



Rapport de constat :

14 au 18 mai 2018 – 1^{ère} visite

Pôle santé mentale du Centre
hospitalier Annecy Genevois

(Haute-Savoie)

SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du pôle santé mentale du centre hospitalier Annecy Genevois à Metz-Tessy (Haute-Savoie), du 14 au 18 mai 2018.

Un rapport de constat a été adressé au directeur du centre hospitalier Annecy Genevois, à la délégation départementale de l'agence régionale de santé de Haute-Savoie, au procureur de la République et au président du tribunal de grande instance d'Annecy, ainsi qu'au préfet de Haute-Savoie le 5 octobre 2018. Le directeur du centre hospitalier et le directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes ont formulé des observations par un courrier en date respectivement du 5 novembre et du 19 novembre 2018. Ces observations ont été prises en considération dans le présent rapport.

Le centre hospitalier (CH) Annecy Genevois, dénommé le CHANGE, est un établissement public de santé intercommunal résultant de la fusion du CH d'Annecy avec le CH de Saint-Julien-en-Genevois. Le site d'Annecy est le site principal pour le bassin d'Annecy. Les services d'hospitalisation complète de psychiatrie adultes du CH d'Annecy Genevois sont regroupés au sein d'un pôle santé mentale situé dans un bâtiment datant de 2010. Organisé initialement en trois unités sectorisées de trente lits chacune, le pôle est constitué au jour de la visite de deux unités sectorisées d'hospitalisation complète de trente lits et d'une unité intersectorielle de préparation à la sortie (UPAS) de vingt-cinq lits créée en septembre 2017. **La capacité d'accueil du pôle santé mentale est de quatre-vingt-cinq lits.**

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, la seule unité d'hospitalisation complète d'une capacité de dix lits pour enfants de 6 à 12 ans a fermé en septembre 2016 en raison des difficultés majeures de recrutement de médecins pédopsychiatres. Selon les informations recueillies, l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de dix lits était envisagée au second semestre 2018 pour l'accueil et la prise en charge des adolescents.

Des structures intersectorielles assurent en outre des prises en charge spécifiques telles que l'unité de soins à médiation (USAM) et l'unité de post urgences psychiatriques (UPUP) de douze lits pour les patients venant des urgences et ceux en situation de crise.

Concernant la psychiatrie, un projet de pôle a été élaboré en octobre 2015, axé sur le projet de restructuration de l'hospitalisation complète en filières spécialisées (une filière de gérontopsychiatrie de vingt lits, une filière jeunes adultes de quinze lits, une filière enfants adolescents de dix lits, une filière troubles de l'humeur de vingt-cinq lits, une filière psychiatrie polyvalente de vingt-cinq lits et une unité fermée dans les soins sous contrainte de dix-sept chambres et de huit chambres d'isolement). Le projet d'établissement fait référence à cette restructuration.

Le schéma directeur immobilier prévoit l'agrandissement et la restructuration du bâtiment psychiatrique en 2020. Mais, alors qu'en 2017, la création de l'UPAS a eu pour conséquence de réduire le nombre de chambres d'isolement de six à quatre, le projet médical de pôle établi en 2015, antérieur à la loi du 26 janvier 2016, prévoit huit chambres d'isolement au sein d'une unité fermée, et apparaît donc en contradiction avec la recherche de solutions alternatives, préconisées par la loi, les recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé, l'agence régionale de santé et le Contrôle général des lieux de privation de liberté.

Le recrutement des praticiens hospitaliers a connu une période difficile. De même, la rotation élevée du personnel non médical est de nature à obérer la continuité de la prise en charge de des patients, rendant difficile les accompagnements des patients. Les soignants ont été peu vus auprès des patients. Force est de constater que la pathologie lourde des patients nécessite un

encadrement des soignants. En conséquence, il revient à la direction la responsabilité de mettre en place un plan de formation adapté, dépassant de beaucoup le module suivi par les nouveaux arrivants. La situation est en train d'évoluer avec l'arrivée récente d'un nouveau chef de pôle accompagnée par de jeunes psychiatres, en vue de la mise en place progressive d'une nouvelle dynamique au sein du pôle santé mentale et d'un rapprochement entre les médecins et les équipes de soignants.

Les conditions d'hébergement des patients sont satisfaisantes (chambres spacieuses, claires). En revanche, l'ouverture des fenêtres n'a pas été prévue lors de la conception ; des problèmes de ventilation sont à noter. De plus, il est nécessaire de prévoir un système protecteur de fermeture des chambres afin de garantir l'intimité et la sécurité des patients. Les lieux de vie en commun sont bien entretenus au sein de chaque unité, caractérisés par la luminosité et l'espace. Le point fort du bâtiment est l'unité de soins avec médiation, lieu interactif, avec des ateliers thérapeutiques qui font partie intégrante du soin et, à proximité, la cafétéria, véritable lieu de convivialité accessible à tous.

Les restrictions de liberté constituent l'exception sous réserve de l'évaluation médicale. La circulation entre les unités est libre ainsi que dans l'ensemble de l'espace du bâtiment. Mais cet espace, où plus de 60 % de patients hospitalisés en soins libres sont obligés de demander une permission de sortie à l'extérieur, reste fermé. Il s'agit là d'une privation de liberté inadmissible. Malgré la mise en place de procédures d'admission formalisées, il est apparu anormal que le personnel soignant ne dispose pas de la culture juridique suffisante pour expliquer oralement leurs droits aux patients.

Le recours à l'isolement ne constitue pas une pratique de dernier recours ; **son utilisation est fréquente et pour une durée beaucoup trop longue**, souvent à des fins disciplinaires ou sécuritaires pour se protéger de situations hétéro agressives majeures. Le pôle santé mentale doit conduire une réflexion avec le corps médical sur les critères de placement en isolement. La diminution du nombre de ces placements est un impératif.

Une formation continue sur la gestion des violences, jusqu'à présent embryonnaire, presque inexistante sur l'isolement et la contention et les droits des patients s'impose.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 18

Au moment de la notification d'admission en soins sans consentement, il est remis au patient un dépliant listant exhaustivement ses droits tels que prévus par la loi.

2. BONNE PRATIQUE 27

La CDSP visite régulièrement le CHANGE et concourt, par ses pistes de réflexion, à la mise en œuvre du changement de pratique pour une prise en charge améliorée du patient.

3. BONNE PRATIQUE 38

L'implantation, l'organisation et le programme des activités thérapeutiques proposées par l'unité de soins à médiation (USAM) en font un point fort pour le pôle de santé mentale, complémentaire à la prise en charge individuelle réalisée au sein des unités.

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 14

Un nouveau projet médical de pôle doit s'inscrire dans la recherche de solutions alternatives à l'isolement, afin que le projet de restructuration de la psychiatrie soit en conformité avec l'esprit de la loi de 2016, les recommandations de la HAS et celles du CGLPL.

2. RECOMMANDATION 15

L'organisation actuelle des unités d'hospitalisation complète doit permettre d'assurer la continuité des accompagnements des patients nonobstant l'indisponibilité du personnel non médical.

3. RECOMMANDATION 16

Le personnel soignant doit participer à des actions de formation au droit des patients, à l'isolement et la contention ainsi qu'à la gestion de l'agressivité et de la violence.

4. RECOMMANDATION 19

Les modalités de notification et d'information sur les droits nécessitent un changement de pratique afin d'être expliquées avec conviction et pédagogie. La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

5. RECOMMANDATION 20

Le document additif au règlement intérieur et spécifique au pôle de santé mentale doit être, dans les plus brefs délais, officialisé et remis avec le livret d'accueil du CH, afin de permettre aux patients hospitalisés dans les unités d'admission, ainsi qu'à leurs proches, de disposer des informations de nature juridique et pratique qui leur sont utiles.

6. RECOMMANDATION 21

Il convient d'accroître le retour des questionnaires de satisfaction sur l'ensemble des patients hospitalisés et de prendre en compte les remarques des usagers.

7. RECOMMANDATION 22

L'UNAFAM, dont les bénévoles se déplacent bimensuellement dans les unités d'hospitalisation, doit s'assurer de la connaissance par les usagers de cette pratique qui est à recommander.

8. RECOMMANDATION 25

Les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD doivent être protocolisées afin de garantir au patient une exacte et complète compréhension des enjeux judiciaires et leur assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

9. RECOMMANDATION 27

Une meilleure disponibilité de l'ARS et de certains membres de la CDSP est nécessaire pour assurer de façon pérenne son rôle de contrôle.

10. RECOMMANDATION 29

Le collège des professionnels de santé doit respecter, sans aucune exception, les exigences de l'article L 3212-7 du code de la santé publique et ainsi entendre le patient et recueillir ses observations avant de prendre sa décision.

11. RECOMMANDATION 31

Libres par principe d'aller et de venir, les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'hôpital sans avoir à solliciter une « permission ». Les seules restrictions à ce principe ne peuvent résulter que de l'état clinique du patient, dûment constaté sur le plan médical et traduit dans un régime juridique lui apportant toutes les garanties liées à la privation de liberté.

12. RECOMMANDATION 32

Il doit être mis fin aux opérations de recherche de produits stupéfiants réalisées avec l'intervention d'une brigade cynophile de la gendarmerie. Une telle procédure de police n'a pas sa place dans une unité d'hospitalisation, dont la seule vocation est le soin.

13. RECOMMANDATION 33

Les conditions de communication des patients avec leurs proches doivent être améliorées par l'aménagement de salons de visite plus chaleureux, l'installation d'une cabine téléphonique ainsi que la dotation d'un réseau wifi pour les patients.

14. RECOMMANDATION 34

Il est nécessaire de permettre aux patients de fermer leur chambre. La climatisation dans les chambres, défectueuse le jour de la visite des contrôleurs, doit être remise en état sans délai.

15. RECOMMANDATION 35

Il convient de modifier les pratiques actuelles consistant à conserver les valeurs des patients dans le bureau infirmier. Des règles doivent être élaborées afin de permettre aux patients d'effectuer des retraits partiels d'argent à la régie des dépôts durant leur hospitalisation.

16. RECOMMANDATION 37

Il convient d'élargir les horaires d'ouverture de la bibliothèque pour permettre aux patients d'y accéder plus souvent et plus facilement.

17. RECOMMANDATION 38

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

18. RECOMMANDATION 39

Le CHANGE doit mettre en place un recueil des données des patients admis aux urgences pour un motif psychiatrique ou relevant de cette prise en charge.

19. RECOMMANDATION 39

Le personnel des urgences, les urgentistes et tout psychiatre intervenant lors d'astreinte ou de garde doivent être formés à la législation concernant les soins sans consentement et aux règles liées aux mesures d'isolement et de contention.

20. RECOMMANDATION 40

Le CHANGE doit s'organiser et élaborer des règles de fonctionnement pour éviter l'attente aux urgences de plus de 24h de patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement.

21. RECOMMANDATION 40

Le CHANGE doit mettre en place une traçabilité du recours aux mesures de contention aux urgences ainsi que lors des transferts dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie de patients faisant l'objet de soins sous contrainte. Ces données devront être analysées.

22. RECOMMANDATION 41

La rédaction d'un nouveau projet de pôle est une priorité, celui-ci devant être établi par le chef de pôle dans les trois mois suivant sa nomination.

23. RECOMMANDATION 42

Le doublement des chambres d'isolement n'est pas justifié et va à l'encontre des textes et recommandations publiés ces deux dernières années Afin de contrevenir à ce type de mesures. Ce projet doit impérativement être révisé.

24. RECOMMANDATION 43

Dans le cadre de la réflexion en cours portant sur la réorganisation du pôle de santé mentale, doit être intégrée une extension des horaires d'ouverture des structures extra hospitalières.

25. RECOMMANDATION 43

La rédaction d'un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisée dans les meilleurs délais et incluse au projet du pôle de santé mentale. Ce projet doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prises en charge de certains risques identifiés en psychiatrie. Une évaluation des activités doit être conduite annuellement.

26. RECOMMANDATION 45

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un système d'appel. Le positionnement du lit doit être revu. Il convient de même de vérifier le positionnement de la caméra située en face d'une des

deux chambres d'isolement de l'unité Gauguin. Ces aménagements doivent être réalisés dans les meilleurs délais.

27. RECOMMANDATION 46

Le CHANGE doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative.

28. RECOMMANDATION 47

Le pôle de santé mentale du CHANGE doit conduire une réflexion avec le corps médical de ce pôle mais également des urgences sur la législation et les critères de placement en isolement. Le recours à ce type de placement est trop fréquent et leur durée pour au moins 50 % d'entre eux beaucoup trop longue. La diminution de ces placements, décision de dernier recours, est un impératif.

29. RECOMMANDATION 48

Les procédures concernant l'isolement et la contention doivent être actualisées pour l'une et rédigées pour la seconde au regard notamment des recommandations de la HAS et de celles du CGLPL. L'établissement doit disposer d'un dossier patient unique informatisé évitant la multiplication des modes de recueil selon les intervenants. Un contrôle de cohérence et de qualité des données renseignées doit être mis en place.

30. RECOMMANDATION 48

Le CHANGE doit élaborer une politique d'établissement sur l'isolement et la contention se référant aux recommandations et textes législatifs et réglementaires existants.

Cette politique doit être soumise aux instances consultatives et délibératives du CHANGE et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation au moins annuelle donnant lieu à la rédaction d'un rapport d'activité.

31. RECOMMANDATION 50

Le CHANGE doit rapidement harmoniser les modes de recueil d'information des données nécessaires à la constitution de ce registre et s'assurer que tous les interlocuteurs disposent bien des mêmes données et que celles-ci soient consolidées et validées.

32. RECOMMANDATION 50

Le CHANGE doit élaborer à partir du registre un rapport annuel portant sur les pratiques d'isolement et de contention. Ce rapport doit établir un bilan quantitatif et qualitatif et présenter les mesures de correction devant être mises en œuvre.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. LES CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 Le projet médical de pôle datant de 2015 n'est pas élaboré en cohérence avec l'esprit de la loi de 2016 et en conformité avec les recommandations de la HAS et du CGLPL sur l'isolement.....	12
2.2 Les difficultés majeures liées au recrutement et a la rotation élevée du personnel non médical ne favorisent pas la continuité de la prise en charge des patients...14	
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	17
3.1 Plus de la moitié des patients sont hospitalisés sans leur consentement, mais vivent dans les mêmes unités que les patients en soins libres	17
3.2 L'information du patient est assurée par une notification rapide de ses droits qui manque d'explications pédagogiques	18
3.3 Les patients ne disposent que du livret d'accueil du centre hospitalier qui ne contient quasiment aucune information propre à la psychiatrie et aux unités d'admission	19
3.4 La tendance des retours des questionnaires de satisfaction est à la baisse	20
3.5 Les représentants des usagers, actifs à la commission des usagers organisent des permanences, sans information suffisante, dans les unités d'hospitalisation	21
3.6 La procédure de désignation de la personne de confiance est connue mais celle-ci est peu impliquée dans la prise en charge du patient.....	22
3.7 Le droit de vote des patients n'est pas une préoccupation des responsables des unités psychiatriques	22
3.8 L'information sur la pratique du culte religieux est lacunaire	22
3.9 La protection juridique des patients majeurs est assurée.....	22
4. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS	24
4.1 Le juge des libertés et de la détention exerce sa fonction de contrôle dans de bonne conditions, sans toutefois s'assurer des conditions de remise de la convocation à l'audience	24
4.2 La commission départementale de soins psychiatriques (CDSP) en raison de la disponibilité de certains de ses membres exerce avec compétence et conviction sa mission de contrôle.....	26
4.3 Les registres de la loi sont tenus avec un professionnalisme rigoureux	27
4.4 Le recours au collège des professionnels, dans la plupart des cas, respecte le formalisme règlementaire	28

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	30
5.1 Les patients peuvent circuler dans la journée au sein du pôle de santé mentale mais toute sortie du bâtiment est soumise à autorisation médicale préalable, même pour les patients en soins libres	30
5.2 La vie quotidienne des patients n'est pas marquée par des contraintes systématiques mais l'intervention d'une brigade cynophile interroge au regard des principes de nécessité et de proportionnalité.....	31
5.3 La communication des patients avec leurs proches ne fait pas l'objet de restrictions particulières mais ses modalités ne sont pas optimales.....	32
5.4 Le libre choix d'un médecin et la consultation de son dossier médical sont théoriquement possibles pour les patients	33
6. LES CONDITIONS DE VIE.....	34
6.1 Les conditions d'hébergement, bien que correctes, appellent quelques remarques	34
6.2 Les patients bénéficient de bonnes conditions sanitaires et d'hygiène.....	34
6.3 La sur occupation fait l'objet d'un suivi formalisé au sein des unités	35
6.4 Les règles de gestion des biens des patients ne sont pas toujours respectées.....	35
6.5 La restauration n'appelle pas de remarque.....	36
6.6 L'accès à la bibliothèque est restreint, mais une unité intersectorielle propose une offre variée d'activités thérapeutiques.....	36
6.7 L'accès à la sexualité n'a fait l'objet d'aucune réflexion	38
7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	38
7.1 Les modalités de prise en charge aux urgences et notamment des demandes de soins sans consentement doivent faire l'objet d'une politique mieux définie	38
7.2 Les soins psychiatriques gagneraient en qualité autour d'un projet structuré fédérant l'ensemble du personnel.....	41
7.3 Les soins somatiques ne sont pas suffisamment structurés.....	43
8. LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION.....	44
8.1 Le recours aux décisions d'isolement et de contention est trop fréquent, et s'effectue sans politique clairement définie.....	44
8.1 Le circuit du médicament n'appelle pas d'observation particulière	50
8.2 Les événements indésirables sont signalés et exploités, mettant en évidence des situations d'hétéro agressivité dans les unités d'hospitalisation complète.....	50
9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	52
9.1 L'unité de préparation à la sortie (UPAS) élabore un projet pour les patients hospitalisés au long cours	52
9.2 Le CHANGE ne reçoit pas les personnes détenues	53
10. CONCLUSION.....	54

Rapport

Contrôleurs :

Muriel Lechat, cheffe de mission ;

Marie-Agnès Credoz, contrôleure ;

Thierry Landais, contrôleur ;

Dominique Peton-Klein, contrôleure ;

Bruno Remond, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué un contrôle du pôle de santé mentale du centre hospitalier Annecy Genevois à Metz-Tessy (Haute-Savoie), du 14 au 18 mai 2018.

1. LES CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 14 mai 2018 à 16h30. Ils l'ont quitté le 18 mai à 11h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le directeur général de l'établissement. Il a été procédé à une présentation de la mission devant le directeur général adjoint en sa qualité de directeur référent du pôle de santé mentale, la cheffe de pôle, la directrice des soins, la directrice des ressources humaines, le responsable des relations avec les usagers, la directrice adjointe des activités de réseaux et de la qualité, le président de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice des soins, le cadre gestionnaire de pôle et le médecin du département d'information médicale (DIM).

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur de cabinet du préfet de Haute-Savoie, le délégué départemental de Haute-Savoie de l'agence régionale de santé (ARS), le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance d'Annecy.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel présentes sur le site ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Tous les documents demandés par l'équipe ont été mis à leur disposition.

Des affichettes signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités d'hospitalisation.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le 18 mai 2018 à 10h15 en présence notamment du directeur général adjoint de l'établissement, du médecin chef de pôle, de la directrice de la clientèle et du parcours patients, de la directrice des ressources humaines, du cadre soignant de pôle et du cadre gestionnaire de pôle.

L'agence régionale de santé (ARS) a diligenté une inspection les 12 et 13 octobre 2017 dont l'objectif était de faire le point sur l'organisation et le fonctionnement global des unités d'hospitalisation complète pour adultes au sein du pôle de santé mentale et de vérifier sur une à deux unités d'hospitalisation la mise en œuvre des nouvelles dispositions de la loi du 26 janvier

2016 relatives à l'isolement et la contention des patients en soins sans consentement et de la recommandation de la Haute Autorité de Santé de février 2017 relative à l'isolement et la contention en psychiatrie générale.

Un rapport de constat a été adressé le 5 octobre 2018 par le CGLPL au directeur du centre hospitalier Annecy-Genevois, à la délégation départementale de Haute-Savoie de l'agence régionale de santé, au procureur de la République et au président du tribunal de grande instance d'Annecy, au préfet de Haute-Savoie. Le directeur de l'agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes et le directeur du centre hospitalier ont formulé des observations par un courrier respectif en date du 5 novembre et du 19 novembre 2018.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE PROJET MEDICAL DE POLE DATANT DE 2015 N'EST PAS ELABORE EN COHERENCE AVEC L'ESPRIT DE LA LOI DE 2016 ET EN CONFORMITE AVEC LES RECOMMANDATIONS DE LA HAS ET DU CGLPL SUR L'ISOLEMENT

Le centre hospitalier (CH) Annecy Genevois, dénommé le CHANGE, est un établissement public de santé intercommunal résultant de la fusion du CH d'Annecy avec le CH de Saint-Julien-en-Genevois. Le site d'Annecy est le site principal pour le bassin d'Annecy, offrant un plateau technique complet. Le CHANGE dispose de 1 418 lits et places. Au sein du CH, pour l'année 2017, 4 575 personnels médicaux et non médicaux dont 636 médecins et 101 internes permettent 100 746 séjours hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dont 44 600 séjours d'hospitalisation complète, 74 507 passages aux urgences sur le site d'Annecy dont 13 798 passages en pédiatrie, 3 713 naissances. Plus de 1 700 patients bénéficient en outre de traitements innovants grâce au centre de recherche clinique. L'établissement comprend un secteur de soutien aux activités et dix pôles cliniques (urgences, anesthésie, chirurgie, médecine, gériatrie, médico-technique, santé publique et communautaire, femme-mère et enfant, oncologie, cardiovasculaire et santé mentale). L'établissement est en direction commune avec le centre hospitalier du pays de Gex dans le département de l'Ain et, au jour de la visite, un intérim est exercé à Rumilly.

Il existe deux groupements hospitaliers de territoire (GHT) dans le département de Haute-Savoie : le GHT Nord, dénommé GHT Léman-Mont-Blanc, et le GHT Sud, dénommé GHT Genevois Annecy. Le GHT Sud comporte trois établissements : le CH Annecy Genevois, le CH de Rumilly et le CH du pays de Gex. Le CH Annecy Genevois en constitue l'établissement support. L'établissement public de santé mentale (EPSM) de La Roche-sur-Foron est rattaché au GHT Nord. Une convention d'association est établie avec l'EPSM afin de constituer une fédération médicale interhospitalière pour favoriser notamment le travail en réseau dans le domaine de la prise en charge des patients, le rapprochement et la collaboration entre praticiens, les échanges et les formations entre le personnel soignant impliqué.

Les services d'hospitalisation complète de psychiatrie adulte du CH d'Annecy Genevois sont regroupés au sein d'un pôle santé mentale, situé en contrebas du centre hospitalier, dans un bâtiment datant de juin 2010. Les patients en soins libres et en soins sous contrainte évoluent entre ces trois unités et l'unité de soins à médiation (USAM). Les contrôleurs ont cependant constaté que les patients en soins libres ne peuvent sortir librement du bâtiment, l'espace étant fermé et contrôlé par un agent de sécurité.

Le pôle était initialement organisé en trois unités sectorisées de trente lits et avec respectivement deux chambres d'isolement (74G01¹ Monet, 74G02² Picasso et 74G03³ Gauguin). Au jour de la visite, les unités de l'hospitalisation complète ont évolué avec la création d'une unité intersectorielle de préparation à la sortie (UPAS) de vingt-cinq lits (sans chambre d'isolement) en remplacement de l'unité Picasso en septembre 2017. Une équipe mobile pluridisciplinaire de préparation à la sortie assure la prise en charge de patients au long cours

¹ Le secteur de Monet couvre les communes de : Rumilly, Seynod et Frangy.

² Le secteur de Picasso couvre les communes de : Annecy-le-Vieux, Cruseilles, Thones et Faverges.

³ Le secteur de Gauguin couvre les communes de : Annecy, Cran Gevrier et Saint-Jorioz.

ayant une durée moyenne de séjour supérieure à 292 jours en séjours continus ou discontinus sur l'année. La capacité d'accueil du pôle est désormais de quatre-vingt-cinq lits.

Des structures intersectorielles assurent en outre des prises en charge spécifiques : l'unité de soins à médiation (USAM), l'unité de post urgences psychiatriques (UPUP) de douze lits pour les patients venant des urgences et ceux en situation de crise, une équipe de psychiatrie de liaison, l'hôpital de jour « Les Regains » de vingt lits, quatre CMPA (centre médical et pédagogique pour adolescents) associés chacun à un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) à Annecy-le-Vieux, Seynod, Annecy et Rumilly, une unité de réhabilitation psycho-sociale comprenant six appartements associatifs de dix-huit places, un accueil familial thérapeutique de dix-huit places et un hôpital de jour « Les Glières » qui fonctionne en réseau avec l'EPSM de La Roche-sur-Foron. L'établissement dispose d'un réseau partenarial développé, notamment quatre cliniques privées dont une spécialisée en géronto-psychiatrie, des services d'accompagnement médico-social, des résidences sociales et des foyers d'accueil médicalisés, etc.

En ce qui concerne la psychiatrie infanto-juvénile, la seule unité d'hospitalisation complète « La Parenthèse » d'une capacité de dix lits pour enfants de 6 à 12 ans a fermé en septembre 2016 en raison des difficultés majeures de recrutement de médecins pédopsychiatres. Selon les informations recueillies, l'ouverture d'une unité d'hospitalisation complète de dix lits est envisagée au second semestre 2018 pour l'accueil et la prise en charge des adolescents.

Le projet d'établissement de 2015 à 2019 est essentiellement axé sur la fusion du CH d'Annecy avec le centre hospitalier de Saint-Julien-en-Genevois. Il est prévu un projet médical au sein de chaque pôle. Concernant la psychiatrie, un projet de pôle a été élaboré en octobre 2015 axé sur le projet de restructuration de l'hospitalisation complète en filières spécialisées (une filière de géronto-psychiatrie de vingt lits, une filière jeunes adultes de quinze lits, une filière enfants adolescents de dix lits, une filière troubles de l'humeur de vingt-cinq lits, une filière psychiatrie polyvalente de vingt-cinq lits et une unité fermée dans les soins sous contrainte de dix-sept chambres et de huit chambres d'isolement). Le projet d'établissement fait référence à cette restructuration.

Le schéma directeur immobilier prévoit l'agrandissement et la restructuration du bâtiment psychiatrique du site d'Annecy ainsi que la reconstruction du service des urgences incluant une filière psychiatrique⁴. Mais, alors qu'en 2017, la création de l'UPAS a eu pour conséquence de réduire le nombre de chambres d'isolement de six à quatre, le projet médical de pôle antérieur à la loi du 26 janvier 2016 qui prévoit huit chambres d'isolement au sein d'une unité fermée, n'est en cohérence ni avec l'esprit de la loi, ni avec les recommandations nationales de la Haute Autorité de Santé, l'agence régionale de santé et le Contrôle général des lieux de privation de liberté.

⁴ La filière psychiatrique disposera de quatre chambres individuelles, deux bureaux d'entretien, un bureau médico-soignant, une salle d'attente et un patio.

Recommandation

Un nouveau projet médical de pôle doit s'inscrire dans la recherche de solutions alternatives à l'isolement, afin que le projet de restructuration de la psychiatrie soit en conformité avec l'esprit de la loi de 2016, les recommandations de la HAS et celles du CGLPL.

Dans ses observations, le directeur du centre hospitalier indique que le projet médical du pôle est en cours de rédaction avec intégration des recommandations HAS sur l'isolement et la contention. Addendum au projet d'établissement 2015-2019 (octobre 2018) présenté aux instances fin 2018.

2.2 LES DIFFICULTES MAJEURES LIEES AU RECRUTEMENT ET A LA ROTATION ELEVEE DU PERSONNEL NON MEDICAL NE FAVORISENT PAS LA CONTINUITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Au jour de la visite, le pôle santé mentale, y compris la pédopsychiatrie, compte 26,65 ETP (équivalents temps plein) de médecins en intra et extra hospitalier et 6,35 postes médicaux sont non pourvus dont 2,90 en pédopsychiatrie, un poste à l'unité de poste urgences et le reste des ETP non pourvus le sont sur des structures extra hospitalières. Par ailleurs, des postes sont pourvus mais certains sont en position d'absence pour congé longue maladie, congé longue durée, congé maternité, mi-temps thérapeutique, etc.).

Concernant les effectifs non médicaux du pôle intra et extra hospitalier, le pôle compte 249,65 ETP et 20,25 ETP sont non pourvus dont des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) (12,7), des agents des services hospitaliers (ASH) (trois), un psychomotricien. Au niveau des unités, l'unité Monet dispose de 31,4 ETP et 4,4 ETP ne sont pas pourvus (3,4 infirmiers et 1 ASH) ; l'unité Gauguin, de 32,1 ETP et 3,7 ETP ne sont pas pourvus (2,6 infirmiers, 1 ASH et 0,1 psychologue) ; l'unité UPAS, de 29,1 ETP et 2,5 ETP non pourvus (1,3 infirmier, 1 ASH, 0,2 psychologue). Au jour de la visite, la situation déficitaire⁵ de personnel infirmier à l'unité Monet a contraint l'établissement à fermer provisoirement dix lits entre avril et septembre 2017, dans l'attente des sorties d'école et des mutations. La même mesure était prévue pour l'été 2018.

Le CHANGE a connu une période difficile pour recruter des praticiens hospitaliers, en particulier des psychiatres et des pédopsychiatres. Cette situation a entraîné la fermeture provisoire de dix lits de l'unité d'hospitalisation complète infanto-juvénile sur le site d'Annecy. Un nombre important de psychiatres a quitté l'établissement. Trois médecins ayant le statut d'associé sont répartis au sein des deux unités d'admission. L'arrivée d'un nouveau chef de pôle il y a quelques mois, conjuguée au recrutement de jeunes psychiatres, contribue à la mise en place progressive d'une nouvelle dynamique au sein du pôle santé mentale, afin de favoriser un rapprochement entre les équipes de soignants et les médecins. Selon les informations recueillies, des soignants regrettent l'absence d'échanges avec les médecins ; ils ont l'impression de faire du « gardiennage » auprès des patients.

Les difficultés majeures portent pour l'essentiel sur le recrutement des IDE malgré la présence sur le site d'Annecy d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI), la psychiatrie ne suscitant pas d'intérêt à la sortie de l'école en l'absence de formation spécialisée en psychiatrie. Le nouveau personnel soignant (mutation, sortie d'école) bénéficie d'un contrat de trois mois

⁵ Une projection du personnel soignant des unités Monet, Gauguin et du pool entre juin et septembre fait apparaître un déficit en juin de 9,5 ETP, en juillet de 8,5 ETP, en août de 6,5 ETP et en septembre de 5,5 ETP.

renouvelable une fois, suivi d'un contrat de six mois. Il est ensuite stagiaire pendant un an avant sa titularisation. Selon les informations recueillies, les demandes de disponibilité sont alors nombreuses. La proximité de la Suisse a des incidences sur la fidélisation du personnel, particulièrement attiré par les embauches notamment lors de l'ouverture de nouvelles cliniques et par le niveau plus élevé de salaire à qualification égale. En 2017, le *turn over* du personnel non médical du CHANGE est élevé (22,6 %) alors qu'au pôle santé mentale, il est de 16,95 %.

L'organisation prévoit la présence de trois infirmiers et de deux aides-soignants le matin⁶, trois infirmiers et un aide-soignant l'après-midi, un infirmier en journée et, la nuit de deux infirmiers et un aide-soignant. Toutefois, l'organisation de l'unité Monet est différente lorsque le service fonctionne avec vingt lits d'avril à septembre : deux IDE et un aide-soignant le matin, deux IDE et un aide-soignant l'après-midi, un IDE en journée et, la nuit un IDE et un aide-soignant. Au jour de la visite, l'indisponibilité de l'IDE de journée impactait la sortie des patients de l'unité Monet. Les patients sont suivis par un binôme référent (un infirmier et un aide-soignant) hormis certains patients suivis par deux infirmiers référents.

Recommandation

L'organisation actuelle des unités d'hospitalisation complète doit permettre d'assurer la continuité des accompagnements des patients nonobstant l'indisponibilité du personnel non médical.

Dans ses observations, le directeur du CH précise qu'un horaire « J » de journée est prévu au planning journalier. Une procédure en cas d'indisponibilité de personnel est rédigée. Celle-ci prévoit le recours au pool soignants ou/et le rappel des agents ou/et modification des horaires ou/et recours à du personnel intérimaire. Une priorisation des accompagnements patients est mise en œuvre.

A l'UPAS, le personnel soignant travaille en 12h selon trois prise de service : trois infirmiers de 7h à 19h, de 7h30 à 19h30 et de 8h à 20h et deux aides-soignants de 7h à 19h et de 7h30 à 19h30. La nuit, un infirmier et un aide-soignant de 19h30 à 7h30.

Concernant l'absentéisme du personnel non médical au pôle de santé mentale, le taux est en baisse par rapport à 2016, de 8,08 % contre 9,75 %. En revanche, l'absentéisme du personnel médical est en augmentation par rapport à 2016, de 14,26 % contre 11,69 %. Lorsque des soignants sont indisponibles, des procédures sont mises en place pour compenser les absences : rappel du personnel en congé de l'unité concernée et, en cas de refus, du personnel des autres unités. Le pôle santé mentale dispose en outre d'un *pool*⁷ de huit infirmiers théoriques mais, en réalité, cinq sont disponibles depuis la création de l'UPAS.

Pour l'année 2017, la formation continue a concerné 286 agents du pôle santé mentale en 2017 contre 254 en 2016. L'analyse des formations suivies depuis deux ans montre que vingt-quatre agents ont bénéficié d'une formation sur la dimension thérapeutique de la chambre d'apaisement. La formation sur l'isolement et la contention mise en place en 2017 n'a bénéficié qu'à deux agents. La gestion de l'agressivité et de la violence en psychiatrie a concerné vingt-sept

⁶ Les horaires dans les deux unités d'admission sont : le matin de 7h à 14h45, l'après-midi de 13h45 à 21h30, la journée de 13h45 à 21h30, la nuit de 21h15 à 7h15.

⁷ Le *pool* permet de compenser les absences et d'animer les ateliers thérapeutiques à l'USAM.

agents. Quant à la formation sur les soins psychiatriques sans consentement, onze agents en ont bénéficié. La formation sur les droits des patients et la responsabilité juridique des acteurs en psychiatrie mise en place en 2017 a bénéficié à huit agents. Compte tenu de l'instabilité des équipes soignantes, l'ensemble du personnel doit être sensibilisé à suivre ces actions de formation continue. En 2018, le nombre d'agents ayant suivi une formation sur la gestion de l'agressivité et de la violence en psychiatrie est de quinze. Dans le cadre du parcours d'intégration et d'adaptation à l'emploi des IDE en psychiatrie, le module sur les techniques relationnelles a bénéficié à sept agents, le module sur les techniques de médiation thérapeutiques à douze agents et le module « psychopathologie et projet de soins » à dix agents.

Pour l'année 2019, les axes de formation sont liés au projet de restructuration du pôle par filière. Une formation sur les soins sans consentement et la gestion de l'agressivité est prévue mais aucune sur l'isolement et la contention.

Recommandation

Le personnel soignant doit participer à des actions de formation au droit des patients, à l'isolement et la contention ainsi qu'à la gestion de l'agressivité et de la violence.

Dans ses observations, le directeur indique que des formations organisées en interne sont proposées aux nouveaux arrivants IDE et AS depuis septembre 2018. Ces formations sont dispensées par des intervenants pluridisciplinaires au sein du pôle. Thématiques : droits des patients, loi relative aux soins sans consentement, isolement et contention.

Formations pratiques à la contention mécanique : sessions des 27/09/18 et 27/11/18 ; démonstration de mise en contention et recommandations isolement lors des quatre jours de doublure pour chaque nouvel IDE ; atelier de simulation de mise en isolement et contention en cours d'élaboration.

Formations inscrites au plan de formation 2019 : quels droits pour les patients, quelles responsabilités pour les professionnels (deux jours) ; agressivité et violence en psychiatrie (prévention secondaire deux jours) ; isolement et contention (liberté, alternative et bonne pratique (trois jours).

L'établissement a également mis en place le tutorat pour les nouveaux infirmiers affectés en psychiatrie et une formation appelée « consolidation des savoirs⁸ ».

⁸ La formation est un parcours de six modules dont un module sur les techniques relationnelles en psychiatrie, un module sur les techniques de médiation thérapeutiques et un module sur la prévention et la gestion de la violence et de l'agressivité. De 2014 à 2017, les IDE pouvaient suivre un à deux modules par an. Depuis décembre 2017, c'est l'ensemble du parcours de six modules qui est dispensé aux soignants.

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

3.1 PLUS DE LA MOITIE DES PATIENTS SONT HOSPITALISES SANS LEUR CONSENTEMENT, MAIS VIVENT DANS LES MEMES UNITES QUE LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

Le recours en soins sans consentement apparaît être une modalité d'admission fréquente, en tout cas pour les modalités prises sur décision du directeur de l'établissement.

Bon nombre de ces patients font l'objet d'hospitalisations successives ou de réintégration à la suite d'échecs du programme de soins (trente-huit programmes de soins au jour de la visite).

Alors qu'en 2015 et selon les données relevées dans le rapport d'inspection de l'ARS, le nombre des admissions en soins sans consentement était de 228, dont 33 sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), une augmentation sensible a été constatée en 2016, le portant ainsi à 285 selon la répartition suivante :

- 18 hospitalisations suite à un arrêté préfectoral (SPDRE) ;
- 225 hospitalisations sur décision du directeur à la demande d'un tiers (SDT), le plus souvent en urgence ;
- 42 hospitalisations sur décision du directeur de l'établissement compte-tenu d'un péril imminent.

En 2017, malgré le fait qu'à compter du dernier trimestre, l'unité Picasso n'a plus admis de patients en crise mais s'est spécialisée pour accueillir des patients stabilisés et travailler avec eux un projet de sortie, les admissions en soins sans consentement n'ont pas diminué, puisqu'elles ont atteint le chiffre de 243, 225 sur décision du directeur et dix-huit à la suite d'un arrêté préfectoral.

Au jour de la mission, les deux unités Monet et Gauguin, chacune d'une capacité de trente lits, admettent donc majoritairement des patients hospitalisés sans consentement. Dix-huit, dont six femmes, étaient ainsi hébergés à l'unité Gauguin et seize dont sept femmes à l'unité Monet.

Les patients hospitalisés par décision du représentant de l'Etat (SPDRE) étaient peu nombreux, soit six dont un en fugue.

Le seul mineur hospitalisé au CHANGE est en soins libres et ne réintègre l'établissement que pour y passer ses nuits ; en outre, un patient, dont l'hospitalisation complète a été levée, était suivi en programme de soins avec l'obligation d'être hébergé quatre jours par semaine à l'unité Monet.

Les patients en voie d'admission sans consentement sont quasiment tous reçus au service d'urgence avant d'être transférés dans les unités d'hospitalisation (cf. § 7.1.2). Toutefois, les personnes dont l'hospitalisation est consécutive à un arrêté du maire ou du préfet transitent rarement (sauf si leur état somatique nécessite un examen) par les urgences mais sont recherchées sur les lieux de la constatation de leur état psychique pathologique explicité dans un certificat médical (souvent rédigé par SOS médecins) par deux ou trois infirmiers du CHANGE.

Selon les renseignements recueillis, à ce stade de la procédure, les patients sont informés oralement (parfois sommairement) de leurs droits. Les notifications ne s'effectueront qu'après leur arrivée dans leur unité d'affectation.

3.2 L'INFORMATION DU PATIENT EST ASSUREE PAR UNE NOTIFICATION RAPIDE DE SES DROITS QUI MANQUE D'EXPLICATIONS PEDAGOGIQUES

Le bureau de la loi, centralisateur des formalités d'admission des patients hospitalisés sans leur consentement, est destinataire des certificats médicaux obligatoires pour procéder à de telles hospitalisations. Après vérification de la conformité des certificats, la décision d'admission est prise par le directeur ou ses délégués (les délégations de signature sont réglementairement à jour) et le patient est alors affecté, en fonction des lits disponibles, dans l'une des deux unités Monet ou Gauguin.

C'est dans l'unité que sera alors transmise, dans l'immédiateté, après la signature du directeur ou la réception de l'arrêté préfectoral, la décision d'admission à laquelle est joint le certificat médical motivant la nécessité de soins sans consentement.

La décision du directeur, à l'instar de l'arrêté préfectoral, porte mention des voies de recours.

Quelle que soit la nature juridique de l'hospitalisation sans consentement, il est remis au patient, et ce depuis deux ans, un dépliant explicatif avec clarté le déroulement procédural spécifique à l'hospitalisation sans consentement et détaillant les dispositions de l'article 3211-3 du code de la santé publique qui décline l'ensemble des droits reconnus à tout patient sous contrainte.

Ce document est laissé à l'intéressé après signature de l'attestation de réception laquelle est ensuite versée au dossier administratif.

Bonne pratique

Au moment de la notification d'admission en soins sans consentement, il est remis au patient un dépliant listant exhaustivement ses droits tels que prévus par la loi.

Les contrôleurs ont toutefois obtenu des renseignements confus et variables quant à la réalité des modalités de notification.

Il en ressort essentiellement qu'une telle notification est faite par l'infirmier de service ou le cadre de santé, exceptionnellement par le médecin.

Tous les contrôleurs ont pu constater que l'objectif principal était d'obtenir la preuve de la notification pour la retourner dans les meilleurs délais au bureau de la loi plutôt que de chercher à expliquer au patient les droits qu'il peut mettre en œuvre.

En outre, l'état du patient n'est pas toujours pris en compte, la personne chargée de la notification préférant y procéder au plus vite et spécifier l'impossibilité du malade à signer, plutôt que d'attendre, comme la loi le prévoit, le moment où le patient sera en capacité de comprendre la situation et ainsi d'apposer sa signature (ou de refuser) en toute connaissance.

Si les pratiques sont certes respectueuses du formalisme légal, elles font montre de peu de conviction quant à l'intérêt et l'utilité des droits reconnus aux patients, droits dont certains sont ignorés des soignants. Les contrôleurs ont pu constater que le personnel soignant, voire les médecins, ne se sont pas appropriés le concept que « *le droit fait partie du soin* ».

Par ailleurs, la copie des documents et notamment des certificats médicaux mensuels qui devrait être remise tout au long de l'hospitalisation, ne l'est que très exceptionnellement et uniquement quand le patient le demande. Aucun recueil d'observations des patients n'a été présenté aux contrôleurs.

Le directeur précise que la formation aux nouveaux arrivants et la formation continue du bureau de la loi (administratifs) ont été réalisées. Le livret d'intégration des nouveaux IDE en psychiatrie est en cours de rédaction. Les formulaires de notifications SDT et SDRE ont été révisés avec intégration des certificats médicaux et la possibilité de trois essais de présentation au patient si refus de signer ou si l'état clinique du patient ne le permet pas. La procédure d'utilisation des nouveaux documents ainsi qu'un logigramme explicatif sont en cours d'explication.

Recommandation

Les modalités de notification et d'information sur les droits nécessitent un changement de pratique afin d'être expliquées avec conviction et pédagogie. La copie de tous les documents inhérents à l'hospitalisation sans consentement doit être remise tout au long de l'hospitalisation.

3.3 LES PATIENTS NE DISPOSENT QUE DU LIVRET D'ACCUEIL DU CENTRE HOSPITALIER QUI NE CONTIENT QUASIMENT AUCUNE INFORMATION PROPRE A LA PSYCHIATRIE ET AUX UNITES D'ADMISSION

Document de soixante-quatorze pages élaboré en juin 2016, le règlement intérieur du CH concerne l'établissement en général et ne contient qu'un seul passage concernant les patients hospitalisés dans le pôle de santé mentale, la sous-section étant par ailleurs commune « *aux malades en soins psychiatriques et aux incapables majeurs* ».

Le règlement intérieur présente les trois modalités d'hospitalisation : soins psychiatriques libres, soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ou en cas d'urgence (SPDT), soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE). Il mentionne que « *dès son admission et, par la suite, à sa demande, le malade est informé de sa situation juridique et de ses droits* ». Il ajoute plus loin : « *En toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.* »

Au moment du contrôle, un additif au règlement intérieur, spécifique au pôle de santé mentale, était en voie de finalisation. Les quatre parties de ce document de six pages comportent des dispositions relatives, respectivement, au personnel, à l'accueil et l'admission, aux conditions de séjour et à la sortie du patient.

Le futur « *règlement intérieur des unités d'hospitalisation complète du pôle de santé mentale* » est un document complet, riche de nombreuses rubriques de nature juridique (information de la décision d'admission, désignation de la personne de confiance, placement en chambre d'isolement) et pratique (gestion des affaires personnelles, conservation des appareils numériques, circulation au sein des services, organisation des visites). Les informations contenues correspondent aux règles en vigueur au sein des unités, telles que les contrôleurs ont été à même de le constater.

Dans ses observations, le directeur précise que le règlement intérieur (RI) du pôle santé mentale est validé par les différentes instances. Le livret d'accueil et le règlement intérieur sont mis à disposition dans la chambre du patient. A noter que le RI est en cours de reproduction avant insertion dans le livret d'accueil et mis à l'affichage dans chaque unité et lieux communs.

Recommandation

Le document additif au règlement intérieur et spécifique au pôle de santé mentale doit être, dans les plus brefs délais, officialisé et remis avec le livret d'accueil du CH, afin de permettre aux patients hospitalisés dans les unités d'admission, ainsi qu'à leurs proches, de disposer des informations de nature juridique et pratique qui leur sont utiles.

3.4 LA TENDANCE DES RETOURS DES QUESTIONNAIRES DE SATISFACTION EST A LA BAISS

Le centre hospitalier Anancy Genevois regroupant le site d'Anancy et le site de Saint-Julien, a reçu 238 réclamations dont 175 à Anancy en 2016 et 268 réclamations dont 198 plaintes à Anancy en 2017. Parmi les 268 réclamations, 62 sont des recours indemnitaires, gracieux ou juridictionnels pour des dommages matériels ou corporels liés à la prise en charge médicale. La procédure suivie par la direction de la clientèle et du parcours est classique, l'ensemble des réclamations faisant l'objet d'un accusé de réception, d'une enquête auprès des services concernés et d'une réponse écrite aux plaignants. Le délai moyen de réponse aux plaignants est de quatorze jours. Seules quatre plaintes concernent le pôle santé mentale (deux dans un centre médico-psychologique, une à l'unité de post-urgence psychiatrique, une à l'unité Gauguin). Ces plaintes portent sur des aspects matériels (perte d'objets, dégradations). Elles sont recensées dans un dossier partagé avec le service des relations avec les usagers.

Pour l'année 2017, deux médiations médicales ont eu lieu sur le site d'Anancy ; elles ne concernaient pas des patients du pôle santé mentale. La commission des usagers (CDU) n'a évoqué aucun dossier de psychiatrie, même si certaines situations sont souvent présentées par le représentant des usagers de l'UNAFAM⁹.

La procédure d'accès au dossier médical est mentionnée dans le livret d'accueil. Le demandeur – le patient, son tuteur, le plus souvent un membre de la famille – saisit par courrier la direction. Il est informé qu'il peut le faire par l'intermédiaire d'un médecin et tout envoi de pièces lui sera facturé. La demande de consultation des dossiers médicaux a connu une baisse sensible puisque, sur le site d'Anancy, elle est passée de 685 en 2016 à 590 en 2017. Pour la psychiatrie, le nombre de dossier médicaux est de 33 en 2017. Ces demandes sont adressées au service des relations avec les usagers. Le délai moyen de transmission est correct : de cinq jours au CH Anancy pour les dossiers de moins de cinq ans et de huit jours pour les dossiers de plus de cinq ans.

Le questionnaire de satisfaction est remis à la sortie du patient. Les modalités de remise sont précisées au début du formulaire, à déposer dans la boîte aux lettres blanche située au bureau d'accueil du bâtiment. Le questionnaire initial a été modifié en 2018. Le nouveau formulaire précise que le patient peut déposer le questionnaire dans le service. Chaque item est illustré par une icône correspondant au degré de satisfaction. Le nombre de questionnaires renseignés par les patients des unités d'hospitalisation complète (Monet, Gauguin, Picasso) est en baisse (28) en 2017 par rapport à 2016 (50). Il est plus élevé à l'unité de post-urgence psychiatrique (UPUP) : 119 réponses en 2016, 109 en 2017.

L'analyse comparée des questionnaires des unités a permis de constater que le confort hôtelier est apprécié par la majorité des patients. En revanche, l'insatisfaction est croissante par rapport à 2016, notamment sur les informations reçues pendant le séjour, celles données par le

⁹ UNAFAM : union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

personnel soignant, la disponibilité du personnel soignant, la prise en compte des besoins par l'équipe soignante et le respect de l'intimité. Concernant la préparation à la sortie sur le plan social, le taux de satisfaction est stable, 55,6 % en 2017 par rapport à 2016, 55,8 %. En revanche, en ce qui concerne la préparation administrative à la sortie, le taux de satisfaction a baissé en 2017 (30 %) par rapport à 2016 (52,6 %).

Recommandation

Il convient d'accroître le retour des questionnaires de satisfaction sur l'ensemble des patients hospitalisés et de prendre en compte les remarques des usagers.

Dans ses observations, le directeur indique que les questionnaires de satisfaction seront distribués par l'équipe soignante avec les documents de sortie selon la note d'information du 8 octobre 2018. Un meilleur retour des questionnaires de satisfaction (indicateur) est un des axes de travail du projet de soins du CHANGE.

3.5 LES REPRESENTANTS DES USAGERS, ACTIFS A LA COMMISSION DES USAGERS ORGANISENT DES PERMANENCES, SANS INFORMATION SUFFISANTE, DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION

Suivant l'esprit de la loi du 27 janvier 2016 qui a fixé les missions et la gouvernance des commissions des usagers (remplaçant les CRUQPC), le CHANGE, dès la fin de l'année 2016, a mis en place cet organe présidé par la directrice de la clientèle et du parcours du patient et composé de :

- trois médecins médiateurs ;
- quatre représentants des usagers (deux titulaires, deux suppléants) ;
- deux médecins représentant la CME ;
- deux représentants du personnel ;
- un agent chargé des relations avec les usagers.

Outre trois réunions plénières annuelles où sont évoqués des sujets thématiques (formation des droits des patients, médiation, certification), des formations restreintes examinent, selon une fréquence mensuelle, les plaintes des usagers et les dossiers de médiation.

De la lecture du rapport d'activité de 2017, il ressort qu'un nombre infime de réclamations émane du pôle de santé mentale, à savoir, une seule saisine de la famille d'un usager de l'unité Gauguin. Le livret d'accueil donne des informations précises et complètes sur la finalité de la commission des usagers et mentionne les coordonnées de la maison des usagers créée en juin 2009 et qui regroupe vingt associations.

Les contrôleurs ont rencontré deux bénévoles de l'UNAFAM qui, deux mardis par mois, se déplacent dans l'unité de psychiatrie du CHANGE et se mettent à la disposition de familles ou de patients qui souhaitent être écoutés voire conseillés.

Installées dans le « salon des familles », endroit peu confidentiel puisqu'ouvert sur le couloir desservant les unités, ces personnes attendent discrètement que quelqu'un se présente à elles. Elles mettent à disposition des dépliants explicitant les missions et les objectifs de l'UNAFAM.

Leur venue est très mal connue des patients, dont aucun ne s'est déplacé lors de la permanence du mardi 15 mai 2018.

Lors de l'entretien, il a été fait part aux contrôleurs de l'inquiétude de l'UNAFAM quant à l'usage de l'isolement ; il a toutefois été ajouté que, malgré des effectifs contraints, le personnel soignant était investi avec un souci de bienveillance à l'égard du patient.

Recommandation

L'UNAFAM, dont les bénévoles se déplacent bimensuellement dans les unités d'hospitalisation, doit s'assurer de la connaissance par les usagers de cette pratique qui est à recommander.

Le directeur précise qu'un affichage dans chaque unité des temps de présence est effectué. L'UNAFAM intervient lors des formations nouveaux arrivants. Des dépliants sont mis à disposition à l'accueil. Les coordonnées de l'UNAFAM et du culte sont affichés à l'entrée de chaque unité.

3.6 LA PROCEDURE DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST CONNUE MAIS CELLE-CI EST PEU IMPLIQUEE DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

La désignation de la personne de confiance fait l'objet d'une procédure écrite, un formulaire ayant été élaboré par la direction de l'hôpital. Lors de la visite des contrôleurs, elle ne concernait que quarante-six des quatre-vingt-cinq patients hospitalisés dans les trois unités. Il n'a pas été possible de recueillir d'autres informations pour savoir s'il est fait appel, en tant que de besoin, à la personne de confiance dans la prise en charge du patient.

Dans sa réponse, le directeur précise qu'un audit IPAQSS a été planifié fin novembre 2018.

3.7 LE DROIT DE VOTE DES PATIENTS N'EST PAS UNE PREOCCUPATION DES RESPONSABLES DES UNITES PSYCHIATRIQUES

A l'occasion des élections présidentielles et législatives du printemps 2017, la direction générale de l'hôpital a adressé des circulaires aux responsables des différents services, précisant les modalités des procédures permettant aux patients hospitalisés de voter par procuration. Mais, selon les informations recueillies auprès des soignants, ces informations n'ont pas été portées à la connaissance des patients.

Aucune donnée chiffrée n'a pu être communiquée sur le nombre de patients ayant participé au vote au sein des trois unités psychiatriques.

3.8 L'INFORMATION SUR LA PRATIQUE DU CULTE RELIGIEUX EST LACUNAIRE

Aucun document ne recense les coordonnées des différents aumôniers et ne précise le lieu et les modalités d'accès de la salle dédiée aux cultes ; celle-ci, située dans le bâtiment principal du centre hospitalier, est éloignée des unités psychiatriques. Il n'est pas certain que les patients hospitalisés sans leur consentement pourraient s'y rendre, du fait du manque de personnel pour les accompagner.

L'aumônière catholique se déplace chaque semaine dans les unités ; en revanche, les patients ne connaissent ni le jour de son passage, ni les heures de sa présence.

Dans sa réponse, un panneau d'affichage est mis en place dans chaque unité et les coordonnées du culte affichées.

3.9 LA PROTECTION JURIDIQUE DES PATIENTS MAJEURS EST ASSUREE

Au jour de la visite, sur les quatre-vingt-cinq patients (trente à l'unité Monet, trente à l'unité Gauguin et vingt-cinq à l'UPAS) hospitalisés, cinquante faisaient l'objet d'une mesure de

protection juridique. L'hôpital d'Annecy dispose d'un service composé de deux agents désignés comme mandataires, ayant bénéficié de la formation nécessaire.

Les procédures à suivre sont précisées dans une circulaire de la direction générale et les dossiers ouverts bien gérés. Quatorze patients (trois sous tutelle et onze sous curatelle) étaient suivis par ce service.

La conservation des valeurs monétaires et les transactions financières sont effectuées sur diligence de l'un ou l'autre des mandataires par la trésorerie principale de l'hôpital, un compte ayant été ouvert pour chaque patient. Au sein du bâtiment abritant les trois unités psychiatriques, une régie d'avance, alimentée par la trésorerie principale, permet de régler les menues dépenses de ces patients.

4. LE CONTROLE INSTITUTIONNEL DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA FONCTION DE CONTROLE DANS DE BONNE CONDITIONS, SANS TOUTEFOIS S'ASSURER DES CONDITIONS DE REMISE DE LA CONVOCATION A L'AUDIENCE

Conformément aux dispositions de l'article L 3211-42-2 du code de la santé publique, l'audience se tient dans les locaux de l'hôpital dans une pièce, simplement mais suffisamment aménagée (servant également de salle de réunion), située dans le couloir principal avant l'entrée dans les unités d'hospitalisation.

Les patients y sont reçus dans des conditions satisfaisantes ; ils ont la possibilité de s'entretenir avec leur avocat dans une petite salle attenante où les conditions de confidentialité sont respectées.

Sous la présidence du juge des libertés et de la détention (JLD) assisté de son greffier, les audiences sont bihebdomadaires (mardi et jeudi matin).

4.1.1 Les modalités d'organisation

Le bureau de la loi et le greffe judiciaire entretiennent de bonnes et constructives relations professionnelles. Les échanges de documents se font sous forme dématérialisée.

La requête de saisine du juge est transmise au greffe, conformément aux prescriptions de la loi, au plus tard huit jours après la décision d'admission et au moins quinze jours avant l'expiration du délai de six mois pour les contrôles ultérieurs.

A cette requête sont joints les certificats médicaux de 24h et 72h, les médecins ayant été sensibilisés à l'importance de la description précise des troubles mentaux justifiant la nécessité de l'hospitalisation complète autant qu'à l'explication de l'incapacité du patient à consentir à être hospitalisé.

Il a été constaté que l'avis motivé rédigé généralement le sixième ou le septième jour suivant l'admission, complète le certificat de 72h en précisant en quoi l'évolution de l'état du patient ne permet pas la levée de l'hospitalisation.

Les coordonnées du tiers autant que l'existence d'une mesure de protection juridique sont toujours mentionnées permettant ainsi au greffe de les informer de la date d'audience.

Dès réception de la requête, le greffe avise le bâtonnier pour désignation d'un avocat.

Après vérification de la régularité du dossier, le greffe envoie la convocation au bureau de la loi qui la transmet à l'unité d'hébergement du patient.

Le patient se voit alors notifier sa convocation par un soignant (ou par le cadre de santé) ; il signe un accusé de réception que l'on retrouve au dossier.

A l'instar des conditions de notification des décisions d'admission et des droits, il a été difficile aux contrôleurs de vérifier les explications données aux patients pour leur permettre de comprendre le sens de l'audience. Il est toutefois apparu que les soignants sont plus sensibles à l'importance de l'audience du JLD qu'à celle des droits reconnus aux patients.

Toutefois, tous ignoraient la possibilité offerte aux patients de consulter le dossier judiciaire ; une telle consultation n'est ainsi jamais demandée.

Dans sa réponse, le directeur précise que sur la nouvelle notification, un ajout de la possibilité au patient de consulter son dossier judiciaire en formalisant les consultations est fait.

Recommandation

Les modalités de remise de convocation à l'audience du JLD doivent être protocolisées afin de garantir au patient une exacte et complète compréhension des enjeux judiciaires et leur assurer un accès complet aux droits découlant de l'audience.

Dans ses observations, le directeur indique que la formation des nouveaux arrivants et la formation sur la loi relative aux soins sans consentement sont dispensées. La procédure d'utilisation des nouveaux documents ainsi qu'un logigramme explicatif sont en cours d'élaboration. L'information est présente sur les notifications aux patients.

4.1.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté le mardi 15 mai 2018 à l'audience à laquelle étaient convoqués deux patients présents aux débats.

Accompagnés d'un soignant, ils n'ont eu que quelques pas à faire depuis leur unité pour parvenir à la salle d'audience où ils sont entrés, séparément, même si la publicité restreinte de l'audience n'avait pas été prononcée.

Il a été dit aux contrôleurs que les soignants qui souhaitaient assister à l'audience en ont la possibilité après accord du requérant sollicité par le juge.

Bien que convoqués, les tuteurs, comme à l'accoutumée, n'étaient pas présents.

Soucieux du respect du contradictoire, la juge, qui n'avait pas revêtu sa robe, s'est montrée particulièrement empathique et pédagogique.

Les patients, dont ce n'était pas la première hospitalisation, ont été en capacité de s'exprimer, l'un d'entre eux disant consentir à rester pour quelque temps encore hospitalisé.

L'entretien mené par le juge avait pour finalité, outre de vérifier la régularité procédurale, de recueillir les informations nécessaires à l'élaboration de son processus décisionnel.

L'avocat de permanence n'a soulevé aucun moyen, ni de fond ni de forme, s'en remettant « à la sagesse du juge ».

Tout en laissant percevoir la teneur de sa décision (maintien), la juge a indiqué rendre son ordonnance dans l'après-midi. Les deux patients ont regagné très calmement leur unité ; le temps consacré à chaque affaire a été de l'ordre de quarante-cinq minutes dans des conditions respectant la dignité et favorisant la sérénité.

Selon les dires des avocats, les audiences sont un temps privilégié pour permettre au patient d'exprimer, à sa manière, son ressenti.

4.1.3 Les décisions rendues

En 2017, le JLD a rendu 251 décisions ; il a prononcé vingt mainlevées dont trois immédiates.

Seize patients ont fait appel des décisions de maintien d'hospitalisation. La cour d'appel de Chambéry (Savoie) a infirmé deux décisions de premier ressort, en a confirmé dix et déclaré irrecevables ou sans objet quatre recours.

En 2018, et au cours du premier trimestre, cinquante-trois patients ont été convoqués à l'audience et cinquante ont comparu. Le JLD a ordonné deux mainlevées dont une sans délai.

Trois patients ont interjeté appel mais les trois recours ont été déclaré irrecevables ou sans objet.

Malgré le travail de réflexion demandé aux médecins sur la pertinence du contenu des certificats médicaux qu'ils rédigent, il ressort de la lecture des ordonnances communiquées aux contrôleurs que les motifs de mainlevées découlent le plus souvent du défaut d'explications sur la pathologie mentale qui porterait atteinte à l'intégrité physique de l'intéressé ; certaines ordonnances relèvent en outre le fait que le patient ne conteste pas la nécessité de son traitement.

Des renseignements recueillis il n'apparaît pas que le directeur de l'hôpital ait interjeté appel d'une des décisions de mainlevée.

Le directeur a indiqué dans sa réponse que les personnels médicaux ont été sensibilisés sur la rédaction des certificats. Il y a lieu de se référer au travail sur les recommandations HAS de rédaction des certificats médicaux.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DE SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EN RAISON DE LA DISPONIBILITE DE CERTAINS DE SES MEMBRES EXERCE AVEC COMPETENCE ET CONVICTION SA MISSION DE CONTROLE

Le président de la CDSP 74 et la personne représentant l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) ont accepté de se déplacer au CHANGE pour rencontrer les contrôleurs.

De ces échanges et des documents fournis, à savoir le rapport d'activité 2016 et les comptes rendus des deux dernières visites dans les unités d'hospitalisation, il apparaît que sous l'impulsion de son président, cet organe joue pleinement son rôle de contrôle et participe à une dynamique de recherche de qualité pour favoriser des modifications de pratiques dans l'intérêt des malades. C'est ainsi que la commission, lors de ces dernières visites (13 juin 2017 et 13 mars 2018), a fait part de sa vive inquiétude quant au sous-effectif des médecins et au « *turn over* » du personnel soignant, considérant qu'un tel état de fait ne pouvait qu'impacter péjorativement la qualité des soins.

La commission est en outre préoccupée par les modalités d'usage de l'isolement et de la contention. Elle considère comme primordial d'en limiter le nombre et la durée, et ce conformément à l'esprit de la loi et aux recommandations de la HAS.

Elle a notamment préconisé, à l'issue de sa dernière visite, la mise en œuvre d'un audit.

Conformément aux prescriptions de l'article R 3223-1 du code de la santé publique (CSP), la commission procède à deux visites annuelles des établissements de son ressort et se réunit pour examiner les dossiers des patients en soins sans consentement depuis plus d'un an.

Il est toutefois apparu que l'examen semestriel, tel que réglementairement prévu de la situation des patients admis à la suite d'un péril imminent, n'est pas systématiquement pratiqué.

Lors de ces visites, qui sont annoncées aux patients oralement et par affichage, la CDSP se rend dans les unités d'hospitalisation, contrôle les registres de la loi, rencontre la direction et le personnel et auditionne les patients qui l'ont demandé.

Aucune des situations n'est apparue inadaptée à l'état de santé de l'intéressé et la CDSP n'a jamais fait de proposition de levée de mesures de soins sous contrainte.

Elle n'est que très exceptionnellement saisie de réclamations adressées par un patient, sa famille ou son conseil.

Le président de la CDSP a fait part aux contrôleurs de son inquiétude quant au bon fonctionnement pérenne de cette institution qui peine à recruter un psychiatre libéral et un médecin généraliste disponibles, outre le fait que l'ARS, compte-tenu d'effectifs contraints,

assure avec difficulté la logistique de la CDSP (la secrétaire n'accompagne plus les membres de la CDSP lors des visites d'établissements).

L'activité encore très dynamique de cette CDSP repose essentiellement sur l'implication de son président et de la représentante de l'UNAFAM.

Il est nécessaire, pour garantir un contrôle efficient de l'hospitalisation sans consentement que l'ARS ne fléchisse pas dans son aide formaliste et que les autres membres trouvent la disponibilité nécessaire à l'exercice de leur mission.

Bonne pratique

La CDSP visite régulièrement le CHANGE et concourt, par ses pistes de réflexion, à la mise en œuvre du changement de pratique pour une prise en charge améliorée du patient.

Recommandation

Une meilleure disponibilité de l'ARS et de certains membres de la CDSP est nécessaire pour assurer de façon pérenne son rôle de contrôle.

Le directeur de l'ARS a précisé dans ses observations que suite à un remaniement des fiches de poste des agents de la délégation départementale de Haute-Savoie, il a été décidé d'affecter environ 0,3 ETP au secrétariat de la CDSP. La montée en charge du dispositif est progressive et devrait être complètement déployée d'ici la fin de l'année.

4.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS AVEC UN PROFESSIONNALISME RIGoureux

Conservés au bureau de la loi avant d'être versés aux archives de l'hôpital, ces registres, d'un modèle standard, comportent 100 folios remplis par ordre chronologique.

Les registres sont distincts selon qu'il s'agit d'hospitalisation sur décision du représentant de l'Etat ou sur décision du directeur de l'établissement. Ils sont tenus par un agent qui, bien que n'ayant pas reçu de formation spécifique, s'est investi avec exigence et conscience professionnelle pour parvenir à remplir, sans retard, les registres conformément aux exigences de l'article L 3212-11 du code de la santé publique.

Les contrôleurs, après un sondage de plusieurs registres, ont examiné plus particulièrement les deux plus récents.

Le registre des SPDRE ouvert le 18 octobre 2017 était rempli jusqu'au folio 81, tandis que le dernier registre traçant les hospitalisations sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) a été ouvert le 30 mars 2018 pour noter le passage en programme de soins d'un patient dont l'hospitalisation complète avait été levée par le médecin.

Il peut être signalé que les registres ne portent aucun paraphe ni à l'ouverture ni à la fermeture (dernier folio).

Toutes les transcriptions manuelles sont lisibles et les pièces procédurales concernant le déroulement de l'hospitalisation, photocopiées, compte tenu d'une préconisation de la CDSP selon un format qui en facilite la lecture. Les contrôleurs n'ont pas constaté de « copier-coller » dans les différents certificats médicaux.

A l'exception de la date de délivrance des droits déclinés à l'article 3211-3 du CSP, toutes les autres mentions légales figurent aux registres.

Les arrêtés préfectoraux indiquent les voies de recours mais ne précisent pas les coordonnées du CGLPL ni celles de la commission des usagers.

Dans sa réponse, le directeur indique qu'il y a lieu de faire le lien avec la préfecture.

Malgré les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 préconisant la dématérialisation du registre de la loi, aucun projet n'est mis en œuvre, alors que de l'avis unanime, la tenue du registre est chronophage et fastidieuse.

Comme il a été précisé dans le paragraphe précédent, la CDSP examine les registres lors de sa venue et la signature de son contrôle figure sur ceux-ci et aux dates suivantes : 8 novembre 2016, 13 juin 2017, 13 mars 2018.

En revanche, les contrôleurs n'ont pas constaté de visas d'autres autorités qui, selon les dires, ne visitent pas l'établissement, à l'exception du président du tribunal de grande instance dont la venue au cours de l'année 2017 a été appréciée.

Dans sa réponse, le directeur indique que le registre de la Loi est tenu par 1,2 ETP (2 agents) ayant reçu une formation continue de la gestion des soins sans consentement. La dématérialisation des documents (certificats et décisions) est en projet d'intégration dans le nouveau logiciel patient. Il n'y a pas de politique nationale concernant la dématérialisation des registres de la Loi.

4.4 LE RECOURS AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS, DANS LA PLUPART DES CAS, RESPECTE LE FORMALISME REGLEMENTAIRE

Ce collège, qui a l'obligation de se réunir pour se prononcer sur le maintien d'une mesure de soins sans consentement, en hospitalisation complète ou en programme de soins, prise sur décision du directeur de l'établissement lorsque sa durée excède un an, se réunit conformément aux prescriptions réglementaires. Le bureau de la loi veille à en organiser scrupuleusement la tenue en sollicitant chaque fois que nécessaire une convocation de ses membres par le directeur.

Composé du psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre, extérieur au suivi de ce patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du centre médico-psychologique (CMP) assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en programme de soins que pour ceux, peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Ainsi, au cours du premier trimestre 2018, sur dix réunions, neuf concernaient des programmes de soins. Une seule tenue du collège visait à se prononcer sur le maintien d'un patient, qui d'ailleurs n'était plus en unité fermée mais avait été transféré à l'UPAS.

Pour l'ensemble de ces situations, le collège a conclu au maintien des soins sans consentement.

Au cours de l'année 2017, le collège s'est réuni pour examiner quarante-huit situations dont seize concernaient des patients hospitalisés dans l'une ou l'autre des unités de l'hôpital. Deux levées d'hospitalisation complète et huit de programmes de soins ont été préconisées.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que le collège fonctionnait dans le total respect des prescriptions de l'article L 3212-7 du CSP qui exigent le recueil de l'avis du patient.

Selon des informations variables, voire contradictoires, il est apparu que ce collège pouvait se contenter, pour quelques cas, de travailler sur le dossier du patient, sans juger utile de le recevoir pour l'entendre.

Une telle pratique, si elle existe, ne saurait perdurer, étant évidemment non conforme aux droits fondamentaux du patient qui se voit ainsi privé d'une évaluation approfondie de son état mental.

Il est donc nécessaire de rappeler que les exigences de la loi, protectrice des droits des patients ne souffrent pas d'exceptions.

Recommandation

Le collège des professionnels de santé doit respecter, sans aucune exception, les exigences de l'article L 3212-7 du code de la santé publique et ainsi entendre le patient et recueillir ses observations avant de prendre sa décision.

Dans ses observations, le directeur indique que les exigences de la loi ont été rappelées. Le délai pour la rédaction/finalisation du projet de pôle est prévu pour la fin 2018.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LES PATIENTS PEUVENT CIRCULER DANS LA JOURNEE AU SEIN DU POLE DE SANTE MENTALE MAIS TOUTE SORTIE DU BATIMENT EST SOUMISE A AUTORISATION MEDICALE PREALABLE, MEME POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

Dans la journée, soit entre 9h et 18h, les portes des trois unités d'hospitalisation sont ouvertes et permettent aux patients de circuler au sein du bâtiment abritant le pôle de santé mentale. De fait, les patients déambulent dans les couloirs menant dans la partie administrative du bâtiment où sont situés les bureaux des médecins, à l'unité de soins à médiation (USAM) où se trouve la cafétéria et où se déroulent les activités thérapeutiques, voire se rendent dans une autre unité que la leur. Chaque unité est, de surcroît, dotée d'un jardin attenant, arboré et agréable bien qu'entièrement grillagé, dont l'accès s'effectue exclusivement depuis la salle à manger ainsi que d'un patio ouvert aux patients dans la journée mais aussi la nuit, notamment pour fumer. Le projet de règlement intérieur des unités d'hospitalisation du pôle affiche cette liberté de circulation comme « *un principe fondamental* ».

En revanche, les patients – **même ceux en soins libres** – n'ont pas la possibilité de sortir librement du bâtiment, dans la mesure où les deux portes vitrées de son sas d'entrée sont en permanence fermées et que l'ouverture s'effectue par badge ou par l'agent de sécurité positionné dans le hall d'accueil. Cette restriction de liberté circonviendrait aux dispositions du règlement intérieur du CH, qui mentionne que « *les malades en soins psychiatriques libres disposent des mêmes droits que ceux reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause, et notamment le droit d'aller et de venir librement à l'intérieur du service de soins et au sein de l'hôpital* ». Le même document précise que « *dans le cas où le fonctionnement du service justifierait la mise en œuvre de modalités particulières, celles-ci sont portées à la connaissance des malades* », ajoutant qu'« *en aucun cas elles ne peuvent porter atteinte à leur liberté d'aller et de venir et doivent être organisées de manière à respecter ce principe.* »

Plusieurs explications ont été données aux contrôleurs pour justifier la restriction de liberté d'aller et de venir des patients en soins libres : la nécessité pour certains d'entre eux d'être étroitement surveillés en raison de leur état de santé fragile (risque de suicide), la facilité de savoir en permanence où se trouvent les patients afin de pouvoir les solliciter à tout moment (pour des entretiens médicaux et soignants, par exemple), le besoin de se prémunir des intrusions intempestives (risque d'introduction de produits toxiques) ou bien encore l'importance de « *fixer un cadre* » aux patients.

La sortie à l'extérieur du bâtiment est donc soumise à une autorisation préalable, qui doit être signée par un médecin et présentée par le patient à l'agent de sécurité chargé de filtrer les entrées et les sorties du bâtiment.

Valable pour les trois unités (l'unité Picasso, à tort y figure toujours), le document type d'« *autorisation de sortie* » mentionne le statut d'hospitalisation, notamment celui en « HL » pour hospitalisation libre. Le médecin peut décider une sortie dans la journée (en précisant les heures d'entrée et de sortie), une « *permission permanente* », une « *permission "longue durée" (48h maximum)* » ; il peut également désigner une personne en accompagnement ou, au contraire, décider une sortie non accompagnée ; il peut enfin ne pas autoriser une personne « *à conduire un véhicule automobile* ».

Recommandation

Libres par principe d'aller et de venir, les patients en soins libres doivent pouvoir sortir de l'hôpital sans avoir à solliciter une « permission ». Les seules restrictions à ce principe ne peuvent résulter que de l'état clinique du patient, dûment constaté sur le plan médical et traduit dans un régime juridique lui apportant toutes les garanties liées à la privation de liberté.

Dans ses observations, le directeur indique qu'une réflexion institutionnelle est engagée avec les directions concernées pour étudier des propositions de gestion des sorties patients en HL et SSC.

5.2 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS N'EST PAS MARQUEE PAR DES CONTRAINTES SYSTEMATIQUES MAIS L'INTERVENTION D'UNE BRIGADE CYNOPHILE INTERROGE AU REGARD DES PRINCIPES DE NECESSITE ET DE PROPORTIONNALITE

Les contraintes imposées aux patients peuvent être liées aux exigences d'une organisation collective : il en est ainsi, notamment, de l'obligation de prendre collectivement les repas à des heures imposés, de l'interdiction de se rendre dans une autre chambre que la sienne ou de la seule possibilité de conserver des denrées non périssables et non ouvertes ou entamées.

D'autres contraintes résultent de la législation en vigueur, ainsi de l'autorisation de fumer qui est circonscrite aux espaces à l'air libre, ou bien encore de préoccupations relatives au souci de veiller à l'intégrité des patients, ces derniers ne pouvant ainsi librement disposer de leur rasoir ou du cordon d'alimentation de leur téléphone et devant venir les chercher dans le bureau des soins infirmiers où ils sont conservés.

Aucune restriction n'est imposée de manière générale et systématique. Hormis dans le cas de placement en chambre d'isolement, le port du pyjama n'est jamais imposé au patient, notamment en début de séjour. L'accès à sa chambre reste libre toute la journée et chacun dispose de la clé ouvrant son placard. Les patients sont libres de s'attabler avec qui ils souhaitent pour les repas. Les horaires de coucher sont souples et intègrent la fin du programme télévisuel, le patient pouvant librement se rendre dans le patio pour fumer. Le tabac ne fait l'objet d'aucun rationnement de principe et le patient dispose des moyens pour allumer sa cigarette.

Les patients peuvent néanmoins être soumis à certaines restrictions de leurs droits, comme le mentionne le règlement intérieur du CH : « *les restrictions qui peuvent être apportées à l'exercice de leurs libertés individuelles sont strictement limitées à celles nécessitées par leur état de santé et la mise en œuvre de leur traitement* ». Ainsi, en cas d'abus et dans l'intérêt du patient, la consommation de tabac peut être contrôlée, voire contingentée par les soignants, le tabac étant conservé au bureau des soins infirmiers de l'unité.

Plusieurs témoignages de patients ont fait état de cas d'enfermement dans leur chambre décidé, de façon discrétionnaire, par le personnel. Cette situation est d'autant plus mal vécue qu'ils n'ont pas la possibilité eux-mêmes de s'isoler dans leur chambre, faute de verrou intérieur, et de se prémunir ainsi de vols ou de venues intempestives.

Posant l'interdiction de l'introduction, la détention et la consommation de « *produits illicites* », le futur règlement intérieur des unités du pôle de santé mentale évoque la possibilité pour le directeur du CH de « *demander l'intervention d'une brigade cynophile de la gendarmerie* ». Il a été rapporté que plusieurs opérations préventives de contrôle étaient périodiquement organisées au sein même des unités, particulièrement au moment des repas lorsque l'ensemble des patients se retrouvent attablés dans la salle à manger. Un chien circule alors autour des

différentes tables et, en cas de « marquage », le patient concerné est placé à l'écart pour être fouillé par palpation, sa chambre faisant parallèlement l'objet d'une fouille. Il a été indiqué que des patients étaient troublés par cette procédure qui générerait en eux une certaine angoisse.

Recommandation

Il doit être mis fin aux opérations de recherche de produits stupéfiants réalisées avec l'intervention d'une brigade cynophile de la gendarmerie. Une telle procédure de police n'a pas sa place dans une unité d'hospitalisation, dont la seule vocation est le soin.

Dans ses observations, le directeur a indiqué que l'article sur l'intervention de la brigade cynophile a été retiré du règlement intérieur. Une réflexion institutionnelle sur la question des stupéfiants est engagée.

5.3 LA COMMUNICATION DES PATIENTS AVEC LEURS PROCHES NE FAIT PAS L'OBJET DE RESTRICTIONS PARTICULIERES MAIS SES MODALITES NE SONT PAS OPTIMALES

5.3.1 Les visites

Les visites sont autorisées, tous les jours, de 13h30 à 18h30 dans les unités d'admission et de 12h à 20h dans l'unité de post-urgence psychiatrique (UPUP).

Le droit de recevoir une visite peut toutefois être restreint, voire interdit, à des patients dont l'état de santé est jugé incompatible par un médecin. Il en est ainsi, dans la plupart des cas, lors d'un placement en chambre d'isolement. Au moment du contrôle, un patient de l'unité Monet (sur un effectif de trente) et deux de l'unité Gauguin (sur un effectif de trente et un) n'étaient pas autorisés à recevoir des visites. En fonction de leur état clinique, les patients peuvent également n'être autorisés à recevoir leurs enfants qu'à condition qu'un soignant soit présent pendant la visite.

Les visites se déroulent au sein de l'unité (salle de télévision, chambre, salle à manger, patio), à la cafétéria et dans un salon de visite constitué d'un élargissement d'un couloir d'accès menant aux unités. Seul ce dernier espace est accessible aux enfants de moins de 15 ans venant rendre visite. Aucune unité n'est dotée d'une salle de visite *stricto sensu*. et le salon de visite commun aux trois unités s'apparente davantage à une salle d'attente. La cafétéria est l'endroit le plus agréable pour les visites.

5.3.2 Les communications par téléphone ou internet

Dans les trois unités d'hospitalisation, le patient dispose librement de son téléphone portable et de son ordinateur, sauf prescription médicale contraire en fonction de son état clinique (lors d'un séjour en chambre d'isolement, notamment). Quand un patient n'a pas de téléphone personnel, la seule possibilité pour lui de recevoir ou de transmettre des appels consiste à utiliser une ligne du service, dans la mesure où aucune des trois unités n'est équipée d'un téléphone public (cabine ou *point-phone*).

Le nombre de patients en possession de leur ordinateur ou de leur tablette numérique est très faible ; il n'y en a aucun à l'UPAS. En outre, le CH n'est pas équipé de wifi pour les patients.

Au moment du contrôle, deux patients de l'unité Gauguin, un patient de l'unité Monet et un patient de l'UPAS n'étaient pas autorisés par leur médecin à utiliser leur téléphone portable mais pouvaient recevoir ou transmettre des appels *via* le téléphone du service.

Le projet de règlement intérieur des unités d'hospitalisation précise que les patients doivent veiller sur leurs appareils et recommande à ces derniers de les conserver sous clé dans le placard de leur chambre. Il rappelle, en outre, l'interdiction de « *photographier, de faire des vidéos, des enregistrements de conversations, de quelque personne ou locaux que ce soient* ».

5.3.3 La correspondance

Il n'existe aucune restriction ni contrôle sur la correspondance écrite des patients et l'hôpital prend en charge l'affranchissement du courrier.

Si le patient ne souhaite pas ou n'est pas en mesure de poster lui-même son courrier, celui-ci peut être déposé au bureau des soins infirmiers pour être ramassé par le vagemestre du CH à l'occasion de sa venue dans les unités pour la distribution quotidienne du courrier « arrivée ».

Recommandation

Les conditions de communication des patients avec leurs proches doivent être améliorées par l'aménagement de salons de visite plus chaleureux, l'installation d'une cabine téléphonique ainsi que la dotation d'un réseau wifi pour les patients.

Le directeur indique qu'une réunion avec la direction des systèmes d'information est planifiée pour prévoir la mise à disposition d'équipement wifi à disposition des patients. Un salon des familles est prévu au Schéma directeur immobilier. La réception de mobilier pour l'espace dédié actuel est en attente de livraison. Des travaux d'installation d'un poste téléphonique sont prévus au 1^{er} trimestre 2019.

5.4 LE LIBRE CHOIX D'UN MEDECIN ET LA CONSULTATION DE SON DOSSIER MEDICAL SONT THEORIQUEMENT POSSIBLES POUR LES PATIENTS

Le libre choix du médecin est respecté sur le principe. La réalité se heurte, cependant, à l'effectif limité de médecins dans chacune des unités, ce qui laisse, de fait, peu de place au choix. Selon les indications données, la demande est cependant examinée à l'occasion d'un entretien médical « *pour en comprendre la motivation* ».

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LES CONDITIONS D'HEBERGEMENT, BIEN QUE CORRECTES, APPELLENT QUELQUES REMARQUES

Chacune des deux unités Gauguin et Monet comporte trente chambres : vingt chambres individuelles et cinq chambres doubles. La transformation de la troisième unité en UPAS a eu pour conséquence de diminuer le nombre de chambres individuelles à vingt-cinq.

Les chambres sont spacieuses, lumineuses et bien aménagées. Chaque patient dispose d'un grand placard fermant à clé, d'une table et d'une chaise. Les nombreuses prises de courant permettent de brancher tous les appareils électriques ou électroniques, librement laissés à la disposition des personnes hébergées.

Toutefois, les patients ne peuvent fermer leur chambre de l'intérieur. De plus, l'ouverture des fenêtres des chambres n'a pas été prévue lors de la conception du bâtiment.



Une chambre de patient

Le système de climatisation dans les chambres est défectueux. Les contrôleurs ont ainsi constaté qu'un patient était fortement gêné par de l'air ventilé qu'il recevait en plein visage lorsqu'il était allongé sur son lit.

Recommandation

Il est nécessaire de permettre aux patients de fermer leur chambre. La climatisation dans les chambres, défectueuse le jour de la visite des contrôleurs, doit être remise en état sans délai.

Dans ses observations, le directeur précise qu'une demande d'installation de barilletts pour la fermeture des chambres a été faite le 30 octobre 2018. Un devis est à l'étude pour la climatisation et le chauffage.

6.2 LES PATIENTS BENEFICIENT DE BONNES CONDITIONS SANITAIRES ET D'HYGIENE

Chaque chambre comporte un bloc sanitaire aménagé avec un lavabo¹⁰, une douche à l'italienne et un WC. Des sanitaires communs aménagés dans les unités sont accessibles aux patients ; ils

¹⁰ La salle d'eau dans les chambres doubles est dotée de deux lavabos.

sont propres et bien entretenus. Par ailleurs, une salle de bains commune avec une baignoire est à la disposition des patients qui le souhaitent.

Des kits d'hygiène sont distribués régulièrement aux patients. Selon les informations recueillies, le linge plat est changé tous les jours. Les patients peuvent donner leur linge à laver une fois par semaine avec une participation de 2 euros.

6.3 LA SUR OCCUPATION FAIT L'OBJET D'UN SUIVI FORMALISE AU SEIN DES UNITES

Une note d'information de la direction générale en date du 22 novembre 2017 précise les conditions dans lesquelles un lit supplémentaire peut être installé dans les unités Gauguin et Monet. Ces lits disponibles ne peuvent être utilisés qu'à raison d'un par unité et uniquement pour l'accueil temporaire d'un patient en soins sans consentement. Cette règle appliquée restrictivement permet de garantir la disponibilité du lit d'un patient placé en chambre d'isolement.

Le non-respect de cette procédure donne lieu à la déclaration d'un incident comme ce fut le cas lors de la visite des contrôleurs. Un patient en provenance de l'hôpital de Thonon a été admis en surnombre dans l'unité Gauguin avant que le personnel soignant ne constate que le certificat médical d'admission n'était pas conforme ; ainsi, le patient était en soins libres.

6.4 LES REGLES DE GESTION DES BIENS DES PATIENTS NE SONT PAS TOUJOURS RESPECTEES

A l'arrivée du patient dans l'unité, il est procédé à deux inventaires des valeurs et des biens. Le premier inventaire permet de recenser de manière détaillée les bijoux, l'argent, les devises étrangères, les cartes de crédit et les chèquiers du patient. Si cet inventaire a déjà été établi lors de son arrivée aux urgences générales ou aux urgences psychiatriques, il est à nouveau réalisé au sein de l'unité d'admission. L'inventaire est contresigné par un personnel soignant, voire deux lorsque le patient est dans l'incapacité de comprendre clairement la procédure. Le second inventaire permet de lister les vêtements, les objets et les documents selon les mêmes modalités.

Toute somme d'argent supérieure à 300 euros est transférée à la trésorerie principale. Les autres numéraires, bijoux « couleur or » et autres valeurs, sont en principe déposés au coffre de la régie de dépôts à proximité du bâtiment de la psychiatrie, à moins que le patient ne souhaite les conserver dans sa chambre. Au jour de la visite, aucun dépôt n'avait été effectué au coffre. Dans la pratique, ces valeurs sont plutôt, soit conservées par les patients, soit entreposées dans le bureau infirmier de l'unité. Or, la conservation des valeurs dans le bureau infirmier est une pratique qui n'est pas conforme, présentant des risques juridiques pour le personnel soignant en cas de perte ou de vol de ces valeurs. Il semble que cette pratique résulte de la décision du trésorier principal, estimant qu'il ne pouvait y avoir de banque des patients, des agents publics ne pouvant gérer des avoirs privés. Concernant l'argent déposé au coffre de la régie des dépôts, le patient ne peut pas procéder à des retraits partiels pour régler des menues dépenses pendant son hospitalisation.

Recommandation

Il convient de modifier les pratiques actuelles consistant à conserver les valeurs des patients dans le bureau infirmier. Des règles doivent être élaborées afin de permettre aux patients d'effectuer des retraits partiels d'argent à la régie des dépôts durant leur hospitalisation.

Le directeur précise dans ses observations qu'en accord avec le trésorier principal (TP), les objets de valeur sont déposés au coffre puis remontés à la TP. Le trésorier principal est en charge de la mise à disposition des valeurs monétaires ou des moyens de paiement du patient. Une procédure est en cours de rédaction. Un devis est également en cours pour la mise en place d'un système plus efficient des placards personnels avec digicode dans chaque chambre (demande du 30 octobre 2018).

6.5 LA RESTAURATION N'APPELLE PAS DE REMARQUE

Répartis sur deux cycles (été et hiver), les menus sont élaborés pour cinq semaines. Au moment de l'hospitalisation, les patients indiquent les aliments qu'ils ne peuvent ou ne veulent manger, quelle que soit la raison médicale, confessionnelle, etc. Le repas leur est alors servi en barquettes. Les patients n'ont pas émis de doléances auprès des contrôleurs sur la qualité des repas.

Les trois salles à manger sont quasiment identiques ; elles sont spacieuses, bien éclairées par les deux grandes façades vitrées donnant sur les deux patios-jardins dans chaque unité. Toutefois, l'aménagement de ces espaces est un peu sommaire, quelque peu « clinique ».



La salle à manger d'une unité et l'ouverture sur un patio

C'est au patient qu'il revient de mettre le couvert, de desservir les tables comme de les nettoyer après le repas. Le placement à table est libre, les repas ont toujours lieu dans la salle à manger, jamais dans les chambres. Il arrive même que les patients placés en isolement soient autorisés à déjeuner ou dîner dans la salle commune. Le petit déjeuner est servi sur un plateau.

6.6 L'ACCES A LA BIBLIOTHEQUE EST RESTREINT, MAIS UNE UNITE INTERSECTORIELLE PROPOSE UNE OFFRE VARIEE D'ACTIVITES THERAPEUTIQUES

6.6.1 Les activités non thérapeutiques

Chaque unité est équipée de plusieurs postes de télévision fixés au mur : trois à Gauguin et à Monet, deux à l'UPAS dans un grand salon, la salle à manger et, pour le troisième poste, dans un petit salon. Les salons de télévision des unités Monet et UPAS, meublés de fauteuils et de canapés, sont confortables. En revanche, les contrôleurs ont constaté que l'équipement de la salle de télévision de Gauguin était sommaire. Ces salons sont accessibles aux patients en permanence, permettant aux patients de regarder la télévision librement sans aucune contrainte horaire.

Installée au premier étage du bâtiment, la bibliothèque est bien fournie avec de nombreux ouvrages provenant pour l'essentiel de la bibliothèque centrale de l'hôpital ; elle comporte

notamment un choix diversifié de revues et des CD de musique. Elle est également équipée d'un poste informatique relié à Internet. Tenue par deux bénévoles, la bibliothèque n'est ouverte que deux jours par semaine (mardi et vendredi) de 13h30 à 15h30.

Les autres activités occupationnelles sont limitées au sein des unités : baby-foot, tennis de table, jeux de société et atelier cuisine (à l'étage).

Recommandation

Il convient d'élargir les horaires d'ouverture de la bibliothèque pour permettre aux patients d'y accéder plus souvent et plus facilement.

Dans ses observations, le directeur indique que la volonté d'élargissement des horaires d'ouverture de la bibliothèque est partagée. Compte tenu du manque de bénévoles, la bibliothèque reste ouverte deux fois par semaine de 14h à 16h.

6.6.2 Les activités thérapeutiques

Au premier étage du bâtiment de santé mentale, à proximité mais distincte des trois unités d'hospitalisation du pôle, se trouve l'unité de soins à médiation (USAM), unité intersectorielle regroupant, outre la cafétéria – la « Ka'fêt' des Artistes » – et une bibliothèque, des locaux dédiés aux ateliers thérapeutiques : une cuisine, une salle d'ergothérapie, une salle d'esthétique attenante à un salon de beauté, une salle de musique, un espace d'expression corporelle et une salle de sport.

Créée en 2011, l'USAM a fait l'objet d'une restructuration importante en fin d'année 2017. Jusqu'alors, les activités thérapeutiques étaient organisées par deux soignants de l'effectif de chacune des unités de soins, seule la cafétéria disposant d'un personnel dédié (quatre aides-soignants), dont l'affectation à l'USAM était fréquemment remise en question par les difficultés quotidienne de planning dans les unités. Afin que le l'USAM cesse d'être « *la variable d'ajustement des effectifs* » et voit ses ateliers annulés faute de personnel pour les encadrer, une équipe a été récemment dédiée à l'organisation des activités thérapeutiques. Disposant d'un effectif théorique de 4 ETP d'infirmiers (et d'une psychologue pour l'atelier de photo-langage), le choix a été fait de répartir ces postes entre huit soignants, à mi-temps dans leur unité d'hospitalisation (Monet, Gauguin, UPAS) et au sein de l'USAM, cette double appartenance devant « *sanctuariser les activités thérapeutiques et permettre une organisation en interaction avec les unités grâce à un personnel restant au fait de la réalité de la prise en charge au quotidien* ».

Au moment du contrôle, l'effectif de l'USAM n'était pas au complet, accusant un déficit de trois agents ; toutefois, les perspectives difficiles pour l'effectif du pôle ne remettaient pas en cause le fonctionnement de l'USAM puisque le choix du pôle a été de supprimer dix lits en unité plutôt que de fermer la structure et de supprimer les activités thérapeutiques.

La participation aux activités thérapeutiques résulte de la demande spontanée des patients, d'une orientation du personnel soignant ou d'une prescription d'un médecin. Dans tous les cas, l'admission est toujours validée sur le plan médical. Il a été indiqué que les demandes spontanées étaient plus nombreuses depuis la nouvelle organisation de l'USAM, les patients étant incités à participer par les soignants en charge des différents ateliers. Tous les patients sont admis aux activités de l'USAM, quel que soit leur statut d'hospitalisation, sauf lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement. Les activités mélangent les patients des trois unités.

Un planning hebdomadaire affiche les activités de l'USAM : art-thérapie (quatre séances), psychocorporel (trois séances), éducation thérapeutique (une séance), esthétique (deux séances), sport (six séances) et photo-langage (une séance). Un relevé des activités réalisées durant le mois d'avril 2018 permet de noter 57 participations pour l'art-thérapie, 47 participations pour l'activité psychocorporelle (période du 17 avril au 17 mai 2018), 21 participations pour l'activité esthétique, 17 participations pour l'éducation thérapeutique et 40 participations aux activités sportives, soit un total de 182 participations.

Les soignants de l'USAM accompagnent également les patients lors de sorties extérieures : piscine, promenade autour du lac d'Annecy, parcours de santé, visite de musées, médiation animale lors de visite d'un refuge de la SPA. Il a été indiqué que des sorties pour acheter les emplettes pour des repas thérapeutiques seraient de nouveau organisées lorsque l'effectif le permettra.

Au moment du contrôle, plusieurs évolutions étaient en cours de réflexion : l'aménagement d'une salle informatique au sein de la bibliothèque, celle-ci pouvant devenir un support d'activité thérapeutique ; la mise en place d'un atelier d'équithérapie ; l'admission de personnes suivies en extra hospitalier dans les ateliers d'éducation thérapeutique ou d'art-thérapie dans une optique de réhabilitation psycho-sociale.

Bonne pratique

L'implantation, l'organisation et le programme des activités thérapeutiques proposées par l'unité de soins à médiation (USAM) en font un point fort pour le pôle de santé mentale, complémentaire à la prise en charge individuelle réalisée au sein des unités.

6.7 L'ACCES A LA SEXUALITE N'A FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion entre les équipes au sein des unités psychiatriques. Une vigilance particulière est toutefois exercée sur les patients entreprenants pour s'assurer que des patients ne soient pas agressés, ce qui n'est pas sans difficulté puisque les chambres ne peuvent pas être fermées.

Recommandation

La sexualité des patients doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle.

Le directeur précise dans ses observations que la recommandation fait l'objet d'une réflexion institutionnelle qui sera intégrée au projet médical de pôle.

7. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

7.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE AUX URGENCES ET NOTAMMENT DES DEMANDES DE SOINS SANS CONSENTEMENT DOIVENT FAIRE L'OBJET D'UNE POLITIQUE MIEUX DEFINIE

7.1.1 Accueil et prise en charge aux urgences

L'accueil des patients relevant d'une prise en charge psychiatrique aux urgences est individualisé. Cette unité fait partie du pôle de santé mentale. Cet accueil est protocolisé et le rôle de chaque intervenant est identifié.

Une présence de médecin psychiatre est assurée aux heures ouvrées, celui-ci assurant les consultations psychiatriques et le fonctionnement de l'unité post urgence psychiatriques (UPUP) de douze lits créée en 2008. Une permanence sur place de psychiatre est organisée pour la nuit, les week-ends et jour fériés.

Les données de consultations communiquées par le responsable de pôle chiffrent le nombre d'urgences psychiatriques entre 2 500 et 3 000 passages annuels. 70 à 80 % de ces urgences retourneraient à domicile. Les 20 à 30 % restant sont hospitalisés, 20 à 30 % d'entre eux étant admis en soins sans consentement. Il serait nécessaire que ces données soient colligées officiellement par le département d'information médicale (DIM). Les seules données communiquées par celui-ci concernent la file active et le nombre d'actes dispensés.

Recommandation

Le CHANGE doit mettre en place un recueil des données des patients admis aux urgences pour un motif psychiatrique ou relevant de cette prise en charge.

Le directeur indique dans ses observations qu'un travail est fait avec le service d'information et d'évaluation médicale (SIEM) sur les données d'activité (indicateurs) aux urgences sur la filière urgences psychiatriques.

7.1.2 Les soins sans consentement (SSC)

La majorité des soins sans consentement sont initiés aux urgences, 80 % de ces soins l'étant à la demande d'un tiers en urgence (SDTU). Les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) sont le plus souvent adressés directement dans une des unités d'hospitalisation. Ce chiffre élevé de SDTU serait lié, selon les personnes rencontrées, à la difficulté d'obtenir dans le cadre de la procédure non urgente, les deux certificats nécessaires pour conduire les démarches. Ce sont en principe les psychiatres qui initient ces démarches mais celles-ci, notamment lors des week-ends et jours fériés, peuvent être initiées par un urgentiste ou un psychiatre moins aguerris à ces prises en charge.

Recommandation

Le personnel des urgences, les urgentistes et tout psychiatre intervenant lors d'astreinte ou de garde doivent être formés à la législation concernant les soins sans consentement et aux règles liées aux mesures d'isolement et de contention.

Dans ses observations, le directeur indique que les urgentistes sont invités à la formation des soins sans consentement. Ils sont formés à la mise en place de la contention au SAU.

En l'absence de lits immédiatement disponibles dans une des deux unités d'hospitalisation de psychiatrie, les patients relevant d'une mesure de SSC sont hospitalisés dans un lit de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Cette attente peut durer jusqu'à 72h contrevenant, tel que mentionné dans le rapport d'inspection de l'ARS, à la législation des soins sous contrainte.

Le futur projet de restructuration des urgences prévoit l'installation de deux lits d'UHCD dédiés à la psychiatrie. La question de l'attente de patients pour lesquels une mesure de contrainte est en cours ne sera cependant pas résolue pour autant, les UHCD n'étant pas habilités pour recevoir ce type de patients. Une procédure nouvelle demandant à chaque unité d'avoir toujours

un lit de disponible dite « *procédure lit supplémentaire* » pour pallier ces écueils, vient d'être mise en place.

Aucun chiffre précis n'ayant pu être communiqué, il serait nécessaire que le CHANGE conduise une étude de dossiers durant au moins une année, ce qui permettrait de sérier le nombre de patients ayant été concernés, d'évaluer l'impact de la « *procédure lit supplémentaire* » et d'élaborer des procédures en conséquence.

Recommandation

Le CHANGE doit s'organiser et élaborer des règles de fonctionnement pour éviter l'attente aux urgences de plus de 24h de patients faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement.

Dans ses observations, le directeur indique qu'une réflexion sur les indicateurs du pôle santé mentale est en cours. Le directeur d'astreinte est alerté si le patient sous contrainte est présent depuis plus de 24h. La procédure d'admission des patients écrite est en cours de réactualisation.

De même, il n'a pas été possible de connaître le nombre de patients contenus aux urgences pour une période donnée. La contention se pratique, un lit est d'ailleurs pré équipé à cet effet et une procédure sur la contention est spécifique pour les urgences. Le recours à ces mesures semblait être fréquent jusqu'à il y a trois ans. Il serait là aussi indispensable de conduire une étude sur une période donnée permettant de recenser le nombre de ces cas, de connaître leur fréquence et d'envisager les mesures nécessaires pour l'éviter. Ces contentions devraient par ailleurs être tracées de la même façon que le sont celles des unités d'hospitalisation de psychiatrie¹¹.

Enfin, plusieurs propos contradictoires ont été rapportés aux contrôleurs concernant les modalités de transfert des urgences vers les unités d'hospitalisation de psychiatrie des patients faisant l'objet de soins sous contrainte. Certains affirment qu'ils sont systématiquement contenus, d'autres non.

Seule une étude de dossiers pourrait également permettre de clarifier ces dires et, selon les résultats, de prévoir des mesures en conséquence. Cette clarification au sein du personnel soignant du pôle de santé mentale est indispensable.

Recommandation

Le CHANGE doit mettre en place une traçabilité du recours aux mesures de contention aux urgences ainsi que lors des transferts dans les unités d'hospitalisation de psychiatrie de patients faisant l'objet de soins sous contrainte. Ces données devront être analysées.

Dans ses observations, le directeur précise que l'outil actuel de recueil des mesures de contention est en cours de révision afin d'être exhaustif dans la traçabilité.

¹¹ Instruction N° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES GAGNERAIENT EN QUALITE AUTOUR D'UN PROJET STRUCTURE FEDERANT L'ENSEMBLE DU PERSONNEL

a) Organisation du pôle

Le pôle de santé mentale inclut plusieurs structures dont un secteur d'hospitalisation complète de deux unités sectorisées de soins de trente lits et quatre chambres d'isolement. Depuis septembre 2017, une unité a en effet été transformée en unité intersectorielle de préparation à la sortie (UPAS) accueillant essentiellement les patients dits chroniques des autres unités et en attente d'une sortie. Cette unité (UPAS) compte vingt-cinq lits (suppression de cinq lits) Les deux chambres d'isolement dont elle disposait ont été supprimées à cette même date.

Un nouveau chef de pôle a été nommé en juillet 2017. Le dernier projet de pôle rédigé est daté de 2015. Celui-ci depuis lors n'a pas été actualisé. Il conviendrait, nonobstant le projet de restructuration en cours, de finaliser ce document dans les meilleurs délais. C'est par ailleurs une obligation réglementaire pour tout chef de pôle venant d'être nommé.¹²

Recommandation

La rédaction d'un nouveau projet de pôle est une priorité, celui-ci devant être établi par le chef de pôle dans les trois mois suivant sa nomination.

Le directeur précise dans ses observations qu'il y a lieu de se référer à la recommandation n°1.

Un projet de réorganisation de l'hospitalisation complète est en cours de réflexion depuis 2015, orientée vers une approche intersectorielle avec une spécialisation des unités par filières de prise en charge. Il y aura six filières qui comptabiliseront 112 lits dont une de 17 lits dite unité fermée, qui n'accueillera que des soins sous contrainte et intégrera huit chambres d'isolement. Les autres filières pourront également recevoir des soins sous contrainte mais ne disposeront pas de chambre d'isolement. Ce projet devrait être opérationnel pour 2020.

Les contrôleurs ont pu constater le temps important consacré à ce nouveau projet, fédérateur effectivement pour les équipes, le risque étant néanmoins de reporter des discussions sur des projets ou actions qu'il serait nécessaire de conduire à court terme.

En effet, l'organisation actuelle dans son ensemble, dont la durée de vie est certes courte mais au moins de trois voire quatre ans, mériterait d'être revue et faire l'objet d'un projet définissant une politique commune pour ces unités de soins et la prise en charge des patients.

Par ailleurs, ce projet prévoit la construction de huit chambres d'isolement. Six étaient fonctionnelles jusqu'en septembre 2017. Deux chambres ont en effet été supprimées à cette date. *A priori*, cette réduction n'a pas eu de conséquence sur les prises en charge, ce que le personnel a confirmé. Aussi les contrôleurs s'interrogent sur les motifs ayant présidé à cette décision allant à l'encontre de la politique nationale concernant ces mesures de placement. Ils n'ont pu obtenir de réponses à cette question.

¹² Article R 6146-9 du CSP

Recommandation

Le doublement des chambres d'isolement n'est pas justifié et va à l'encontre des textes et recommandations publiés ces deux dernières années Afin de contrevenir à ce type de mesures. Ce projet doit impérativement être révisé.

Le directeur précise dans ses observations que les plans de l'unité fermée ont déjà été revus avec une diminution du nombre de chambres d'isolement de 8 à 4 ou 5 en lien avec le Schéma directeur immobilier.

b) Organisation du secteur d'hospitalisation

Deux unités, Monet et Gauguin, sont dédiées à la prise en charge des patients relevant de soins libres ou de soins sans consentement, la troisième unité accueillant essentiellement des patients chroniques, en attente de placement.

Concernant les deux unités de soins psychiatriques, chacune dispose des mêmes effectifs de personnel médical et soignant. Celles-ci ont rencontré ces derniers mois de grandes difficultés de fonctionnement liées à un *turn over* important de ces personnels (cf. § 2.2).

Le jour de la visite, si l'unité Gauguin affichait un effectif de personnel médical complet, cet état de fait étant très récent ne datant que de quelques mois, tel n'était pas le cas de l'unité Monet où bon nombre de postes étaient vacants. L'exercice est par ailleurs complexifié du fait de la présence de praticiens attachés associés (deux par unité) et n'ayant pas d'autorisation pour signer les actes médicaux et les certificats.

Les médecins exercent en intra et en extra hospitalier, leur organisation intégrant une présence médicale permanente du lundi au vendredi en journée pour chaque unité.

Les données d'activité¹³ 2016 et 2017 montrent une augmentation des patients mais une faible diminution des séjours. Il n'y a pas de suivi des activités par unité.

Chaque unité a son organisation propre intégrant des réunions de fonctionnement périodiques mais non communes aux deux unités. Des réunions cliniques communes aux unités se tiennent tous les mardis intégrant les médecins et les IDE présents. Il n'y a pas de réunions soignants/soignés.

L'hospitalisation de patients en psychiatrie est souvent dépendante de l'organisation du secteur extra hospitalier et notamment des possibilités de prise en charge et d'accueil de ces patients en ambulatoire. Ce secteur est également en cours de réorganisation. Il serait important de revoir les jours et horaires d'ouverture des structures extra hospitalières (CMP, CATTP), aucune jusqu'à présent ne permettant à des patients de s'y rendre le samedi et après 17h les jours ouvrés.

Nonobstant ces remarques concernant les faiblesses dans le fonctionnement de ces unités pour certaines indépendantes de la gestion du CHANGE, il faut souligner l'engagement de l'ensemble du personnel soumis à de fortes contraintes et son souci d'assurer aux patients une prise en charge de qualité.

¹³ Source DIM CHANGE

Recommandation

Dans le cadre de la réflexion en cours portant sur la réorganisation du pôle de santé mentale, doit être intégrée une extension des horaires d'ouverture des structures extra hospitalières.

Dans ses observations, le directeur indique qu'une réflexion sur l'offre de soins en ambulatoire (CMP) avec un état des lieux ont été effectués en 2018.

7.3 LES SOINS SOMATIQUES NE SONT PAS SUFFISAMMENT STRUCTURES

Un temps plein de médecin généraliste est affecté au pôle de santé mentale depuis 2012. Il couvre la prise en charge somatique de l'ensemble des structures de psychiatrie adulte du pôle mais l'essentiel de ses activités concernent les trois unités d'hospitalisation. Lors de ces absences, ce médecin n'est pas remplacé. Ce sont les psychiatres qui pallient celles-ci. Sa présence depuis de nombreuses années au CHANGE est un facteur facilitant les contacts avec les services spécialisés et pour les prises de rendez-vous.

L'affectation d'un temps plein de généraliste est assez rare pour être souligné. Cependant, les contrôleurs n'ont pu avoir accès à aucune donnée d'activité, celles-ci n'étant pas colligées et ne donnant lieu à aucun rapport d'activité.

De même, ils ont constaté l'absence de tout projet d'organisation, celui-ci étant défini oralement et au gré des demandes de consultations ou du personnel. Celles-ci sont consignées dans un répertoire que chacun renseigne, et qui sert de guideline au quotidien.

Les contrôleurs n'ont enfin trouvé que peu de procédures de prévention et de prises en charge de certains risques, certains étant pourtant bien identifiés en psychiatrie (obésité, constipation, occlusion, douleur, etc.). La seule existante, à tout le moins remise, concerne la prévention de la maladie thromboembolique. Elle n'est ni datée ni signée donc probablement en cours de finalisation. Un travail a été mené il y plusieurs années sur la constipation, ayant conduit à la rédaction et la diffusion d'une plaquette d'information, très claire, et au demeurant toujours affichée dans les unités. Aucune évaluation sur l'impact de ces travaux n'a été communiquée.

Recommandation

La rédaction d'un projet d'organisation de la prise en charge des soins somatiques doit être finalisée dans les meilleurs délais et incluse au projet du pôle de santé mentale. Ce projet doit intégrer la rédaction de procédures de prévention et de prises en charge de certains risques identifiés en psychiatrie. Une évaluation des activités doit être conduite annuellement.

Dans ses observations, le directeur précise que la procédure sur les risques thromboemboliques est formalisée. La rédaction d'un logigramme sur l'organisation du médecin généraliste reste à structurer.

8. LES PRATIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION

8.1 LE RECOURS AUX DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST TROP FREQUENT, ET S'EFFECTUE SANS POLITIQUE CLAIREMENT DEFINIE

8.1.1 Les chambres d'isolement : architecture

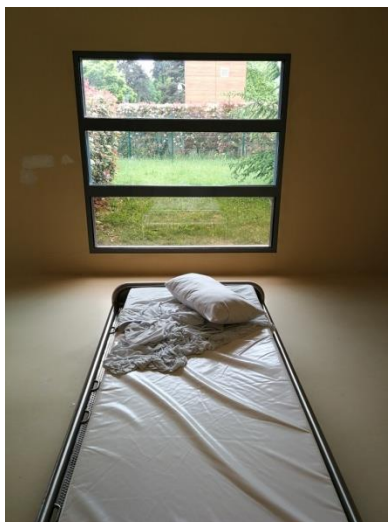
Le pôle de santé mentale inclut trois unités de soins, dont deux sont orientées pour la prise en charge des patients relevant d'une mesure de soins sans consentement. Ces deux unités de trente lits sont dotées chacune de deux chambres d'isolement. Cette réorganisation est effective depuis le 2 septembre 2017.

Les quatre chambres d'isolement, toutes identiques, ont été réhabilitées en 2010. Elles sont situées à proximité de la salle de soins. Elles sont spacieuses et claires, donnant directement sur un espace herbacé visible par une baie vitrée. Deux fenestrons, pouvant être occultés par des stores vénitiens, permettent une surveillance de la chambre et des sanitaires mais sans visibilité sur les toilettes et la douche, respectant l'intimité des patients. Une double entrée est effective. Les deux chambres d'une unité, disposées symétriquement de part et d'autre de la salle de soins, ont un accès à un espace interne commun où se trouvent des placards et un « jardin » extérieur permettant aux patients de sortir voire de fumer sous réserve d'un accord médical.



Un jardin extérieur

Ces chambres sont équipées pour seul mobilier d'un lit scellé au sol mais situé à quelques centimètres de celui-ci. Cette configuration ne facilite pas les soins des soignants pour les patients couchés ou contenus et n'est guère pratique pour les patients présentant des difficultés à se mouvoir.



Une chambre d'isolement

Aucun système d'appel n'est installé dans les chambres. Le patient doit appeler sinon frapper à la porte. Elles sont ventilées avec un contrôle de la température extérieur. Elles sont équipées de moyens d'orientation temporelle.

Les sanitaires incluent un lavabo, une douche à l'italienne et des toilettes.

Les contrôleurs se sont interrogés sur le positionnement d'une des chambres d'isolement de l'unité Gauguin, celle-ci donnant sur l'espace extérieur mais étant située juste en face de la caméra installée récemment pour la surveillance du parking.

Recommandation

Les chambres d'isolement doivent être équipées d'un système d'appel. Le positionnement du lit doit être revu. Il convient de même de vérifier le positionnement de la caméra située en face d'une des deux chambres d'isolement de l'unité Gauguin. Ces aménagements doivent être réalisés dans les meilleurs délais.

Dans ses observations, le directeur indique que la commande de nouveaux lits et de système d'appel est en attente du livret de recommandations HAS sur l'équipement d'une chambre d'isolement (à paraître fin 2018). La vérification a été faite par le service de sécurité, aucune caméra ne parcourt le champ des espaces d'isolement.

8.1.2 Les décisions d'isolement

Seuls les patients adultes faisant l'objet d'une mesure de soins sans consentement (SDRE, SDT) peuvent être concernés par une décision de placement en chambre d'isolement. Ces patients pour la majorité, sont transférés par les urgences après avoir vu le psychiatre sur place ou d'astreinte. Ils sont systématiquement hospitalisés dans une des deux unités correspondantes.

Selon la source du DIM, **le nombre de patients admis pour des soins sous contrainte représente en moyenne 42 % de l'ensemble des patients hospitalisés** et 34 % des séjours alors que d'autres sources d'information, notamment le rapport de l'ARS, font état **d'un taux de 50 %**.

L'analyse des données d'activité communiquées aux contrôleurs a permis d'en tirer quelques enseignements. Ces données sont issues du registre mis en place en 2016 et des éléments

communiqués par le département d'information médicale (DIM). Ces données ont de même été mises en regard avec celles figurant dans les rapports de la commission des usagers (CDU) et de la CDSP.

L'année 2017 a été prise en référence. Sur cette seule année, il a été établi que le taux de patients placés en isolement¹⁴ (188) au regard du nombre de patients ayant fait l'objet de soins sous contrainte¹⁵ (256) est de 74 %. Les données communiquées par le DIM sur le nombre de journées d'isolement ne corroborent pas celles agrégées à partir du registre dix fois supérieures à celles du DIM. Par ailleurs, les données du DIM font apparaître un nombre de journées d'isolement pour des patients en soins libres de 65 jours en 2016 et 174 jours en 2017. Si ces données s'avèrent exactes, ces placements contreviennent aux droits de ces patients.

Celles figurant dans le rapport 2017 de la CDU comptabilisent pour 2017, 242 mesures de soins sous contrainte et 106 patients placés en isolement. Selon ces données, 43 % des patients placés sous contrainte auraient fait l'objet d'une mesure d'isolement versus 74 % selon les données DIM et du registre.

Ces différences notables de chiffres interrogent sur les modalités de recueil, sur l'absence de pilotage et de politique définies à ce niveau et surtout sur l'interprétation de ces différentes données ou leur non-interprétation ce qui est semble-t-il plus vraisemblable et l'absence d'analyse.

Recommandation

Le CHANGE doit impérativement harmoniser les recueils de données concernant les mesures d'isolement et de contention, s'assurer de la qualité des données recueillies et prévoir leur exploitation annuelle quantitative et qualitative.

Le directeur précise dans ses observations qu'un travail en lien avec la direction des systèmes d'information, le service d'information et d'évaluation médicale (SIEM), le pôle santé mentale est en cours sur la fiabilisation des données quantitatives et qualitatives.

Si l'on considère les seules données du registre 2017, **74 % de patients ayant fait l'objet d'une mesure de soins sous contrainte auraient été placés en isolement** ; chiffre très élevé.

Sur ces 188 patients (ne sont pas comptabilisés les patients enregistrés plusieurs fois), pour 50 % de ceux-ci, cette mesure a duré moins de 4 jours (entre 1j et 4j) et pour la seconde moitié entre 9 et 25 jours avec des durées très longues pour au moins dix-huit patients allant de 26 jours à 122 jours.

Les contrôleurs ont également observé pour quatre patients que les durées des mesures d'isolement et de contention ont été les mêmes, la levée de ces deux mesures, à la lecture du registre, ayant été prononcée concomitamment.

Sur un sondage effectué sur des dossiers de 2018, les contrôleurs ont observé que des placements en isolement ont été décidés **avant la mesure de contrainte** (un des patients ayant d'ailleurs fait un recours qui a abouti et conduit à la levée du placement) et que pour cinq patients, le placement en isolement a été décidé aux urgences. De même, il a été observé pour quelques cas, la levée de mesures d'isolement justifiée non pour des raisons cliniques mais de

¹⁴ Source Registre isolement et contention Données 2017

¹⁵ Source DIM 2017

disponibilité de ces chambres pour d'autres patients. Ces quelques cas interrogent sur la justification de ces placements.

Recommandation

Le pôle de santé mentale du CHANGE doit conduire une réflexion avec le corps médical de ce pôle mais également des urgences sur la législation et les critères de placement en isolement. Le recours à ce type de placement est trop fréquent et leur durée pour au moins 50 % d'entre eux beaucoup trop longue. La diminution de ces placements, décision de dernier recours, est un impératif.

Dans ses observations, le directeur indique que des infirmiers référents isolement et contention ont été nommés. Un groupe de travail au sein du pôle avec les urgentistes a été constitué.

8.1.3 Les modalités de placement en isolement : la politique suivie

Une procédure a été validée en août 2016 intitulée « *Mise en chambre d'isolement thérapeutique* ». Une procédure sur la contention physique spécifique au service des urgences (SAU) a été validée en novembre 2014. Il n'y a pas de procédure pour le pôle de santé mentale. Ces procédures ne font référence ni aux recommandations de bonne pratique « *Isolement et Contention en psychiatrie générale* » publiées par la HAS en février 2017 ni à l'instruction du 29 mars 2017¹⁶, même si elles incluent une partie de celles-ci.

Ces recommandations et ce texte sont peu ou pas connus du personnel soignant, administratif et médical. Il n'y a pas eu d'information ni de sensibilisation de l'ensemble du personnel suite à ces publications. Les instances consultatives et délibératives du CHANGE ne s'en sont pas saisies. De même, les comptes rendus de réunions de pôle auxquels les contrôleurs ont eu accès n'en font pas référence.

Nonobstant ces manques, les contrôleurs ont constaté que l'information des patients voire des familles, la surveillance par le personnel soignant et la gestion mise en place lors de la levée des mesures sont satisfaisantes, notant toutefois que les *débriefings* lors de la sortie de chambre d'isolement ne sont pas systématiques.

Cette procédure prévoit en outre que ces patients soient mis en pyjama. Cette mesure ne saurait être systématique et doit être revue.

Des fiches spécifiques pour la prescription médicale initiale et de reconduction des mesures d'isolement sont renseignées manuellement et rangées dans un classeur. Les observations des visites médicales qui doivent en principe être effectuées deux fois par jour sont renseignées dans le dossier patient informatisé (logiciel ORBIS). L'examen de quelques dossiers montre que ces observations sont parcellaires, des écarts de plusieurs jours pouvant être observés.

Les fiches de surveillance à renseigner par le personnel soignant sont informatisées dans un autre logiciel « AXIGATE ».

La multiplication de ces sources de données ne facilite pas l'approche globale d'un dossier patient et est une source d'erreurs potentielles pour l'analyse de ceux-ci.

¹⁶ Instruction N°DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisées en psychiatrie.

La lecture de certains dossiers a de même montré que des motifs notés à l'origine de ces mesures relevaient plus d'impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire à la suite d'agressions vis-à-vis de soignants ou d'actes hétéro agressifs.

Recommandation

Les procédures concernant l'isolement et la contention doivent être actualisées pour l'une et rédigées pour la seconde au regard notamment des recommandations de la HAS et de celles du CGLPL. L'établissement doit disposer d'un dossier patient unique informatisé évitant la multiplication des modes de recueil selon les intervenants. Un contrôle de cohérence et de qualité des données renseignées doit être mis en place.

Dans ses observations, le directeur précise que les procédures sont formalisées et en cours de validation. Dans l'attente du développement du nouveau logiciel Axigate pour les spécificités du pôle santé mentale (RIMPSY/Registre de la loi), les différents logiciels sont maintenus.

Il n'y a pas de politique définie et rédigée pour limiter le recours à ces pratiques tant en interne au niveau du pôle de santé mentale qu'au niveau des instances consultatives et délibératives du CHANGE.

Par ailleurs, les contrôleurs ont noté, lors des entretiens et à la lecture de quelques documents, le fait de dénommer ces chambres, chambres d'apaisement et non d'isolement. Il s'agirait d'une volonté interne et d'une demande qui a été faite au personnel. Or, l'orientation de ce type de chambre n'est pas la même. La dénomination « chambre d'apaisement » ne peut se substituer à celle de « chambre d'isolement ».

Plusieurs complications cliniques type occlusions liées à ce type de placement ont été observées au cours des derniers mois sans que celles-ci n'aient donné lieu jusqu'à présent à la rédaction de procédures internes sur les conduites à tenir.

Le jour de la mission, les quatre chambres d'isolement étaient occupées.

Recommandation

Le CHANGE doit élaborer une politique d'établissement sur l'isolement et la contention se référant aux recommandations et textes législatifs et réglementaires existants.

Cette politique doit être soumise aux instances consultatives et délibératives du CHANGE et faire l'objet d'un suivi et d'une évaluation au moins annuelle donnant lieu à la rédaction d'un rapport d'activité.

Le directeur précise dans ses observations la mise en place d'audits sur l'analyse qualitative au vu du rapport annuel à présenter aux instances. Ont été présentés à la CME de septembre 2018 des éléments constitutifs du rapport de l'ARS et des éléments de restitution du CGLPL.

Addendum au projet d'établissement 2015-2019 (octobre 2018) présenté aux instances fin 2018.

La rédaction politique du pôle santé mentale est en cours.

8.1.4 Les décisions de contention

L'analyse des données 2017 du registre montre que soixante-sept mesures de contention ont été répertoriées dont dix-sept concernent un même patient et deux un second patient. 26 % des

patients en isolement auraient été contenus. Le bilan présenté par la commission des usagers (CDU) pour l'année 2017 rapporte trente-deux mesures de contention, chiffre très différent de celui du registre.

25 % (quarante-sept patients) des patients placés en isolement ont été contenus dont 15 % (sept) l'ont été dès le placement en isolement. Les contentions les plus utilisées sont de quatre ou cinq points. Pour quatre d'entre eux, les durées des placements en isolement et des mesures de contention sont similaires donc ont été levées le même jour et ce après des durées très longues (cf. § 8.1.3).

Pour 25 % de ces patients (treize), la durée de contention est inférieure à 2,8 h, délai respectable au regard des recommandations, mais qui interroge sur l'intérêt de la mesure. Pour les 25 % suivants, cette durée est de 8,7 h au-delà des 6 h préconisées. Sur la seconde moitié, la durée est de 24 h pour le 3^{ème} quartile et de 8 jours pour le 4^{ème} quartile. **La mesure la plus longue est de 72 jours.**

Ces résultats interrogent sur le bien-fondé de certaines de ces mesures devant en principe être prises en dernier recours.

Sur les quarante-cinq mesures d'isolement extraites du registre de 2018, quatorze patients ont fait l'objet d'une contention soit 31 %. Les durées de ces mesures sont pour 50 % d'entre elles inférieures à 14 h mais pour la seconde moitié, comprises entre moins de 2 jours et plus de 8 jours

Il est indéniable que le recours à ces mesures est très fréquent et les durées observées pour certains patients, au moins le quart de ceux-ci, très longues.

8.1.5 Le registre

Le registre consignant les mesures d'isolement et de contention a été mis en place en mai 2016. Il intègre l'ensemble des items recommandés qui sont colligés à partir des fiches de décisions médicales initiales et de renouvellement, établies de façon manuscrite par les médecins et transmises dès la levée de ces mesures. Ces fiches sont ensuite versées dans le dossier médical des patients (version papier).

Les fiches de surveillance renseignées par les soignants et mentionnant leur identité sont informatisées dans un logiciel. Elles ne sont pas reversées dans le dossier médical du patient, à tout le moins la version papier.

Aucun bilan d'activité n'a été présenté lors de cette visite. C'est pourtant une obligation législative¹⁷. Ce registre n'est exploité que quantitativement. Aucune analyse qualitative n'est pour le moment conduite.

Les seules données analysées auxquelles ont eu accès les contrôleurs sont celles présentées à la CDU et par le DIM et qui ne corroborent pas celles du registre légal.

¹⁷ Article L 3222-5-1 code de la santé publique

Recommandation

Le CHANGE doit rapidement harmoniser les modes de recueil d'information des données nécessaires à la constitution de ce registre et s'assurer que tous les interlocuteurs disposent bien des mêmes données et que celles-ci soient consolidées et validées.

Le directeur indique qu'il y a lieu de se référer à la recommandation n°27.

La commission médicale d'établissement et le conseil de surveillance du CHANGE ne sont *a priori* pas ou peu impliqués. Aucune politique à leur niveau n'a été définie. Il est pourtant préconisé que les moyens pour limiter ces mesures soient intégrés au sein du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins proposé par la CME.

Recommandation

Le CHANGE doit élaborer à partir du registre un rapport annuel portant sur les pratiques d'isolement et de contention. Ce rapport doit établir un bilan quantitatif et qualitatif et présenter les mesures de correction devant être mises en œuvre.

Le directeur indique qu'il y a lieu de se référer à la recommandation n°30.

8.1 LE CIRCUIT DU MEDICAMENT N'APPELE PAS D'OBSERVATION PARTICULIERE

Le circuit du médicament est totalement informatisé, la majorité des préparations étant depuis plusieurs années automatisée et individualisée. Les échanges entre la pharmacie et les psychiatres sont périodiques.

La distribution des médicaments est individualisée, réalisée deux fois par jour dans une pièce à part. Ces distributions sont tracées par les IDE dans le logiciel correspondant pour chaque patient.

8.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SIGNALES ET EXPLOITES, METTANT EN EVIDENCE DES SITUATIONS D'HETERO AGRESSIVITE DANS LES UNITES D'HOSPITALISATION COMPLETE

La notification de l'ensemble des événements indésirables (EI) s'effectue *via* le logiciel ENNOV. Le signalement est systématiquement transféré au responsable de l'unité, au cadre supérieur de santé et au cadre de santé.

Pour l'année 2017, le nombre de fiches d'événements indésirables déclenchées sur le site d'Annecy a augmenté par rapport à 2016. En 2017, 1 232 EI déclarés contre 1 157 en 2016. Les unités du pôle de santé mentale ont déclaré 141 événements indésirables en 2017 dont 45 à Monet, 32 à Gauguin et 7 à Picasso-UPAS. Les situations d'hétéro agressivité sont recensées dans l'item sur la population nécessitant une prise en charge particulière : en 2017, trente-deux déclarations à Monet et dix-neuf à Gauguin. Les déclarations portent également sur la consommation de produits stupéfiants dans les unités.

Dès la réception de la fiche, une première cotation est faite par l'animateur qualité en charge du secteur afin d'en évaluer la criticité¹⁸ provisoire. Un comité de gestion des risques se réunit chaque semaine. Selon les informations recueillies, il est tenu compte de la vulnérabilité des patients pour l'analyse des fiches d'événements indésirables. En 2017, la criticité de quatre fiches étaient qualifiées de C3, comme risque inacceptable : un CREX¹⁹ déclenché à la suite d'une tentative de suicide par immolation à l'unité Gauguin ; deux situations d'hétéro agressivité d'un patient à l'encontre de soignant de l'unité Monet ayant entraîné le placement du patient en chambre d'isolement et son transfert à l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) de La Roche-sur-Foron ; des intrusions nocturnes répétées d'un ancien patient à l'origine d'intrusions répétées. Des actions d'amélioration ont été mises en place suite à ces situations d'hétéro agressivité, notamment la formation de la gestion aux violences, l'accompagnement par le médecin du travail et le psychologue du travail.

¹⁸ Le calcul de la criticité, résultat de la gravité par la fréquence, a trois niveaux : C1 (situation acceptable), C2 (situation tolérable sous contrôle) nécessitant un suivi en termes de gestion des risques, C3 (situation inacceptable), nécessitant la prise de mesures de réduction des risques.

¹⁹ Le CREX est un comité de retour sur expérience.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'UNITE DE PREPARATION A LA SORTIE (UPAS) ELABORE UN PROJET POUR LES PATIENTS HOSPITALISES AU LONG COURS

Depuis 2015, un dispositif de suivi de projets de soins individuels a été mis en place par la création d'une équipe mobile de préparation à la sortie dont l'objectif était la prise en charge de patients au long cours (DMS de 300 jours) ou ceux dont la sortie apparaissait problématique.

Cette équipe a fonctionné jusqu'au 1^{er} septembre 2017 permettant la sortie de trente patients. Elle a été remplacé par l'unité de préparation à la sortie (UPAS) ouverte le 2 septembre 2017 et entraînant *de facto* la fermeture de l'unité fermée Picasso.

D'une capacité de vingt-cinq lits, sans chambre d'isolement, l'UPAS accueille des patients stabilisés venus des deux autres unités de psychiatrie pour travailler avec eux un projet de sortie individualisé.

L'équipe de soins, dont chaque membre a été volontaire, est pluridisciplinaire et se compose de :

- deux médecins psychiatres pour un ETP ;
- un médecin somaticien pour 0,2 ETP ;
- un cadre de santé ;
- un psychologue (0,6 ETP) ;
- deux assistantes sociales (0,8 ETP) ;
- un ergothérapeute (0,4 ETP) ;
- des infirmiers diplômés d'état (12,5 ETP) ;
- des aides-soignants (9 ETP) ;
- des agents des services hospitaliers (4 ETP).

Avant d'intégrer l'UPAS, le patient, pour lequel a été élaboré un programme de sortie et de soins par l'équipe pluri professionnelle, est reçu par l'équipe et doit adhérer à son projet de vie auquel sa famille est associée.

Chaque patient hébergé dans l'unité est ensuite suivi par deux infirmiers et deux aides-soignants outre une assistante sociale.

Les objectifs mis en place sont progressifs :

- à court terme, de multiples activités thérapeutiques sont organisées pour favoriser l'autonomie et restaurer confiance et estime de soi ;
- à moyen terme, des sorties de plus en plus longues visent à restaurer ou à conforter les liens familiaux ou sociaux. Elles permettent d'évaluer les possibilités de vie extra hospitalières ;
- à long terme, des recherches, en partenariat avec le réseau, de lieux de vie, de foyers médicalisés ou de retours en famille, doivent aboutir à mettre fin à l'hospitalisation dans des délais raisonnables.

Les ateliers thérapeutiques et de réhabilitation sont nombreux et ciblés individuellement en fonction du projet de sortie ; à titre d'exemple, et sans être exhaustif, on peut citer des activités de cuisine, de musique et d'esthétique, de plein air et de jardinage outre des groupes de paroles assidument suivis par les patients et un atelier « les amis des bêtes » spécifiquement réservé à l'apprentissage d'un comportement approprié avec les animaux.

Les patients bénéficient tous d'entretiens individuels fréquents avec leur médecin psychiatre et la psychologue.

Au jour du contrôle, alors que l'unité a huit mois d'existence, dix patients avaient d'ores et déjà quitté l'hôpital ; une réintégration a toutefois été nécessaire, le patient n'ayant pas supporté la vie dans sa famille d'accueil.

Deux sorties étaient programmées pour le mois de juin alors que deux entrées, corrélativement, étaient en préparation pour des patients de l'unité Monet.

9.2 LE CHANGE NE REÇOIT PAS LES PERSONNES DETENUES

Selon les informations recueillies, les personnes détenues nécessitant une hospitalisation psychiatrique ne sont pas accueillies à l'hôpital d'Annecy.

10. CONCLUSION

Après une période difficile au cours des années 2015 et 2016 due à la pénurie de médecins et au *turn over* des équipes soignantes mal encadrées, l'arrivée d'un nouveau chef de pôle et d'une nouvelle équipe de cadres a permis de redonner du sens au travail des soignants ; le projet de restructuration par filières, datant de 2015, a, de plus, été redynamisé.

Alors que les conditions d'hébergement sont satisfaisantes et que les activités thérapeutiques sont nombreuses reflétant ainsi la volonté du service d'offrir une bonne prise en charge, il est regrettable que tous les patients y compris ceux en soins libres vivent dans un espace fermé sur l'extérieur et, ainsi, soient contraints de demander une autorisation de sortie pour, par exemple, aller sur le parking du bâtiment. Il est, à l'évidence, inadmissible que des patients en soins libres soient privés de liberté.

Outre que le livret d'accueil ne contient aucune explication quant à la spécificité de l'hospitalisation sans consentement, les droits des patients, certes bien formalisés, sont notifiés sans conviction par un personnel soignant insuffisamment formé à l'utilité d'un tel exercice.

Les pratiques d'isolement et de contention, sont trop souvent utilisées, et pour des durées trop longues et non comme une solution de dernier recours, ne correspond pas aux recommandations de la haute autorité de santé (HAS).

L'inspection de l'ARS diligentée au mois d'octobre 2017 a très fermement mis en évidence ce dysfonctionnement et préconisé des changements de pratiques, au demeurant recommandés par les contrôleurs qui souhaitent qu'ils soient mis en œuvre dans les meilleurs délais.

Enfin, il a été constaté que la fermeture de l'unité Picasso en septembre 2017 dans le but d'ouvrir une unité de préparation à la sortie (UPAS) a réduit notablement la durée de séjour des patients « inadéquats » dont la prise en charge est apparue individualisée et performante.