de placement en chambre d'isolement doivent être prises par un médecin psychiatre, seul habilité en la matière.	
18. RECOMMANDATION	50
Afin de préserver les droits des patients, il importe qu'une convention validée par l'ARS soit élaborée entre le CHAI et le CHU de Grenoble Alpes pour préciser l'organisation de l'accueil des patients relevant de psychiatrie au service des urgences du CHU. Le volet accueil des personnes en soins sans consentement de cette convention devra lever toutes les ambiguïtés sur la prise en charge et les responsabilités respectives.	
19. RECOMMANDATION	51
Un registre spécifique des contentions doit être mis en place aux urgences du CH de Voiron. Les données de ce registre doivent faire l'objet d'une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.	
20. RECOMMANDATION	57

Pour les patients souffrant de pathologies chroniques, l'établissement doit repenser les prises en charge dans le cadre de son futur projet médical et de soins en mettant l'accent sur une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes.

21. RECOMMANDATION 62

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins.

22. RECOMMANDATION 62

Une meilleure articulation entre les prestations de soins somatiques et les services de psychiatrie doit être recherchée dans le cadre de la rédaction du projet médical et de soins : horaires d'intervention, participation active aux staffs et aux synthèses par exemple.

23. RECOMMANDATION 63

Les services de soins somatiques doivent rechercher des prolongements opérationnels à la prise en charge des patients après leur sortie de l'établissement.

24. RECOMMANDATION 65

L'accès libre aux toilettes doit être la règle jour et nuit ; les seaux hygiéniques doivent être supprimés.

25. RECOMMANDATION 69

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

26. RECOMMANDATION 72

L'établissement doit prendre les mesures nécessaires pour offrir aux infirmiers une salle pour leurs entretiens et améliorer les modalités d'accès au jardin pour les mineurs.

27. RECOMMANDATION 73

L'équipe médicale de l'unité Tony Lainé doit rapidement bénéficier d'un praticien titulaire pour qu'une réelle chefferie de service soit exercée.

28. RECOMMANDATION 73

Le retrait du téléphone portable ne doit être envisagé qu'en cas de troubles spécifiques liés à celui-ci ; l'utilisation du téléphone fixe doit respecter la confidentialité des échanges.

29. RECOMMANDATION 74

Les conditions matérielles de la salle de visite doivent être améliorées ainsi que la signalétique à l'attention des visiteurs.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	9
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le centre hospitalier prend en charge les patients de tous les secteurs de psychiatrie du territoire sans projet d'établissement définissant sa stratégie	12
2.2 Le CHAI a les moyens nécessaires pour remplir sa mission.....	14
2.3 De nombreux postes de médecins restent vacants et de nombreux soignants sont contractuels.....	14
2.4 Le nombre de patients en soins sans consentement est croissant	18
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	19
3.1 L'information orale et écrite donnée aux patients est insuffisante	19
3.2 Le dispositif de gestion de plaintes est connu et efficace	20
3.3 Les faits de violence sont répertoriés et analysés	21
3.4 La procédure de désignation d'une personne de confiance est présentée dans les documents d'information mais sa mise en œuvre n'est pas organisée	22
3.5 L'exercice du droit de vote est organisé pour les personnes ne pouvant sortir librement de l'hôpital.....	23
3.6 L'accès au culte s'effectue au sein d'une aumônerie œcuménique et par le biais de la maison des usagers	24
3.7 La protection juridique des majeurs est organisée dans le cadre d'une structure socio-éducative	24
4. LE RESPECT DES DROITS.....	26
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques de l'Isère remplit les missions qui lui sont confiées, mais ne fournit pas de compte rendu à l'établissement.....	26
4.2 La place des usagers est bien prise en compte par l'établissement.....	26
4.3 Le registre de la loi met en évidence une pratique anormalement restrictive des autorisations de sortie	27
4.4 Aucune procédure de confidentialité de l'hospitalisation n'a été mise en place .	29
4.5 Les programmes de soins posent pour règle la fin de l'hospitalisation complète	29
4.6 Le contrôle du juge de la liberté et de la détention s'effectue sans convention entre l'établissement et le tribunal de grande instance	30
4.7 La procédure d'examen des demandes de prolongation de soins sans consentement par le collège des professionnels est appliquée avec rigueur.....	32
5. LES RESTRICTIONS DE LIBERTE	33

5.1	La liberté d'aller et venir hors des pavillons est restreinte	33
5.2	L'usage du pyjama est inapproprié	34
5.3	L'accès au tabac est individualisé en fonction de l'autonomie, de la consommation, et des ressources des patients	35
5.4	Les communications avec l'extérieur sont inégalement disponibles	36
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	38
6.1	Une partie des locaux est neuve et quelques services restants sont appelés à déménager en décembre 2018.....	38
6.2	L'hygiène est prise en compte tant pour le nettoyage des locaux que pour le linge et l'hygiène personnelle.....	40
6.3	La procédure de gestion des biens des patients est trop complexe	41
6.4	La restauration donne satisfaction aux patients	42
6.5	Les activités dans les unités sont peu nombreuses et la disponibilité des soignants est faible.....	44
6.6	L'unité de médiation thérapeutique et de psychothérapie est ouverte à tous mais la publicité faite autour d'elle est insuffisante	45
6.7	Le thème de la sexualité ne fait encore l'objet que d'une réflexion insuffisante	47
7.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	49
7.1	Des dispositifs de prise en charge en urgence existent sur les trois pôles dépendant du CHAI mais l'accueil dans les locaux du CHU de Grenoble est inadapté.	49
7.2	L'hôpital déploie des prises en charge médicales pertinentes dans un contexte de pénurie de psychiatres et de culture préfectorale et du parquet très sécuritaire.....	55
7.3	Les services de soins somatiques disposent de moyens conséquents mais gagneraient à mieux s'articuler avec les soins psychiatriques	60
8.	LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION	64
8.1	L'usage de la contention est modéré mais l'isolement n'est pas réalisé qu'en dernier recours.....	64
8.2	Les conditions de sécurité répondent aux attentes de la prise en charge des patients	70
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	71
9.1	L'Unité infanto-juvénile Tony Lainé répond aux besoins des patients mineurs malgré un manque de médecins.....	71
9.2	Les personnes détenues ne sont pas systématiquement placées en chambre d'isolement	75
10.	CONCLUSION GENERALE.....	78

Rapport

Contrôleurs :

- Luc Chouchkaieff, chef de mission ;
- Julien Attuil-Kayser, contrôleur ;
- Dominique Bigot, contrôleur ;
- Anne-Sophie Bonnet, contrôleuse ;
- Thierry Landais, contrôleur ;
- Philippe Nadal, contrôleur ;
- Koman Synayoko, contrôleur ;
- Dominique Secouet, contrôleuse.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs (dont un observateur) ont effectué une visite du centre hospitalier Alpes-Isère de Saint-Egrève du 4 au 14 juin 2018.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 4 juin 2018 à 14h30. Ils l'ont quitté le 14 juin 2018 à 10h.

Ils ont été accueillis par la directrice générale ainsi que le président du conseil de surveillance et la présidente de la commission médicale d'établissement, et la mission a pu se présenter devant l'ensemble des médecins chefs de pôle et de service, des cadres supérieurs de santé, le médecin du département d'information médicale (DIM) et les membres de la direction.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de l'Isère, le président du tribunal de grande instance (TGI) de Grenoble, le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS). Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une salle de travail a été mise à disposition des contrôleurs et tous les documents demandés par l'équipe ont été remis et regroupés dans un dossier électronique.

Des affichettes signalant la visite des contrôleurs ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitent et en toute confidentialité, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

La réunion de restitution s'est tenue le 14 juin 2018 avec les mêmes participants que pour la réunion de présentation. Les représentants syndicaux y ont été associés.

Le contrôle général a adressé un rapport de constat le **27 septembre 2018** au directeur de l'établissement, au préfet de département, au directeur général de l'agence régionale de santé et au président du tribunal de grande instance. **Leurs observations sont intégrées dans le présent rapport.**

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE CENTRE HOSPITALIER PREND EN CHARGE LES PATIENTS DE TOUS LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE DU TERRITOIRE SANS PROJET D'ETABLISSEMENT DEFINISSANT SA STRATEGIE

Le centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI) intègre le groupement hospitalier de territoire Alpes Dauphiné depuis 2016, rassemblant neuf autres établissements de santé : le CHU de Grenoble, le CH de Voiron, le CH de La Mure, le CH Rhumatologique de Saint-Martin d'Uriage, le CH de Saint-Laurent-du-Pont, le CH de Rives, le CH Michel Perret de Tullins-Fures, le CH gériatrique de Saint-Geoire-en-Valdaine, soit plus de 15 000 professionnels de santé, et 4 500 lits.

Le CHAI constitue le deuxième établissement de santé mentale en Auvergne-Rhône-Alpes ; il prend en charge tous les patients relevant de la sectorisation d'Isère, à l'exception d'un tiers Nord, soit une population de 800 000 habitants. Il assure également les urgences psychiatriques à travers sa présence sur trois sites : les urgences du CHU de Grenoble, les urgences du CH de Voiron et son service de post-urgences à Saint-Egrève.

Au sein du CHAI, 1 700 personnels médicaux et non médicaux permettent la prise en charge annuelle de 19 000 patients avec six pôles cliniques et quatre pôles supports, 120 structures de soins et plus de 300 lits.

Le contrôle a porté sur les trois pôles de psychiatrie adulte, le pôle de psychiatrie infanto-juvénile et les deux pôles d'activité clinique (spectre de l'autisme et urgences).

Le pôle Grenoble-Grésivaudan (PGG), couvre une population de 336 000 habitants et comprend quatre unités d'hospitalisation complète, sept centres médico-psychologiques (CMP), un hôpital de jour (HDJ), trois centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), et des unités intersectorielles extra hospitalières de psychothérapie, de psychiatrie précarité et une troisième dédiée aux étudiants.

Le pôle Voironnais (PV) couvre une population de 270 000 habitants grâce à trois structures intra hospitalières, six CMP, un HDJ, des appartements collectifs, une équipe réseau et de soutien avec les structures médico-sociales, une équipe mobile psychiatrie du sujet âgé.

Le pôle Drac-Trièves-Vercors (PDTV) couvre une population de 220 000 habitants, compte quatre unités intra hospitalières, sept CMP/CATTP, une plate-forme pour l'évaluation et la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, deux appartements collectifs.

Le pôle infanto-juvénile (PIJ), comprend vingt-cinq CMP, neuf CATTP, neuf HDJ, un service d'hospitalisation pour adolescents et des équipes mobiles.

Le pôle du trouble du spectre de l'autisme (PTSA) comporte une unité d'hospitalisation complète pour adultes, deux HDJ pour mineurs, des équipes mobiles enfants et adultes, une unité d'aide aux aidants.

Le pôle liaison urgence et spécificité (PLUS) englobe les sites des urgences et post-urgences, mais aussi la médecine somatique, l'addictologie.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) pour la période 2013-2018. Il aborde la mise en œuvre d'un projet médical de communauté hospitalière de territoire de janvier 2012. Ce contrat envisage le développement de la filière des personnes âgées en psychiatrie, repris dans un projet médical 2009-2014 mais cette filière ne sera pas concrétisée. Le transfert du secteur et de l'unité d'hospitalisation gérés par le CHU y est également acté et se fera en 2017. Le contrat prévoyait aussi la création de la filière des urgences avec l'apport de psychiatres au CHU de Grenoble et au

CH de Voiron, et l'instauration d'une unité de post-urgences de douze lits à Saint-Egrève et ce projet a été mis en place en 2016.

Ce CPOM mentionnait enfin, la nécessité d'établir un projet médical et d'établissement, la nécessité de réduire le taux d'hospitalisations inadéquates et de mieux préparer les sorties.

Un début de projet médical 2015-2020 est présenté en juin 2015 mais qui ne développe pas la stratégie médicale de l'établissement à venir.

Il n'y avait donc pas de projet d'établissement ni même de projet médical au moment du contrôle.

La prise en charge extra hospitalière est rapportée répondre aux besoins et un hôpital de jour a pu voir le jour au sein du PV qui n'en disposait pas. Il n'y a cependant encore aucune analyse de la réponse apportée aux besoins ambulatoires et il n'est pas possible de connaître la population non suivie par manque de médecins ou par réorientation vers la prise en charge privée. Le bilan formalisé sera réalisé lors du dialogue de gestion prévu en décembre 2018.

Un projet médical doit développer de manière aboutie et globale, une stratégie de détermination du besoin intra, extra hospitalier, ambulatoire et médico-social en psychiatrie.

Recommandation

Un projet médical et un projet d'établissement doivent définir la stratégie et les objectifs de l'établissement. Les projets médicaux de pôle doivent décliner cette stratégie de manière concrète et préciser le fonctionnement attendu des unités d'hospitalisation et des structures extra hospitalières afin d'y garantir les droits des patients.

Dans ses observations du 8 novembre 2018 répondant au rapport de constat transmis le 27 septembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la formalisation d'un projet d'établissement sera effective dans un délai de six mois. Ce projet d'établissement se nourrira du projet territorial de santé mentale (PTSM) et de l'identification des indicateurs de suivi territoriaux des besoins pour l'offre de soins psychiatriques. Un cadre administratif du CHAI s'est également inscrit dans une démarche de formation à l'atlas santé mentale. Le projet d'établissement consacrera une place importante à la structuration de la filière de la psychiatrie du sujet âgé, avec l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de vingt-cinq lits de psychiatrie du sujet âgé en mars 2019. Ce projet a été coordonné avec les acteurs du CHU Grenoble Alpes dans le cadre de la réflexion autour du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT). Ce projet offre également l'opportunité de créer des temps médicaux partagés et ainsi de renforcer l'attractivité de l'établissement. Dans l'attente, une note d'orientation stratégique explicitant la stratégie de l'établissement pour la période à venir co-rédigée par la directrice générale et la présidence de CME a été présentée au directoire du 12 novembre 2018 avant diffusion. L'ensemble des contrats de pôle 2018-2021 ont été signés et fixent des objectifs quant à la réalisation des projets médicaux de pôle. Les contrôleurs ont pris connaissance de ces contrats de pôle qui inscrivent dans leurs objectifs, outre divers éléments évoqués dans le rapport, le respect des bonnes pratiques d'isolement et de contention et une réflexion sur l'adaptation des effectifs soignants au besoin de chaque unité.

Enfin, concernant l'état d'avancement du schéma directeur, le plan global de financement pluriannuel est en cours de discussion avec l'ARS. La question de la reconstruction de Tony Lainé figure dans les éléments d'arbitrage.

La restructuration immobilière qui s'achève s'est développée, au moment du contrôle, autour des pôles constitués. Sur le site de Saint-Égrève, seule l'unité des adolescents ne fait pas l'objet d'un projet immobilier. Le calendrier initial 2012-2018 a été reporté jusqu'en 2021 en raison de la découverte d'un cimetière non répertorié lors des travaux.

2.2 LE CHAI A LES MOYENS NECESSAIRES POUR REMPLIR SA MISSION

Le CHAI dispose d'une dotation globale de fonctionnement en augmentation en 2017 du fait de l'intégration du secteur G01 du CHU de Grenoble. Le budget est équilibré de longue date et l'établissement n'a jamais fait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre. Il n'y a pas d'emprunt toxique et l'endettement est soutenable. Sa capacité d'autofinancement a toujours été positive (plus de 6 millions d'euros en 2017) et le résultat net 2017 est excédentaire de 3 millions d'euros. Une large part de cet excédent provient des postes vacants de médecins, y compris ceux du secteur transféré du CHU dont les médecins titulaires n'ont pas physiquement intégré le CHAI, laissant des postes budgétés vacants.

Les dépenses 2017 s'établissent à 100 437 368 euros pour des recettes à 103 507 984 euros. Cette situation financière lui permet, en 2018, de régulariser le nombre important de contractuels, de faire appel à l'intérim médical et de renforcer son attractivité.

L'investissement immobilier a été de 140 millions durant la période 2012-2020. Sur cette enveloppe, les subventions de l'ARS se sont élevées à 8 843 293 euros sur l'extra hospitalier et 77 616 269 euros sur l'intra hospitalier.

2.3 DE NOMBREUX POSTES DE MEDECINS RESTENT VACANTS ET DE NOMBREUX SOIGNANTS SONT CONTRACTUELS

Le CHAI compte, en 2018, 1 474 ETP rémunérés de personnel non médical (contre 1 494 en 2017), 91,11 ETPR de personnel médical (hors internes) (92,76 en 2017).

Concernant le personnel médical, l'établissement dispose de 121,1 ETP médicaux budgétés ; il remplit ce jour sa mission avec 91,11 ETP rémunérés de médecins titulaires et contractuels et 3 ETP d'intérimaires depuis le début de l'année 2018. Les autres postes restent vacants et l'enveloppe budgétaire permettrait l'embauche immédiate de 8 praticiens à temps plein et de 4,6 PH temps partiel. Concernant les seuls postes de praticien hospitalier (PH) et PH temps partiel, seuls 70,9 ETP sont réellement pourvus sur 111,6 budgétés (soit un écart de 40 ETP). L'écart est variable selon les pôles et les unités ; il est de 1,8 poste au PV, lié quasi exclusivement à des temps partiels exercés par choix par des praticiens occupant des temps pleins, avec un impact identique sur l'intra et l'extra hospitalier. Le PLUS concentre surtout les postes vacants sur l'unité de réhabilitation (2,2 ETP) ; le PGG les concentre sur les structures ambulatoires et sur l'unité Rimbaud qui ne fonctionne plus qu'avec des intérimaires ; enfin le PDTV a peu de postes vacants sur l'intra hospitalier.

Au sein de chaque pôle, la présence médicale est également disparate, avec par exemple, au sein du même pôle PDTV, 1,6 ETP à l'unité Fodéré plus un interne et 0,8 à l'unité Charmeil.

L'exercice à temps partiel de praticiens occupant des postes de PH à temps plein revêt une importance particulière au sein de l'établissement ; sur le PGG par exemple, sur les treize praticiens exerçant, huit sont à temps partiel, avec l'équivalent de 2,1 ETP non travaillés.

Les médecins intérimaires sont sollicités depuis l'été 2017 et sont principalement positionnés sur le PGG et le PIJ. Douze médecins différents sont intervenus durant les cinq derniers mois, pour

des périodes allant d'un à vingt jours. Leur temps cumulé correspond à 3 ETP de janvier 2018 jusque fin septembre prochain.

Plusieurs médecins sont partis en 2017 pour un exercice libéral lors de l'ouverture d'une clinique. Aucun médecin n'exerce une activité d'intérêt général permettant un lien avec certaines structures médico-sociales partenaires. Les demi-places additionnelles (2h30) rémunérées aux médecins sont récentes depuis août 2017 (très faibles auparavant, de l'ordre de quatre par mois) et sont stables autour de soixante par mois.

Un médecin a le statut d'associé au pôle PIJ et ne dispose pas de la plénitude d'exercice.

Le taux d'absentéisme du personnel médical est faible à 5,06 %, en diminution depuis trois ans.

Cette pénurie médicale forte était déjà dénoncée lors des mouvements sociaux de l'ensemble des soignants il y a cinq ans.

Recommandation

Les postes vacants de médecins psychiatres doivent être pourvus et rendus attractifs par la communication autour d'un projet d'établissement ambitieux et lisible.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'un groupe de travail, composé de jeunes médecins, s'est constitué pour travailler la question de l'attractivité et de la construction de parcours professionnels. Un rapprochement a été opéré avec le service universitaire de psychiatrie du CHU Grenoble Alpes sur la question des maquettes de formation pour les étudiants. La direction générale, ainsi que la CME du CHAI, partagent le constat posé par le CGLPL dans son rapport sur l'absence de poste PU-PH en psychiatrie générale comme en pédo psychiatrie, et ses conséquences en termes d'attractivité. Des discussions ont donc été engagées avec les acteurs hospitalo-universitaires.

Un effort important de recrutement et d'attractivité est par ailleurs engagé par la direction générale : poste partagé avec le CHU Grenoble Alpes (et notamment dans une perspective de projet de recherche), prime d'engagement de service public, possibilité de recrutement sur un poste de clinicien hospitalier suite à la reconnaissance par l'ARS de la profession de psychiatre comme profession en tension, contrat avec des praticiens libéraux.

Concernant les internes, trente-huit postes sont agréés au sein de l'établissement, dont dix-neuf en psychiatrie, neuf en médecine générale, cinq en pédopsychiatrie, deux en addictologie, deux en pharmacie et un en santé publique. Depuis quatre ans, entre vingt-deux et vingt-quatre internes viennent occuper ces postes ouverts, quasi uniquement ceux de psychiatrie et de pharmacie. Le financement par l'ARS couvre 50 % de la rémunération des internes de la 1^{ère} à la 3^{ème} année et 20 % de la rémunération des internes de 4^{ème} et 5^{ème} année ; le surcoût n'est pas compensé par de l'activité en tarification à l'activité (T2A) puisque l'établissement est en dotation globale. Enfin, et bien qu'assurant la quasi-totalité de la prise en charge psychiatrique publique du territoire, le CHAI ne bénéficie d'aucun poste de praticien des universités praticien hospitalier (PUPH), ce qui nuit à son attractivité.

L'évaluation des pratiques professionnelles n'a été que récemment mise en place et aucune n'a encore concerné les droits du patient ou les pratiques d'isolement et de contention. Une conférence sur ces thèmes est programmée les 14 et 25 septembre 2018.

Concernant le personnel non médical, 1430,25 effectifs sont autorisés pour l'ensemble des services de l'établissement, intra et extra hospitaliers. Sur ces effectifs, 1351,18 sont pourvus par

des titulaires ou des contrats à durée indéterminée (CDI) et 256 contrats à durée déterminée (CDD) viennent occuper les postes vacants ou les temps de congés. Parmi ces CDD, 81 sont infirmiers, 41 sont psychologues, 32 adjoints administratifs, 14 aides-soignants.

L'absentéisme relevé auprès du personnel non médical est assez élevé à 9,11 %. Il est surtout différent entre les hommes (5,39 % d'un effectif de 339 agents), et les femmes (10,12 % pour un effectif de 1 146 agents), avec uniquement vingt-trois congés maternité et paternité. Les absences sont gérées grâce à une mutualisation des agents entre unités selon les besoins et l'intérim. L'analyse des effectifs par unité intra hospitalière montre de très faibles postes non pourvus chez le personnel non médical, quelles que soient les unités, sauf l'unité TSA où quatre postes d'infirmiers ne sont pas pourvus.

Les dépenses d'intérim sont très faibles à hauteur de 11 289 euros pour 315 heures travaillées en 2017. Elles ont concerné du temps infirmier sur trois pôles différents. Le déploiement du logiciel Whoog est envisagé en 2019 lorsqu'une suppléance ne sera pas trouvée. Cette application est liée aux heures supplémentaires, et propose les jours à effectuer à une liste de volontaires.

Le *turn over* est important chez le personnel non médical avec 277 départs en 2017 pour 246 entrées.

En conclusion, l'établissement développe une politique active de recrutement en personnel non médical lui permettant d'assurer ses missions mais au prix d'une embauche massive de CDD ; la directrice générale a inscrit une régularisation de nombreux agents en CDD dans ses objectifs 2018. Les cadres de santé des unités ne sont pas associés au recrutement du personnel contractuel.

Parallèlement à ce nombre important de soignants contractuels, il n'y a aucune organisation du travail et des effectifs présents par unité permettant d'assurer les missions, celles-ci n'étant effectivement pas définies dans un projet médical. Il n'y a ainsi aucune maquette d'organisation, validée par l'institution, définissant un nombre déterminé d'infirmiers et d'aides-soignants physiquement présents dans le service par demi-journée, ni d'effectif minimum de sécurité au-dessous duquel la sécurité des soins serait engagée.

L'analyse des plannings des trois derniers mois montre des effectifs soignants qui varient fortement dans une même unité et entre deux unités semblables, souvent dans une même semaine ou un même mois, avec des chiffres allant de trois à sept agents présents par demi-journée, avec des extrêmes à deux et neuf.

L'absence de projet médical conduit à l'absence de détermination d'un nombre d'infirmiers présents auprès des patients, stable et pérenne dans le temps. Le projet médical doit déterminer le besoin qualitatif de soignants aux différents moments de la journée, permettant de répondre au droit à l'accès aux soins pour les personnes privées de liberté comme pour celles admises en soins libres, et l'humanisation de la prise en charge y compris dans les phases de violence.

Recommandation

Le projet médical doit comporter des maquettes d'organisation du personnel soignant afin de permettre aux patients un accès à des soins assurés avec constance dans le cadre d'une prise en charge humanisée.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que cette recommandation a été identifiée dans le plan d'actions qualité « isolement et contention » avec détermination d'un responsable et d'un délai. Le pôle Voironnais a co-signé une note d'information définissant les effectifs minima dans les unités du pôle en septembre 2018. Cette note fixe à quatre infirmiers par demie journée, la présence minimale nécessaire aux soins à consacrer aux patients, en semaine.

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements clairement mentionnés dans les documents fournis.

Un tutorat existe au CHAI depuis de nombreuses années. Un appel à projet de l'ARS en janvier 2017 a permis sa pérennisation pour les nouveaux professionnels entrant dans la discipline. Trois groupes, bénéficiant chacun de six séances, ont été constitués en 2017 et un bilan fait état des difficultés rencontrées par les soignants : « vécu de violences », « culpabilisation de l'institution », « difficulté de se questionner sur ses pratiques ». L'expérience montre aussi l'envie de bien faire, le développement d'une certaine solidarité et l'apprentissage par les pairs.

Bonne pratique

Un tutorat a été mis en place depuis de nombreuses années et permet une intégration pertinente des nouveaux infirmiers.

Par ailleurs, l'établissement dispose d'un institut de formation pour les infirmiers et les aides-soignants.

Les formations suivies par le personnel non médical sur les années 2015, 2016 et 2017 n'ont que très peu concerné le droit des patients, l'isolement et la contention ; vingt infirmiers ont ainsi suivi sur 2015-2016, une formation intitulée « isolement en psychiatrie : sa dimension thérapeutique » ; l'intitulé ne change qu'en 2017 pour devenir « isolement contention, quelles perspectives cliniques ? », formation qui sera suivie par cinq infirmiers. Une formation sur l'approche clinique de la violence a concerné neuf soignants en 2017 et trois ont suivi une formation sur les violences sexuelles en institution. La formation au tutorat a rassemblé neuf soignants en 2016 et six en 2017.

Recommandation

Des formations doivent être développées au profit des médecins et du personnel non médical sur les droits des patients et sur la pratique de l'isolement et de la contention.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le plan de formation 2018 a permis à de nombreux agents d'être formés sur la thématique de l'isolement et de la contention. Une conférence a été organisée en septembre 2018 sur le sujet et des visites sont prévues sur des établissements jugés « modèle ». De plus, un atelier « chambre des erreurs » a été organisé en novembre 2018 sur la thématique « isolement et contention ».

La mise en place du développement professionnel continu (DPC) a permis l'établissement d'un véritable plan de formation médical. Le DPC est en lien étroit avec la démarche d'EPP déjà présente et va pouvoir permettre de la renforcer. Le plan de formation non médical 2019 prévoit la thématique « droits des patients ». Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

2.4 LE NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST CROISSANT

Les données statistiques portant sur l'activité de l'établissement ont été communiquées aux contrôleurs par le département d'information médicale (DIM).

Au moment de la visite, l'établissement compte 154 patients en soins sans consentement sur un total de 280 patients hospitalisés dans les treize unités psychiatriques pour adultes de l'établissement.

La proportion de patients hospitalisés sans leur consentement est croissante au fil des années. Selon plusieurs interlocuteurs, cet accroissement s'explique par le manque structurel de lits dans les établissements psychiatriques et les délais d'attente qu'il engendre : une décision de placement en soins sans consentement permettrait d'obtenir plus rapidement en SPDT, voire immédiatement pour un patient admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), une place à l'hôpital.

En 2017, 1 811 personnes ont été hospitalisées en soins libres et 958 (34,6 %) en soins sans consentement, dont 729 à la demande d'un tiers et 229 sur décision du représentant de l'Etat. Les soins sans consentement à la demande d'un tiers (SDT) sont en augmentation de 5,3 % par rapport à 2016, mais ils sont de 11,6 % pour les seuls « péril imminent » (SPI) qui ont concerné 202 patients en 2017. Les hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat sont en augmentation de 7 % sur un an. Parmi ceux-ci, les personnes détenues n'ont concerné que huit patients en 2017 (onze en 2016).

Recommandation

L'augmentation sensible des placements en soins sans consentement doit amener une réflexion de l'ensemble des partenaires. La forte proportion des admissions en péril imminent doit être examinée pour justifier qu'une procédure de soins sans consentement classique, avec la double garantie médicale qu'elle comporte, ne puisse pas plus souvent être mise en œuvre.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la commission de liaison des soins sans consentement (CLISSC) réalisera un audit spécifique concernant les admissions en péril imminent sur les données 2018. Un lien sera fait avec la CDSP pour que cette question puisse faire l'objet d'une analyse de leur part.

Les durées moyennes de séjours sont de 42,3 jours pour les hospitalisations sur décision du représentant de l'Etat (48,9 jours en 2016), de 37,2 jours pour les hospitalisations à la demande d'un tiers (35,2 jours en 2016), et de 22,8 jours pour les admissions en soins libres (23,7 en 2016).

Le nombre de séjours augmente de 12 % en un an pour les hospitalisations en soins sans consentement mais diminuent de 4,2 % pour les hospitalisations en soins libres.

L'augmentation constante du nombre de mesures de soins sans consentement décidées par les différentes autorités doit faire l'objet d'une analyse de la part de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) pour connaître et comprendre les raisons, et évaluer leur impact sur le respect du droit des patients.

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

3.1 L'INFORMATION ORALE ET ECRITE DONNEE AUX PATIENTS EST INSUFFISANTE

Les informations relatives à leur statut d'hospitalisation sont transmises aux patients dès leur admission, en général par le cadre de l'unité qui apporte des explications relatives aux droits et à la procédure en cours. Cette procédure fait l'objet de discussions régulières entre les patients et le personnel soignant. Les patients rencontrés par les contrôleurs paraissaient au fait de leurs droits et du rôle du JLD. Les modalités de cette information sont néanmoins peu maîtrisées dans quelques unités.

Les documents administratifs relatifs aux soins sans consentement sont gérés par le service des entrées qui vérifie les différentes pièces et établit la décision d'admission ou le projet d'arrêté préfectoral. Les décisions sont ensuite transmises pour signature à la direction de l'établissement, dans le cadre de soins à la demande d'un tiers, ou à l'agence régionale de santé et à la préfecture, dans le cadre de soins sur décision du représentant de l'Etat. Les observations du patient au moment de la décision du médecin ne sont pas recueillies.

Recommandation

Lors de la décision d'admission en soins sans consentement, comme lors de toute modification concernant la prise en charge du patient, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'un rappel de bonnes pratiques a été fait en ce sens.

Dans les unités d'hospitalisation, le cadre, ou un infirmier en son absence, fait signer au patient l'accusé de réception de la décision d'admission et, le cas échéant, la notification de l'arrêté préfectoral. Lorsque l'état du patient n'est pas compatible avec la remise de ces documents ou bien s'il refuse de signer, le formulaire prévoit que deux personnes attestent de cette situation. Les pièces administratives et médicales ultérieurement élaborées (décision de maintien du directeur et différents certificats médicaux) ne sont pas systématiquement remises aux patients. Une fiche d'information portant sur ses droits est transmise à la personne admise en soins sans consentement en fonction de son statut. Cette fiche explique sommairement les raisons du placement en soins sans consentement et précise que « *conformément à la loi, les restrictions à l'exercice de vos libertés individuelles sont limitées à celles nécessitées par votre état de santé et la mise en œuvre de votre traitement* ». Elle liste ensuite un certain nombre de droits (de correspondre, de prendre conseil d'un avocat ou d'un médecin de son choix, de consulter le règlement intérieur et recevoir des explications, d'exercer son droit de vote et de se livrer à des activités religieuses ou philosophiques) ainsi que la possibilité de communiquer avec le JLD, le procureur de la République, le préfet, le juge du tribunal d'instance et le maire de la commune. Au dos de cette fiche d'une page se trouvent plusieurs articles de loi relatifs au placement ainsi que les coordonnées des instances judiciaires, médicales et administratives pertinentes. Cependant, cette fiche ne donne pas d'informations plus précises concernant les différentes étapes possibles de la prise en charge (période d'observation, certificat médical des 24 et 72 heures, intervention du JLD et les voies de recours). Les coordonnées des autorités judiciaires

et administratives (commission départementale des soins psychiatriques, JLD) sont précisées, mais leur rôle n'est pas explicité. Enfin, il n'est fait aucune référence au CGLPL dans ce document.

Recommandation

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement. La fiche d'information relative aux soins psychiatriques sans consentement et aux droits y afférant doit être plus détaillée.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'une nouvelle fiche d'information plus détaillée et un document explicitant le parcours du patient admis en soins sans consentement ont été élaborés. Ces deux documents sont remis systématiquement à chaque patient admis en soins sans consentement. Le modèle de décision d'admission en soins sans consentement a également été réactualisé. En complément, le règlement intérieur du CHAI a été adopté en conseil de surveillance en juin dernier et est disponible sur le site internet du CHAI. Dans la même logique, les contrats de pôle 2018-2021 prévoient la réactualisation de l'ensemble des règlements intérieurs de chaque unité afin de les mettre en conformité avec celui de l'établissement. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Un livret d'accueil des patients et de leur entourage est remis aux entrants, le plus souvent placé dans la chambre préparée pour un nouveau patient. Ce livret, récemment mis à jour, contient les informations pertinentes concernant l'hospitalisation dont une page dédiée aux soins sans consentement ainsi que deux pages sur les droits des patients (accès au dossier médical, droit de vote, personne de confiance notamment) et sur les plaintes et réclamations.

Un règlement intérieur, spécifique à chaque unité d'hospitalisation, énonce les règles de vie. Dans certaines unités, quelques extraits sont affichés et un résumé est remis au patient. L'unité Charmeil ne dispose d'aucun règlement intérieur. Lorsqu'ils existent, ces règlements sommaires ne sont plus à jour des pratiques et des règles de vie des unités. Pour exemple, un règlement intérieur indique « *des débordements sexuels interdits* » alors qu'il est indiqué que le projet de nouveau règlement intérieur aborde la question différemment. La direction a indiqué son intention de les revoir rapidement.

Enfin, les familles ont indiqué qu'elles devraient également pouvoir avoir accès à ces informations générales, qui ne sont à ce jour données qu'aux familles de mineurs hospitalisés.

3.2 LE DISPOSITIF DE GESTION DE PLAINTES EST CONNU ET EFFICACE

Les plaintes et réclamations internes à l'établissement sont reçues et gérées par le chargé des relations avec les usagers. Celui-ci peut être contacté directement lors des permanences qu'il tient à la maison des usagers ou dans les différentes unités ainsi que par téléphone, courrier ou courriel. Les familles ou les proches des patients ont également la possibilité de transmettre une réclamation par téléphone ou courriel.

Chaque saisine, y compris par voie orale, fait l'objet d'un enregistrement. 166 plaintes ont été enregistrées en 2017 et 57 du 1^{er} au 29 mai 2018. Les sujets des réclamations portent en grande majorité sur les aspects médicaux et paramédicaux de la prise en charge des patients. Seules quelques doléances concernent les procédures de placements en soins sans consentement notamment concernant le juge des libertés ou le placement en SDRE.

Ces réclamations font l'objet d'un suivi rapide. Pour les demandes les plus simples à traiter, une réponse est parfois apportée immédiatement et sinon dans un délai d'une semaine. Les dossiers plus complexes sont en général traités dans le mois. Toutes les réclamations sont vues par une directrice adjointe et font l'objet d'une discussion hebdomadaire avec le chargé des relations avec les usagers. Les demandes pertinentes sont traitées par la commission des usagers (CDU).

La personne en charge de la relation avec les usagers est un cadre de santé ayant suivi une formation en ligne concernant ses fonctions spécifiques ; elle a également suivi plusieurs formations en septembre 2018, après le moment du contrôle, sur le droit des patients et l'isolement.

Si un questionnaire de satisfaction des usagers existe, il n'est pas remis lorsque les patients quittent l'établissement. L'établissement se prive ainsi d'une procédure utile pour améliorer la prise en charge des patients et potentiellement mettre à jour des dysfonctionnements ou abus.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'une réactualisation du questionnaire de satisfaction est programmée pour début 2019.

3.3 LES FAITS DE VIOLENCE SONT REPERTORIES ET ANALYSES

L'établissement dispose d'un système informatisé de déclaration des événements indésirables (EI). En 2016, 1 077 EI ont été déclarés, 1 141 en 2017 et 550 entre le 1^{er} janvier et le 5 juin 2018.

En 2017, les EI en lien avec les violences ont été les suivants :

- 157 EI ont été enregistrés en relation avec des atteintes aux personnes (agressions physiques ou verbales contre le personnel ou d'autres patients, coups/destruction d'objets) ;
- 17 EI ont été enregistrés en relation avec des agressions ou violences sexuelles (cinq cas concernaient des agressions physiques ou sexuelles entre patients/les autres étaient en lien avec des agressions de patients — ou de leurs proches — sur le personnel).

En 2018, les EI en lien avec les violences ont été les suivants :

- 132 EI ont été enregistrés en relation avec des atteintes aux personnes (agressions physiques ou verbales contre le personnel ou d'autres patients, coups/destruction d'objets) ;
- 10 EI ont été enregistrés en relation avec des agressions ou violences sexuelles dont six concernaient des violences, y compris sexuelles, entre patients.

Cet accroissement sensible des EI provient, selon la direction, de la mise en place d'une politique d'incitation à la déclaration de tous les événements indésirables. Le personnel a été invité à déclarer des événements qu'il n'avait pas l'habitude de déclarer, car considérés comme « normaux » (par exemple des griffures de patients autistes) ou par peur de mise en cause (par exemple une mauvaise médication donnée à un patient).

L'établissement a précisé les éléments qu'il considérait comme pertinents pour définir un événement indésirable grave (EIG) : agression/violences sexuelles/homicides ; atteinte somatique grave ; blessures ou décès liés à une contention ou l'isolement ; chute d'un patient ayant des conséquences somatiques graves ; décès brutal, imprévu ; erreur médicamenteuse grave ; événement infectieux grave ; sortie non autorisée ; suicide, tentative de suicide — sans notion de mise en jeu du pronostic vital ou d'un déficit.

En 2017, onze EIG ont été enregistrés : cinq décès (dont deux suicides par pendaison), trois patients difficiles à gérer ayant entraîné la multiplication d'EI dans un court laps de temps, deux agressions sexuelles (dont une sur un mineur), et un patient victime d'un accident de circulation dans le parc de l'établissement. Tous ces EIG ont fait l'objet d'une analyse au sein du service concerné, à l'exception de deux décès survenus au CHU de Grenoble. La personne responsable du suivi des EI se déplace également, si besoin, dans les services pour affiner l'analyse de la déclaration. Suite à ces analyses, des plans d'action ciblés ont été mis en place pour prévenir la répétition de tels événements.

Une cellule relative aux événements indésirables se réunit hebdomadairement. Cette cellule rassemble la directrice adjointe en charge de la qualité, la présidente de la CME, la coordinatrice des risques, le chargé des relations avec les usagers, la référente santé/risques professionnelles ainsi qu'une technicienne du service qualité. Les EI déclarés dans la semaine sont passés en revue et une décision est prise sur les suites à apporter. Le suivi des EI plus anciens, mais non clôturés est également discuté au cours de cette réunion.

Bonne pratique

L'établissement a instauré une réunion hebdomadaire analysant les événements indésirables de manière collégiale.

L'établissement organise régulièrement « *des réunions cas complexes* » concernant des patients dont la prise en charge est difficile, soit en raison de leur comportement problématique (violences, non-respects répétés des règles de vie, etc.), soit en raison de la durée de leur placement. Ces réunions rassemblent les différentes parties prenantes afin de discuter de la situation du patient et d'apporter des améliorations à sa prise en charge.

3.4 LA PROCEDURE DE DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PRESENTEE DANS LES DOCUMENTS D'INFORMATION MAIS SA MISE EN ŒUVRE N'EST PAS ORGANISEE

L'information sur la possibilité de désigner une personne de confiance existe dans les différents documents élaborés par le CHAI. Elle est mentionnée dans le livret d'accueil : « *pour vous accompagner tout au long des soins et des décisions à prendre* » et il est précisé que la désignation doit être faite par écrit, qu'elle n'est pas irrévocable et que la personne peut être différente de la personne à prévenir. Le projet de règlement intérieur viendra compléter ces informations, en précisant le rôle de la personne de confiance – « *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* » – et en garantissant le même droit de désignation pour les personnes majeures sous tutelle « *à condition d'en avoir obtenu l'autorisation de la part du juge des tutelles ou du conseil de famille* ». En outre, Le fascicule intitulé : « *La personne de confiance* », édité par psycom, est également disponible à la maison des usagers.

En revanche, il n'existe aucun protocole définissant, pour le personnel, les modalités de mise en œuvre de la désignation de la personne de confiance. Datée du 19 septembre 2011, la note d'instruction relative à ce point n'est pas connue du personnel, comme ont pu le noter les contrôleurs. La personne de confiance n'est ainsi jamais appelée, ni pour lui demander si elle accepte ou non d'être désignée, ni pour l'informer des conséquences induites par la désignation. Selon les interlocuteurs, le personnel considère que cette démarche appartient au médecin assurant la prise en charge, au bureau des admissions ou au patient lui-même.

La question est, en principe, posée lors de l'entretien d'admission en unité et, en cas de réponse positive, un formulaire de désignation est rempli par le patient lui-même ou par la personne qui notifie la décision d'admission.

Les données recueillies dans les unités font apparaître une situation disparate : à titre d'exemples, aucune désignation n'a été enregistrée à l'unité TSA, seulement deux sur les vingt-six patients de l'unité Fodéré, quatorze sur les vingt et un patients de l'unité Matisse, quinze sur les vingt-cinq patients de l'unité Berlioz, dix-neuf sur les vingt-huit patients présents à l'unité 101. De manière générale, la procédure apparaît peu connue ou considérée par le personnel comme n'étant pas d'un grand intérêt.

Recommandation

La possibilité de désigner une personne de confiance doit faire l'objet d'un protocole de mise en œuvre, prévoyant l'information de la personne désignée et la confirmation de son accord.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'un groupe de travail va se réunir sur le dernier trimestre 2018 afin de mettre à jour la procédure de désignation de la personne de confiance. L'inscription au plan de formation 2019 sur le droit des patients permettra également de rendre plus efficiente la désignation d'une personne de confiance. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.5 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ORGANISE POUR LES PERSONNES NE POUVANT SORTIR LIBREMENT DE L'HOPITAL

Le livret d'accueil comporte une mention relative au droit de vote, indiquant à la personne ne pouvant librement sortir de l'hôpital, qu'il est possible pour elle d'obtenir une permission de sortie pour se rendre à son bureau de vote ou de voter par procuration « *au cas où son état de santé ne le permet pas* ».

Au moment des élections, les patients sont directement sollicités par le personnel soignant, qui est chargé d'établir une liste des patients souhaitant établir une procuration. Le bureau des admissions transmet à cet effet une note de service, doublée d'un courriel, aux différents cadres des unités, avec les informations légales concernant la procédure – donner procuration à une personne inscrite dans le même bureau de vote – et l'indication des démarches à établir avant la venue des gendarmes, notamment l'obtention d'une attestation de son médecin afin d'établir que le demandeur est hospitalisé et que son état de santé contre-indique le déplacement au bureau de vote. La liste est ensuite adressée par le bureau des admissions à la brigade de gendarmerie de Saint-Égrève.

En 2017, un agent de police judiciaire s'est déplacé à deux reprises au CHAI, au moment des élections présidentielles puis au moment des législatives, afin d'établir les procurations, à chaque fois pour les deux tours de scrutin. Il s'est rendu directement dans les unités afin de récupérer les certificats médicaux, les déclarations sur l'honneur et les formulaires nationaux.

Selon les indications recueillies, la liste est transmise avec toutes les demandes sans distinguer les majeurs protégés des autres patients sollicitant une procuration. La vérification du jugement de tutelle, pour savoir si la personne est déchu de son droit de vote, n'est pas faite par le CHAI mais par la gendarmerie, qui se rapproche pour cela de son tuteur.

3.6 L'ACCES AU CULTES S'EFFECTUE AU SEIN D'UNE AUMONERIE ŒCUMENIQUE ET PAR LE BIAIS DE LA MAISON DES USAGERS

Les patients sont informés de l'offre culturelle du CHAI au travers du livret d'accueil, lequel mentionne la présence d'une aumônerie « ouverte à toute personne, quelles que soient sa religion, ses croyances et ses convictions ». La localisation de l'aumônerie (à l'entrée de l'hôpital), ses heures de permanences (le lundi de 14h à 16h et le vendredi de 9h30 à 11h30) et les coordonnées téléphoniques pour la joindre sont données dans le document.

Les patients, qui ne souhaitent ou ne sont pas autorisés à s'y rendre, peuvent aussi demander à rencontrer un membre de l'aumônerie au sein de leur unité. L'aumônerie est alors sollicitée par un personnel soignant. Ils peuvent aussi obtenir des informations auprès de la maison des usagers où des plaquettes de présentation de l'aumônerie œcuménique sont à disposition.

La vocation de l'aumônerie est donc principalement d'être un lieu d'accueil et de rencontre. Le CHAI lui octroie un budget annuel de 2 000 euros.

Les permanences de l'aumônerie sont tenues par huit personnes bénévoles, dont deux prêtres assurant périodiquement des célébrations religieuses au sein de la chapelle désacralisée de l'hôpital. Les horaires des messes sont affichés dans certaines unités (Berlioz, 101, Matisse).

L'intervention d'un représentant d'un autre culte est organisée, à la demande, par un membre de la maison des usagers, laquelle dispose des coordonnées de représentants du culte protestant et du culte musulman. Concernant ce dernier, il sollicite l'aumônier en poste à mi-temps au CHU de Grenoble ; au moment du contrôle, une convention était en cours d'élaboration afin de permettre une continuité de l'intervention pendant les périodes de vacances de l'imam. Les rencontres, individuelles, se font au sein d'une unité ou à la maison des usagers, à la cafétéria notamment.

Les soignants rencontrés n'ont évoqué que la seule venue de représentants du culte catholique au sein des unités.

3.7 LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS EST ORGANISEE DANS LE CADRE D'UNE STRUCTURE SOCIO-EDUCATIVE

L'établissement dispose d'un service de préposés mandataires judiciaires à la protection des majeurs. Comme le souligne le livret d'accueil, ce rattachement du service à la direction socio-éducative contribue à ce que le patient puisse, « en lien avec les acteurs de la cité, les familles ou toute autre personne concernée [...] trouver sa place la plus autonome et citoyenne possible dans un environnement adapté. »

Au moment du contrôle, les douze mandataires judiciaires du service avaient en compte, au total, 308 dossiers, concernant 230 hommes et 78 femmes, faisant l'objet des mesures suivantes : tutelle (49), curatelle simple (21), curatelle renforcée (225), curatelle aménagée (11), mandat social (1) et sauvegarde de justice (1).

La gestion des biens des patients est principalement assurée par des associations et des mandataires privés, les mandataires judiciaires du CHAI ayant en charge, à la date du 6 juin 2018, celle de dix-sept personnes hospitalisées, concernées par huit mesures de tutelle, huit mesures de curatelle simple et une mesure de curatelle aménagée.

Les assistantes sociales intervenant dans les unités initient les mesures de protection et assurent le lien entre les patients et les mandataires judiciaires.

Les principales difficultés signalées au sein des unités concernent la difficulté à joindre les mandataires extérieurs et les délais de réponse de ces derniers. En revanche, il ne serait jamais fait obstacle à l'ouverture d'une mesure de protection pour des patients qui n'auraient pas les moyens de prendre en charge le coût de l'expertise médicale (de l'ordre de 150 euros) prévue à l'article 217-1 du code de procédure pénale ; dans ce cas, en effet, un juge des tutelles est contacté afin qu'il demande expressément une expertise, ce qui dispense la personne à protéger, de devoir en supporter le coût.

Les mandataires sont convoqués lors des audiences devant le JLD des patients pris en charge mais ne s'y rendent pas et ne communiquent pas d'information au magistrat (cf. § 4.6.3).

4. LE RESPECT DES DROITS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DE L'ISERE REMPLIT LES MISSIONS QUI LUI SONT CONFIEES, MAIS NE FOURNIT PAS DE COMPTE RENDU A L'ETABLISSEMENT

La commission départementale des soins psychiatriques de l'Isère est présidée par un psychiatre extérieur à l'établissement. Elle est composée d'un autre psychiatre, d'un magistrat, d'un médecin anesthésiste-réanimateur, d'un représentant de l'union nationale des familles et amis de personnes malades ou handicapées psychiques (UNAFAM) et d'un représentant de la fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAPSY).

La commission visite très régulièrement l'établissement et ce depuis plusieurs années comme l'atteste l'examen des registres de la loi, même anciens. Ainsi pour la seule année 2017, la CDSP est venue les 6 et 27 avril, le 24 mai, le 6 juillet et le 9 novembre.

Les visites sont annoncées par courrier à la direction de l'établissement qui est invitée à aviser les patients des unités concernées par voie d'affichage. Chaque unité fournit la liste des patients désirant rencontrer la commission et il a pu ainsi être dénombré parfois quatorze patients pour une visite. Parmi les personnes se faisant connaître, figurent aussi des familles et des mandataires judiciaires.

Lorsqu'il a été demandé à l'établissement de présenter aux contrôleurs les comptes rendus de visite, il a été indiqué que la CDSP ne les adressait pas à l'établissement. Contacté, le président de la CDSP a confirmé cette situation en précisant cependant que cette décision avait d'abord été prise pour préserver l'anonymat des situations personnelles évoquées dans les comptes rendus. Le compte rendu est bien envoyé, conformément aux textes, aux autorités administratives, dont le CGLPL, et judiciaires ; il est préalablement expurgé de toute évocation personnelle.

D'autre part, la CDSP n'hésite pas, pour toute situation qui lui paraît nécessiter la démarche, à adresser un courrier à l'établissement ou à rencontrer le président de la commission médicale d'établissement (CME). Enfin, le président est intervenu également lors des commissions des usagers pour communiquer dans un cadre institutionnel.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'elle a, depuis la visite, été destinataire du dernier compte rendu de la CDSP.

4.2 LA PLACE DES USAGERS EST BIEN PRISE EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

La maison des usagers (MDU) est située dans le bâtiment de l'unité de médiations thérapeutiques, non loin de la cafétéria. C'est un lieu ouvert à tous les usagers, aux proches, aux professionnels de santé et de l'action sociale, aux associations et à toute personne concernée par la psychiatrie et la santé mentale. Les usagers peuvent avoir accès à un grand nombre d'informations et de services. C'est un relais avec l'extérieur. Des permanences d'associations y sont organisées comme par exemple : RAPSODIE (représentation et action des patients en milieu sanitaire et hospitalier du département de l'Isère ; l'UNAFAM ; K2 et Entretien : (associations de soutien aux personnes bipolaires et à leurs proches); VELPH (vivre ensemble le handicap psychique) ; PRESCRI' BOUGE, le GEM (Groupe d'entraide mutuelle), ENVOL ISERE AUTISME. La MDU organise aussi des journées à thème, la dernière en date sur « *emploi et handicap* » s'est déroulée dans la galerie des arcades et a été filmée par le responsable vidéo de l'établissement. Le petit film, comme d'autres reportages, est mis ensuite sur le site du CHAI.

La commission des usagers (CDU) se réunit tous les trois mois. Les contrôleurs ont assisté à la CDU du 5 juin 2018 à laquelle participaient la directrice adjointe, les représentants des usagers de RAPSODIE, l'UNAFAM, K2, le chargé de relations des usagers, l'assistante de la MDU, une médiatrice médicale du pôle infanto-juvénile, une assistante sociale et un infirmier.

Les représentants des usagers ont pu s'exprimer en toute indépendance sur la validation du dernier compte rendu, les pratiques d'isolement et contention et le rapport annuel 2017, la politique du droit des patients et l'examen des plaintes et réclamations. Ils ont émis des avis et ont été écoutés sur le règlement intérieur, la personne de confiance, la traçabilité de la durée en chambre d'isolement, l'analyse de certaines récriminations.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI MET EN EVIDENCE UNE PRATIQUE ANORMALEMENT RESTRICTIVE DES AUTORISATIONS DE SORTIE

4.3.1 La tenue des registres

Les registres sont tenus par le bureau des entrées, et conservés dans un petit bureau inaccessible au public. Le principe de tenue des registres est d'abord de séparer les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat de ceux sur décision du chef d'établissement. Il y a donc deux « filières » distinctes de registre avec deux enregistrements chronologiques séparés.

Le dernier en date des registres de soins sur décision du représentant de l'Etat porte le numéro 122 et a été ouvert le 20 avril 2018. Pour les soins à la demande d'un tiers, il porte le numéro 227 et a été ouvert le 22 mai 2018.

Dans chacun des registres, plusieurs pages sont dévolues à chaque admission. Les services de l'hôpital enregistrent l'admission, et ensuite collent des copies des certificats médicaux et des décisions relatives au déroulé des soins sans consentement. Chaque pièce photocopiée est en même temps réduite avant d'être collée. Quand l'ensemble des pages consacrées à un patient a été entièrement rempli, on procède à un renvoi sur un nouveau registre, en prenant soin de noter le numéro du nouveau registre et le numéro d'ordre.

De plus, il est tenu en fin de registre un répertoire alphabétique qui permet, à partir du nom, de retrouver les pages consacrées à ce patient par le numéro d'ordre.

La totalité des certificats médicaux, des demandes de sortie, des arrêtés préfectoraux (pour les SDRE) et des programmes de soins sont apposés dans le registre. Au niveau des décisions judiciaires, la décision a été prise de ne faire apparaître que les décisions de mainlevée à l'exclusion des décisions de maintien.

Concernant les soins à la demande d'un tiers, il n'est pas procédé à l'apposition dans le registre des décisions du chef d'établissement, ni du certificat établi par le tiers dont le nom apparaît calligraphié dans le registre. Les éventuelles mesures de protection judiciaire (tutelle, curatelle) ne sont pas non plus inscrites.

A l'examen, il apparaît dans cet établissement que le support papier d'un registre de la loi n'est plus adapté au regard du travail de photocopie, de réduction, de collage, important.

Hors les choix cités *supra* de ne pas apposer certains documents, choix que les contraintes de la tenue d'un registre papier sinon justifient en tout cas expliquent, les registres apparaissent complets, bien tenus, sans erreur et remplissent parfaitement leur rôle de permettre une visibilité totale dans le déroulé des soins sans consentement.

Les registres sont très régulièrement visés par le président de la commission départementale des soins psychiatriques, ainsi que plus ponctuellement par certaines autorités administratives ou judiciaires.

4.3.2 Les informations contenues

a) Les autorisations de sorties

Dès le suivi du premier ou second patient, l'attention du lecteur est attirée par une pratique très inhabituelle de l'établissement. Qu'il s'agisse de soins sur décision du représentant de l'Etat ou à la demande d'un tiers, l'établissement applique systématiquement la procédure de demande de sortie de moins de douze heures dès lors que le patient est amené à sortir de l'unité, fût-ce pour se présenter devant le juge des libertés et de la détention, pour se rendre à une consultation somatique ou à la cafétéria, à l'intérieur même du parc de l'hôpital.

Interrogé, l'établissement a expliqué qu'il s'agissait d'une pratique décidée par l'ancienne direction à la suite de la fugue d'un patient en 2008, fugue aux conséquences dramatiques et à l'impact médiatique national (cf. § 7.2.2).

L'ensemble des registres témoigne en effet que l'établissement considère qu'une autorisation est obligatoire dès lors que le patient sort de l'unité, le parc étant considéré comme la voie publique. Il s'ensuit un nombre très important d'autorisations de sortie collées page après page dans le registre de la loi et archivées dans le dossier du patient.

La délégation territoriale de l'ARS, contactée téléphoniquement par les contrôleurs, a confirmé la pratique, en précisant que concernant les soins sur décision du représentant de l'Etat, les autorisations n'étaient transmises à la préfecture de l'Isère que pour certains cas, notamment pour les sorties hors de l'enceinte. Des entretiens effectués en interne, il apparaît que cette procédure n'est pas comprise, ni particulièrement protectrice juridiquement et que beaucoup souhaitent une réévaluation du dispositif.

Recommandation

Les demandes d'autorisation de sortie non accompagnée de moins de douze heures ne doivent pas être effectuées pour une sortie dans le parc de l'établissement ou pour se rendre à des activités ou rendez-vous à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que ces demandes continuent à être formulées dans l'attente d'une rencontre avec l'ARS et la préfecture, avec le souci de clarifier le statut juridique du parc et avec le souhait de sécuriser le site de l'établissement avec un contrôle des entrées et sorties. Une aide financière auprès de l'ARS a été formulée pour le plan de sécurisation de l'établissement. Une note de service du 18 septembre 2018 fournie par l'établissement indique que les sorties accompagnées de moins de douze heures dans l'enceinte de l'établissement ne justifient plus désormais de certificat médical de demande de sorties accompagnées.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation pour les sorties non accompagnées dans l'enceinte de l'établissement.

b) Les interventions du représentant de l'Etat

Dans les trois registres de la loi relatifs aux soins sur décision du représentant de l'Etat examinés¹, seize arrêtés préfectoraux de levée des soins sans consentement ont été examinés. Tous ces arrêtés ne visent qu'un seul certificat médical et mettent donc en évidence que le préfet de l'Isère sollicite peu son droit d'exiger un second certificat, dans une démarche de décision au cas par cas.

On note également, le 19 janvier 2018, un refus du préfet de placer par arrêté un patient en soins sans consentement. Le préfet justifie son refus par l'absence d'évocation de risques de troubles à l'ordre public dans les certificats médicaux produits et indique qu'en l'espèce, il appartient au chef d'établissement d'utiliser la procédure de soins sans consentement à la demande d'un tiers. L'examen des registres fait également état de la part de l'autorité préfectorale de peu de refus de sorties, à l'exception d'une demande rejetée le 16 avril 2018, au motif de la radicalisation présumée du patient.

Toutefois, de sérieuses difficultés d'obtention d'autorisations de sortie non accompagnées de la part de la préfecture ont été portées à la connaissance du Contrôle général en août 2018.

c) Les certificats médicaux mensuels

Il n'a pas été trouvé, dans les certificats médicaux mensuels, d'utilisation abusive de la technique du « copier-coller ». Même s'il demeure d'un mois sur l'autre quelques phrases déjà lues le mois passé, les rédacteurs s'attachent généralement à actualiser et individualiser leurs certificats.

4.4 AUCUNE PROCEDURE DE CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'A ETE MISE EN PLACE

L'établissement n'a pas mis en place de procédure permettant la confidentialité de l'hospitalisation. Dans les différentes unités, il a été indiqué, pour certaines, quelques pratiques mettant en évidence un souci à ce niveau, comme celle de prévenir le standard de la volonté exprimée par un patient.

Interrogée à ce sujet, la direction n'a pas éludé le sujet s'engageant à mettre fin à cette absence.

Recommandation

Une procédure garantissant la confidentialité de l'hospitalisation, lorsque le patient en exprime le souhait, doit être mise en place.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la cellule d'identité-vigilance travaille à l'élaboration d'une procédure garantissant la confidentialité de l'hospitalisation et qui sera approuvée par le comité de pilotage qualité en décembre 2018. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

4.5 LES PROGRAMMES DE SOINS POSENT POUR REGLE LA FIN DE L'HOSPITALISATION COMPLETE

La juge des libertés et de la détention, rencontrée lors de l'audience, n'a pas constaté d'usage détourné de la procédure du programme de soins ni directement, ni à la suite de la saisine d'un patient ou de son conseil.

¹Registre 120 tenu du 20 décembre 2017 au 8 février 2018, N°121 tenu du 9 février au 18 avril 2018 et 122 ouvert le 20 avril 2018.

Les contrôleurs ont examiné le contenu de douze programmes de soins apposés dans les trois derniers registres de la loi consacrés aux soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat. L'ensemble de ces programmes posait le principe de la fin de l'hospitalisation complète avec parfois des retours séquentiels de très courte durée, mais le plus souvent des soins obligatoires en centre médico-psychologique. Lors des visites dans les unités, ces pratiques ont été confirmées.

Au bureau des entrées, il a été également rapporté que, dès la mise en place des dispositions de la loi du 5 juillet 2011, l'établissement s'était conformé en tout point à la lettre et à l'esprit des dispositions législatives sur le dispositif du programme de soins.

Concernant les sorties, en dehors des demandes formulées pour les sorties hors de l'unité (cf. § 4.3.2) qui suscitent l'interrogation sur leur pertinence juridique, il a pu être constaté notamment par l'examen des registres de la loi, que les médecins n'hésitent pas, parfois quatre ou cinq jours seulement après une hospitalisation, à solliciter une demande de sortie en dehors de l'établissement, sur des considérations cliniques.

4.6 LE CONTROLE DU JUGE DE LA LIBERTE ET DE LA DETENTION S'EFFECTUE SANS CONVENTION ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LE TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE

La convention entre le tribunal de grande instance de Grenoble et le centre hospitalier Alpes-Isère n'a pas été établie. Il est apparu cependant que cette absence de formalisation n'était pas la conséquence d'une organisation méconnaissant les dispositions législatives du 27 septembre 2013 : les juges des libertés et de la détention (JLD) se déplacent deux fois par semaine au sein du centre hospitalier où des locaux ont été spécialement aménagés pour la tenue des audiences.

Recommandation

Une convention entre l'établissement, l'agence régionale de santé et le tribunal de grande instance de Grenoble doit pérenniser les modalités d'exercice du contrôle effectué le JLD.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la convention sera signée fin 2018. Le projet de texte a été adressé aux contrôleurs et l'ARS a confirmé cela dans ses observations **du 19 novembre 2018**.

4.6.1 Organisation générale

Les deux audiences hebdomadaires ont lieu les mardi et vendredi matin. Elles sont tenues par les deux juges des libertés et de la détention du tribunal qui s'y succèdent une semaine chacun.

Le ministère d'avocat, rendu obligatoire par la loi, est assuré par le barreau de Grenoble qui délègue à chaque audience un avocat de permanence. Le règlement des honoraires dans ces cas-là n'a jamais donné lieu à controverse car pris en charge par l'aide juridictionnelle quelles que soient les ressources du patient. Il n'y a pas au sein du barreau de Grenoble d'avocats dédiés à l'assistance des patients devant le JLD ; tous ont suivi une formation spécifique renouvelée annuellement et tous peuvent donc être appelés lors des permanences à assurer la défense de patients.

Lors des audiences, l'administration de l'hôpital n'est pas représentée et le tribunal s'assure que les mandataires de justice ont bien été prévenus.

Il a été indiqué aux contrôleurs que ni les magistrats, ni les avocats n'exerçaient en robe pendant les audiences. Le magistrat rencontré a indiqué que sa pratique et celle de son collègue était – sauf problématique soulevée demandant réflexion- de rendre les décisions sur le siège, de les notifier immédiatement, de les faire signer par le greffier et d'explicitier les voies de recours.

4.6.2 Les locaux

Les locaux dévolus aux audiences se trouvent sur l'arrière de la maison des usagers. Ils ne sont pas signalés par un panneau « annexe TGI » mais par un simple panneau « salle d'audience ».

Ils se composent d'une salle d'attente, d'un secrétariat, d'une salle dédiée aux entretiens des avocats, d'une ancienne salle d'audience et de celle actuellement utilisée.

Il s'agit d'une vaste salle largement éclairée meublée d'une longue et large table où prennent place d'un côté le magistrat et son greffier et de l'autre le patient et son conseil. Cette salle permet l'installation de chaises supplémentaires pour les soignants venant accompagner les patients et le public. L'ensemble apparaît à la fois fonctionnel, respectueux de la confidentialité des échanges et conforme à l'image de solennité qui doit s'attacher à ce lieu.



Salle d'audience



Bureau central

4.6.3 Le déroulement de l'audience

Les audiences ont lieu portes ouvertes. Les contrôleurs ont assisté à celle du mardi 5 juin 2018. La magistrate déclinait à tous les « comparants-patients », son nom, celui de sa greffière, sa fonction et le but de l'audience. La parole est ensuite accordée d'abord au patient invité à s'exprimer sur son hospitalisation et sur la décision pendante de maintien des soins sans consentement. Le conseil, qui s'est au préalable entretenu avec le patient et a pu consulter le dossier déposé à son attention au secrétariat, s'exprime en dernier avant que la décision et les voies de recours ne soient rendues, notifiées et expliquées au patient. Les avocats sont presque toujours présents. Les contrôleurs ont longuement échangé avec la juge des libertés et de la détention qui a indiqué qu'elle ne tolérerait pas qu'un patient compare à l'audience en pyjama, comme cela a pu être le cas, il y a trois ans. Elle avait alors mis fin à la pratique exigeant que les patients comparaissent habillés. Elle a indiqué également avoir travaillé avec l'établissement pour obtenir que la notification des audiences au patient soit effectuée au moins 24 heures avant car des manquements avaient été constatés particulièrement pour les personnes détenues.

Concernant également les personnes détenues, il a été indiqué qu'elles arrivaient à l'audience avec un accompagnement du service d'accueil et de garde infirmier (SAGI) qui ne reste dans la

salle d'audience qu'à la demande du magistrat. Il n'est jamais fait appel aux services de sécurité, police, gendarmerie ou pénitentiaire, pour ce type d'accompagnement.

Le tribunal a relevé, à plusieurs reprises, des carences dans les avis d'audience pourtant obligatoires de la part des tuteurs et curateurs. Ces carences ont motivé récemment deux décisions de mainlevée. Depuis, il n'a plus été constaté de tels manques, mais les tuteurs et curateurs, institutionnels ou non, ne sont quasiment jamais présents aux audiences et ne fournissent pas non plus au juge de compte-rendu de situation écrit.

Le tribunal a indiqué n'avoir jamais estimé utile ou nécessaire de remettre en cause les certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour un patient de comparaître.

Enfin, au niveau des décisions, la pratique du tribunal est d'accorder un délai maximum de 24 heures pour les décisions de mainlevée motivées par des raisons de forme et un délai identique pour inviter les médecins à mettre en place un programme de soins adapté après une hospitalisation complète.

4.6.4 Les données statistiques

En 2017, pour 1 018 patients convoqués, 876 ont été effectivement présents à l'audience. Le magistrat a rendu 71 décisions de confirmation de la mainlevée par le médecin avant l'audience, 10 mainlevées et 927 décisions de maintien.

Pour le premier trimestre 2018, pour 227 patients convoqués, 193 ont été effectivement présents à l'audience. Le magistrat a rendu 21 décisions de confirmation de la mainlevée par le médecin avant l'audience, 3 mainlevées et 203 décisions de maintien.

En 2017, 52 appels ont été interjetés par les patients ; la cour d'appel de Grenoble a prononcé 49 arrêts de maintien et 3 mainlevées. En 2018, 7 appels ont été interjetés et 7 maintiens prononcés par la cour d'appel.

Il a été remis aux contrôleurs, copie des ordonnances ou des arrêts qui contiennent les formules « *hospitalisation sous contrainte* » à l'exclusion de « *soins sans consentement* ».

4.7 LA PROCEDURE D'EXAMEN DES DEMANDES DE PROLONGATION DE SOINS SANS CONSENTEMENT PAR LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS EST APPLIQUEE AVEC RIGUEUR

De l'examen des registres de la loi, comme des échanges avec les soignants et de l'examen des archives, il apparaît que l'établissement a parfaitement formalisé la mise en place des collèges de professionnels lorsque les dispositions législatives imposent qu'ils soient réunis pour formuler un avis sur une demande de prolongation de soins sans consentement.

Dans un premier temps le secrétariat des unités formule auprès de la direction générale une demande de collège en fournissant le nom du patient, celui du médecin traitant éventuellement un membre de l'équipe soignante. Une convocation signée du directeur général est alors adressée à ces deux personnes ainsi qu'à un médecin extérieur à l'unité. Cette convocation précise les dates, heures et lieux où se tiendra le collège.

Les convocations sont ensuite archivées au bureau des entrées. Les contrôleurs en ont dénombré pour la seule année 2017, trente et une pour le pôle Drac-Trièves-Vercors, quarante-trois pour le pôle voironnais, soixante-quinze pour le pôle Grenoble-Grésivaudan. Le collège reçoit les patients concernés.

5. LES RESTRICTIONS DE LIBERTE

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR HORS DES PAVILLONS EST RESTREINTE

Au sein des unités, les personnes peuvent circuler librement depuis leur chambre jusqu'aux espaces communs. Il n'y a pas de fermeture systématique des chambres à certains horaires, mais il est interdit de se rendre dans les autres chambres. Dans certains pavillons, les patients ne peuvent, par contre accéder à la partie où sont situés les bureaux du personnel (assistante sociale, secrétariat, bureau de la cadre, bureau médical).

L'accès aux jardins ou patios est permis dans une amplitude horaire qui diffère quelque peu, et qui s'étend au mieux entre 7h30 et 23h. Si les jardins des anciennes unités sont vastes et arborés, les unités les plus récentes ont des espaces extérieurs de taille variable, et dont certains sont réduits, à l'aspect minéral peu accueillant, voire carcéral, avec des grillages.



Patio et hall d'une unité récente

Par contre, les pavillons du CHAI sont tous fermés à clé. Pour les patients qui font l'objet de restrictions, les sorties des unités doivent faire l'objet d'une autorisation, et ce quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement), même si ce n'est pour se déplacer que dans l'enceinte de l'hôpital afin par exemple de se rendre auprès du JLD. Dans certains formulaires, la "sortie" est liée à une activité, généralement l'ergothérapie, ce qui semble exclure que le patient puisse passer ce même temps à la cafétéria ou dans le parc. Dans un cas, un patient en soins libres a le droit de sortir deux matins par semaine pendant une heure, son formulaire d'autorisation de sortie indiquant qu'il « *est autorisé à sortir tous les mardis et vendredis de 10h à 11h (achat cigarettes) et tous les après-midi de 14h à 16h* ». L'autorisation précise le but de sa sortie, en l'espèce l'achat de tabac. Des restrictions peuvent également être imposées pour un motif disciplinaire : un patient a vu ses possibilités de sortir réduites quand il a été surpris avec du cannabis en regagnant son unité (cf. § 4.3.2).

La réévaluation de ces restrictions est effectuée dans différents cas de figure : un événement peut mener à les revoir à la baisse (agitation, fugue), mais elles seront revues à la hausse suite à la demande du patient de sortir plus, ou de participer à telle activité. Enfin, il peut arriver que le médecin suggère à ses patients de sortir plus souvent de l'unité.

Recommandation

La liberté de circulation doit être la règle et non l'exception. Les sorties dans le parc ne doivent pas être soumises à une autorisation préfectorale pour les patients en SDRE. Aucune restriction de liberté ne peut être décidée pour des patients en soins libres.

Dans ses observations du 8 novembre 2018 répondant au rapport de constat transmis le 27 septembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la question de l'ouverture des unités est une thématique prioritaire qui figurera également dans le volet projet médical du projet d'établissement. L'objectif de la communauté médicale est celui d'une unité ouverte par pôle à très court terme, avec la problématique des difficultés à garantir la sécurité de patients vulnérables dans un site étendu et ouvert sur l'extérieur ; les accès multiples et l'enceinte sont non complètement surveillés au regard des moyens matériels et humains actuellement financés mais qui ont pu être évalués, pour la partie investissement, dans le projet de sécurisation transmis à l'ARS par courrier en date du 27 mars 2018.

Par ailleurs, les unités d'hospitalisation du CHAI accueillent en leur sein, des patients en hospitalisation libre comme sans consentement, ce qui soulève la question de la gestion individuelle des droits d'accès des patients et de la responsabilité de la direction de l'établissement en cas de sortie non autorisée de l'enceinte de l'établissement d'un patient en soins sans consentement. Une rencontre réunissant l'ARS et la préfecture a été sollicitée. Depuis l'inspection de l'ARS en avril 2018, deux actions ont été mises en œuvre : une EPP sur l'ouverture des unités, animée par la présidente de la CME, et une note de service encadrant les sorties accompagnées pour les patients en soins sans consentement a été rédigée par la directrice générale.

Les contrôleurs maintiennent leurs recommandations en rappelant que la liberté d'aller et venir constitue un droit fondamental des patients qui ne peut être restreint que dans le cadre de la loi.

5.2 L'USAGE DU PYJAMA EST INAPPROPRIÉ

Le port du pyjama correspond à une prescription médicale ; cependant, le lien entre pyjama et soin n'est pas systématiquement mis en avant par les médecins interrogés. Il est inégalement utilisé selon les unités, et les motifs invoqués, quant à son utilisation, sont divers. Au moment de la visite, une vingtaine de patients étaient en pyjama.

Dans les chambres d'isolement, le port du pyjama est systématique. D'après plusieurs médecins, il répond à un impératif de sécurité, pour empêcher le patient de dissimuler des objets dangereux dans ses vêtements, ou de se suicider.

Au moment de la visite, certains patients portaient un pyjama dans l'attente que leurs vêtements propres leur soient apportés, ce qui pouvait prendre plusieurs jours, mais aussi dans l'attente de l'autorisation du médecin pour pouvoir porter leurs vêtements ordinaires.

Dans d'autre cas, il était prescrit dans la mesure où il présentait un apport jugé « thérapeutique », car il « rassure », ou joue le rôle de « contention psychique », notamment pour une personne en situation de déficience intellectuelle.

Dans une unité d'admission, un patient décrit comme « difficile » portait un pyjama depuis une durée qui n'a pu être déterminée ; dans une autre, il était imposé à un patient fugueur, qui avait commis, par le passé, des actes de violence graves. Au retour de fugue, les patients sont placés en pyjama pour des durées variables, afin de leur signifier qu'ils ont transgressé le règlement, et

pour qu'ils puissent être identifiés dans le cas où ils tenteraient à nouveau leur chance. Dans le cas d'une patiente ayant fugué durant le week-end précédant la visite, il a été indiqué que la mesure avait été « levée » deux jours après son retour.

Enfin, un patient, qui avait été mis en isolement, avait été placé en pyjama. Quelques temps plus tard, bien que l'isolement ne soit plus prescrit, il a été maintenu dans la chambre d'isolement, en l'absence de lit disponible dans l'unité, et pour autant laissé en pyjama, sans qu'il lui soit proposé de reprendre une tenue civile. Faute d'attention à l'égard de sa situation, ce n'est qu'au moment de sa sortie que le personnel s'est aperçu qu'il n'avait pas d'effets vestimentaires.

Certains patients ont expliqué avoir ressenti la mise en pyjama comme une sanction ; des médecins ont indiqué ne pas souscrire à cette pratique humiliante et peu respectueuse de la dignité.

Enfin, un problème de taille des pyjamas a été relevé, entre autres, dans l'unité adolescents où les adolescents n'ont pas de pyjama à leur taille et sont contraints de porter des tailles plus larges.

Recommandation

Le port du pyjama en chambre d'isolement ne doit pas être systématique, ni répondre à un motif disciplinaire. Son usage ne peut pas être thérapeutique.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'elle a saisi le comité d'éthique du CHAI pour qu'il puisse formuler des préconisations. Les contrôleurs en prennent acte.

5.3 L'ACCES AU TABAC EST INDIVIDUALISE EN FONCTION DE L'AUTONOMIE, DE LA CONSOMMATION, ET DES RESSOURCES DES PATIENTS

Les cigarettes sont conservées par les soignants dans les bureaux infirmiers, qui gèrent les réserves. Chaque jour, les patients se voient remettre leur « ration », qui correspond à une « prescription médicale ». Certains peuvent garder leur paquet, d'autres se voient confier les cigarettes par cinq à différents moments de la journée, d'autres, minoritaires, au compte-gouttes, pour éviter qu'ils fument trop, ou empêcher le racket des plus vulnérables. Certains patients ont indiqué ne pas comprendre ces restrictions.

Le suivi de la distribution des cigarettes à ces patients (entre huit et treize cigarettes par jour) peut être assuré par un tableau avec des aimants, ou avec des croix, parfois oubliées, sur une feuille de papier.

Les cigarettes sont achetées dans un commerce local qui reçoit les commandes par fax et se fait ensuite directement payer par les tuteurs et les curateurs, le cas échéant.

On fume dans les jardins ou patios, où il n'y a pas toujours d'auvent pour se protéger des intempéries, notamment dans les pavillons anciens. Les patios ne disposent pas d'allume cigarettes. Certains patients peuvent conserver leur briquet, d'autre non, quand un risque suicidaire est identifié.

Des substituts nicotiques peuvent être proposés, le cas échéant.

5.4 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT INEGALEMENT DISPONIBLES

5.4.1 La circulation du courrier

Le courrier n'est pas contrôlé. Quand les patients écrivent aux autorités, les enveloppes et timbres sont fournis par l'administration, mais cela est également le cas pour les patients qui ont des moyens financiers limités.

Dans certaines unités, le cadre prévient les patients qu'un tampon de l'hôpital sera apposé sur l'enveloppe, ce qui indique aux destinataires, leur présence au sein de l'établissement.

5.4.2 L'accès au téléphone et à l'internet

Toutes les unités disposent d'une cabine téléphonique, hormis l'unité Charmeil qui accueille des patients au long cours n'ayant généralement pas de téléphone portable. Dans une unité, les patients gèrent eux même l'utilisation de la cabine téléphonique en appel entrant.

Concernant le téléphone portable, le principe est l'autorisation, sans qu'il y ait de restriction relative à la présence de caméra ou l'accès à l'Internet. La plupart des patients dans les unités étaient détenteurs de leur téléphone, sauf pour certains souffrant de troubles bipolaires, notamment en état maniaque, pour qui le téléphone peut être retiré de manière temporaire. Les chargeurs étaient toutefois conservés dans les bureaux infirmiers, pour éviter le risque de suicide, et ce pour tous les patients, ce qui génère de la frustration chez certains soignants qui ont l'impression de passer beaucoup de temps à charger les téléphones.

Dans certaines unités, des tablettes numériques sont proposées à certains patients, leur proposant un accès à internet, qui peut être paramétré pour être limité à certains sites (Matisse, UPRA).

Bonne pratique

Certaines unités mettent à disposition des patients des tablettes numériques permettant d'accéder à l'Internet.

5.4.3 Les visites des familles

Toutes les unités ne sont pas pourvues d'un espace destiné à recevoir les familles. Les pavillons les plus anciens n'en ont pas (Esquirol, Charmeil, Fodéré), les plus récents en ont un (Matisse, Berlioz, UPRA, Rimbaud), voire deux (unité 104). Dans les unités anciennes, les patients reçoivent leur famille dans le parc, leur chambre, les espaces communs, se rendent à la cafétéria quand ils en ont l'autorisation.

Dans l'unité Tony Lainé qui reçoit les mineurs, les visiteurs peuvent seulement rencontrer le mineur dans une pièce sombre située dans le passage entre la porte pour les visiteurs et l'accès à l'unité, ce qui la rend peu propice à l'intimité. Les visites peuvent également avoir lieu dans le parc.

Dans l'unité TSA, deux pièces sont accessibles avant la porte de l'unité. La possibilité de trouver un espace spécifique au sein de l'unité est envisagée.

Dans les unités où il n'y a pas de pièce spécifique, les patients ne peuvent recevoir la visite d'enfants. Les visites sont alors organisées dans les locaux de la chefferie de pôle.

La semaine, les visites sont autorisées uniquement l'après-midi, de 14h à 18h30 dans la plupart des unités, 18h à l'APEX. L'horaire devrait être élargi jusqu'à 18h30. Le week-end, certains

pavillons autorisent également les visites le matin (Fodéré). Tous les patients ont *a priori* le droit de recevoir leur famille, dès le début de leur hospitalisation, mais le nombre de visiteurs est limité à deux, sans compter les enfants.

Il n'y a pas d'interdiction de visite systématique en début d'hospitalisation. Des personnes placées en isolement pendant de longues périodes peuvent également recevoir leur famille. Ainsi, à l'unité Esquirol, un patient placé en isolement depuis plusieurs semaines a passé plusieurs heures avec sa famille dans le parc, entouré d'autres patients.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 UNE PARTIE DES LOCAUX EST NEUVE ET QUELQUES SERVICES RESTANTS SONT APPELES A DEMENAGER EN DECEMBRE 2018

L'établissement souffre actuellement de la fermeture d'une unité de vingt lits en 2017, décidée du fait de la pénurie de médecins. Les patients attendent ainsi plus longtemps qu'ils ne devraient aux urgences voire dans les chambres d'isolement par défaut de lits. Les futurs bâtiments en cours de construction intègrent cependant la réouverture de ces lits pour lesquels les effectifs soignants n'ont jamais été supprimés.

Les locaux actuels sont de qualité variable et de trois sortes.

Des bâtiments vétustes : les unités Esquirol au pôle Voiron et Charmeil au pôle Trièves-Vercors. Ce sont souvent des unités sur deux étages avec des chambres doubles ou individuelles mais très exiguës et des sanitaires collectifs. L'ensemble est plutôt sinistre avec une ambiance de pavillon asilaire. L'unité Esquirol doit déménager dans les locaux neufs dès décembre 2018 ; l'unité Charmeil devrait intégrer le bâtiment APEX/Berlioz en 2020.

Le second groupe de bâtiments date des années 2000 et se trouve dans un état correct : unités 104 et Fodéré au pôle Trièves-Vercors et unité 101 au pôle Voiron. Ce sont des unités sur deux étages avec des chambres doubles et des chambres individuelles qui ne comportent souvent qu'un lavabo. Les WC et les douches sont collectifs. Il existe parfois un ascenseur, des salons visiteurs et une buanderie comme au 104. Ces unités sont, sauf l'unité Fodéré, appelées à déménager soit dans des locaux neufs (unité 101) soit dans des bâtiments plus récents. Ainsi l'unité 104 s'installera en 2020 dans les locaux de l'APEX. Dotées parfois d'un parc immense comme au 101 ou au 104, elles risquent de ne plus avoir d'espaces verts dans les nouvelles installations sauf à devenir des unités ouvertes. Le cas de l'unité Tony Lainé, dont les locaux ont été refaits en 2000, est un peu à part : des chambres individuelles avec salles de bains attenantes mais des « rafistolages » en bois pour réparer les murs construits avec des matériaux peu résistants (voir § 9.1.1 b).



Chambre double au 104 et lavabos attenants

Enfin, le troisième groupe de bâtiments concerne les unités récentes plus modernes que sont l'UPRA, l'APEX au pôle Trièves-Vercors ; l'unité Berlioz au pôle Voiron, l'ensemble du pôle Grenoble-Grésivaudan, ainsi que le pôle du trouble du spectre autisme (TSA).

Toutes les chambres y sont individuelles avec salles de bains attenantes. Elles sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'un bouton d'appel, d'une table, d'une chaise, d'un placard avec coffre

et d'une poubelle. Certaines ont un verrou de sécurité permettant au patient de fermer sa porte de l'intérieur. Les fenêtres ne s'ouvrent que sur un panneau et de quelques centimètres. Il n'y a pas de décoration personnelle aux murs mais les patients peuvent avoir un poste de radio ou même, comme à l'unité Rimbaud, un ordinateur dans leur chambre. Leur nom est en général noté sur la porte. Au sein des unités récentes, les volumes sont lumineux, impersonnels, avec des couloirs clairs et aérés, un ou deux salons télévision, une salle d'activité, parfois un coin lecture (unité Rimbaud), un réfectoire, le tout en rez-de-chaussée autour d'un patio carré et parfois agrémenté d'un espace vert privé.



Unité récente : chambre, salle de bains et placard avec coffre.

Les patients les plus autonomes peuvent avoir la clé de leur placard où se trouve un petit coffre mais dans l'ensemble, les clés des chambres et des placards sont rangées dans le bureau des infirmiers.

A l'unité TSA (trouble du spectre autisme), des pictogrammes sur les portes aident les patients à se repérer et du mobilier adapté (fauteuils, coussins, matelas) est disposé dans les salles et les couloirs pour permettre à ces patients très handicapés de se reposer, de s'allonger et d'éviter autant que faire se peut, chocs et chutes.

Enfin dans certaines unités, des espaces sont climatisés comme le salon bleu au 104.

Les espaces extérieurs sont le plus souvent un patio carré autour duquel s'organise l'hébergement mais certaines unités (101 et 104) disposent d'un grand espace vert où sont installés des fauteuils, un panier de basket-ball, des ballons.



Patio unité Rimbaud



Vue sur le parc de l'unité 104



Parc intérieur de l'établissement

6.2 L'HYGIENE EST PRISE EN COMPTE TANT POUR LE NETTOYAGE DES LOCAUX QUE POUR LE LINGE ET L'HYGIENE PERSONNELLE

De quatre à six agents des services hospitaliers (ASH) sont en roulement par unité pour l'entretien. Souvent seuls le matin ou l'après-midi, ils ont en charge le nettoyage des bureaux, des lieux communs : couloirs, salles de réunion, d'activités, de télévision, réfectoire, les sanitaires collectifs puis des chambres ainsi que de la chambre d'isolement ou d'apaisement. Ils suivent des formations mais uniquement consacrées à l'hygiène et seraient intéressés, compte tenu du public qu'ils côtoient tous les jours, par des formations sur « *hygiène et psychiatrie* ».

Malgré la vétusté de certaines unités, les locaux sont propres et correctement entretenus : unités Charmeil, Esquirol, Fodéré. 101, 104, et même à l'unité Tony Lainé, où pourtant les locaux sont souvent dégradés.

Dans les unités neuves, l'état des communs est impeccable. Le patient dispose de sa propre salle de bains équipée d'un lavabo, d'une douche, d'un WC, de patères souples, de barres pour se tenir.

Dans les unités anciennes, les douches sont collectives. Elles peuvent être ouvertes toute la journée (Esquirol, Charmeil) ou à certaines heures (unité 104 : de 7h à 10h et de 17h à 20h). Parfois les chambres sont dotées de WC et de lavabos (deux pour les chambres doubles), mais il existe aussi des WC collectifs. Au 104, une salle avec baignoire est parfois utilisée.

C'est souvent dans les anciens locaux qu'on trouve des laveries ou buanderies : unités 104, 101, Fodéré avec machine à laver et sèche-linge utilisés par les patients accompagnés ou non selon leur état. Sinon c'est le lavage à la main (Berlioz) ou l'utilisation de la laverie d'une autre unité (Apex). Le linge peut être aussi lavé par l'établissement à condition qu'il soit marqué mais le plus souvent c'est la famille qui s'en charge. A l'unité 104 un chariot avec du linge propre (draps, taies d'oreiller) est disponible pour ceux qui le souhaitent.

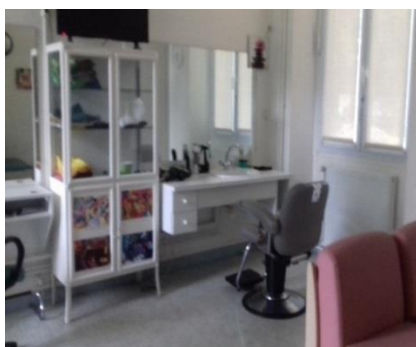
De façon générale, le linge est changé toutes les semaines mais dans certaines unités où les patients se souillent ou ont de nombreuses conduites excrémentielles (TSA), le linge est changé tous les jours, parfois plusieurs fois par jour. Il n'y a pas de problème de linge en stock.

Des stocks de vêtements constituent un vestiaire de dépannage dans la plupart des unités (Berlioz, Prévert et même des pantoufles à l'Apex).

Des kits d'hygiène sont à disposition ; à défaut, le matériel d'hygiène manquant est fourni.

Dans le bâtiment de médiation thérapeutique, au rez-de-chaussée, un salon de coiffure avec une coiffeuse professionnelle fonctionne le lundi et le jeudi sur rendez-vous. La « coupe, shampoing et séchage » est gratuite. Les autres prestations sont facturées entre 10 et 16 euros ; en cas d'immobilisation d'un patient, la coiffeuse peut se rendre dans l'unité.

Dans l'unité de médiations thérapeutiques, des conseillères en économie sociale réapprennent à des patient(e)s les gestes du quotidien et par exemple, ce qui concerne l'hygiène, le lavage du linge.



Salon de coiffure



Balnéothérapie



Baignoire thérapeutique

Entre le soin et l'activité, on peut signaler l'existence d'une baignoire thérapeutique installée dans l'unité Tony Lainé et au TSA et d'un local de balnéothérapie au TSA et au pôle enfants.

Ce local de balnéothérapie devait pouvoir être utilisé par tous les pôles du CHAI mais les vestiaires ont été oubliés lors de la construction. Il n'est donc utilisé que par les équipes du TSA.

Les contrôleurs ont rencontré les services d'hygiène et les services techniques de l'établissement qui leur ont présenté les prélèvements d'analyses d'eau, suite à des problèmes de légionellose résolus, les dossiers de précautions supplémentaires et de précautions standard en cas d'infection, la gestion des épidémies. Ils ont déploré n'avoir pas été associés aux études pour les nouveaux bâtiments.

6.3 LA PROCEDURE DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS EST TROP COMPLEXE

A l'arrivée au bureau des admissions, un inventaire est rempli par le patient ou son représentant légal ou le personnel de soins si la personne admise est hors d'état de manifester sa volonté. Il concerne les objets de valeur : argent, chéquier, carte bancaire, bijoux qui seront conservés au bureau des entrées à la régie de dépôt. Cet inventaire est cosigné depuis 2014 par le déposant, la régie et l'infirmier ou l'agent de permanence et trois exemplaires sont produits : un pour le déposant, un pour le dossier et un pour le dépôt.

La régie est ouverte du lundi au vendredi de 8h30 à 11h30 et de 13h30 à 16h30. Après 16h30 et les week-ends et jours fériés, le SAGI récupère les dépôts qui seront enregistrés le lendemain matin par les régisseurs.

Si un patient veut retirer une partie seulement de son dépôt, il pourra le faire selon la procédure suivante mise en place depuis 2012 et reprécisé par une note de services d'avril 2015 : retirer l'ensemble du dépôt puis redéposer après avoir prélevé la somme souhaitée. Ce qui implique

une nouvelle fiche de dépôt, de nouveaux formulaires à remplir et une nouvelle inscription au registre des entrées. Ceci ne peut se faire que sur deux plages horaires : les mardis et jeudis après-midi de 13h30 à 16h30. Cette procédure constitue un frein pour les patients qui préfèrent conserver près d'eux quelques effets personnels : documents, petite somme d'argent (moins de 20 euros) pour quelques achats à la cafétéria ou à l'extérieur.

Le placard et le coffre ferment à clé mais ce coffre n'est présent que dans les nouvelles unités. Pour les unités plus anciennes et en chambre double, il est également possible de laisser des effets personnels dans le bureau des infirmiers ou dans des armoires avec casiers sous la responsabilité du personnel de l'unité dans laquelle on est hébergé.

Par contre, si une personne quitte l'établissement et souhaite récupérer la totalité de ses biens, elle peut le faire toute la semaine aux horaires indiqués plus haut.

Recommandation

Les patients doivent avoir un accès facilité à leurs biens.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que plusieurs actions sont envisagées : déployer les coffres dans les chambres des unités d'hospitalisation complète d'ici 2020, élargir les plages d'accès à la régie du bureau des entrées pour les patients hospitalisés (une expérimentation va être menée sur les trois premiers mois de l'année 2019) et solliciter le trésorier du CHAI pour limiter les formalités administratives en cas de retrait ou dépôt en cours d'hospitalisation. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

6.4 LA RESTAURATION DONNE SATISFACTION AUX PATIENTS

Les repas sont préparés en liaison froide à la cuisine centrale qui jouxte le self du personnel.

Vingt et une personnes y travaillent et sont polyvalentes : elles tournent sur tous les postes et préparent 400 repas par jour. Les repas sont préparés en deux services et sont livrés de 10h à 11h30 pour le déjeuner dans les unités par camion frigorifique et de 13h à 14h30 pour le repas du soir. Les plats sont réchauffés ensuite dans les offices ou cuisines des unités. Tout est confectionné sur place sous la responsabilité de deux cuisiniers. Les marchés locaux et régionaux sont privilégiés.

Le petit déjeuner a lieu à 8h30. Dans les unités les plus récentes, des distributeurs de boissons chaudes proposent du lait, de la Ricoré, du café décaféiné, du chocolat. Le pain frais est livré tous les matins ; des croissants ou brioches sont offerts les dimanches et jours fériés.

Le repas est pris à midi, une collation est offerte à 16h souvent en salle d'activité ou dans le salon de télévision et le dîner se déroule à partir de 19h. Des tisanes peuvent être proposées en soirée.

Les patients mangent au réfectoire à l'exception de quelques patients dont la clinique impose un repas en chambre, les patients en chambre d'isolement (mais dans plusieurs unités, même les patients en CI peuvent déjeuner dans un salon à part), à L'APEX où il n'y a pas de réfectoire et à l'unité pour adolescents où le petit déjeuner et le dîner se déroulent dans les chambres.

Dans les unités récentes, les réfectoires (ou salles à manger) sont clairs et bien aménagés, parfois reliés directement à l'office par un passe-plat (exemple unité 104).



Réfectoires dans les unités Rimbaud et 104

Les patients peuvent choisir leurs places. Il n'y a pas de plan de table défini. Souvent une ou deux petites tables permettent à des patients de manger seuls sans vis-à-vis. Ils utilisent des couverts en inox, des assiettes et des verres. En CI, les couverts sont jetables. Dans certaines unités, les patients sont amenés à débarrasser leurs tables. Il y a même un tour prévu au 104 suite aux réunions soignants-soignés pour responsabiliser certains patients.

Les soignants assistent au repas, peuvent aider les plus handicapés mais ne mangent pas avec les patients.

Il est à souligner la présence dans la salle à manger d'une unité, d'un réfrigérateur uniquement réservé aux patients pour garder au frais les denrées périssables achetées à la cafétéria, à l'extérieur ou apportées par les proches (bouteille de sirop, barres chocolatées).

Bonne pratique

Un réfrigérateur est réservé aux denrées périssables des patients à l'unité 104.

Il est interdit d'emporter de la nourriture dans les chambres.

Deux diététiciennes travaillent en relation avec le chef cuisinier. Les médecins prescrivent les menus adaptés. Treize menus différents sont préparés en cuisine : menu dit normal, normal sans potage, normal sans alcool, normal haché, mixé, lissé, menu enfant, petit enfant, sans fibres, sans gluten, sans porc, végétarien, pour diabétiques. Les menus sont affichés dans la plupart des unités.

Les menus, étudiés par les contrôleurs durant la visite, sont équilibrés et comportent pour le déjeuner : une entrée, des légumes avec viande, poisson ou gratin, du fromage, un flan ou un fruit et du pain. Le soir, l'entrée se compose souvent d'un potage. Ils sont variés. Les patients se disent satisfaits. Quelques remarques ont été faites à Tony Lainé par les adolescents qui trouvaient les rations trop réduites et à Prévert où on déplorait l'absence de féculents. A Charmeil des témoignages indiquent que le goûter de 16h est trop sucré.

Une commission « restauration » se tient à la maison des usagers et les responsables de la cuisine étudient un futur questionnaire de satisfaction.

Les repas sont les mêmes pour le personnel et les patients mais il y a davantage de choix au self. A Noël, un ballotin est distribué à tous les patients.

Des ateliers cuisine ont lieu le week-end dans certaines unités et parfois des améliorations du repas quotidien (une sauce différente, un œuf mimosa) sont proposées par les soignants (ASH et aides-soignants) quand ils sont disponibles.

Les responsables des cuisines sont sensibles au gaspillage et n'hésitent pas à ôter un plat peu apprécié. Il existe un cahier de doléances. Un tri sélectif des déchets est en place au self et paraît bien compris par le personnel qui respecte les consignes.

La cafétéria dépend du service cuisine.

6.5 LES ACTIVITES DANS LES UNITES SONT PEU NOMBREUSES ET LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS EST FAIBLE

Dans la plupart des unités, les patients disent s'ennuyer (APEX, Claudel). Ils n'ont que les salons télévision pour s'occuper (ils gèrent les télécommandes) et parfois une salle d'activités avec baby-foot, jeux de société, table de ping-pong, parfois un punching-ball et un vélo d'appartement (comme à l'UPRA) quand ces installations ne sont pas hors d'usage comme à Fodéré. Il n'y a pas de salle d'activités à Esquirol.

Mais dans certaines unités, les soignants parviennent à se rendre disponibles. Ils organisent des ateliers :

- cuisine ou jardinage (unités Charmeil, Esquirol) ;
- des ateliers photo-langage, esthétique, pop-corn, des sorties, des groupes de paroles et une projection de cinéma le dimanche. Parfois, un coin lecture est aménagé (unité Rimbaud) ;
- chant, écriture, coloriage à l'unité Prévert avec trois salons télévision dont l'un avec bibliothèque ;
- de la mosaïque, du dessin, de la relaxation, un piano (UPRA) ;
- des ateliers d'expression, un panneau expression libre, préparation de la fête de la musique, massage, relaxation et un ordinateur dans un des deux salons télévision ;
- quelques activités à Invictus pour l'unité Matisse ;

Mais cela tient essentiellement aux disponibilités des infirmiers et ASH. En cas de problème d'effectifs, les activités n'ont pas lieu.

A l'unité Tony Lainé, les jeunes sont encadrés pour des activités d'art-thérapie, d'équithérapie, de capoeira, de théâtre, de psychomotricité. Ils disposent d'un temps scolaire trois fois par semaine, d'un groupe de paroles hebdomadaire, d'une bibliothèque et d'une salle de créativité. Par ailleurs durant la visite, trois d'entre eux allaient en ergothérapie et sociothérapie sur prescription médicale au bâtiment de médiation thérapeutique.

Au TSA, compte tenu du public très perturbé, peu d'activités sont organisées : essentiellement l'activité mandalas, et la balnéothérapie, avec un soignant et un psychomotricien dans les locaux du pôle. Un projet de médiation canine est en cours.

Recommandation

Des activités doivent être proposées aux patients au sein de toutes les unités.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le projet médical de l'unité devra désormais nécessairement intégrer cette dimension d'activité thérapeutique. Une réflexion est en cours au sujet de l'intégration de la présence d'un médiateur pair sur cette thématique. Les contrôleurs prennent acte de ces décisions.

6.6 L'UNITE DE MEDIATION THERAPEUTIQUE ET DE SOCIOThERAPIE EST OUVERTE A TOUS MAIS LA PUBLICITE FAITE AUTOUR D'ELLE EST INSUFFISANTE

C'est une unité fonctionnelle intersectorielle où une équipe pluridisciplinaire dispense des soins spécifiques aux patients hospitalisés et aux consultants externes au sein des structures intra et extra hospitalières. Elle a pour mission de répondre aux besoins de soins des patients en vue d'améliorer ses capacités relationnelles et d'autonomie. Elle participe au projet de soins des patients en collaboration avec les équipes référentes.

L'accès aux ateliers se fait exclusivement sur prescription médicale.

Les activités sportives prescrites font l'objet d'une planification immédiate, faxée à l'unité concernée. Pour les autres activités thérapeutiques, une rencontre sera proposée au patient ; le rendez-vous pour l'entretien est faxé à l'unité afin de cibler les activités qui seront proposées en fonction des objectifs de la prise en charge. La validité de la prescription est de douze mois.

Parfois les prises en charge prennent du retard, en raison d'une prescription incomplète, d'un rendez-vous d'entretien non honoré et redonné, de l'existence d'une liste d'attente, ou encore en raison de l'absence d'autorisation du directeur pour les patients sous contrainte pour des activités à l'extérieur de l'unité.

La fiche de prescription médicale présente une composition graphique qui accorde une place très importante aux activités sportives (sans entretien préalable) et un tout petit espace graphique à toutes les autres activités (avec entretien préalable), ce qui n'est pas lisible.

Certaines unités semblent peu au courant des activités proposées par ce bâtiment pourtant destiné à tous les pôles. Il y a peu d'affichage.

Recommandation

Une information précise sur les activités proposées à l'unité de médiations thérapeutiques doit être affichée dans chaque unité, afin de faire connaître partout l'éventail de possibilités offertes.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que depuis la visite, une plaquette d'information a été réalisée afin d'informer les patients sur l'ensemble des activités proposées, plaquette distribuée en même temps que les livrets d'accueil. Les contrôleurs en prennent acte.

Bonne pratique

Les patients sont inscrits très rapidement dans les activités physiques et sportives.

Cette unité de médiations thérapeutiques et de sociothérapie est située entre la cafétéria et le gymnase et la signalétique indique « temps libre » ; c'est un bâtiment qui abrite :

- ✓ un centre d'économie sociale et familiale (CESF) avec des intervenantes conseillères en économie sociale et familiale pour des activités à visée éducative : un bilan d'autonomie des gestes de la vie quotidienne (cuisine, hygiène, habilités sociales) et un atelier de vie quotidienne (courses, entretien, équilibre alimentaire) ; et pour des activités à visée cognitive : un atelier mémoire, une activité couture, un atelier récup'(atelier carton) ;
- ✓ des activités médiatisées avec des ergothérapeutes : un atelier de dessin; un atelier d'expression créative (clown, écoute musicale, travail sur corps et représentation, dessin, peinture) ;
- ✓ une activité de psychomotricité avec une psychomotricienne pour des groupes ou en individuel, relaxation, rééducation, groupe corps et représentation, groupe thérapie psychomotrice ;
- ✓ un atelier théâtre : avec une ergothérapeute ;
- ✓ des activités physiques et sportives qui se déroulent au gymnase avec un éducateur sportif et deux infirmiers référents : sports collectifs, entraînement à l'effort, gymnastique douce, badminton, tennis de table, musculation, cardio-training, tir à l'arc, sarbacane, VTT, et randonnée-montagne le jeudi toute la journée. Le gymnase est neuf et des cloisonnements mobiles permettent une polyvalence des activités. D'autres lieux et installations sont utilisés dans le parc pour les activités sportives*(voir fin du chapitre).



Le gymnase : extérieur et intérieur modulable

Les chiffres communiqués font état d'une file active de 507 patients en 2017 dont 371 hospitalisés et en 2018 de janvier à mai de 363 patients dont 228 hospitalisés. En 2017, 200 patients étaient en soins sans consentement. En 2018, de janvier à mai 122 en SSC.

Les pôles les plus demandeurs sont Voiron (274), le pôle Grésivaudan (204) et le pôle Trièves-Vercors (197). Les activités les plus demandées sont : la gymnastique (127), la musculation (96), la randonnée (79). Les ateliers mémoire (53) et couture (34).

On trouve aussi dans cette unité de médiations thérapeutiques et de sociothérapie :

- ✓ une bibliothèque de 20 000 ouvrages, prise en charge par une aide-soignante, avec un accès internet et des activités proposées en dehors du lieu : concerts, théâtre et expositions ;
- ✓ un salon de coiffure (cf. § 6.2) ;

- ✓ une cafétéria, ouverte tous les jours de 9h30 à 11h30 et de 13h à 16h45, tenue par une infirmière et trois aides-soignantes ; ce lieu de vie répond aux besoins de convivialité, de détente et permet aux patients de retrouver des éléments de la vie quotidienne : consommer des boissons chaudes et froides, acheter des friandises, des fruits, des produits d'hygiène ou de papeterie. Un poste de télévision est installé dans un coin de la salle équipée de tables et de chaises mais il ne fonctionne pas en permanence et deux terrasses (à l'avant et à l'arrière) permettent aux consommateurs de prendre l'air. 120 personnes (malades et soignants) viennent chaque jour à la cafétéria.



Deux vues de la cafeteria et une de la bibliothèque à l'étage

Dans un grand parc paysager, un terrain de tennis, un city-park et des installations récentes avec barres et portiques sont utilisées par les patients en dehors du gymnase. Mais il faut pour cela avoir l'autorisation de sortir des unités.



City-park et installations sportives

6.7 LE THEME DE LA SEXUALITE NE FAIT ENCORE L'OBJET QUE D'UNE REFLEXION INSUFFISANTE

Même si la question de la sexualité se pose régulièrement au sein de l'établissement, le sujet ne fait pas l'objet d'une réelle réflexion au niveau de l'institution quand il n'est pas, dans certaines unités, considéré comme un sujet tabou. Ainsi la question n'est pas évoquée dans les unités Rimbaud, Matisse, Claudel, l'UPRA, Berlioz, 101.

Cependant certains comportements sont travaillés avec les psychiatres et les équipes soignantes : masturbation dans les lieux collectifs, exhibitionnisme, rapprochements éphémères de patients, déplacements d'une chambre à l'autre, désir de relations d'un conjoint visitant son proche hospitalisé ou échange d'ordre sexuel contre cigarettes.

La question est bien celle du consentement et les soignants sont très vigilants, dans toutes les unités, quant à la vulnérabilité de certains patients et patientes.

Lorsqu'il y a consentement, la réponse est souvent : « *ce n'est pas un lieu de vie mais un lieu d'hospitalisation et durant ce temps d'hospitalisation, il ne serait pas bénéfique dans le parcours du patient d'avoir des relations sexuelles : ce n'est ni le lieu, ni le moment.* » Il se peut dans ces cas-là qu'on parle de dépistage et de contraception (unités Esquirol, Fodéré, Charmeil).

La mention « *il est interdit d'avoir des relations sexuelles au sein de l'établissement* » vient d'être retirée du règlement intérieur mais dans la charte de l'unité 104, intitulée « bien vivre au 104 », Il est écrit qu'« *il est formellement interdit d'aller dans les chambres des autres patients afin de préserver leur intimité. Il vous est aussi interdit d'inviter un autre patient dans votre chambre. Des lieux communs sont mis à disposition pour permettre des échanges avec les autres patients.* ».

Lors d'une agression d'un mineur par un majeur dans une unité, l'équipe s'est mobilisée avec transfert de l'agresseur dans une autre unité et accompagnement pour dépôt de plainte du mineur (qui n'a pas voulu donner suite).

Dans l'unité pour adolescents, les relations sexuelles et les flirts sont rappelés comme interdits par l'équipe soignante. Il n'y a pas de contraceptifs mais des ateliers de prévention sont organisés.

Aucune mise à disposition de préservatifs n'est envisagée.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 DES DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE EN URGENCE EXISTENT SUR LES TROIS POLES DEPENDANT DU CHAI MAIS L'ACCUEIL DANS LES LOCAUX DU CHU DE GRENOBLE EST INADAPTE.

Le CH Alpes-Isère (CHAI) ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et ce sont essentiellement le CHU de Grenoble et le CH de Voiron qui remplissent cette mission. Il n'en demeure pas moins que le CHAI assure, par un ensemble de moyens ambulatoires et hospitaliers la prise en charge des patients relevant d'une urgence purement psychiatrique et ne nécessitant pas une prise en charge somatique immédiate. Ainsi, la palette des réponses à une urgence psychiatrique présente plusieurs entrées que le Contrôle a pu questionner.

7.1.1 L'Unité de Consultation et d'Avis Psychiatrique (UCAP) au CHU de Grenoble

Le CHU de Grenoble et le CHAI ont signé une convention depuis le 1^{er} janvier 2006 pour la création d'une UCAP au sein des urgences (délibération du 15 décembre 2015 portant création d'une nouvelle unité fonctionnelle UCAP). Cette convention prévoit que les avis psychiatriques sont assurés par des médecins psychiatres du CHAI.

Il n'existe pas de lits dédiés pour l'hospitalisation de courte durée (UHCD) des patients de psychiatrie au CHU de Grenoble et ceux-ci sont accueillis au sein de l'UHCD. L'UHCD dispose également de deux « chambres d'isolement » qui peuvent être utilisées pour la prise en charge des patients psychiatriques. Le chef de service des urgences a récemment décidé que seuls quatre patients relevant de soins psychiatriques pouvaient être accueillis au même moment à l'UHCD.

En termes d'activité, la file active de l'UCAP en 2015 était de 2 097 passages et 2 134 passages pour 2016.

Les locaux du service des urgences du CHU de Grenoble sont relativement bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques mais inadaptés pour l'accueil de patients relevant de psychiatrie dont les séjours sont plus longs et dont la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambres d'apaisement, salle d'activités occupationnelles, etc.). Les seules chambres disponibles sont en sous-sol et ne disposent pas de fenêtres.

Les deux chambres d'isolement ne sont pas conformes aux normes : pas d'interphone, pas de sanitaires avec accès direct, pas de possibilité de sortie à l'extérieur à partir de la chambre d'isolement.

Recommandation

Les chambres d'isolement du CHU de Grenoble doivent permettre le respect des droits fondamentaux dans leur conception et mode d'utilisation.

Par ailleurs, l'organisation propre au service des urgences conduit le chef de service des urgences ou ses praticiens à décider la mise en isolement de patients relevant de psychiatrie ou pas, sans consulter le psychiatre. Or, seul un médecin psychiatre peut décider la mise en chambre d'isolement et s'assurer de l'application des bonnes pratiques d'isolement voire de contention.

Recommandation

Les décisions de placement en chambre d'isolement doivent être prises par un médecin psychiatre, seul habilité en la matière.

Dans ses observations du 6 novembre 2018 répondant au rapport de constat transmis le 27 septembre 2018, la **directrice générale du CHU Grenoble Alpes** indique que les patients, admis aux urgences, sont pris en charge en zone de soins puis si besoin transférés à l'UHCD pour une hospitalisation de courte durée ne devant pas excéder trente-six heures. Il n'y a pas de lits dédiés à la psychiatrie mais la file active de patients relevant de l'unité de consultation et d'avis psychiatrique (UCAP) est estimée à cinq à huit patients par jour et à cinq lits d'UHCD par jour. Au sein de l'UHCD, le patient peut être placé dans une chambre d'isolement pour un épisode de crise. Dans le cadre de la restructuration du service des urgences, le CHU veillera à ce que ces chambres d'isolement permettent de respecter les droits fondamentaux des patients. Dans cette attente, une étude sera lancée pour apporter des améliorations architecturales dans les meilleurs délais (douches, toilettes, sonnettes). Par ailleurs, les structures mettent tout en œuvre pour fluidifier les transferts vers le CHAI des patients nécessitant une hospitalisation. Les procédures de placement et de suivi des patients en chambre d'isolement existent et sont en cours de révision. L'objectif est bien que les décisions de placement en chambre d'isolement soient prises par le médecin psychiatre de l'UCAP en période de jour et en période de garde.

Suite au transfert sur le CHAI du secteur G01 en janvier 2017, une convention tripartite entre le CHU, le CHAI et l'ARS a été proposée par le CHAI afin de mettre en œuvre les règles de fonctionnement concernant les soins sous contrainte. Cette convention n'a toujours pas été validée et pose la question de la place de la filière psychiatrique du CHU puisque, sans cette convention, les patients en soins sous contrainte ne peuvent être reçus aux urgences. Une réunion devrait bientôt être organisée par l'ARS pour avancer sur ce point.

Recommandation

Afin de préserver les droits des patients, il importe qu'une convention validée par l'ARS soit élaborée entre le CHAI et le CHU de Grenoble Alpes pour préciser l'organisation de l'accueil des patients relevant de psychiatrie au service des urgences du CHU. Le volet accueil des personnes en soins sans consentement de cette convention devra lever toutes les ambiguïtés sur la prise en charge et les responsabilités respectives.

Dans leurs observations du 6, 8 et 19 novembre 2018, le directeur général de l'ARS comme la **directrice générale du CHU et celle du CHAI** indiquent que cette convention a été signée le 3 juillet 2018 et une copie a été fournie aux contrôleurs.

7.1.2 L'accueil des urgences psychiatriques sur le CH de Voiron

Une organisation de consultations psychiatriques d'urgence existe depuis plusieurs années au centre hospitalier de Voiron. Une convention a été signée entre les deux établissements le 1^{er} avril 1997. L'activité d'accueil, de consultation, d'hospitalisation de moins de 24 heures est assurée par un médecin psychiatre que des contrôleurs ont pu rencontrer. Il n'y a pas de chambre d'isolement. Selon les déclarations recueillies, le recours à la contention se fait sporadiquement pour des situations particulières et pour des durées très limitées.

Il n'y a pas de registre pour les contentions.

Recommandation

Un registre spécifique des contentions doit être mis en place aux urgences du CH de Voiron. Les données de ce registre doivent faire l'objet d'une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

Dans ses observations du 5 novembre 2018 répondant au rapport de constat transmis le 27 septembre 2018, le **directeur du CH Voiron** indique qu'une ligne de prescription de contention a été créée dans le logiciel des urgences, avec l'heure de prescription, le motif, le type de contention, le nom du prescripteur et l'information à la famille. Une autre ligne va être ajoutée pour la prescription de cessation de la contention. La partie prescription médicamenteuse d'apaisement a toujours été tracée dans un onglet dédié et l'équipe médicale est formée à ne jamais contenir physiquement un patient sans cet apaisement médicamenteux. Ces dispositions seront évaluées en décembre 2018 et un rapprochement a été effectué avec le CHAI et le CHU Grenoble Alpes pour un registre similaire à l'échelle du groupement hospitalier de territoire. Un groupe de travail sur la prise en charge d'un patient agité aux urgences a également été mis en place, animé par le psychiatre mis à disposition par le CHAI aux CH Voiron.

Par ailleurs, les contrôleurs ont pu observer un ensemble de pratiques qui dessine une image très favorable des pratiques des professionnels œuvrant dans ce service. Les pratiques constatées par le contrôle rassurent sur le respect des droits et de la dignité des patients pris en charge : intégration du psychiatre à l'équipe des urgences, engagement du psychiatre dans un travail qui la passionne, suivi des patients après les épisodes aux urgences, travail en réseau voironnais qui privilégie la relation humaine. On ne peut que regretter qu'un projet de protocole de soins, élaboré par la psychiatre à destination des soignants, ait été freiné par des barrières institutionnelles de validation inutiles.

7.1.3 Situation spécifique des SDRE dans les procédures d'accueil de la filière de soins au CHAI

Les patients en SDRE n'ayant pas de besoins en soins somatiques d'urgence, ne peuvent être accueillis au CHU de Grenoble ou au CH de Voiron et sont amenés directement au CHAI. Il en est ainsi notamment pour l'hospitalisation des patients détenus.

Toutefois, par exception, un SDRE peut être initié par un médecin urgentiste du CH de Voiron ou du CHU de Grenoble. Le CHAI veille, dans ce cas, au transfert rapide du patient concerné et utilise les ressources spécifiques du SAGI en tant que de besoin.

7.1.4 L'Unité de post urgence dénommée « APEX »

L'APEX est une unité post-urgences, d'accueil de crise et d'évaluation psychiatrique dépendant du CHAI et situé sur son site. Le bâtiment est neuf et bien conçu avec douze chambres individuelles et deux chambres d'isolement. Le projet médical prévoyait qu'elle devait accueillir les patients en provenance des urgences, dans l'attente d'une hospitalisation sur un pôle de psychiatrie générale et pour une durée maximum de 72h. Aujourd'hui, on constate que la durée moyenne de séjour est plus longue, aux alentours de cinq jours.

Les entrées dans cette unité sont constituées de 80 % de patients provenant essentiellement du service d'urgence du CHU de Grenoble. 20 % des entrées se font directement notamment accompagnées par le SAGI pour des patients relevant de mesures de SDRE.

Le personnel est en nombre suffisant, permettant une réponse adaptée aux profils des patients admis : quatre IDE le matin, quatre IDE l'après-midi, deux IDE la nuit auxquels s'ajoutent des agents des services hospitaliers (ASH). Il n'y a pas d'aide-soignant travaillant dans cette unité par choix d'une technicité infirmière affirmée. L'APEX est dotée d'une assistante sociale à temps plein. Le secrétariat est assuré par 1,5 ETP de secrétaire médicale. S'agissant du personnel médical, 6 ETP de praticiens et deux internes se répartissent entre l'APEX, le CHU de Grenoble et les urgences de Voiron. Cet effectif, complété par deux externes en médecine et un externe en pharmacie, permet de couvrir très sérieusement les besoins de l'APEX et d'affirmer une présence médicale auprès des patients et des équipes soignantes.

Lors de la visite du Contrôle, sur les douze patients présents à l'APEX, huit étaient en soins sans consentement (deux SDRE, deux SDTU, deux SDT, deux SPI) et quatre en soins libres.

7.1.5 L'accueil des urgences en centre médico-psychologique (CMP) ou en hôpital de jour

La notion d'urgences psychiatriques est multiforme et selon le dispositif extra hospitalier organisé par l'hôpital, des réponses pertinentes peuvent être recherchées et déployées localement. Dans ce domaine, le CHAI dispose de nombreuses structures ambulatoires réparties sur son territoire. Ainsi, les personnes présentant un besoin de soins urgents en psychiatrie peuvent être également accueillies *via* ces CMP et orientées directement vers l'APEX ou les pôles de psychiatrie générale, sans passer par l'un des services d'urgences cités.

L'hôpital de jour de Voiron assure une prise en charge réactive permettant ainsi d'éviter aux patients le passage par un service d'urgence toujours traumatisant, quelle que soit la bienveillance du personnel. Les locaux, ouverts en septembre 2017 sont d'une surface de 400 m² et peuvent accueillir une trentaine de patients. Un médecin psychiatre et une douzaine d'infirmiers ainsi qu'une assistante sociale assurent une prise en charge cinq jours sur sept en lien avec les équipes intra et extra hospitalière du CHAI. Les patients bénéficient d'un transport sanitaire pour se rendre de leur domicile à l'hôpital de jour.

L'hôpital de jour « Séraphine » de Voiron est en centre-ville dans un bâtiment hébergeant différents services et professionnels : notaires, cabinets médicaux, assurances, etc. Il s'agit là d'une intégration réussie de la psychiatrie dans la cité. Les équipes soignantes et médicales font un travail de déstigmatisation de la maladie mentale auprès des élus et personnalités de la ville dans le cadre du conseil local de santé mentale (CLSM) de Voiron.

Bonne pratique

Le CHAI est investi dans les conseils locaux de santé mentale, ce qui favorise une déstigmatisation de la maladie mentale et permet l'acceptation, par la population, de structures de soins au cœur des villes.



Panneau signalétique de l'hôpital de jour de Voiron à l'entrée de l'Immeuble



Service d'accueil et de garde infirmier se rendant à domicile

7.1.6 Le travail original et pertinent du service d'accueil et de garde infirmier : « SAGI »

Le SAGI est un service infirmier transversal organisé par et au profit du CHAI. Ce service est directement rattaché à la direction des soins de l'établissement et un cadre de santé particulièrement investi organise le travail opérationnel de l'équipe. Composé d'infirmiers expérimentés, le SAGI est en mesure d'intervenir 24 h/24 pour tous et à la demande de tous les services. Son rôle soignant est engagé dans ce travail transversal. Sa mission générale est celle d'une équipe de renfort et d'appui pour les unités de soins, « *un service infirmier au service des infirmiers* ». Il prend en charge sur demande des unités de soins, les situations imprévisibles nécessitant un effectif supplémentaire ponctuel. Il participe à la mise en œuvre des opérations de recherche des personnes sorties sans autorisation. Dans la filière « urgence », en lien avec le médecin psychiatre prescripteur, il prend en charge, lors du processus de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat, les patients à leur domicile aux côtés des forces de l'ordre. Il s'agit d'apporter une compétence psychiatrique dans l'intérêt des personnes sans pour autant se substituer aux missions des forces de l'ordre et des sociétés de transports sanitaires habilitées à remplir ces fonctions chacun pour ce qui les concerne. Au titre de ses missions, le SAGI a procédé durant l'année 2017, notamment, à 142 interventions extérieures au CHAI dont 103 intégrations de patients en SDRE initialement à leur domicile et 39 à l'UCAP de Grenoble et aux urgences de Voiron. Il a participé positivement à la recherche de 53 patients en sorties non autorisées.

Bonne pratique

L'accompagnement des personnes placées en SDRE par l'unité SAGI permet d'apaiser des situations de crise et évite le recours à la contention et à la mise en chambre d'isolement. La maturité professionnelle des équipes permet une bonne répartition des fonctions.

Un contrôleur a pu participer avec l'équipe à la prise en charge dès son domicile d'un patient qui relevait du statut de SDRE. Il a pu constater qu'un travail de préparation avait lieu en amont de l'hospitalisation en lien avec le CMP du secteur : repérage de l'adresse exacte du patient, questionnement sur son environnement immédiat, besoin ou non d'organiser une garde d'enfant, de recueillir un animal de compagnie (protocole d'accord avec la société protectrice des animaux (SPA) locale, antérieurement le CHAI disposait d'un chenil), nécessité d'avoir recours à un serrurier pour ouvrir la porte, mobilisation des forces de police (en l'occurrence le commissariat de Voiron), besoin d'un traitement somatique spécifique. Le SAGI recherche et met en œuvre les conditions permettant d'aplanir le choc d'une hospitalisation sans consentement. Dans la situation à laquelle le contrôle a pu participer, la personne placée en SDRE avait récemment déménagé, des recherches auprès du service social ont permis de localiser le domicile récent. Des agents du commissariat de Voiron ont constitué un équipage pour accompagner l'ambulance du CHAI (véhicule propre à l'établissement). Les deux agents de police sont intervenus directement au domicile avec délicatesse : sonnerie, explications sur le motif de la visite et présentation de l'équipe de trois infirmiers du SAGI qui sont intervenus en « seconde ligne ». La personne placée en SDRE était surprise car elle venait de consulter son psychiatre qui n'avait pas fait mention de son hospitalisation prochaine. Les infirmiers et agents de police ont laissé le temps à la personne de préparer ses affaires, de composer une valise, de passer un appel téléphonique. Les agents étaient attentifs et bienveillants et sécurisaient la démarche (surveillance des fenêtres et des objets susceptibles d'être dangereux pour l'intéressé notamment). Tout au long de cette préparation, un infirmier dialoguait avec le patient lui expliquant où il serait conduit, ce dont il bénéficierait dans les prochaines heures dans sa prise en charge psychiatrique. Une fois accompagné dans les escaliers de l'immeuble et entré dans l'ambulance, l'équipe du commissariat s'est éclipée discrètement et courtoisement. L'intervention au domicile a duré une trentaine de minutes. Dans l'ambulance, le patient a été allongé mais non contentonné. L'infirmier assis à ses côtés lui a lu et remis en mains propres copie de l'arrêté d'admission en SDRE et présenté la procédure dont ses droits et le recours au JLD. A l'arrivée au CHAI, l'ambulance s'est dirigée directement vers le pavillon qui devait accueillir le patient. Toute l'équipe soignante du pavillon était informée de l'arrivée. Un médecin psychiatre présent s'est immédiatement rendu disponible pour assurer le premier entretien accompagné d'un infirmier. L'équipe infirmier du SAGI a proposé son aide en renfort à l'équipe en place. Le patient interrogé par le contrôleur sur le vécu de ce moment, s'est déclaré serein mais fâché contre son médecin traitant « qui aurait pu le prévenir ».

7.2 L'HOPITAL DEPLOIE DES PRISES EN CHARGE MEDICALES PERTINENTES DANS UN CONTEXTE DE PENURIE DE PSYCHIATRES ET DE CULTURE PREFECTORALE ET DU PARQUET TRES SECURITAIRE

7.2.1 Les pratiques psychiatriques

Il apparaît au Contrôle, au regard des données recueillies et des observations faites dans la grande majorité des unités de soins, que l'ensemble des équipes soignantes et médicales sont mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante que ce soit en intra hospitalier ou en ambulatoire. Toutefois, la prise en soins psychiatriques est obérée par des facteurs structurels endogènes qui entravent la libre expression d'une démarche thérapeutique qui devrait être orientée prioritairement vers les besoins des patients.

a) Un dispositif ambulatoire conséquent

La première observation du Contrôle porte sur la répartition des moyens entre intra hospitalier et extra hospitalier au CHAI. L'établissement a su mettre en place des structures extra hospitalières permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation : CMP, CATTP, hôpitaux de jour, consultations avancées avec une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète. Ces réponses de proximité tentent d'éviter l'hospitalisation et le recours aux mesures de soins sous contrainte. Par ailleurs, les équipes soignantes préparent la sortie des patients en lien avec ces structures extra hospitalières.

Il n'en demeure pas moins que malgré ces dispositifs ambulatoires, dans un contexte départemental très sécuritaire, le taux d'hospitalisation sous contrainte est particulièrement élevé dans cet établissement (45 % des hospitalisations).

b) L'absence de projet médical et de soin

Les différentes tentatives pour élaborer un projet médical d'ensemble ont échoué. Des ébauches de projet existent mais les documents ne sont pas aboutis et restent des énoncés de vœux pieux en l'absence de plan d'actions, de calendrier de réalisation, d'engagements sur les moyens financiers à mobiliser. A ce jour, l'établissement n'a donc pas de projet médical et de soins cohérent porteur de valeurs et d'une culture partagées lui permettant d'arbitrer entre les alternatives possibles face à des injonctions paradoxales inhérentes à ses missions : sécurité/soins ; liberté/sécurité ; lieu de vie/lieu de soins ; attentes du personnel/besoins des patients. Sans l'autorité d'un projet médical fort et d'un leadership médico-économique incarné par un couplage directeur/président de la CME, l'établissement a vécu ces dernières années une tendance à un repliement des équipes sur des pratiques sécurisées et sécuritaires, confortées par les autorités locales. Les nouvelles directrice et présidente de CME devront prioritairement renverser cette tendance.

c) Des pratiques et des écoles de pensée psychiatriques hétérogènes

De fait, les pratiques sont diversifiées d'un service à l'autre. Les protocoles ne sont pas communs sur l'ensemble des pôles. Les écoles de pensées sont aussi diverses que riches et les pratiques en matière de psychothérapie peuvent mobiliser plusieurs approches, toutes aussi utiles et pertinentes (thérapies cognitivo-comportementales, psychothérapie analytique, systémiques, voire communautaire). Il est regrettable que les bonnes pratiques et les savoir-faire spécifiques à certains services ne puissent irriguer les modes de prise en charge des autres services et réciproquement. Un véritable travail en collège médical est souhaitable.

S'il est dommageable pour l'établissement qu'aucun projet médical et de soins d'ensemble ne soit rédigé, il est important de souligner que la prise en charge dans la majorité des services est conséquente y compris pour les personnes présentant un état clinique sévère : entretiens, ajustement des traitements, propositions d'activités d'ergothérapie.

d) La place des patients en « séjours inadéquats »

Une soixantaine de patients demeurent hospitalisés au CHAI depuis de nombreux mois voire années. L'examen des situations individuelles montre qu'il serait simpliste de penser que ces patients pourraient tous bénéficier de structures d'aval de type médico-sociales (MAS², FAM, Lieux divers d'accueil dont famille d'accueil etc.) mettant fin à une hospitalisation.

Les situations rencontrées par le Contrôle font ressortir une typologie différenciée : une partie des patients pourraient théoriquement d'une orientation médico-sociale.

Une majorité de cette catégorie ont d'ailleurs une orientation MDPH³ prononcée leur permettant théoriquement d'entrer dans un établissement médico-social. Cependant, les délais d'attente sont supérieurs à cinq ans. Plus encore, le profil de ces patients au lourd passé « psychiatrique » comme l'accompagnement nécessaire dans tous les actes ordinaires de la vie courante (se lever, boire, manger, se rendre aux sanitaires, etc.) sont autant de difficultés à leur bonne intégration dans des structures dont le personnel est réticent à l'accueil de nouveaux cas difficiles.

Un autre tiers des soixante patients relève d'une psychiatrie lourde, multiforme avec notamment, des psychoses résistantes profondes dont le seul horizon demeure un établissement sanitaire psychiatrique avec des séjours possibles en USIP⁴ ou en UMD.

Enfin, les contrôleurs ont rencontré des patients gravement cérébro-lésés ainsi que leurs familles et proches. Faute d'une information médicale claire, les proches ne comprennent pas toujours la situation spécifique de leur enfant ou de leur proche. Les contraintes et le cadre hospitalier ne permettent pas une prise en charge garantissant la dignité, malgré la bonne volonté et les efforts de la part d'équipes soignantes qui s'épuisent.

Pour ces trois « catégories » de patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure, à ce jour, sur des schémas et des processus encore très hospitaliers : dispositions architecturales, déroulement des journées, attention portée aux soins sanitaires, règles de vie. L'établissement doit apporter des réponses plus originales et plus adaptées aux besoins des personnes concernées : espaces extérieurs aménagés, tolérance sur les règles d'hygiène, accent mis sur l'éducatif autant que sur le soin, conditions hôtelières plus ouvertes et moins institutionnelles (horaires de lever de repas, de coucher,) prise de risques inhérents à l'état des patients (sorties, contact avec la nature dont les animaux etc.).

² MAS : maison d'accueil spécialisée ; FAM : foyer d'accueil médicalisé

³ MDPH : maison départementale des personnes handicapées

⁴ USIP : unité de soins intensifs en psychiatrie ; UMD : unité pour malades difficiles

Recommandation

Pour les patients souffrant de pathologies chroniques, l'établissement doit repenser les prises en charge dans le cadre de son futur projet médical et de soins en mettant l'accent sur une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le prochain projet d'établissement tiendra compte de la spécificité des prises en charge aux frontières entre le médico-social et le sanitaire. D'ores et déjà, l'établissement assure un suivi particulier des séjours longs. Une articulation entre la prise en charge soignante et éducative a été sollicitée par la direction générale du CHAI afin de mettre en œuvre un projet individualisé pour plusieurs patients du CHAI devant entrer dans une MAS spécialisée dans le champ de l'autisme et ouvrant fin novembre 2018. De même, le rapprochement avec les associations sur le TSA amène à une gouvernance beaucoup plus inclusive pour permettre à la psychiatrie d'intégrer pour des patients complexes qui sont à mi-chemin entre une prise en charge psychiatrique et médico-sociale. Elle permet également le partage d'expériences et une évolution de pratiques.

7.2.2 Les entretiens avec les patients et les activités thérapeutiques

Lors de leur visite dans les unités, les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient régulièrement (quotidiennement pour 50 % des services, deux fois par semaine pour les autres et plus rarement à l'unité Charmeil) d'entretiens avec un médecin psychiatre. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font rarement avec les infirmiers.

Les activités thérapeutiques variées sont proposées aux patients : éducation physique et sportive, ateliers divers « éducation sociale et familiale », créativité, théâtre et écriture, psychomotricité, musique et chant (chorale en partenariat avec le conservatoire de Saint-Egrève), dessin, bibliothèque. Chacune de ces activités participe au projet de soins individualisé et est prescrite sur avis médical.

Il n'en demeure pas moins que certains locaux pourtant disponibles pour des activités thérapeutiques et de bien-être, ne sont pas investis faute de projets sérieux et que les activités occupationnelles sont trop absentes (cf. § 6.6).

7.2.3 La cohésion et la cohérence des équipes par les staffs, synthèses et projets de soins

Généralement, des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu dans les unités. Cependant, les postes vacants, les remplacements de médecins par des intérimaires nuisent à la régularité voir à la qualité de ces moments privilégiés. Dans certaines unités, les infirmiers se plaignent de l'inexistence ou de la rareté des réunions d'échange et déclarent ne pas être suffisamment encadrés d'un point de vue médical. Cette absence de « *parole de psychiatre* » est d'autant plus criante dans les unités pour lesquelles une présence et un discours médical s'impose comme pour l'unité pour psychoses résistantes. L'unité censée accueillir des personnes présentant un trouble autistique souffre également du manque d'un encadrement fort, stable et spécialisé.

Les projets de soins infirmiers existent pourtant sur le papier et demandent à être alimentés par une réflexion en équipe pluridisciplinaire et à être étayés par des références médicales solides.

Dans plusieurs services (TSA, unité pour psychoses résistante notamment), le *turn over* des infirmiers et des médecins nuit à la construction de véritables équipes aguerries et solidaires.

7.2.4 Le travail avec les proches et la famille

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre. Cependant, une attention particulière est portée sur le respect des choix du patient dans la communication avec ses proches. Ainsi, certains services privilégient le dialogue avec la personne de confiance pour l'information des proches et ne communiquent pas volontairement avec « toute la famille ». Lors du contrôle, certains parents de patients majeurs ont exprimé leur désarroi face à ce qu'ils considèrent comme une absence de dialogue avec les équipes. Renseignement pris, il s'avérait que c'étaient les patients eux-mêmes qui refusaient que leurs proches soient informés. Sans aucun doute un effort d'information serait utile pour poser les bases d'une véritable coopération entre équipes soignantes et familles. A cette fin, le recours aux différentes associations réunies au sein de la maison des usagers doit être encouragé.

Par ailleurs, la problématique des personnes accueillies au centre hospitalier faute de trouver une place dans une structure plus adaptée (MAS, FAM, centre pour personnes cérébro-lésées, etc.) invite à une réflexion complète des projets de soins et de vie au bénéfice de ces personnes et de leurs proches. La question de l'acceptabilité par les familles et les proches des réalités douloureuses et des choix doit être anticipée.

7.2.5 Les possibilités de supervision

Les équipes soignantes peuvent majoritairement bénéficier de séances de supervision.

Ces séances se font sur le principe du volontariat et en équipe. Il apparaît qu'elles sont utiles et appréciées par les participants. Cependant, une véritable supervision touchant aux mécanismes de transferts et contre-transferts dans les relations soignants/soignés ne peut être abordée qu'individuellement. La possibilité doit être offerte par l'institution de ce type d'accompagnement pour l'ensemble des soignants, médicaux mais aussi administratifs au contact direct avec les personnes hospitalisées.

La présidente de la CME a encouragé la mise en place de réunion de pairs entre médecins psychiatres pour initier collégialement une réflexion sur les situations difficiles rencontrées. Ces réunions bimestrielles sont basées sur le volontariat. Cette initiative est à souligner même si ne sont présents que ceux qui sont d'ores et déjà engagés et ont conscience de leurs besoins.

Bonne pratique

Des réunions bimestrielles de « pairs » permettent aux médecins psychiatres d'échanger, de partager, sur les cas cliniques les plus difficiles.

7.2.6 Un contexte institutionnel spécifique

Globalement au CHAI, les pratiques psychiatriques sont hétérogènes et dépendantes des praticiens. Par ailleurs, outre l'absence de vision institutionnelle et de projet médical, deux facteurs précisés ci-dessous entravent une prise en charge sereine des patients et limitent l'expression des potentiels thérapeutiques des équipes.

a) La pénurie médicale et les conséquences sur la prise en charge et le vécu des équipes de soins

20 % des postes médicaux ne sont pas pourvus. Le recours à des intérimaires pallie difficilement ce préjudice. Les psychiatres intérimaires, quelques que soient leurs qualités, ne peuvent porter auprès des équipes une parole médicale forte et rassurante. Ces équipes soignantes attendent d'être informées, formées, assurées (de la présence médicale) et donc rassurées. Ce travail dialectique se fait habituellement lors des *staffs*, réunions cliniques qui sont moins fréquents ou absents dans les services en pénurie médicale.

b) Un traumatisme institutionnel non métabolisé

Les interlocuteurs rencontrés par les contrôleurs ont, à de multiples reprises, évoqué le drame de 2008 causé par un patient hospitalisé en fugue auteur d'un homicide en centre-ville. L'événement et ses suites n'ont pu, à ce jour, être métabolisés par l'institution et faute d'être objectivé et contextualisé, il constitue un traumatisme collectif qui devient prétexte à des réponses sécuritaires qui nuisent à la prise en charge des patients (liberté de circulation, sortie d'essais etc.) et empêchent l'expression complète des capacités thérapeutiques des soignants. Les règles s'édicte en fonction de l'événement et non d'une intention thérapeutique (exemple sortie dans le parc). L'hôpital n'est pas seul responsable de cette situation. Préfet, procureur, presse locale, semblent chacun dans leurs domaines distiller la crainte et alimentent implicitement les peurs irrationnelles, plongeant l'hôpital dans un état de sidération et d'inhibition.

7.2.7 L'éthique

La devise de l'établissement est formulée ainsi : « *Humanité et éthique fondent notre engagement* ». De fait, il apparaît au Contrôle tout à fait pertinent de promouvoir le travail réalisé par le comité d'éthique du CHAI mis en place depuis 2012. Il est relevé, fait rare, que le médecin en charge de l'animation du comité d'éthique du CHAI, siège à titre consultatif au conseil de surveillance de l'établissement. Le comité d'éthique se réunit quatre fois par an. Les thèmes abordés s'inspirent des saisines des services sur des situations particulières comme le refus de soins (exemple d'une sismothérapie proposée à un patient et refusée), la confidentialité, la prise en charge des patients cérébro-lésés.

Le Contrôle ne peut qu'encourager cette démarche et l'action du comité d'éthique conduite en plein accord avec la présidente de la CME. Il recommande même que le comité d'éthique apporte son concours à la rédaction des objectifs majeurs que doit se donner le futur projet médical et de soins.

Bonne pratique

Le président du comité d'éthique siège, à titre consultatif, au conseil de surveillance de l'établissement et le comité se réunit quatre fois par an.

7.3 LES SERVICES DE SOINS SOMATIQUES DISPOSENT DE MOYENS CONSEQUENTS MAIS GAGNERAIENT A MIEUX S'ARTICULER AVEC LES SOINS PSYCHIATRIQUES

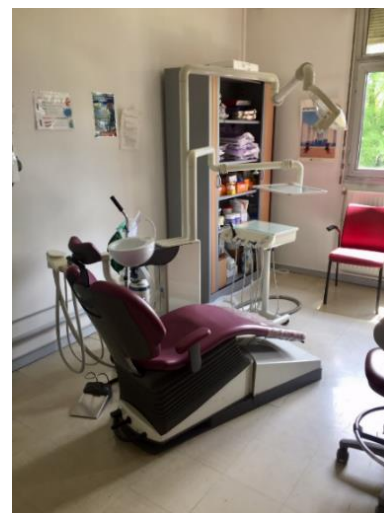
7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités

Le CHAI bénéficie depuis quinze ans d'une structure permanente de soins somatiques. Une équipe de médecins somaticiens et de spécialistes est présente dans un bâtiment dédié à proximité des unités d'hospitalisation psychiatrique. Le dispositif est en mesure de proposer à la fois des interventions somatiques à la demande, des explorations, des soins et en cas de nécessité, une prise en charge spécifiquement hospitalière, en lien avec le CHU de Grenoble. L'établissement met ainsi, au service des patients hospitalisés, un véritable plateau technique pluridisciplinaire qui offre parallèlement au temps de soins psychiatriques, les moyens d'une prise en charge somatique complète.

a) L'accès aux généralistes

L'établissement dispose d'une équipe de généralistes de quatre personnes (3,6 ETP), ce qui, pour un établissement de 300 lits, permet une prise en charge somatique régulière et un réel suivi médical des personnes hospitalisées.

L'équipe répartit son temps sur les différentes unités de soins psychiatriques et assure une permanence de 8h à 18h. En complément, les internes permettent la continuité de la prise en charge sur vingt-quatre heures et les week-ends en effectuant des gardes. Les médecins généralistes assurent, dans chaque unité, au moins deux visites hebdomadaires ainsi que le suivi des patients placés en chambre d'isolement. Les consultations de généralistes se déroulent dans un bureau médical bien équipé dédié dans la plupart des unités. L'initiative de la demande de consultation peut émaner du médecin psychiatre ou directement du patient sous réserve de l'accord du psychiatre traitant. Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé « Cross Way ».



Appareils pour la prise d'empreinte et la réalisation de semelles orthopédiques

Fauteuil dentaire

b) L'accès aux autres spécialités

Le service des spécialités offre un panel complet de possibilités de consultations spécialisées. Ainsi, sont assurées au CHAI des consultations de neurologie (avec un laboratoire d'électro-

encéphalographie), de dermatologie (avec petite salle d'interventions), de gynécologie (y compris avec pose d'implants), d'oto-rhino-laryngologie, d'odontologie (avec recours à l'hypnose au besoin), de radiologie conventionnelle, kinésithérapie, consultations de diététisme.

Des prestations de podologie (avec confection de semelles orthopédiques et soins de pédicure) sont également proposées. Selon l'état du patient, le podologue peut se déplacer dans les unités avec un matériel portable nécessaire pour les soins de pieds.

Par ailleurs, en complément des soins dentaires, le service offre la possibilité de consultation du réseau bucco-dentaire. Au-delà des soins ponctuels, le réseau permet aux patients de psychiatrie d'accéder après leurs sorties de l'hôpital, à un cabinet dentaire de ville.

7.3.2 L'accès aux traitements

a) La pharmacie

La pharmacie à usage interne (PUI), moderne et bien équipée, est bien organisée. Le circuit du médicament n'appelle pas de remarque particulière hormis la distribution des médicaments aux patients. Antérieurement, les médicaments étaient distribués aux patients lors des repas, dans le réfectoire, à la vue des autres patients, pratique qui est encore retrouvée à l'unité Esquirol. Lors de l'ouverture des nouveaux locaux, une action a été conduite afin que les médicaments soient distribués individuellement à la porte de la pharmacie du service. Cependant, les contrôleurs ont pu constater que les patients faisaient la « file indienne » dans le couloir, tous à la même heure pour recevoir des mains de l'infirmier leurs médicaments. Faute de temps et sans doute par habitude, les patients n'entrent pas individuellement dans la pièce et ne prennent pas les médicaments au guichet pourtant conçu à cet effet mais au pas de la porte de la pharmacie du service ou devant le chariot à médicament positionné derrière la porte (sauf au sein de l'unité 104 où les patients sont reçus individuellement et s'assoient pour recevoir leur traitement). Cette pratique doit être questionnée alors même que l'agencement des locaux permet une distribution plus respectueuse de l'intimité et de la nécessaire confidentialité.



Pharmacie de l'unité

La possibilité d'une distribution individuelle dans la chambre du patient doit aussi être évoquée. La distribution du médicament étant un soin essentiel dans la prise en charge du patient et peut être un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant.

Recommandation

Les modalités de distribution des médicaments doivent respecter la confidentialité des soins.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que la question de la confidentialité lors de la distribution des médicaments a été abordée en Sécurimed en octobre 2018 ainsi que la question de la distribution dans les chambres. Sans qu'une solution soit encore trouvée, deux points peuvent être notés. L'ouverture des nouveaux bâtiments prévue en décembre va permettre, notamment pour l'unité Esquirol, une configuration architecturale permettant la distribution des médicaments dans un lieu dédié. Ensuite, la mise en place de la préparation et la distribution des médicaments extemporanés, prévue sur l'ensemble des unités, intégrera la question de la confidentialité notamment dans l'organisation soignante (deux IDE dédiés).

Le CHAI a mis en place un programme original: la « *conciliation des traitements médicamenteux* » à l'admission des patients. Il s'agit de proposer au patient un entretien avec un externe en pharmacie afin de réaliser un bilan complet de tous les médicaments prescrits ou non (automédication), les compléments alimentaires, les consommations addictives, lors de son hospitalisation au CHAI. En cas d'accord du patient, l'externe en pharmacie contacte même le pharmacien d'officine référente pour obtenir des informations sur sa prise en charge médicamenteuse. L'objectif est de détecter les divergences entre le bilan ainsi réalisé et l'ordonnance en cours du patient, d'éviter les contre-indications.

b) Les examens de laboratoire

L'unité des spécialités médicales est le lieu de rassemblement de tous les prélèvements. Après vérification (identito-vigilance, etc.), ils sont acheminés vers le laboratoire du CHU de Grenoble. En cas d'urgence, un marché public permet de mobiliser un coursier privé jour, nuit et week-end pour le transfert direct de l'unité au laboratoire d'analyse du CHU.

7.3.3 Articulation entre soins médicaux et psychiatriques et prolongements des prises en charge

La prise en charge somatique apparaît particulièrement bien faite au CHAI et répond aux exigences d'approche globale du patient en psychiatrie et du respect de sa personne dans son intégrité. Toutefois, de telles prestations de qualité gagneraient à être encore mieux articulées avec les soins psychiatriques tant dans leur organisation (heures d'interventions dans les services par exemple) que dans les synthèses nécessaires à l'élaboration d'un projet de soins individualisé (présence aux *staffs* et réunions de synthèse).

Recommandation

*Une meilleure articulation entre les prestations de soins somatiques et les services de psychiatrie doit être recherchée dans le cadre de la rédaction du projet médical et de soins : horaires d'intervention, participation active aux *staffs* et aux synthèses par exemple.*

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que l'équipe médicale des spécificités a pour objectif la bonne articulation de la prise en charge somatique et psychiatrique. A ce titre, chaque unité d'hospitalisation dispose d'un médecin généraliste référent dont les passages sont réguliers et planifiés sur deux demi-journées par semaine. Un

cahier de liaison somatique identique a été diffusé dans chaque unité. Il permet l'échange d'information et la demande d'avis somatique. Sur leur temps de présence au CHAI, les médecins généralistes sont joignables en permanence sur leur DATI. Un planning précis est diffusé chaque lundi matin à l'ensemble des unités, avec notamment le nom et le numéro de DATI du médecin assurant la permanence jusqu'à 18h30. La participation aux réunions cliniques qui ont lieu le lundi après-midi dans les unités se fait en fonction de la présence du médecin référent. La participation aux synthèses se fait à la demande des psychiatres.

Par ailleurs, des prolongements aux prises en charge somatiques durant le séjour hospitalier pourraient être recherchés afin que les patients psychiatriques puissent continuer leurs soins une fois sortis de l'établissement.

Recommandation

Les services de soins somatiques doivent rechercher des prolongements opérationnels à la prise en charge des patients après leur sortie de l'établissement.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'à la sortie des patients, un courrier est fait au médecin traitant si le patient a bénéficié de soins somatiques. A chaque consultation d'un spécialiste en ville ou dans un autre établissement de santé, les coordonnées du médecin traitant sont communiquées afin qu'il reçoive également un compte rendu. Une conciliation médicamenteuse est organisée à l'entrée des patients (APEX). Elle devrait se généraliser à l'ensemble de l'établissement mais également pour la sortie d'hospitalisation. Un lien peut être fait avec le CMP lorsqu'une poursuite de prise en charge somatique spécifique est nécessaire. Un projet de coordination somatique sur les plateaux de santé est en cours de réflexion. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

8. LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.1 L'USAGE DE LA CONTENTION EST MODERE MAIS L'ISOLEMENT N'EST PAS REALISE QU'EN DERNIER RECOURS

8.1.1 Les locaux

L'établissement répertorie treize chambres d'isolement (CI) : trois au PDTV, trois au PV, quatre au PGG, une au PIJ, deux dans le service APEX (pôle PLUS). S'ajoutent deux chambres d'apaisement (CA) au pôle TSA et une sur l'UPRA, soit trois au total.

Deux CI sont, par ailleurs, situées au service des urgences du CHU de Grenoble.

Ces chambres sont sensiblement différentes les unes des autres en fonction de l'histoire architecturale des bâtiments ; toutes sont suffisamment spacieuses et comportent un affichage de la date et de l'heure. Aucune ne dispose d'un bouton d'appel et lorsqu'un bracelet portatif est mis à disposition (unités APEX, Berlioz, Prévert) pour permettre au malade d'appeler un soignant y compris sous contention, ce matériel n'est pas utilisé. Au sein des unités Tony Lainé, Prévert et Charmeil, les patients présents dans les chambres d'isolement communiquent avec les soignants à travers une vitre donnant directement sur la salle des infirmiers. Seule l'UCAP dispose d'un bouton d'appel sur le mur. Certaines unités disposent d'un patio privatif (unités Prévert, Matisse, Berlioz, APEX) mais celui-ci n'est jamais en accès libre. En absence de patio, les fenêtres sont ouvertes en présence d'un soignant et le patient peut fumer par celles-ci. (101, Fodéré, Esquirol).



Chambre d'isolement ; seau hygiénique

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière ; un détecteur automatique illumine le local sanitaire l'unité APEX. Presque toutes disposent d'un ensemble table-banc en plastique blanc pour manger ; ce mobilier est parfois dans la chambre (unités 101, Lainé, Prévert, Charmeil), parfois dans une autre pièce non accessible sans l'ouverture de la porte et la présence d'un soignant (unité Berlioz).

Toutes les chambres disposent de toilettes, de douche et d'un accès à l'eau, mais dans une pièce séparée par une porte toujours fermée (unités Lainé, 104, Rimbaud, Prévert, Fodéré, UCAP, 101, Berlioz, Esquirol). Les patients doivent donc appeler pour se rendre aux toilettes ; plusieurs chambres disposent dans la chambre d'un seau hygiénique (ou « pot de chambre ») voire d'un urinal laissant à penser que les patients n'appellent pas pour aller aux toilettes et utilisent le seau (unités Berlioz, Esquirol, Charmeil, Fodéré). Un seau était encore non vidé lors du passage d'un

contrôleur en fin de matinée dans une unité. Seules les CI des unités APEX, de l'unité 104 et Matisse ont des toilettes directement accessibles depuis la chambre. L'usage de seau hygiénique, remplaçant le déplacement du patient aux toilettes, constitue une atteinte à la dignité.

Recommandation

L'accès libre aux toilettes doit être la règle jour et nuit ; les seaux hygiéniques doivent être supprimés.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que suite à la visite du CGLPL, une note de service a immédiatement été formulée pour interdire l'usage des seaux hygiéniques dans les chambres d'isolement et préserver la dignité des patients. La commission isolement/contention est en cours de travail autour de la réactualisation du cahier des charges de la chambre d'isolement. Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

La plupart des chambres disposent d'un lit métallique fixé au sol et toutes proposent des draps et couvertures identiques au reste de l'unité. Des stores permettent partout l'occultation de la lumière pour la nuit. Quelques chambres sont climatisées (unités Fodéré, Prévert, UPRA).

Plusieurs chambres permettent d'écouter de la musique ou la radio grâce à des haut-parleurs à l'intérieur de la chambre (unités UPRA, Lainé, Berlioz, Prévert) ; le patient choisit ce qu'il souhaite écouter en sollicitant l'infirmier. Dans une chambre ne disposant pas de cet équipement, un poste de radio est posé au sol dans le sas devant la chambre d'isolement provoquant un son aussi fort que désagréable.

Aucune mauvaise odeur n'a été perçue au sein des unités ou dans les CI.

L'usage du pyjama est répandu dès l'entrée en CI, sauf à l'UPRA. Dans toutes les unités, une règle informelle autorise deux cigarettes quatre fois par jour pour les fumeurs.

Seules les deux CI des urgences du CHU ont une vidéosurveillance transmettant les images dans le bureau des IDE. Les écrans ne sont pas visibles des autres patients.



Chambre dite d'apaisement de l'unité TSA



Module table-chaise

La chambre d'hospitalisation du patient n'est pas, sauf dans une unité, conservée lors de l'entrée du patient en CI et sa chambre est attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des

entrées directes dans les unités s'effectuent en chambre d'isolement lorsque l'unité d'origine n'a plus de place dans sa propre CI.

Recommandation

Durant le placement du patient en chambre d'isolement, sa chambre en hospitalisation complète doit être conservée. Il ne doit pas y avoir d'entrée directe en chambre d'isolement d'un patient dans une unité où il n'est pas hospitalisé.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que dans un contexte temporaire de capacité réduite en lits, l'établissement a privilégié la réponse à l'urgence. En effet, vingt-cinq lits d'hospitalisation complète ont été fermés en juin 2017 du fait du sous-effectif médical, avec pour conséquence, une tension importante sur les lits et la filière urgence. La réouverture de vingt-cinq lits début 2019, avec la création d'une unité intersectorielle de psychiatrie du sujet âgé devrait permettre, par un meilleur ajustement de la capacité en lits de l'établissement aux besoins d'hospitalisation, un respect systématique de la réservation de lit aux personnes placées en chambre d'isolement. D'ici là, les rappels et les vérifications de conformité se poursuivront.

Au moment du contrôle, dix chambres d'isolement sur les treize étaient occupées, aucune contention n'était en cours ; trois étaient occupées par le même patient depuis plusieurs semaines ; plusieurs patients pouvaient sortir seuls la journée dans l'unité (unités Rimbaud, Berlioz, Charmeil, 104, Prévert), et pour l'un, une décoration personnalisée de cette chambre a été permise.

Le matériel de contention est constitué soit de sangles quatre points avec attache type ceinture aux deux bras et deux chevilles, soit de sangles avec fermeture à clef individuelle, les soignants ayant dans les kits de secours incendie l'ustensile permettant de les couper en urgence.



Sangle fermant avec une clef



Coupe-sangle en cas d'incendie

8.1.2 Les mesures d'isolement et de contention

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les praticiens remplissent tous et de manière assez exhaustive, le dossier informatique des patients du logiciel Crossway.

Un rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention a été établi pour 2017 et présenté au directoire et à la CME, comme celui de 2016. Ce rapport rappelle les instances mises en place : une commission isolement et contention pluri professionnelle depuis 1997, commission à laquelle participe le président de la CME et qui s'est réunie trois fois en 2017.

Le rapport 2017 détaille les évolutions en termes d'aménagement de locaux et de traçabilité informatique des mesures d'isolement de contention et de surveillance. Il constate les difficultés d'analyse des pratiques au regard de l'outil informatique et annonce la mise en place à l'essai des bracelets d'appel pour les patients.

Ce rapport analyse quatre-vingt-quatre événements indésirables (EI) déclarés en 2017 sur la thématique isolement contention : vingt-neuf violences à type d'agression pendant la prise en charge en CI, onze patients contenus sur fauteuil, dix EI pour un problème d'insonorisation d'une CI occupée au long cours par un seul patient en inadéquation avec la structure, neuf ouvertures de la seconde CI de l'unité APEX avant son ouverture officielle, cinq prises en charge de patients non adaptées, quatre absences de prescription de l'isolement ou de l'apaisement, trois dysfonctionnements ou destructions de matériel, deux fugues de patient hors CI, une CI occupée depuis plusieurs mois par un même patient, un départ de feu du matelas pour un patient entravé, un briquet avec tabac retrouvé dans le plafond d'une CI, une température excessive en CI, un patient en soins libres entravé toute une nuit et une impossibilité d'accès aux toilettes en CI.

Ces déclarations permettent d'objectiver une bonne prise en compte de la problématique des CI par les soignants et pourront permettre le débat autour de l'analyse des pratiques d'isolement et de contention sur le long terme. D'autant que certains membres de la communauté soignante de l'établissement estiment encore ne pas disposer de suffisamment de chambres d'isolement.

Pourtant, le plan d'action 2018, décrit dans ce rapport annuel 2017, indique le souhait de diminuer le nombre d'isolements et de contentions grâce à un plan de formation et une meilleure gestion des lits. Il entend améliorer le contenu du registre, formaliser une procédure propre aux patients porteurs d'un handicap intellectuel placés dans les CI, une autre pour les personnes détenues, vérifier le respect de bonnes pratiques concernant les décisions de contention et d'isolement pour les patients en soins libres, travailler sur les inadéquations de séjour en CI, sur la durée effective de séjour.

Il n'y a pas réellement de procédure spécifique validée par les instances médicales sauf aux urgences du CHU de Grenoble. Cependant celle-ci, datée d'avril 2015, note que l'isolement résulte d'une décision prise par le psychiatre ou l'urgentiste, inscrite dans le logiciel de prescription des urgences. Le CGLPL rappelle que la décision d'un placement en chambre d'isolement relève de la compétence du psychiatre et non de l'urgentiste (cf. § 7.1.1).

8.1.3 L'analyse du registre

La pratique de l'isolement et de la contention n'est pas analysée par les équipes soignantes et il n'y avait pas, au moment du contrôle, de registre opérationnel permettant de répondre à l'article L 3222-5-1 du CSP, même si les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées.

Une extraction informatique effectuée à la demande des contrôleurs a permis d'analyser les décisions prises par unité **depuis le 8 février 2018**, date à laquelle la traçabilité opérationnelle a été mise en place et **jusqu'au 31 mai 2018** :

Unité Arthur Rimbaud : Sur une file active de soixante-trois patients entrés dans le service, onze (17,5 %) ont été placés en chambre d'isolement pour des durées allant de 24 à 624 heures (moyenne de 237 heures). Cinq ont eu une contention associée allant de 24 à 222 heures (moyenne de 126 heures). Un patient a été isolé 24 heures en dehors d'une CI. Deux personnes ont eu des contentions sans isolement, de 24 heures chacune.

Unité Camille Claudel : sur une file active de quatre-vingt-sept patients, six (6,9 %) ont été placés en chambre d'isolement pour des durées allant de 24 à 1320 heures (moyenne de 524 heures ; 364 en excluant un cas spécifique). Quatre ont eu une contention associée allant de 24 à 683 heures (moyenne de 126 heures). Le patient ayant eu une contention de 683 heures a été isolé 360 heures. Deux personnes ont eu des contentions sans isolement, de 24 et 48 heures.

Unité Tony Lainé : Sur une file active de quarante-huit patients entrés dans le service, treize (27 %) ont été isolés pour des durées allant de 24 à 240 heures (moyenne de 73 heures.). Quatre ont eu une contention associée pour des durées allant de 23 à 219 heures (moyenne de 75 heures). Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 24 heures. Il n'y a aucune contention sans isolement.

Unité Charmeil : Sur une file active de vingt-sept patients, neuf (33,3 %) ont été isolés pour des durées allant de 96 à 864 heures (soit 36 jours) (moyenne de 295 heures). Deux ont eu une contention associée pour des durées allant de 24 à 77 heures (moyenne de 50 heures). Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 24 heures. Il y a une contention de 24 heures sans isolement.

Unité Fodéré : Sur une file active de quatre-vingt-trois patients, quatre (4,8 %) patients ont été isolés pour des durées allant de 1 à 1848 heures. Un seul a eu une contention associée de 48 heures. Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 72 heures. Trois ont eu des contentions sans isolement pour des durées allant de 24 à 53 heures.

Unité 104 : sur une file active de quatre-vingt-quatre patients, six (7,1 %) ont été isolés pour des durées allant de 24 à 2472 heures (cinq patients isolés durant 24 heures chacun et un patient isolé 2472 heures soit trois mois). Un seul a eu une contention associée de 37 heures. Trois patients ont été isolés en dehors d'une CI durant 24 heures chacun. Sept ont eu des contentions sans isolement pour des durées allant de 1 à 48 heures.

UPRA : sur une file active de vingt-deux patients, quatre (18,2 %) ont été isolés pour des durées allant de 24 à 96 heures (moyenne de 54 h.). Deux ont eu une contention associée de 2 et 72 heures. Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 24 h. Un a eu des contentions sans isolement pour une durée de 76 heures.

Unité Esquirol : sur une file active de quatre-vingt-huit patients, neuf (10,2 %) ont été isolés pour des durées allant de 24 à 1477 heures (moyenne de 286 heures mais 137 heures en excluant la personne à 1477). Deux ont eu une contention associée de 120 et 244 h. Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 24 heures. Aucune contention sans isolement n'a été pratiquée.

Unité Hector Berlioz : sur une file active de 106 patients, 11 (10,4%) patients ont été isolés pour des durées allant de 24 à 720 heures (moyenne de 189 heures.). Un seul a eu une contention associée de 48 heures. Un patient a été isolé en dehors d'une CI durant 72 h. Trois ont eu des contentions sans isolement pour des durées allant de 24 à 53 heures.

APEX : sur une file active de 303 patients, 43 (14,2 %) ont été placés en isolement pour des durées allant de 24 à 384 heures (moyenne de 103 heures). Dix ont eu des contentions associées. Aucun patient n'a été isolé en dehors d'une chambre d'isolement. Deux ont eu des contentions sans isolement d'une durée de 24 heures.

Unité Matisse : sur une file active de quatre-vingt-deux patients, onze (13,4 %) ont été placés en isolement pour des durées allant de 24 à 1154 heures (moyenne de 246 heures mais 156 heures si on ôte la personne l'ayant été 1 154)). Une personne a eu des contentions associées pendant 48 heures. Un patient a été isolé en dehors d'une chambre d'isolement pendant 24 heures. Un a eu des contentions sans isolement durant 46 heures.

Unité TSA : sur une file active de quinze patients, cinq ont été placés en isolement, hors chambre d'isolement puisque le service ne dispose que de deux chambres d'apaisement, pour des durées allant de 2 heures à 2352 heures. Quatre ont eu des contentions associées et un patient a eu des contentions sans isolement d'une durée de 24 heures. Ces chiffres ne sont pas interprétables dans la mesure où de très nombreux patients de cette unité ne relèvent pas d'une prise en charge psychiatrique mais sont en attente de places en foyer ou maison d'accueil médicalisé. Les soignants rapportent une utilisation des chambres d'apaisement pour des durées de 2 à 12 heures et les contentions pour la nuit ou en journée sont des contentions de protection des chutes ou des blessures. Les soignants portent régulièrement un matériel de protection au niveau de l'avant-bras évitant les griffures ou morsures.

Unité 101 : sur une file active de 105 patients, 5 (4,7 %) ont été placés en isolement pour des durées de 24 heures pour 4 patients et 2496 heures pour un seul. Deux ont eu des contentions associées de 5 et 48 heures. Un de ces patients a été isolé en dehors d'une chambre d'isolement pendant 24 heures. Deux ont eu des contentions sans isolement d'une durée de 12 et 24 heures.

Unité Prévert : sur une file active de quatre-vingt-douze patients, huit patients (8,7 %) ont été placés en isolement pour des durées allant de 24 à 864 heures (moyenne de 345 heures). Trois ont eu des contentions associées de 24, 96 et 318 heures. Deux patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement pendant 24 heures.

Urgences CHU (UCAP) : Le registre initié tout récemment le 30 avril 2018 indique durant l'ensemble du mois de mai 2018, seize patients placés en isolement aux urgences pour des durées allant de 3 à 36 heures (moyenne de 18 heures), neuf patients y ayant séjourné plus de 20 heures.

L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement modérées et minoritairement associées à de la contention. Ces pratiques sont cependant variables selon les unités et avec des durées longues qui ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. D'autre part plusieurs patients placés en CI depuis plusieurs jours ont été rencontrés dans les couloirs de l'unité en journée sans risque évident pour la sécurité justifiant son maintien en CI. Une femme, placée en isolement, est ainsi venue seule offrir une fleur au cadre de santé dans son bureau pendant un entretien avec le contrôleur.

Les longues durées d'isolement pratiquées au CHAI ne respectent pas les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être procédé à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui.

Recommandation

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que depuis la visite, la démarche d'analyse opérationnelle du registre a été initiée. Un groupe de travail

composé du médecin DIM, de la présidente de la CME et du coordonnateur soignant des risques se réunit mensuellement. La démarche d'analyse a été présentée à la CME de septembre 2018. Chaque pôle est désormais destinataire des indicateurs le concernant afin de pouvoir mettre en œuvre une analyse de la pratique. Un extrait de ces analyses entre mars et août 2018 par unités a été adressé aux contrôleurs qui témoigne de la prise en compte de cette recommandation. Les contrôleurs prennent acte de ces mises en place et considèrent qu'elles répondent entièrement à la recommandation.

8.2 LES CONDITIONS DE SECURITE REPONDENT AUX ATTENTES DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La sécurité incendie est gérée par deux professionnels qui assurent les formations et les visites des unités. Des exercices sont organisés fréquemment et les formations pertinentes et adaptées à la pratique réelle, comme par exemple, les techniques pour sectionner les sangles d'un patient sous contention dans une chambre enfumée et son extraction du danger. Des exercices ont d'ailleurs eu lieu au cours de la visite des contrôleurs. Les professionnels assurent une présence de 7h30 à 17h et sont relayés ensuite par l'astreinte technique la nuit et les week-ends. Les agents de la sécurité incendie ont connaissance des personnes placées en isolement et contention en chambre d'isolement mais pas des personnes placées en isolement dans des chambres autres.

La sûreté est assurée, depuis un an et demi, par une équipe de trois professionnels dont un responsable. Une présence est effective de 7h à 17h et les agents de sûreté gèrent les problèmes de circulation à l'intérieur du site, la vidéosurveillance avec trois caméras permettant le contrôle des accès, et le retrait stocké sécurisé des objets dangereux retrouvés sur les patients au moment de leur arrivée (armes blanches ou potentielles). Les produits stupéfiants retrouvés sont stockés dans un coffre-fort et donnés régulièrement aux gendarmes dans le respect de l'anonymat de la provenance du produit.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'UNITE INFANTO-JUVENILE TONY LAINE REpond AUX BESOINS DES PATIENTS MINEURS MALGRE UN MANQUE DE MEDECINS

9.1.1 Contexte général de l'unité infanto-juvénile

L'unité infanto-juvénile Tony Lainé est installée dans un bâtiment autonome situé à l'arrière du parc de l'établissement. Le bâtiment, sur deux étages, est en forme de U. L'unité, qui est fermée, dispose de dix chambres ainsi que d'une chambre d'isolement.

a) Type de patients mineurs accueillis

Au moment de la visite, les dix chambres sont occupées par des mineurs de 13 à 17 ans. En principe, il n'y a pas de sur occupation. Cependant, il peut arriver que la personne placée en CI soit obligée d'y rester plus longtemps que nécessaire en raison de l'indisponibilité d'une chambre ou qu'un arrivant soit placé pour la nuit, voire une journée, en chambre d'isolement par manque de place.

L'unité accueille indistinctement les garçons et les filles. Les patients mineurs présentent des pathologies diverses (troubles graves du comportement, troubles dépressifs, troubles anxieux graves, troubles obsessionnels sévères, troubles du spectre de l'autisme, etc.). Ces pathologies se conjuguent souvent avec des situations sociales dégradées. Ainsi, sur les dix patients présents, cinq relèvent de l'aide sociale à l'enfance.

Cette population hétérogène requiert la mise en place d'un cadre rassurant et structurant ainsi qu'une prise en charge thérapeutique spécifique à chaque pathologie.

En plus de ces dix mineurs pris en charge à l'unité Tony Lainé, trois mineurs de plus de 16 ans sont hébergés dans d'autres unités de l'établissement — deux dans l'unité des TSA et un à l'unité Berlioz.

b) Locaux d'hospitalisation

Le bâtiment de l'unité a été rénové au début des années 2000. Les dix chambres sont situées au rez-de-chaussée, à gauche de l'entrée dans un couloir en forme de L. La chambre d'isolement se trouve face à l'entrée. A droite de l'entrée, on trouve la salle du personnel soignant ainsi que les différentes salles de vie et d'activité. Le jardin est situé à l'intérieur du U avec un grillage tout autour.

Toutes les chambres sont équipées d'un lit, d'un placard qui ferme à clé ainsi que d'un bureau avec une chaise. Il y a des prises électriques dans la chambre et une veilleuse intégrée dans le mur. Si nécessaire, l'unité prête un radioréveil aux patients. Chaque chambre dispose d'un verrou permettant de fermer la porte de l'intérieur.

Les matériaux utilisés pour les murs des chambres sont, de qualité, inadaptés à des patients potentiellement agités. En conséquence, les murs de la plupart des chambres ont été réparés ou renforcés par des panneaux en bois.

Les médecins psychiatres et somatiques disposent de bureaux au rez-de-chaussée ou à l'étage. En revanche, les infirmiers doivent faire les entretiens avec les jeunes dans les pièces de vie (salle de télévision ou salle à manger) ou dans le jardin. En l'absence d'une salle dédiée à cet effet, les entretiens entre les infirmiers et les patients ne peuvent donc pas se faire à l'abri des regards des autres jeunes et dans un cadre confidentiel nécessaire.



Chambre aux murs dégradés

Les salles d'activité sont nombreuses (psychomotricité, salle de jeux, bibliothèque) et l'environnement extérieur est sécurisé. Néanmoins, les patients ne peuvent être laissés sans surveillance dans le jardin, car le grillage n'y serait pas suffisamment fiable. Le rebord de plusieurs fenêtres crée un escalier de fortune pouvant faciliter les fugues. En conséquence, les mineurs ne peuvent se rendre dans le jardin que lorsque le personnel est en nombre suffisant pour que l'un d'eux soit présent à l'extérieur.

Recommandation

L'établissement doit prendre les mesures nécessaires pour offrir aux infirmiers une salle pour leurs entretiens et améliorer les modalités d'accès au jardin pour les mineurs.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique qu'elle partage le constat du CGLPL quant à l'inadaptation des locaux de l'unité d'hospitalisation des adolescents sur le CHAI. C'est pourquoi, le projet de reconstruction d'un bâtiment plus adapté a été intégré dans le plan global de financement pluriannuel de l'établissement soumis à l'ARS. Dans cette attente, une réflexion a été lancée pour trouver un local dédié pour les entretiens infirmiers. Le souhait de la direction est toutefois d'éviter de le faire au détriment d'une chambre sachant que la capacité d'hospitalisation est très réduite.

9.1.2 La prise en charge hospitalière

L'unité entend limiter au maximum la durée de séjour des jeunes et privilégie les sorties rapides avec parfois des placements séquentiels ultérieurs. Sur les dix mineurs présents, un jeune est hospitalisé depuis six mois, en difficulté de prise en charge selon le personnel, et un autre depuis plus d'un an, avec une prise en charge en hôpital de jour. Les huit autres jeunes sont dans l'unité depuis moins d'un mois et une à deux entrées/sorties sont en général enregistrées chaque semaine.

Différentes activités thérapeutiques, éducatives et occupationnelles (art-thérapie, capoeira, équithérapie, ergo-sociothérapie, enseignement scolaire, groupe de paroles, sortie à la bibliothèque municipale, théâtre) sont offertes aux jeunes patients en fonction de leur profil et de la durée de leur séjour dans l'unité.

L'équipe non médicale en place est pluridisciplinaire et suffisante pour correctement prendre en charge chaque patient. Elle est composée, en théorie, de 16,9 ETP d'infirmiers, 1,04 ETP de psychologue, 0,5 ETP de psychomotricien, 2,8 ETP d'ASH qualifié, 2,3 ETP d'aide-soignant, 0,8 ETP d'assistante sociale et d'1 ETP d'éducateur spécialisé. Sur ces 25,34 ETP, 2,2 ETP ne sont pas pourvus au moment de la visite (dont 1,2 ETP d'ASH).

Toutefois, l'unité connaît de grandes difficultés en matière de prise en charge médicale. En théorie, deux pédopsychiatres exercent dans l'unité avec le soutien d'un interne. Aucune de ces personnes n'était présente au moment de la visite : l'une des pédopsychiatres est en congé maternité depuis près d'un an et l'autre est absente depuis novembre 2017, pour raison de santé. En conséquence, le poste d'interne n'a pas pu être conservé. Pour remédier à ces lacunes, un psychiatre intérimaire assure une présence quotidienne dans l'unité une semaine sur deux. Durant l'autre semaine, différents médecins vacataires assurent une vacation de quelques heures — parfois deux ou trois heures — chaque jour de la semaine. Seules les situations les plus urgentes sont vues par le médecin vacataire qui change chaque semaine afin de ne pas perturber les jeunes patients. Les décisions importantes ou relatives à la prise en charge sur le long court sont prises par le médecin intérimaire qui n'est présent que deux semaines par mois. Aucun travail dialectique ne peut donc être effectué avec le personnel soignant et les patients sont en perte de repères par rapport à la prise en charge médicale. Dans ce contexte, il convient de souligner la qualité du travail de l'équipe soignante et des cadres de santé qui suppléent, autant que faire se peut, à cette carence prolongée de psychiatres.

Par ailleurs, l'université de Grenoble ne dispose d'aucun professeur de pédopsychiatrie.

Recommandation

L'équipe médicale de l'unité Tony Lainé doit rapidement bénéficier d'un praticien titulaire pour qu'une réelle chefferie de service soit exercée.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le praticien hospitalier titulaire a repris son poste en août 2018. Les contrôleurs prennent acte de cette information.

9.1.3 Contact avec le monde extérieur

A la différence des adultes, les patients mineurs de l'unité Tony Lainé ne peuvent avoir accès à leur téléphone portable, ce que plusieurs jeunes rencontrés ont regretté.

Ils peuvent utiliser gratuitement un téléphone fixe sur lequel le personnel soignant transfère les appels entrants et sortants. Le téléphone est situé dans un recoin d'un couloir passant empêchant tout respect de l'intimité et de la confidentialité des conversations.

Recommandation

Le retrait du téléphone portable ne doit être envisagé qu'en cas de troubles spécifiques liés à celui-ci ; l'utilisation du téléphone fixe doit respecter la confidentialité des échanges.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le cadre de santé de l'unité a réuni un groupe de travail pour permettre l'évolution des pratiques en 2019, l'encadrement y étant favorable.

L'ensemble des patients de l'unité a le droit d'avoir des visites au moment du contrôle. Ces visites peuvent avoir lieu de 14h à 18h30. A la différence d'autres unités dans l'établissement, les visiteurs n'ont pas accès à l'ensemble de l'unité. Ils peuvent seulement rencontrer le patient mineur dans une pièce dédiée qui est sombre et peu avenante. Surtout, la pièce n'est pas propice à l'intimité, car elle se situe dans le passage entre la porte pour les visiteurs et l'accès à l'unité.

De plus, la signalétique et l'accessibilité de l'unité pour les visiteurs sont perfectibles. Aucune sonnette ne se trouve à la porte destinée aux visiteurs. La sonnette est située devant la porte d'entrée principale de l'unité ce que les visiteurs ne perçoivent pas toujours (voir la photo ci-dessous).

Recommandation

Les conditions matérielles de la salle de visite doivent être améliorées ainsi que la signalétique à l'attention des visiteurs.

Dans ses observations du 8 novembre 2018, la directrice générale du CHAI indique que le projet de reconstruction d'un bâtiment plus adapté a été intégré dans le plan global de financement pluriannuel de l'établissement soumis à l'ARS. Dans cette attente, un programme de réfection de l'intégralité des chambres a d'ores et déjà été engagé depuis octobre 2018. Les travaux concernant la salle de visite et la signalétique ont été pris en compte et inscrit au plan d'investissement 2019.



Photo de gauche : à gauche la porte d'entrée principale, la sonnette se situe sous les boîtes aux lettres ; à droite la porte pour les visites sans sonnette. Photo de droite : salle de visite

9.1.4 Port du pyjama

Aucun patient n'est soumis au port du pyjama au moment de la visite. Néanmoins, comme dans les autres unités de l'établissement, les jeunes patients considérés comme fugueurs ou à risque

de suicide doivent porter un pyjama de l'établissement sur prescription médicale. La nécessité de porter un pyjama est réévaluée par le médecin.

L'opportunité d'une telle mesure « thérapeutique » est vivement contestable, car elle ne prévient ni les fugues ni les tentatives de suicide. Elle revêt un caractère humiliant supplémentaire pour certains patients, car l'établissement ne dispose que de pyjamas adultes. Ceux-ci sont trop grands pour beaucoup de jeunes filles ou de jeunes garçons. Plusieurs soignants, conscients de ce problème, ont indiqué que l'unité envisageait de modifier ses pratiques en la matière (Cf. § 5.2).

9.2 LES PERSONNES DETENUES NE SONT PAS SYSTEMATIQUEMENT PLACEES EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

9.2.1 L'admission des patients détenus

L'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon (Rhône) est en principe compétente pour admettre les patients détenus de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces (Isère). Toutefois, il est fréquent que l'UHSA ne donne pas suite aux demandes d'admission en provenance de la maison d'arrêt, notamment en raison de manque de places disponibles, les personnes étant alors hospitalisées au CHAI, à titre transitoire, en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) au titre de l'article D398 du code de procédure pénale.

Préalablement, le service d'accueil et de garde infirmier (SAGI) détermine l'unité d'admission en fonction des disponibilités des chambres d'isolement. Aucune unité n'est spécialisée dans l'accueil des patients détenus : huit unités différentes ont été sollicitées en 2016, sept en 2015 et en 2017. Parallèlement, le SAGI interroge le greffe de la maison d'arrêt pour savoir si le niveau de dangerosité de la personne détenue nécessite une escorte des forces de l'ordre, ce à quoi il est toujours répondu, selon les indications données, par la négative.

Deux infirmiers du SAGI et le conducteur de l'ambulance se rendent à la maison d'arrêt et prennent en charge le patient détenu au niveau du greffe après que ce dernier eut fait l'objet d'une fouille. La remise d'effets personnels – sous-vêtements, affaires de toilette, tabac – n'est pas systématique ; aucune somme d'argent appartenant à la personne détenue n'est remise aux infirmiers.

Le patient détenu est installé sur un brancard et maintenu, contentionné, dans l'ambulance. Il a été signalé qu'il en était ainsi depuis une évasion survenue en 2016 pendant un transport entre la maison d'arrêt et l'hôpital. Le trajet dure aux alentours de vingt minutes.

Un premier entretien « d'accueil et d'évaluation » avec le patient a lieu dans l'ambulance, à la suite duquel l'unité d'admission est contactée par téléphone pour arrêter les conditions d'hospitalisation, notamment pour confirmer le placement en chambre d'isolement. Lorsque tel est le cas, les infirmiers du SAGI procèdent à l'installation de la personne et à sa mise en pyjama ; ils restent sur place jusqu'à l'arrivée d'un médecin.

Une fois l'hospitalisation faite, le CHAI effectue immédiatement une nouvelle demande d'admission pour l'UHSA, celle faite préalablement depuis la maison d'arrêt étant considérée comme n'étant plus valable. Par la suite, le patient détenu est transféré à l'UHSA ou reconduit à la maison d'arrêt si le séjour au CHAI se prolonge faute d'admission à l'UHSA, ce qui intervient lorsque son état clinique ne justifie plus une hospitalisation complète.

Depuis 2015, le nombre d'admissions et la durée d'hospitalisation sont en baisse : quinze admissions pour 187 jours d'hospitalisation, contre quatorze admissions en 2016 (112 jours

d'hospitalisation) et onze admissions en 2017 (107 jours d'hospitalisation) ; entre le 1^{er} janvier et le 6 juin 2018, trois patients détenus ont été admis au CHAI.

La destination en fin de séjour a également évolué. Alors que, jusqu'en 2015, les retours à la maison d'arrêt (neuf) étaient majoritaires par rapport aux transferts à l'UHSA (six), la tendance s'est inversée, depuis lors, avec neuf transferts à l'UHSA et cinq retours à la maison d'arrêt en 2016, et sept transferts à l'UHSA et quatre retours à la maison d'arrêt en 2017.

La durée moyenne de séjour (DMS) des patients détenus tend à se réduire, passant de 12,5 jours en 2015 à 8 jours en 2016 et à 9,7 jours en 2017. Toutefois, la DMS des patients admis ensuite à l'UHSA reste la plus longue (18,3 jours en 2015, 8,7 jours en 2016, 12,3 jours en 2017) par rapport à celle des patients qui réintègrent directement la maison d'arrêt (8,5 jours en 2015, 6,6 jours en 2016, 5,2 jours en 2017).

La direction a indiqué que ces évolutions pouvaient être liées à l'intervention qu'elle fait systématiquement auprès de l'ARS avant l'arrivée d'un patient détenu afin de le faire admettre directement à l'UHSA et d'éviter ainsi un passage par le CHAI.

9.2.2 Les conditions d'hospitalisation des patients détenus

La direction respecte le principe selon lequel un patient détenu ne relève pas systématiquement d'un placement en chambre d'isolement, bien que la procédure suivie et les pratiques conduisent toujours les acteurs à rechercher une CI disponible au moment de l'admission. Ainsi, lors de la dernière admission, la personne a été admise à l'unité Fodéré et d'emblée placée en CI, le médecin de cette unité considérant que le statut de détenu imposait cette affectation, alors que, dans le même temps, une situation urgente survenait avec un autre patient pour lequel le placement dans la seule CI de l'unité apparaissait nécessaire. Les démarches entreprises auprès des autres unités afin de trouver une chambre disponible s'avérant infructueuses, la direction et la présidente de la CME ont indiqué au médecin que, même pour un patient détenu, le placement en CI devait être, conformément à la loi⁵, une pratique de dernier recours. Le patient détenu a alors été affecté dans une chambre individuelle de l'unité.

Une fiche de renseignement est, en principe, communiquée au SAGI par l'administration pénitentiaire, qui précise la situation judiciaire de la personne détenue (condamnée ou prévenue), les personnes détentrices d'un permis de visite et la liste des personnes avec lesquelles elle est autorisée à communiquer par téléphone.

Le personnel des unités organise les visites et les appels téléphoniques conformément au cadre défini et à la réglementation pénitentiaire qui prohibe notamment la détention d'un téléphone portable. Ainsi le patient précité n'a pas été en mesure de rencontrer sa mère, en raison de l'interdiction posée par le juge d'instruction chargée de son affaire, ni de passer un appel téléphonique.

Le patient détenu est soumis aux mêmes conditions d'hospitalisation que les autres patients en chambre d'isolement ou en chambre ordinaire. Toutefois, il bénéficie toujours d'une chambre individuelle.

Toute sortie à l'extérieur de l'unité, y compris dans le parc de l'hôpital, se fait sur proposition médicale et est soumise à une autorisation de la direction et à l'accompagnement d'un soignant.

⁵ Loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 (article 72).

Les infirmiers de l'UHSA ou les surveillants de la maison d'arrêt de Grenoble-Varces viennent rechercher les personnes détenues au terme de leur hospitalisation au CHAI. Ces derniers utilisent les moyens de contrainte (menottes toujours, entraves parfois), qui sont posés dans le véhicule et non dans l'unité.

Bonne pratique

Conformément à la réglementation en vigueur, mais contrairement à la pratique de nombreux hôpitaux, le patient détenu hospitalisé au CHAI n'est placé en chambre d'isolement qu'en fonction de son état clinique.

10. CONCLUSION GENERALE

Le centre hospitalier spécialisé de Saint-Égrève assure pleinement sa mission de service public en accueillant tous les patients du territoire, avec une prise en charge de la totalité des urgences psychiatriques sur le bassin, au CHAI mais aussi au CHU de Grenoble et au CH de Voiron.

L'établissement dispose d'un positionnement urbain favorable, des infrastructures et moyens nécessaires pour exercer ses missions. Il souffre néanmoins d'une pénurie médicale forte et chronique depuis de nombreuses années, d'un nombre important d'infirmiers en contrats précaires et de l'absence de stratégie médicale comme d'établissement clairement définie. Des fermetures de lits insuffisamment anticipées ont ainsi été opérées en 2017 amenant des patients à rester aux urgences dans des conditions inadaptées et impactant la prise en charge au quotidien des patients dans les unités. Enfin, de nombreux patients, ne relevant pas d'une hospitalisation en psychiatrie, sont accueillis par défaut d'autres structures plus adaptées, générant un malaise tant des familles de ces patients que des soignants.

L'absence d'organisation et de stratégie lisible à long terme, de même qu'un faible esprit d'équipe et l'absence de culture commune valorisée à l'échelle de l'établissement, contribuent au défaut d'attractivité majeur avec vingt postes de psychiatres vacants sur cent

Pour autant, les contrôleurs ont constaté une bonne recherche d'alliance thérapeutique et une prise en charge soignante empreinte de professionnalisme, même si les postes vacants rendent hétérogènes la présence et l'implication réelle des médecins dans certaines unités, et une souffrance des soignants laissés à eux-mêmes.

L'absence de règles de fonctionnement en termes d'effectifs soignants journaliers, à la fois en nombre d'infirmiers présents auprès des patients et en nombre d'infirmiers en dessous duquel la sécurité des soins est engagée, ne permet pas une humanisation pérenne et pertinente des soins. Ainsi et malgré une dynamique affirmée pour développer les activités thérapeutiques, l'absence d'activités occupationnelles et de présence forte auprès des patients amènent ceux-ci à exprimer très majoritairement leur ennui.

Par ailleurs, si le contrôle constate de faibles restrictions de liberté dans la vie quotidienne comme l'accès aux familles, au téléphone, au tabac, aux chambres ou encore l'usage modéré du pyjama, **il ne peut que déplorer une liberté de circulation excessivement réduite à l'extérieur de l'unité (quatorze unités fermées sur quatorze), et des mesures sécuritaires non justifiées juridiquement pour les sorties dans le parc et vers l'ensemble des services proposés dans l'enceinte de l'établissement.**

Les pratiques d'isolement et de contention concernent un nombre modéré de patients au regard de la file active des unités, avec des mesures de contention également modérées, mais aucune analyse des pratiques, aucun registre opérationnel n'est réellement en place.

Les chambres d'isolement sont très variables dans leur architecture et l'approche de la dignité ; il n'y a pas de bouton d'appel. Il n'y a pas de toilettes disponibles partout et lorsqu'il y en a, c'est l'usage du seau hygiénique qui est maintenu. La surveillance infirmière n'est ni protocolisée ni réellement contrôlée. Les indications sont encore trop thérapeutiques et les temps d'isolement trop longs. L'établissement pratique encore un usage des chambres d'isolement sans conserver la chambre du patient et effectue des entrées directes en chambre d'isolement sans lit d'aval. **Il n'y a que trop peu de formation des soignants comme des médecins aux droits des patients et aux pratiques d'isolement et de contention**, alors même qu'un comité d'éthique est

particulièrement dynamique et qu'une très bonne analyse des événements indésirables est mise en place.

Les contrôleurs, accueillis dans une ambiance très constructive et facilitatrice, ont ainsi trouvé un établissement en état de sidération depuis la condamnation pénale d'un médecin psychiatre de l'établissement pour l'homicide en 2008 d'un passant en centre-ville par un patient en fugue. Le CHAI doit redynamiser et moderniser ses pratiques, disposant d'un fort potentiel pour revendiquer sa place de référent de la psychiatrie en Isère.

Le respect du droit des patients privés de liberté doit reprendre sa place première dans les préoccupations de la nouvelle direction et des nouvelles instances médicales. La systématisation pour tous les patients souffrant de troubles psychiatriques quels qu'ils soient, de contraintes sécuritaires sans fondement scientifique ou juridique, confortées encore actuellement par les autorités locales, ne peut se justifier sur la base du drame survenu il y a dix ans.

Suite à la visite des contrôleurs et au pré rapport du 27 septembre 2018, de nombreuses recommandations ont été suivies dans le sens d'une prise en compte des droits fondamentaux des patients, de leur dignité. Il reste néanmoins encore des réticences fortes sur la liberté d'aller et venir.