

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport définitif :

7 au 15 janvier 2019 – 1^{ère} visite

Etablissement de santé
mentale Portes de l'Isère

(Bourgoin-Jallieu – *Isère*)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée de l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère à Bourgoin-Jallieu (Isère) du 7 au 15 janvier 2019. Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire qui a été adressé le 19 juin 2019 à la directrice d'établissement, au directeur général de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes, au préfet de l'Isère, à la présidente du tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu et à la procureure de la République près ce tribunal. La directrice de l'établissement et le directeur général de l'ARS ont émis des observations, respectivement les 9 et 31 juillet 2019. Elles ont été intégrées au présent rapport définitif. Il s'agissait d'une première visite.

L'établissement de santé mentale Portes de l'Isère (ESMPI) est un établissement privé associatif qui existe depuis une cinquantaine d'années, dépendant d'une fondation – la fondation Boissel – aux activités diverses : maison d'accueil spécialisée, accompagnement au logement, accueil d'urgence, aides aux femmes victimes de violences. Initialement appelé centre psychothérapique Nord-Dauphiné, il a changé de nom en 2017 pour devenir l'ESMPI à la faveur du rattachement de deux nouveaux secteurs de psychiatrie adulte. Cet établissement est aujourd'hui compétent pour cinq secteurs, sur deux sites principaux d'hospitalisation : le premier à Vienne (deux secteurs), le second à Bourgoin-Jallieu (trois secteurs). **C'est ce second site, le plus important, qui a fait l'objet du contrôle.** Il compte quatre unités d'hospitalisation complète, représentant quatre-vingt-treize lits. Au 7 janvier 2019, ces unités hébergeaient quatre-vingt-quatorze patients, dont **plus de la moitié en soins sans consentement (SSC)**. Le site berjallien est quasiment neuf (construction de 2009, maintenue dans un très bon état), ses locaux sont fonctionnels et lumineux, sa proximité géographique avec l'hôpital général est un atout. L'ESMPI emploie 430 salariés, dont 130 dans les unités psychiatriques de Bourgoin-Jallieu. Les effectifs de soignants apparaissent bien calibrés ; le personnel est expérimenté et fidèle. Le budget permet des investissements.

La prise en charge médicale est satisfaisante mais marquée par la pénurie de médecins (20 % de postes vacants). Les réunions institutionnelles existent et sont investies (collège des médecins, commission des usagers, commission du médicament) tout comme les relèves et réunions cliniques au sein des unités, le tout dans l'intérêt du patient. L'accueil aux urgences de l'hôpital général (en face de l'ESMPI) est effectué, en semaine, par une équipe de l'ESMPI. Il est regrettable que l'isolement y soit décidé par l'urgentiste et non par le psychiatre. La préparation à la sortie est de qualité, avec notamment des programmes de soins, incluant des hospitalisations séquentielles. La politique du médicament est pertinente, même si l'éducation thérapeutique est encore balbutiante.

Des progrès sont nécessaires en revanche en matière de droit des patients. Les décisions d'admission – qu'elles soient prises par le préfet ou la directrice – ne sont pas assez motivées, et rarement notifiées, le personnel n'étant du reste pas assez formé pour le faire. Le juge des libertés et de la détention présente son rôle aux patients comme limité à un contrôle de pure forme, sans pédagogie ni information quant aux recours possibles. Lorsque des irrégularités apparaissent, les décisions sont très rarement annulées. S'agissant des patients en soins à la demande du représentant de l'Etat, le préfet refuse certaines de leurs permissions sans en préciser les motifs.

La vie quotidienne des patients est peu marquée par des restrictions de liberté, même pour ceux qui sont en SSC : les portes des unités et des chambres sont ouvertes, la privation de certains biens (téléphone, cigarettes) est rarissime et uniquement fonction de la clinique du patient concerné. Néanmoins les portes des chambres ne peuvent jamais être fermées, générant des difficultés (intrusion de patients la nuit dans les chambres voisines, peur des vols) et il n'est pas possible d'ouvrir soi-même la fenêtre. Les patients ont paru assez désœuvrés, déambulant beaucoup dans les couloirs. Les soignants ont expliqué, s'agissant des trois unités d'accueil, qu'il s'agissait d'un choix assumé pour éviter de chroniciser les patients. Pour autant, **l'absence d'investissement dans les activités paraît préjudiciable aux malades** ; certains s'en sont plaints. En outre, il n'y a ni cafétéria ni lieu de convivialité sur le site, de sorte que beaucoup se réunissent uniquement dans le hall d'accueil, qui comporte un distributeur de friandises. Par ailleurs, le taux d'occupation très élevé de l'hôpital impose, dans trois unités sur quatre, de placer deux patients dans une chambre simple – en plus des deux chambres doubles déjà existantes. La sur-occupation ne permet pas non plus aux équipes de conserver au patient mis à l'isolement sa chambre pendant la durée du placement, ce qui n'est guère satisfaisant.

Enfin, s'agissant de l'isolement et la contention, les efforts des médecins et la politique proactive de la direction doivent être soutenus. Malgré un projet d'établissement et des objectifs ambitieux en la matière, tendant à long terme vers l'absence de chambre d'isolement, **le taux d'utilisation de ces chambres demeure élevé (28 % de la file active) et les durées de placement restent assez longues. Dans un tiers des cas ce sont d'ailleurs des patients en soins libres qui y sont affectés, ce qui doit être proscrit.** Tous les patients placés dans ces chambres doivent revêtir un pyjama ; un tiers d'entre eux sont contenus. Lorsqu'un patient est menaçant ou difficile à contenir, notamment la nuit et le week-end, les soignants contactent régulièrement leur hiérarchie afin que celle-ci fasse appel à la police. Des scènes anormales ont été rapportées aux contrôleurs, policiers et soignants intervenant de temps en temps de concert pour placer de force un patient dans ces chambres. Un protocole de pourrait utilement être conclu entre la police, le tribunal et l'hôpital pour prévoir les modes de gestion de ces situations, ainsi plus généralement que les incidents (trafics de stupéfiants, violences entre patients).

Le rapport provisoire comptait ainsi trente-et-une recommandations lorsqu'il a été adressé à la directrice au début de la phase contradictoire. Les observations de l'intéressée en réaction à ce rapport sont encourageantes : sur certaines questions matérielles ou juridiques, des progrès sont déjà présentés comme accomplis. Dans d'autres cas, des modifications sont programmées d'ici la fin de l'année 2019. Le présent rapport de visite comprend ainsi quatorze recommandations considérées comme déjà prises en compte, ce qui atteste de la capacité de l'établissement à se réformer et de la volonté de la direction de se servir des recommandations de ce rapport comme autant de leviers d'action. Pour autant, aucun document n'a été adressé aux contrôleurs pour attester de ces progrès. Il appartiendra donc à la direction, sur la durée, de s'approprier ces recommandations et de soutenir auprès des équipes et des partenaires judiciaires, administratifs et associatifs, leur application.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

Ces pratiques originales qui sont de nature à favoriser le respect des droits des personnes privées de liberté peuvent servir de modèle à d'autres établissements comparables. L'administration est invitée à mettre en œuvre toute mesure utile (circulaire, guide technique, formation, etc.) pour les faire connaître et imiter.

BONNE PRATIQUE 1 29

Les représentants des usagers ont rédigé un « *projet des usagers* » qui a été intégré dans le projet d'établissement.

BONNE PRATIQUE 2 29

L'établissement effectue des enquêtes-*flash*, un jour donné, afin d'améliorer le taux de réponse au questionnaire de satisfaction.

BONNE PRATIQUE 3 33

Le souhait du patient de garder son hospitalisation confidentielle est particulièrement pris en compte et protocolisé.

BONNE PRATIQUE 4 40

Toutes les unités sont ouvertes pendant la journée. Les soignants s'assurent de la présence des patients en effectuant un comptage discret trois fois par jour.

BONNE PRATIQUE 5 42

Il n'existe pratiquement aucune restriction systématique de liberté dans la vie quotidienne, qu'il s'agisse de la circulation au sein de l'unité, de l'accès aux biens ou encore au tabac. Les restrictions individuelles sont très rares, toutes fondées sur l'état clinique du patient ou ses fragilités, tracées dans le logiciel Cariatides et régulièrement réévaluées.

BONNE PRATIQUE 6 45

Le port du pyjama n'est quasiment jamais imposé aux patients, hormis dans les chambres d'isolement.

BONNE PRATIQUE 7 59

Des réunions hebdomadaires permettent aux médecins psychiatres d'échanger et de partager sur les cas cliniques posant difficulté.

BONNE PRATIQUE 8 59

Les patients en sortie d'hospitalisation complète peuvent bénéficier de programme de soins intégrant des hospitalisations séquentielles d'une à deux nuits par semaine.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 18

L'ESMPI doit poursuivre ses efforts pour combler les vacances de poste de médecins, afin de permettre une prise en charge satisfaisante, tant psychiatrique que somatique, des patients hospitalisés.

- RECOMMANDATION 2 23**
L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature des décisions d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.
- RECOMMANDATION 3 25**
Le modèle informatique des certificats médicaux de renouvellement de la mesure de soins sans consentement doit permettre au médecin d'ajouter les éventuelles observations du patient.
- RECOMMANDATION 4 37**
Les certificats médicaux et les arrêtés municipaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.
- RECOMMANDATION 5 39**
Le prêt de main-forte par la police doit être limité à des situations exceptionnelles. La gestion quotidienne de l'éventuelle agressivité des patients doit être gérée par les soignants, en investissant encore plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.). Les policiers ne doivent pas participer à l'admission d'un patient jusqu'à sa chambre, ni à sa contention ou son placement en chambre d'isolement.
- RECOMMANDATION 6 44**
Chaque unité doit être dotée d'un salon familial permettant aux patients de recevoir leurs proches dans des conditions d'intimité satisfaisantes. Les enfants doivent par ailleurs pouvoir être accueillis dans des espaces adaptés. Les horaires de visite doivent enfin être assouplis.
- RECOMMANDATION 7 50**
Les chambres d'isolement ne doivent jamais être utilisées comme chambre ordinaires, même en laissant la porte ouverte.
- RECOMMANDATION 8 53**
L'établissement devrait mener une réflexion institutionnelle sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients, en prenant en compte le principe de la liberté sexuelle, la nécessaire protection des patients les plus fragiles et aussi les impératifs de santé publique. Le comité d'éthique pourrait s'en saisir également.
- RECOMMANDATION 9 56**
La chambre d'isolement du centre hospitalier Pierre Oudot doit permettre le respect des droits fondamentaux dans leur conception et leur utilisation.
- RECOMMANDATION 10 57**
Les décisions de placement en chambre d'isolement aux urgences du centre hospitalier Pierre Oudot doivent être prises par un médecin psychiatre.
- RECOMMANDATION 11 57**
Le registre spécifique de l'isolement et de la contention doit être rempli de manière exhaustive aux urgences du centre hospitalier Pierre Oudot. Les données de ce registre doivent faire l'objet d'une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.
- RECOMMANDATION 12 60**
Lorsque le préfet refuse l'autorisation de sortie d'un patient en soins à la demande du représentant de l'Etat, sa décision doit être motivée, *a minima* pour qu'elle puisse être expliquée au patient.
- RECOMMANDATION 13 63**
Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes.

RECOMMANDATION 14 64

La prise en charge somatique doit être totalement articulée avec les soins de psychiatrie dans le cadre du projet de soins des patients.

RECOMMANDATION 15 66

Les chambres d'isolement doivent être dotées d'un point d'eau et il doit être possible d'entrouvrir la fenêtre. L'intimité du patient doit y être mieux préservée. Par ailleurs le port du pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il doit être décidé par le psychiatre, le cas échéant, sur des considérations cliniques individuelles.

RECOMMANDATION 16 66

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

RECOMMANDATION 17 69

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

RECOMMANDATION 18 73

Le recensement des violences commises par les patients reste très aléatoire. Un effort doit être consenti en matière de pédagogie et de formation afin d'harmoniser les pratiques entre unités, mieux appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement. Les comités de retour d'expérience doivent être investis par tous les professionnels pour devenir un véritable outil de cette politique.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 1..... 21

Le personnel en charge du registre de la loi et des dossiers administratifs des patients, ainsi que les soignants, doivent bénéficier d'une formation sur les différentes procédures régissant les soins sans consentement comme sur les droits y afférents.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 2..... 24

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 3..... 24

Les décisions d'admission en soins sans consentement ne doivent pas mentionner un délai non prévu par la loi pour la saisine du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 4..... 25

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être notifiées, tout comme la remise du document sur les droits. La preuve de ces notifications doit figurer dans les dossiers des patients.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 5..... 26

Un affichage portant sur les droits des patients, les règles de vie et les activités proposées, dans un langage facilement compréhensible doit être prévu dans toutes les unités.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 6..... 30

Le règlement intérieur et le formulaire remis au patient doivent être actualisés compte tenu des dispositions législatives applicables à la désignation d'une personne de confiance par un majeur sous tutelle.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 7..... 30

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

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 8..... 32

Des informations claires sur les modalités d'accès aux différents cultes doivent être à la disposition des patients, quelle que soit la religion concernée.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 9..... 36

Conformément à l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, la commission départementale des soins psychiatriques de l'Isère doit produire un rapport annuel et le communiquer aux instances prévues, notamment au juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 10..... 43

Les *points-phone* des unités doivent être modifiés afin de garantir la confidentialité des conversations.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 11..... 47

Les portes des chambres doivent disposer d'un verrou de confort ; les toilettes doivent être munies d'un abattant et d'une lunette.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 12..... 47

Les patients doivent pouvoir ouvrir et fermer eux-mêmes leur fenêtre, au moins en partie.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 13..... 64

Le médecin assurant la permanence des soins somatiques et les urgences la nuit et les week-ends doit formellement faire valider les mesures d'isolement et de contention par le psychiatre d'astreinte.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 14..... 73

Le comité d'éthique doit s'emparer du sujet des restrictions de liberté et s'impliquer dans la réflexion institutionnelle sur l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	8
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT	12
2.1 La montée en puissance de l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère dans l'organisation départementale de la psychiatrie	12
2.2 Un établissement privé, ponctuellement excédentaire, dont le site berjallien accueille quatre unités d'hospitalisation à temps plein	13
2.3 Un projet d'établissement et des objectifs structurants.....	15
2.4 Des difficultés pour recruter des médecins, que tente de compenser une forte présence des soignants dans les unités.....	17
3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	22
3.1 Les patients en soins sans consentement : plus d'un tiers des patients accueillis dans les unités d'admission de Bourgoin-Jallieu	22
3.2 Des lacunes dans l'information des patients sur leur statut et leurs droits	22
3.3 Une information générale insuffisante	25
3.4 Des réclamations et des plaintes peu nombreuses et suivies avec attention	26
3.5 Une prise en compte significative de la place des usagers par l'établissement .	27
3.6 La personne de confiance : une notion peu investie.....	30
3.7 L'accès au dossier médical par le patient, un droit respecté	30
3.8 Des patients informés de leur droit de vote et mis en mesure de l'exercer.....	31
3.9 Aucune information sur l'accès au culte	31
3.10 La protection juridique mobilisée pour les patients qui en ont besoin	32
3.11 Une confidentialité de l'hospitalisation préservée	32
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	34
4.1 Un contrôle « minimaliste » du JLD	34
4.2 L'absence de rapport de la commission départementale des soins psychiatriques malgré une visite annuelle.....	36
4.3 Un registre de la loi dans lequel certaines informations obligatoires font défaut, faute de leur production par les services	36
4.4 Un recours effectif au collège des professionnels de santé.....	37
4.5 Outre l'intervention de la CDSP, des contrôles se limitant à la visite annuelle du procureur de la république.....	37
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	38

5.1	Un principe de libre circulation, effectivement mis en œuvre	38
5.2	La vie quotidienne des patients, marquée par peu de restrictions	40
5.3	Des conditions de communication avec les proches peu restrictives, sauf en ce qui concerne les visites.....	42
5.4	Le port du pyjama, imposé quasi exclusivement en chambre d'isolement	44
5.5	L'absence de libre choix du médecin pallié par des solutions empiriques en cas de différend persistant	45
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	46
6.1	Des locaux neufs dans lesquels l'intimité des patients n'est pas suffisamment préservée	46
6.2	De bonnes conditions d'hygiène tant pour les locaux que pour les patients hospitalisés	48
6.3	De fréquentes périodes de sur occupations, gérées le plus souvent dans l'intérêt du patient.....	49
6.4	Des placards fermant à clef, permettant aux patients de conserver toutes leurs affaires personnelles.....	51
6.5	Une qualité des repas diversement appréciée.....	51
6.6	La sexualité : un sujet qui n'est pas particulièrement investi mais ne fait pas l'objet d'interdits	53
7.	LES SOINS.....	54
7.1	Une participation à l'admission aux urgences du centre hospitalier Pierre Oudot, mais avec un accueil inadapté.....	54
7.2	des prises en charges médicales pertinentes dans un contexte de pénurie de psychiatres.....	58
7.3	Un accès aux soins somatiques incomplet et insuffisamment coordonné avec les soins psychiatriques.....	63
8.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES	65
8.1	L'isolement : une mesure qui n'est pas pratiquée qu'en dernier recours	65
8.2	Vers une distribution des médicaments en chambre ?.....	70
8.3	Un établissement où les maltraitances semblent inexistantes mais dans lequel aucune politique de réduction des violences n'est mise en œuvre.....	71
8.4	Un comité d'éthique qui ne s'est pas encore emparé des thématiques en rapport avec les droits des patients	73
9.	CONCLUSION.....	74

Rapport

Contrôleurs :

- Alexandre BOUQUET, chef de mission ;
- Mathieu BOIDE, contrôleur ;
- Luc CHOUCHKAIEFF, contrôleur ;
- Agnès LAFAY, contrôleure ;
- Annick MOREL, contrôleure.

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 une visite de l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère (ESMPI) à Bourgoin-Jallieu (Isère) du 7 au 15 janvier 2019.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 7 janvier à 14h30 et l'ont quitté le 15 janvier à 18h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la directrice de l'ESMPI, au directeur de cabinet du préfet de l'Isère et au délégué départemental de l'agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes. La présidente du tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisées de ce contrôle.

Les contrôleurs ont été accueillis par la directrice juridique dès leur arrivée. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue devant une vingtaine d'auditeurs dont le directeur des soins, la directrice juridique, le président de la commission médicale d'établissement (CME), la chef de pôle intra, la cadre supérieure de santé intra, des médecins et des cadres de santé. La journée s'est achevée par une première visite de la structure, accompagnée par la directrice juridique, la chef de pôle et le président de la CME.

Les contrôleurs ont rencontré la directrice, la vice-procureure de la République, les représentants de deux associations d'usagers. Les organisations syndicales ont été informées de la présence des contrôleurs mais n'ont pas sollicité d'entretien.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention, à un collège médical, à un collège médico-soignant, à une réunion de concertation pluri professionnelle sur les mesures d'isolement et de contention, ainsi qu'à plusieurs relèves et réunions cliniques dans les unités.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail. Tous les documents demandés par l'équipe leur ont été fournis. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités ; ils ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel et les intervenants.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 15 janvier, avec la directrice et les mêmes participants que lors de la présentation.

La qualité de l'accueil, la franchise des échanges et la disponibilité de la directrice, des médecins et de l'ensemble du personnel méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 19 juin 2019 à la directrice, au directeur général de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes, au préfet de l'Isère, à la présidente du tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu et à la procureure de la République près ce tribunal.

La directrice de l'établissement et le directeur général de l'ARS ont émis des observations, respectivement les 9 et 31 juillet 2019. Elles ont été intégrées au présent rapport définitif.

2. OBJECTIFS ET MOYENS DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA MONTEE EN PUISSANCE DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE MENTALE PORTES DE L'ISERE DANS L'ORGANISATION DEPARTEMENTALE DE LA PSYCHIATRIE

Le département de l'Isère, avec 1 253 000 habitants, fait partie des quinze départements les plus peuplés de France (source : Insee 2016). C'est le premier département de la région Auvergne-Rhône-Alpes par sa superficie, et le deuxième par sa population (après celui du Rhône). On y relève plusieurs sites d'hospitalisation psychiatrique, un par arrondissement :

- le premier à Saint-Egrève, à proximité de Grenoble, la préfecture : le centre hospitalier Alpes-Isère (CHAI)¹ ;
- le second à Vienne, sous-préfecture de l'Isère, au sein du centre hospitalier (CH) Lucien Hussel ;
- le troisième dans l'arrondissement de la Tour-du-Pin, au sein d'un établissement privé associatif, d'abord situé à Saint-Clair-de-la-Tour, puis ayant déménagé à Bourgoin-Jallieu en 2009. Il s'agit de l'établissement faisant l'objet du présent rapport.

Les quinze secteurs psychiatriques du département sont répartis entre ces trois sites.

Les dix premiers (38G01 à 38G10) sont dévolus au CHAI, qui constitue le plus important établissement de santé mentale en Isère.

Les cinq autres secteurs ont fait l'objet d'évolutions ces dernières années. Jusqu'en 2008, trois secteurs (38G13, 38G14 et 38G15) étaient attribués au CH Lucien Hussel de Vienne, les deux derniers (38G11 et 38G12) étant – par délégation de service public – de la compétence de l'établissement privé associatif, alors appelé Centre psychothérapique Nord-Dauphiné. En 2008, le secteur G13 était transféré du CH de Vienne vers le Centre psychothérapique Nord-Dauphiné. En 2017, c'était au tour des secteurs G14 et G15 d'être rattachés à ce centre, en maintenant toutefois les unités d'hospitalisation à temps plein dans les locaux du CH Lucien Hussel. Le centre psychothérapique changeait de nom à cette occasion pour adopter sa dénomination actuelle : établissement de santé mentale Portes de l'Isère (ESMPI).

Tous les secteurs comprennent des unités d'hospitalisation à temps complet et des sites extra hospitaliers éclatés sur tout le territoire du département.

La capacité d'accueil en psychiatrie adulte semble légèrement insuffisante en Isère. A l'ESMPI (tous sites confondus), le taux d'occupation des unités intra hospitalières est très élevé (97 % en moyenne). Le CGLPL avait procédé à un constat identique au CHAI lors de sa visite en 2018. Sur le site berjallien de l'ESMPI, ce manque de lits pose des difficultés de gestion qui seront développées *infra* (§ 6.3).

Si de nombreuses structures de santé mentale existent en Isère, elles ne permettent pas particulièrement de prévenir les hospitalisations complètes, en particulier sous la forme de soins sans consentement (SSC). Les centres de jour ne sont pas ouverts en fin d'après-midi ou le samedi matin. En revanche, il a été indiqué aux contrôleurs qu'en amont de l'hospitalisation, la détection des patients à risque était efficace pendant la journée, aux urgences des deux hôpitaux généraux qui orientent des patients à l'ESMPI : le CH Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu et le CH Lucien Hussel. L'ESMPI met à disposition de ces deux hôpitaux une équipe de liaison, assurant une

¹ Le CHAI a fait l'objet d'un contrôle du CGLPL en juin 2018.

couverture de neuf heures par jour sauf le week-end, chacune composée d'un médecin à mi-temps et de deux infirmiers à temps plein.

Enfin, la psychiatrie infanto-juvénile est répartie en sept secteurs. Les cinq premiers sont dévolus au CHAI et le sixième au CH Pierre Oudot (secteur public). Seul le septième et dernier secteur relève de l'ESMPI (38I07, dit « Nord rhodanien »).

2.2 UN ETABLISSEMENT PRIVE, PONCTUELLEMENT EXCEDENTAIRE, DONT LE SITE BERJALLIEN ACCUEILLE QUATRE UNITES D'HOSPITALISATION A TEMPS PLEIN

L'ESMPI est un établissement de santé mentale d'intérêt collectif (ESPIC), associatif, exerçant des missions d'hospitalisation par délégation de service public. Depuis le 1^{er} janvier 2017, il comporte deux sites d'hospitalisation : le site de Bourgoin-Jallieu et celui de Vienne, à quarante kilomètres. Seul le site de Bourgoin-Jallieu fait l'objet du présent rapport.

L'ESMPI appartient à la fondation Georges Boissel, créée en 1967. Cette fondation reconnue d'utilité publique s'est développée ces dix dernières années et gère, outre le centre hospitalier, des équipements sociaux et médico-sociaux : une maison d'accueil spécialisée de soixante-cinq résidents à Saint-Clair-de-la-Tour (Isère), un établissement d'accompagnement au logement qui gère des places de centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), un établissement spécialisé dans l'écoute des femmes victimes de violences, un restaurant d'insertion et, depuis septembre 2017, le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) des sans-abris de l'Isère. Il est à noter que la directrice de l'ESMPI est également la déléguée générale de la fondation Georges Boissel, c'est-à-dire sa responsable exécutive.

2.2.1 L'offre de soins actuelle

L'ESMPI dispose de nombreuses structures de soins, permettant la prise en charge complète des patients des cinq secteurs de psychiatrie adulte et du secteur de psychiatrie infanto-juvénile dont il a la charge. Entre les deux sites principaux (Bourgoin-Jallieu et Vienne), le schéma actuel de répartition est le suivant :

- site de Bourgoin-Jallieu : trois secteurs de psychiatrie adulte (38G11, G12 et G13) ;
- site de Vienne : deux secteurs de psychiatrie adulte (G14 et G15) et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (38I06).

Les secteurs de compétence du site de Bourgoin-Jallieu sont ceux de La-Tour-du-Pin (cinquante-quatre communes, 88 000 habitants), de Bourgoin-Jallieu (quarante et une communes, 90 000 habitants) et de L'Isle-d'Abeau (dix-huit communes, 87 000 habitants). A chacun de ces secteurs sont associées une unité hospitalière à temps complet, sur site, et des activités ambulatoires, situées sur les territoires des secteurs :

- secteur de La-Tour-du-Pin : une unité intra « Les Hortensias », un hôpital de jour de quinze places, un centre médico-psychologique (CMP) ;
- secteur de Bourgoin-Jallieu : une unité intra « Les Gentianes », un hôpital de jour de quinze places, un CMP ;
- secteur de L'Isle-d'Abeau : une unité intra « Les Bleuets », un hôpital de jour de quinze places, deux CMP.

Par ailleurs, une unité intersectorielle d'hospitalisation à temps plein, dite de réadaptation ou de réhabilitation, héberge dix-huit patients au long cours : l'unité « Les Airelles ».

Enfin, de nombreuses alternatives à l'hospitalisation sont disponibles sur ces trois secteurs : des foyers thérapeutiques (dix places réparties dans trois maisonnées à Bourgoin-Jallieu avec une couverture médicale 24h/24), des appartements thérapeutiques (avec passage infirmier) et des appartements de transition (sans passage infirmier).

2.2.2 Les unités d'hospitalisation de psychiatrie du site de Bourgoin-Jallieu

Quatre unités sont réparties sur le site berjallien : les trois unités sectorielles d'admission évoquées ci-dessus et l'unité intersectorielle de réhabilitation (les Airelles), chacune pouvant recevoir des patients en soins sans consentement (SSC). Le premier jour de la mission, quatre-vingt-quatorze patients étaient hébergés dans ces unités pour quatre-vingt-treize places. Parmi eux, quarante-huit étaient admis sous le régime des SSC, soit 51 %.

Le 7 janvier 2019, les patients se répartissaient comme suit :

Unité	Lits	Nombre de patients	Taux d'occupation			Durée moyenne d'hospitalisation (1 ^{er} semestre 2018) ²	Nombre de patients en SSC
			Au 07/01/19	Moyenne 2018	Moyenne 2017		
Hortensias	25	27	108 %	100 %	98 %	31 jours	16
Gentianes	25	24	96 %	97 %	99 %	28 jours	12
Bleuets	25	26	104 %	99 %	96 %	23 jours	15
Airelles	18	17	94 %	87 %	91 %	142 jours	5

Le taux d'occupation des unités berjalliennes est très élevé dans les trois unités sectorielles, et qui plus est en nette hausse pour deux d'entre elles. La durée moyenne d'hospitalisation est assez élevée car elle est affectée par la présence, dans chaque unité, de quelques cas de patients « au long cours ». En réalité, 54 % des patients ont effectué un séjour de deux semaines ou moins. Inversement seuls 7 % des patients sont restés trois mois ou plus : ceux-ci sont majoritairement hébergés aux Airelles.

L'établissement accueille l'ensemble des pathologies psychiques avec une prépondérance de troubles graves (schizophrénies et troubles délirants, qui représentent 16 % des diagnostics principaux des personnes hospitalisées à temps complet ; troubles mentaux du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives, pour 16 % également ; troubles du humeur ou affectifs pour 13 %)³.

2.2.3 La traduction dans le budget des choix de prises en charge

Le budget de l'ESMPI, tous sites confondus, en intra et en extra hospitalier, est de l'ordre de 30 M€ depuis 2017. Il était bien moindre auparavant puisque les secteurs psychiatriques de Vienne ne lui étaient pas rattachés. Ce montant représente environ les trois quarts du budget de la fondation Georges Boissel.

² Source : rapport d'activité 2017 de la fondation Georges Boissel ; rapport d'activité des unités pour le 1^{er} semestre 2018.

³ Source pour l'ensemble de ces statistiques : rapport d'activité 2017, p. 48 et s.

Pour l'année 2018, les recettes de l'ESMPI se sont élevées à 34 M€, dont 30 M€ de dotation annuelle de fonctionnement par l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes. Le montant exact des dépenses n'était pas encore connu au moment de la mission en janvier 2019 mais selon le responsable des services financiers, le bilan devrait être à l'équilibre ou très légèrement excédentaire.

En 2017, un excédent important (1,3 M€) avait été dégagé, lié à une sur dotation de l'ARS pour compenser le rattachement des secteurs de psychiatrie du CH de Vienne à l'ESMPI. Le coût de celui-ci avait en effet été surestimé par le CH de Vienne, s'agissant en particulier de la location des locaux et de la participation aux charges d'exploitation.

La masse salariale représente 80 % du budget de l'ESMPI.

Des recherches d'économie sont réalisées dans les trois domaines suivants : politique générale des achats (solicitation de groupements d'achat) ; transports sanitaires (limitation du nombre de contrats), restauration (renégociation du contrat avec le prestataire pour optimiser les frais tout en améliorant la qualité des repas). Par ailleurs un audit énergétique a permis d'identifier de nouvelles possibilités de réduction des coûts (changement des luminaires pour basculer en technologie LED, par exemple). Les poches d'économie ne concernent pas la masse salariale, ni la prise en charge des patients.

Les unités hospitalières disposent d'un petit budget de fonctionnement (2 000 € chacune) de même que les activités intersectorielles (4 500€). Dans l'hypothèse d'une demande de crédits supplémentaires pendant l'année, celle-ci doit être soutenue par le cadre de santé de l'unité au travers d'un projet écrit argumenté. Le comité de direction retient régulièrement certains projets ainsi présentés.

En 2019, l'investissement le plus important pour l'ESMPI (site de Bourgoin-Jallieu) concerne la création d'un city-stade, pour un montant de 70 000 €. Son financement est quasiment acquis.

2.3 UN PROJET D'ETABLISSEMENT ET DES OBJECTIFS STRUCTURANTS

2.3.1 Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le CPOM venait d'arriver à son terme lors de la mission de contrôle. Signé en février 2014 entre le directeur de l'ARS de Rhône-Alpes et ce qu'il convenait d'appeler le centre psychothérapique Nord-Dauphiné, il a pris fin le 1^{er} décembre 2018. Ce CPOM fixait quatre-vingt-huit objectifs à l'établissement. On peut citer parmi eux sept objectifs ayant trait à la réduction du nombre d'hospitalisations inadéquates (le contrat recensait en avril 2013 dix-neuf patients en attente d'une place en structures médico-sociales), huit concernant l'amélioration du circuit du médicament et trois visant à favoriser la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Un objectif concernait le respect des conditions d'attribution à l'ESMPI de sa mission de service public relative aux patients en SSC. Le CPOM était plutôt positif sur ce point: « *l'établissement est parfaitement à jour quant à la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, puis du 27 septembre 2013. Tous les protocoles et modèles de certificats sont à jour* ». Compte-tenu de ce constat, il ne visait que la réalisation d'un guide de bonnes pratiques, lequel n'a pas été présenté lors de la mission. Les contrôleurs émettent quelques réserves quant à cette appréciation concernant la bonne mise en œuvre des lois de 2011 et de 2013, notamment en matière de motivation et de notification des décisions, ou de formation du personnel à ces évolutions législatives (cf. *infra*, § 2.4.2 et 3.2).

Lors de la mission, un nouveau CPOM n'était pas à l'ordre du jour, mais le directeur général de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes a indiqué dans sa réponse du 31 juillet 2019 que les CPOM 2020-2024 étaient désormais en cours de signature. Il précisait que pour les établissements

psychiatriques, ceux-ci comporteront un objectif de respect des droits des usagers intitulé « limiter le recours à l'isolement et à la contention », permettant de mesurer régulièrement les avancées dans ces domaines.

2.3.2 Le projet d'établissement

Un projet d'établissement a été établi pour la période 2018-2022 et correspond davantage aux réalités et enjeux actuels de l'ESMPI puisqu'il prend en compte le site de Vienne. Daté du 13 novembre 2018, il est composé de plusieurs volets répartis par grands domaines d'activité : un projet médico-soignant, un projet des usagers, un projet du service social, un projet de gestion et d'investissement, etc. Ces projets listent des engagements sur des sujets pour lesquels l'établissement – au sens large (sites de Bourgoin-Jallieu et de Vienne ; structures intra et extra) – estime devoir progresser. En particulier le projet médico-soignant définit les neuf axes suivants :

- prévenir les hospitalisations à temps complet ;
- prévenir le recours à l'isolement et à la contention ;
- prévenir les suicides et coordonner la veille autour du suicidant ;
- réorganiser les CMP pour les positionner à leur juste place et favoriser les prises en charge ambulatoires ;
- réorganiser les thérapies à médiation en intra-hospitalier et en ambulatoire ;
- réorganiser la prise en charge des conduites addictives ;
- consolider la prise en charge somatique ;
- consolider la mission des unités et lutter contre les hospitalisations inadéquates et la chronicisation institutionnelle ;
- consolider la démocratie sanitaire, le droit des patients et la place des usagers et de leurs familles.

Ces neuf axes constituent des thématiques pour lesquelles les contrôleurs ont effectivement observé des difficultés recensées *infra*, au fil du rapport. Le diagnostic figurant dans le projet médico-soignant rejoint donc en grande partie les constats opérés lors de la visite.

En outre, le projet d'établissement fait état d'une politique du moindre recours à l'isolement et à la contention, que la direction a présentée aux contrôleurs dès leur arrivée et pour laquelle son volontarisme a été constaté. Au-delà des actions menées aujourd'hui en la matière, la transformation de certaines chambres d'isolement en chambre d'apaisement est envisagée à moyen terme. C'est même l'absence totale de contention qui est visée à long terme. Le projet promeut également une politique des droits des patients (dignité, intimité, respect de la vie privée) investie et formalisée. La mise en œuvre de ces deux politiques sera analysée dans le présent rapport, au sein de chapitres dédiés.

L'ensemble du projet donne une vision didactique de la politique que souhaite mener l'établissement pour les années à venir.

2.3.3 Les objectifs propres au site de Bourgoin-Jallieu

Peu de projets à court terme visent le site berjallien. La direction de l'ESMPI a surtout dû traiter des difficultés propres aux secteurs de Vienne et au CH Lucien Hussel ; certains chantiers sont encore en cours.

C'est essentiellement l'amélioration de la prise en charge médicamenteuse (figurant déjà au CPOM) qui reste un axe de progrès immédiat pour les unités de Bourgoin-Jallieu. La certification de l'établissement par la Haute autorité de santé a, à ce titre, fait l'objet d'un sursis à statuer six mois avant la visite des contrôleurs⁴. Selon la direction, les efforts à produire concernent la dispensation des médicaments et le signalement des erreurs de distribution. Par ailleurs, la pénurie de médecins sur le site est une difficulté majeure : comme il sera vu *infra* (§ 2.4), le recrutement est donc un objectif de tous les instants.

A plus long terme et compte-tenu du taux d'occupation très élevé des unités intra hospitalières, la question de l'augmentation du nombre de lits sur le site berjallien a été posée. La directrice estime que vingt lits supplémentaires seraient de nature à garantir une prise en charge satisfaisante des patients des secteurs 38G11, G12 et G13. Par ailleurs, les locaux dans lesquels sont accueillis à Vienne les patients des secteurs 38G14 et G15 sont de l'aveu de tous dans un état déplorable. Une autre hypothèse de travail est à ce titre le rapatriement sur le site de Bourgoin-Jallieu des deux unités d'admission correspondantes. L'ensemble des unités d'hospitalisation à temps complet de l'ESMPI serait alors situé à Bourgoin-Jallieu. Il a été indiqué aux contrôleurs que la pertinence de ce rapatriement était aujourd'hui à l'étude, sans qu'aucune décision n'ait été prise⁵. Il n'appartient pas au CGLPL de prendre position sur cette potentielle relocalisation. Les contrôleurs appellent simplement l'attention des décideurs sur la nécessaire prise en compte du maintien des liens familiaux (la consolidation de la place des familles est d'ailleurs l'un des axes du projet de soins) : Vienne est distante de Bourgoin-Jallieu de quarante kilomètres, sans possibilité de transport en commun convenable (absence de ligne ferroviaire directe entre les deux villes, existence d'un bus direct mais trajet de 1h10 et dépose à la gare SNCF de Bourgoin-Jallieu, à près de trois kilomètres de l'ESMPI). Les secteurs G14 et G15 couvrent des territoires parfois très éloignés du site berjallien (jusqu'à 1h30 de voiture).

2.4 DES DIFFICULTES POUR RECRUTER DES MEDECINS, QUE TENTE DE COMPENSER UNE FORTE PRESENCE DES SOIGNANTS DANS LES UNITES

2.4.1 Les effectifs et les caractéristiques du personnel

Au 31 décembre 2017, l'ESMPI employait 430 personnes sur l'ensemble de ses structures⁶. Ses personnels sont des salariés du secteur privé ou, à la marge, des fonctionnaires hospitaliers en position de disponibilité, tous régis par une convention collective spécifique⁷. Selon le bilan social 2017, seuls 225 de ces 430 personnels bénéficiaient d'un contrat à durée indéterminée pendant toute l'année considérée, soit 52 %.

Le personnel est plutôt fidèle à l'ESMPI, comme en attestent son ancienneté moyenne (un salarié sur deux exerce depuis plus de cinq ans ; un sur cinq depuis plus de quinze ans) et son *turn-over* assez faible en dépit de l'intégration récente du site de Vienne. Selon la direction des ressources humaines, l'absentéisme est maîtrisé. On note tout de même une moyenne non-négligeable de

⁴ Rapport de certification de la haute autorité de santé, juin 2018, p. 8

⁵ Néanmoins le projet de gestion et d'investissement indique d'ores et déjà que cette relocalisation sera à prévoir à l'horizon 2023, pour un montant estimé de 8 M€ (projet d'établissement 2018-2022, p. 68)

⁶ Source : bilan social 2017, p. 5

⁷ Convention collective nationale des établissements privés d'hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non-lucratif du 31 octobre 1951

trente-sept jours d'indisponibilité par an et par salarié, hors congés ordinaires (dont vingt-quatre jours au titre de la maladie, ce chiffre étant stable depuis plusieurs années)⁸. A titre de comparaison, la moyenne pour l'ensemble de la fonction publique hospitalière s'élevait en 2015 à six jours pour les médecins et vingt-trois jours pour le personnel non médical⁹.

La problématique principale concerne les effectifs médicaux. Sur un effectif « idéal » de trente-neuf en équivalents temps plein (ETP), l'établissement ne disposait que de 31,1 ETP de médecins lors de la mission – dont 4,3 ETP de médecins assistants ne bénéficiant pas de la plénitude d'exercice. Ce différentiel de huit médecins correspond à un taux de vacance de poste de 21 %. Cette pénurie médicale se ressent particulièrement dans un établissement de taille moyenne comme l'ESMPI, *a fortiori* parce qu'il est réparti sur deux sites principaux éloignés.

Pour y pallier, la directrice des ressources humaines consacre une partie de son temps à la recherche de nouveaux médecins. Un cabinet de recrutement a été engagé par ailleurs : plus de 500 sollicitations ont été effectuées auprès de psychiatres. Les résultats sont pour l'instant assez minces. La direction a listé les causes l'empêchant d'être optimiste sur ce point : sociologie de la profession (beaucoup de départs en retraite de psychiatres berjalliens nés à la période du *baby-boom*), difficultés rencontrées sur le site de Vienne (une partie des praticiens hospitaliers ne souhaite pas travailler pour une fondation privée), complexité administrative pour embaucher des médecins titulaires d'un diplôme obtenu hors de l'Union Européenne, impossibilité de décerner des primes de fidélisation. Le contexte national (selon la direction, 280 postes de psychiatres seraient aujourd'hui vacants dans les établissements de santé mentale) compromet également ce recrutement. En outre il a été précisé aux contrôleurs que dans le secteur privé, les salaires étaient attractifs pour les jeunes praticiens mais pas pour les médecins plus expérimentés qui conservent un intérêt financier à travailler en hôpital public.

Selon les documents transmis, le nombre de médecins exerçant dans les unités berjalliennes s'élève à 4,9 ETP pour les psychiatres, 0,6 ETP pour le somaticien et 2 ETP d'assistants. L'absence de médecins psychiatres est sensible dans certaines unités : les patients comme les soignants en ont fait part aux contrôleurs. Le cas particulier du médecin somaticien (un ETP sur l'ensemble de l'ESMPI : 0,6 à Bourgoin-Jallieu et 0,4 à Vienne) a été également évoqué. De l'aveu de tous, ce temps de présence est nettement insuffisant, ne serait-ce que pour procéder à l'examen obligatoire des nouveaux patients admis.

RECOMMANDATION 1

L'ESMPI doit poursuivre ses efforts pour combler les vacances de poste de médecins, afin de permettre une prise en charge satisfaisante, tant psychiatrique que somatique, des patients hospitalisés.

Dans ses observations au rapport provisoire, en date du 9 juillet 2019, la directrice a indiqué que « l'établissement poursuit ses efforts et utilise tous les moyens à sa disposition pour attirer des médecins : intérim, annonces, cabinets de recrutement... ».

⁸ Source pour l'ensemble de ces données statistiques, arrêtées au 31 décembre 2017 : bilan social 2017

⁹ Source : portail de la fonction publique (www.fonction-publique.gouv.fr)

En ce qui concerne le personnel non médical, les quatre unités berjalliennes employaient selon les données d'ensemble transmises aux contrôleurs 130 personnes au 7 janvier 2019, représentant 113,3 ETP¹⁰ :

Effectifs par statut

Catégorie de personnel	ETP
Cadres	4
Infirmiers (IDE)	60,3
Aides-soignants	23,3
Agents des services hospitaliers (ASH)	14
Psychologue	2
Assistante sociale	3,2
Psychomotricien	1,4
Ergothérapeute	0,5
Assistants médico-administratifs.	4,6
Total	113,3

Le personnel est réparti équitablement entre les unités, sauf en ce qui concerne les Bleuets. Il n'a pas été donné d'explications aux contrôleurs quant à cette différence mais celle-ci n'a pas été confirmée par la cadre de santé de l'unité, qui indique plutôt un effectif autour de 27 ETP :

Effectifs du personnel non médical par unités

Unité	ETP
Hortensias	27,8
Gentianes	27,1
Bleuets	31,4
Airelles	27
Total	113,3

Le service dans les unités est assez classique : les salariés de journée travaillent soit le matin (7h-14h30) soit l'après-midi (13h30-21h). Un infirmier (IDE) de l'après-midi reste quinze minutes de plus en fin de service pour faire le lien avec l'équipe de nuit ; un du matin arrive quinze minutes plus tôt dans le même but. Tous ont une heure de travail en commun – entre 13h30 et 14h30 – pour le partage d'informations et la transmission des consignes. Certains IDE ou aides-soignants peuvent avoir des horaires de journée (9h-16h30), sans qu'il ne s'agisse de longues journées (douze ou treize heures d'affilée comme observé dans d'autres structures). L'équipe de nuit est dédiée et pour partie mutualisée dans un « pool de nuit ».

¹⁰ Les documents transmis comportent des données non stabilisées, rendant délicate leur exploitation. Le chiffre de 113,3 ETP résulte d'un document général intitulé « tableau des effectifs non médicaux pour chaque unité d'hospitalisation ». Mais si l'on ajoute les effectifs communiqués spécifiquement par chaque unité visitée, ce chiffre est de 105,8 ETP seulement.

En journée, l'effectif d'une unité est en principe de trois IDE et d'un aide-soignant. L'effectif de sécurité global (en-dessous duquel il n'est jamais possible de descendre) est de sept IDE pour les trois unités d'entrée. La nuit, il y a toujours deux soignants par unité.

Les contrôleurs ont étudié le planning des IDE et aides-soignants du mois de décembre 2018.

Dans les unités sectorielles d'admission, l'effectif de trois IDE a été atteint quasiment chaque demi-journée. Sur l'ensemble du mois, il n'y qu'à quatre reprises que l'effectif a été de deux IDE dans une unité (trois fois aux Bleuets et une fois aux Hortensias, toujours l'après-midi). Inversement, l'effectif des IDE est régulièrement de quatre par demi-journée, voire cinq, six, ou même exceptionnellement sept. C'est surtout aux Gentianes que les IDE sont quatre et plus (douze jours dans le mois) mais ces situations se rencontrent également aux Bleuets (onze matins et six après-midi) et aux Hortensias (sept matins et trois après-midi).

Un aide-soignant est en général de service chaque demi-journée, mais là encore la présence de deux, voire trois salariés n'est pas rare sur une demi-journée. Aux Gentianes, par exemple, deux aides-soignants ont été présents à huit reprises le matin et à quatre reprises l'après-midi pendant le mois de décembre 2018.

Au total, les unités d'admission sont susceptibles de bénéficier d'une couverture de six soignants (quatre IDE et deux aides-soignants). Les effectifs présents sont ainsi fréquemment adaptés à la charge de travail. La volonté de compenser ainsi le manque de médecins n'est pas dissimulée.

Aux Airelles, unité de réhabilitation, la structuration du personnel est un peu différente : compte-tenu du profil des patients, les IDE sont moins nombreux et les aides-soignants et ASH plus présents. La norme est de deux IDE et de deux aides-soignants par demi-journée, mais ici aussi cette norme est régulièrement dépassée. En décembre 2018, dans environ un tiers des cas, les IDE étaient trois, voire quatre par demi-journée. Des statistiques analogues ont été calculées pour les aides-soignants. Curieusement, la prise en charge a été nettement plus difficile certaines journées : présence d'un seul IDE à trois reprises le matin ; présence d'un seul aide-soignant à quatre reprises le matin et à six reprises l'après-midi. Cet effectif s'avère insuffisant, *a fortiori* dans une unité qui ne bénéficie que de 0,4 ETP de médecin.

2.4.2 La formation

L'ESMPI investit la formation au-delà de ses obligations réglementaires. Le plan de formation 2019 bénéficie en effet d'un budget de 514 000€. Il est à noter que ce budget intègre également la supervision (48 000€), dont les contrôleurs ont pu constater l'importance au sein des unités (cf. *infra*, § 7.2.3).

S'agissant de la formation proprement dite, décrite comme « *l'une des forces de l'établissement* » par la directrice, elle s'articule entre formation collective et formation individuelle, la première se développant plus ces dernières années afin de toucher le plus grand nombre. Certaines formations ont le statut de formations obligatoires (incendie, sauveteur secouriste au travail, etc.) ; d'autres sont facultatives mais très demandées. Parmi elles on peut citer une formation au moindre recours à l'isolement et à la contention (l'ESMPI y forme tous les soignants en deux ans, par moitié de service), une formation à la prévention et la gestion de l'agressivité (de type OMEGA), une formation à la prévention du risque suicidaire. Selon le plan de formation, toutes ces formations seront reconduites en 2019.

Lors de la visite, en revanche, aucune formation relative aux droits des patients ou aux SSC n'était déployée. Les agents administratifs du bureau des entrées ont d'ailleurs indiqué aux contrôleurs que leurs connaissances étaient parfois limitées en la matière, ceux-ci se bornant à des tâches

stéréotypées sans en comprendre toujours tous les enjeux. Si ce type de formation est bien prévu pour 2019, il ne concernera selon le plan de formation que les secrétaires médicales des unités, ce qui n'est pas suffisant.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice a indiqué que ces formations seront étendues au personnel du bureau des entrées en 2020, ainsi qu'aux soignants.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 1

Le personnel en charge du registre de la loi et des dossiers administratifs des patients, ainsi que les soignants, doivent bénéficier d'une formation sur les différentes procédures régissant les soins sans consentement comme sur les droits y afférents.

Les nouveaux personnels font l'objet d'une attention particulière. Une formation de douze jours (consolidation des savoirs en psychiatrie) est prévue, en particulier pour les soignants qui découvrent la psychiatrie : elle doit encore être systématisée.

Par ailleurs chaque nouveau psychologue ou IDE bénéficie d'un tutorat, sous la forme de l'alternance. La direction des ressources humaines souhaite investir encore davantage ce domaine, notamment en formalisant la phase d'intégration et en développant le mentorat.

Pour les médecins, bénéficier d'une formation est plus difficile compte-tenu du taux de vacance de poste. La direction ne leur oppose pas de refus systématique mais leur demande fréquemment de partir en formation sur des journées de récupération ou de réduction du temps de travail (RTT).

Globalement les conditions d'exercice du personnel sont décrites comme satisfaisantes en dépit de l'absence de psychologue du travail depuis 2016. Les questions de qualité de vie au travail commencent à être développées et la direction des ressources humaines envisage en la matière des solutions novatrices (luminothérapie ou recours à l'autohypnose pour les salariés, par exemple). Le dialogue social semble apaisé : quatre à cinq comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) se tiennent chaque année. Néanmoins il n'a pas été communiqué de procès-verbal de CHSCT ultérieur à mars 2018.

3. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT : PLUS D'UN TIERS DES PATIENTS ACCUEILLIS DANS LES UNITES D'ADMISSION DE BOURGOIN-JALLIEU

En 2017, les patients en soins sous consentement ont représenté 36 % des entrées dans les trois unités d'admission de l'ESMPI à Bourgoin-Jallieu : leur part dans les journées d'hospitalisation complète est quasi identique (35 %). Les deux tiers des patients sans consentement sont hospitalisés sur la requête d'un tiers (SDT) et majoritairement en urgence ; 30 % le sont sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) statuant le plus souvent après un arrêté municipal, les décisions judiciaires représentant moins de 10 % de l'ensemble des SDRE.

Le premier semestre 2018 confirme globalement ces données même si quelques inflexions sont à souligner :

- baisse du pourcentage de journées d'hospitalisation des patients sans consentement dans l'ensemble des journées (33 %) ;
- à l'intérieur des soins sans consentement, légère diminution des soins à la demande de tiers (-6 %) et faible hausse de ceux ordonnés par le préfet (+2 %).

L'analyse de la liste des patients hospitalisés le premier jour de la visite des contrôleurs confirme l'importance de la présence des patients sans consentement dans toutes les unités du site : 61 % des patients aux Hortensias (secteur G11), 50 % aux Gentianes (secteur G12), 58 % aux Bleuets (secteur G13). Les Bleuets se distinguaient la semaine de la visite par un pourcentage élevé de soins sur décision du représentant de l'Etat (33 % contre 25 % dans les autres unités), caractéristique vérifiée sur l'année en 2017. Selon les informations recueillies et les observations des contrôleurs, la solidité de l'équipe médicale et de soignants des Bleuets, jointe aux difficultés matérielles des deux unités de Vienne rattachées en 2017 à l'ESMPI, conduirait à transférer fréquemment des patients en SSC de Vienne à Bourgoin-Jallieu.

L'importance des patients hospitalisés sans consentement dans la file active interrogée (dans les établissements de santé autorisés en psychiatrie, la moyenne nationale en 2015 était de 24 % de la file active hospitalisée à temps plein, et de 25 % des journées d'hospitalisation¹¹). Les explications avancées mettent en cause les urgences, dépourvues d'équipes de liaison psychiatriques la nuit et les week-ends, l'insuffisance des prises en charge ambulatoires d'amont (cf. *infra*, § 7.1.1) mais aussi les politiques sécuritaires des autorités communales et préfectorales.

3.2 DES LACUNES DANS L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEUR STATUT ET LEURS DROITS

Au moment de l'admission, le patient ou un de ses accompagnateurs se rend au bureau des entrées pour accomplir les formalités administratives avant d'être conduit dans son unité d'hospitalisation. Cette formalité est différée si le patient est en crise : elle est effectuée dès le retour au calme. Le bureau des entrées prépare selon les cas la décision du directeur ou le projet d'arrêté préfectoral qui est transmis à l'ARS pour vérification et communication au préfet. Le directeur ou son délégué ne se déplacent pas la nuit ou le week-end, sauf pour les demandes

¹¹ Magali Coldefy (Irdes) et Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011*, Questions d'économie de la santé n° 222 - février 2017

d'admission en SDRE et la matérialisation de la décision d'admission est retardée ; la notification ne s'effectue que lorsque l'unité est en possession de la décision.

RECOMMANDATION 2

L'organisation de l'établissement doit permettre la rédaction et la signature des décisions d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient.

La directrice de l'ESMPI a estimé, dans sa réponse du 9 juillet 2019, que cette recommandation était « *sans objet* ». Elle argumentait en ce sens : « *selon la jurisprudence, ne constitue pas une atteinte aux droits du patient le fait que le directeur ait signé la décision d'admission deux jours après l'admission effective ce qui lui donnait effet rétroactif. C'est ce qu'a décidé la Cour de cassation dans un arrêt du 4 juillet 2018 (Cass. Civ. 1^{ère}, 4 juillet 2018, n°17-20.800). Les pratiques de l'ESMPI sont donc conformes* ». Cette réponse inattendue – nul, sur place, n'avait indiqué aux contrôleurs que c'était à la faveur d'une jurisprudence de la Cour de cassation que les directeurs d'astreinte refusaient de se déplacer le week-end pour signer une décision d'admission en SSC – a été transmise à l'ensemble des contrôleurs de la mission ainsi qu'à la direction des affaires juridiques du CGLPL pour expertise. Au total, le Contrôle général estime que la directrice commet une erreur de droit en interprétant ainsi l'arrêt du 4 juillet 2018.

D'une part, cet arrêt ne paraît en aucune manière pouvoir être interprété comme signifiant que le retard pris dans l'émission de la décision d'admission en SSC ne constituerait pas une atteinte aux droits du patient concerné. Ce n'est pas ce que dit la Cour, qui se borne à relever que, dans l'espèce qui lui était soumise, le JLD d'appel avait méconnu l'obligation qui lui incombait, en vertu de l'article L. 3216-1 du code de la santé publique – lequel subordonne la mainlevée pour irrégularité d'une mesure d'hospitalisation en SSC à la condition qu'une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet en ait résulté – de rechercher si une telle atteinte avait résulté dudit retard. Il n'est pas possible de déduire de l'attendu de principe de cet arrêt que le personnel de direction est autorisé à attendre le premier jour ouvrable suivant pour signer les décisions d'hospitalisation en SSC des patients admis le week-end et les jours fériés. Tout au plus peut-on considérer que la circonstance qu'un délai sépare l'admission en SSC de l'émission de la décision qui en constitue le fondement juridique ne constitue pas, en elle-même et dans tous les cas, une atteinte aux droits du patient concerné. Cette interprétation ne résulte d'ailleurs pas de l'arrêt mais du texte lui-même : le législateur, en subordonnant la mainlevée de la mesure pour cause d'irrégularité à la recherche par le juge de l'atteinte aux droits qui en aurait résulté, a manifestement entendu limiter les conséquences d'un vice de procédure. Les contrôleurs confirment ainsi que ce n'est pas parce que la loi estime que tout retard n'est pas constitutif en lui-même d'une violation des droits du patient, que l'ESMPI ne doit pas mettre sur pied une organisation permettant au directeur ou aux personnes qu'il a déléguées de signer, quasiment en temps réel, les décisions d'admission en SSC. Celles-ci – faut-il le rappeler – sont d'une gravité extrême puisqu'il s'agit de restreindre la liberté d'une personne, voire de l'enfermer.

D'autre part, la Cour de cassation dans un avis du 11 juillet 2017, connu de nombreux établissements psychiatriques qui l'ont déjà mis en œuvre, a indiqué que : « *la décision d'admission peut être retardée le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte, qui ne saurait excéder quelques heures. Au-delà de ce bref délai, la décision est irrégulière* ». C'est bien qu'il ne s'agit pas d'une décision anodine, qu'il est possible de signer deux ou trois jours plus tard

avec effet rétroactif comme de nombreux autres actes administratifs. La portée de cet avis n'est pas contestable. La recommandation est donc maintenue.

Les décisions du directeur et les arrêtés du préfet ne reproduisent pas, même sommairement, le contenu du ou des certificats médicaux sur lesquels ils se fondent mais y font simplement référence. Ces certificats ne sont pas joints à la décision.

Lors de l'admission le médecin explique au patient son statut administratif ; la notification de la décision d'admission est faite dans l'unité lorsqu'elle est formalisée, et non à bref délai comme prévu par la loi, par le cadre de santé ou par un soignant présent. Dans toutes les unités sauf une, le ou les certificats médicaux ne sont pas joints à la décision d'admission et le patient n'a pas la connaissance des motifs de son placement en soins sans consentement puisque la décision ne les reprend pas dans le texte.

La directrice, dans sa réponse au rapport provisoire, a indiqué que les décisions avaient été refaites dès avril 2019 pour tenir compte de ces observations, déjà formulées à la réunion de restitution. Le nouveau modèle de décision prévoit que le certificat médical soit annexé et remis au patient.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 2

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

Les décisions d'admission en soins sans consentement mentionnent qu'un recours peut être formé devant le juge des libertés (JLD) à tout moment et qu'un recours en annulation peut être introduit devant ce même juge dans le délai de deux mois de la notification de la décision, délai qui n'est pas prévu par la loi. Il y a là une confusion avec les règles de procédure devant le tribunal administratif. La directrice, dans sa réponse de juillet 2019, a précisé que cette mention avait été supprimée du modèle de décision.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 3

Les décisions d'admission en soins sans consentement ne doivent pas mentionner un délai non prévu par la loi pour la saisine du juge des libertés et de la détention.

Une copie de la décision d'admission est remise au patient s'il le souhaite et dans la négative est conservée dans son casier fermé dans le bureau infirmier. Il est remis une copie de la liste détaillée des droits, qui prévoit notamment la possibilité de saisir le JLD et de communiquer avec différentes personnalités dont le CGLPL, ainsi que les coordonnées des services à contacter.

Selon les déclarations des cadres de santé, le patient est invité à signer un document attestant de la notification de la décision d'admission en soins sans consentement et de la remise du document portant sur ses droits, mais il n'y a pas de traçabilité de cet écrit. Une vérification par les contrôleurs a permis de constater que les pratiques sont différentes selon les unités : l'unité Gentianes a transmis au bureau des entrées les justificatifs de signature de la notification pour tous les patients concernés, alors qu'il n'a été retrouvé pour l'unité Hortensias qu'une

notification signée sur treize dossiers examinés et pour l'unité Bleuets neuf notifications sur quatorze dossiers.

Les décisions de SDRE n'étaient, jusqu'à une date récente, pas notifiées aux patients, uniquement parce que la préfecture ne joignait pas à la décision un formulaire de notification.

Dans l'unité de réhabilitation Airelles qui ne reçoit que des patients provenant d'autres unités, le cadre notifie les certificats mensuels mais là aussi un patient présent en SDRE depuis cinq ans n'a jamais bénéficié de la notification des décisions le concernant ni de ses droits.

La directrice, dans ses observations de juillet 2019 au rapport provisoire, a indiqué que toutes les unités renvoient désormais au bureau des entrées les notifications signées. Les secrétaires médicales de chaque unité en sont chargées.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 4

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être notifiées, tout comme la remise du document sur les droits. La preuve de ces notifications doit figurer dans les dossiers des patients.

Tout au long de son hospitalisation le patient est reçu par le médecin qui établit les certificats postérieurs à l'admission ; selon des mentions préimprimées sur le certificat médical, les praticiens recueillent les observations des patients ; les commentaires éventuels ne sont pas explicités dans ce document mais consignés dans le dossier médical informatique (logiciel Cariatides). Le modèle informatique prééditant les certificats médicaux devrait permettre au médecin d'ajouter les éventuelles observations du patient après explication de la mesure envisagée.

RECOMMANDATION 3

Le modèle informatique des certificats médicaux de renouvellement de la mesure de soins sans consentement doit permettre au médecin d'ajouter les éventuelles observations du patient.

Comme pour la recommandation n° 2, la directrice a estimé que cette recommandation était « sans objet ». Elle indiquait dans sa réponse du 9 juillet 2019 que « les observations du patient sont inscrites dans son dossier médical. Ni la loi, ni la jurisprudence n'imposent que les observations du patient ne figurent directement sur les certificats ». Là encore, les contrôleurs maintiennent leur recommandation. Il est tout à fait exact que la loi n'impose pas de saisir dans le certificat médical les observations. Mais la loi exige en revanche que le patient puisse présenter des observations sur le renouvellement de la mesure de SSC qui le concerne. C'est pourquoi le CGLPL, afin de permettre une meilleure protection des droits des patients en SSC, préconise que les certificats médicaux indiquent si le patient a été mis en mesure de présenter des observations, et recueillent celles-ci s'il en a formulé. Par ailleurs, le JLD n'a pas accès au dossier médical et ne peut savoir si cette exigence légale a été respectée.

3.3 UNE INFORMATION GENERALE INSUFFISANTE

L'établissement dispose d'un règlement intérieur dont la dernière mise à jour date du 17 février 2017 ; il est très complet et précise notamment les dispositions légales concernant les soins

psychiatriques sans consentement ; un exemplaire est laissé à la disposition des patients, qui peuvent en demander la consultation, dans chaque unité dans le bureau infirmier.

Un livret d'accueil est en principe remis au patient lors de son arrivée¹² ; il est clair et complet et donne les informations nécessaires sur les services à disposition, les repas, les horaires de visite, les interdictions diverses, l'équipe soignante, les sorties. Il a été indiqué aux contrôleurs que les informations sur les règles de vie sont en outre données oralement par les soignants à l'arrivée et rappelées durant toute la durée de l'hospitalisation. Le questionnaire de satisfaction est joint au livret d'accueil.

Un extrait du règlement intérieur est affiché sur le tableau des unités et parfois au dos de la porte des chambres ; il rappelle certaines règles sans les détailler avec des renvois peu compréhensibles aux pages concernées du règlement intérieur.

Les unités ne disposent pas de règles de vie spécifiques, sauf aux Airelles.

Il n'existe pas d'affichage simple et facilement compréhensible sur les droits des patients en général, sur les modalités pratiques de vie dans les unités et sur les activités proposées.

La directrice a indiqué, sans sa réponse au rapport provisoire, qu'un tel affichage allait être mis en place en septembre 2019 dans les unités de soin.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 5

Un affichage portant sur les droits des patients, les règles de vie et les activités proposées, dans un langage facilement compréhensible doit être prévu dans toutes les unités.

3.4 DES RECLAMATIONS ET DES PLAINTES PEU NOMBREUSES ET SUIVIES AVEC ATTENTION

Les patients saisissent par oral les soignants de leur unité, notamment les cadres de santé, pour toutes les demandes courantes (changement de chambre par exemple). Une partie des réclamations des patients est ainsi traitée au sein de l'unité, sans traçabilité particulière.

L'article 58 du règlement intérieur prévoit également que les patients peuvent saisir par écrit la direction : il fixe une procédure précise, assortie de délais contraignants pour l'établissement. Il est regrettable que le livret d'accueil, même s'il se doit d'être synthétique, n'en fasse nullement état.

Les réclamations ainsi adressées sont transmises à la directrice juridique, pour traitement. Celle-ci sollicite le cadre de santé de l'unité concernée. En fonction des premiers éléments obtenus et du type de requête, elle apporte une réponse immédiate au plaignant, diligente une enquête interne ou encore saisit un médiateur de la commission des usagers (CDU). Cette dernière voie est retenue lorsque la problématique déférée traduit une opposition entre le patient et l'un des salariés. Deux médiateurs peuvent intervenir : un médecin ou un personnel paramédical selon la nature du différend. Le médiateur doit rencontrer le patient et rendre son rapport dans les huit jours de sa saisine. A tous les stades de la procédure, la directrice juridique renseigne un registre papier, dit « *registre des plaintes et réclamations* », dont la bonne tenue mérite d'être soulignée.

En 2017, vingt-neuf réclamations ont été enregistrées. Sur les neuf premiers mois de l'année 2018, dix-neuf requêtes ont été émises. Leur nombre est assez stable d'une année sur l'autre.

¹² Les contrôleurs ont pu s'en assurer par eux-mêmes lors de leur visite alors que de nombreux répondants aux questionnaires de satisfaction en 2017 ont indiqué ne pas l'avoir reçu (cf. *infra*, § 3.5.4).

Les réclamations qui reviennent le plus souvent ont trait à la qualité de la restauration, à l'absence de médecins dans les unités et au sentiment d'ennui des patients. Trois médiations ont été effectuées en 2017 et une seule en 2018. Il n'est pas prévu d'accusé-réception systématique pour les patients. En revanche les contrôleurs ont pu constater qu'une réponse écrite était toujours apportée, dans le délai maximum d'un mois.

La plus grande partie des réclamations est communiquée à la CDU mais certaines d'entre elles, du fait de leur faible gravité ou de leur caractère manifestement délirant, ne lui sont pas transmises. La CDU examine les requêtes de deux façons : soit la réponse a déjà été adressée et elle prend simplement connaissance de celle-ci et des actions correctives envisagées ; soit la réponse n'a pas encore été transmise au patient et c'est à la CDU de décider si elle classe l'affaire, si elle rencontre le patient, si elle l'informe de ses différentes voies de recours, etc.

Une CDU spécifique a eu lieu le 17 octobre 2017 pour l'examen des plaintes et réclamations. Les contrôleurs n'ont pas eu connaissance d'une réunion analogue en 2018.

Quant aux plaintes, elles sont possibles sans difficulté pour le patient qui le souhaite. Les soignants ne l'en dissuadent nullement et l'accompagnent, le cas échéant, au commissariat de police, en ville. En revanche, il n'est pas prévu que les policiers viennent prendre les plaintes au sein de l'ESMPI. Même si des liens informels existent, aucune convention ne lie d'ailleurs l'établissement de santé mentale et le commissariat.

La directrice adjointe en charge des usagers n'a pu communiquer de chiffres aux contrôleurs sur le nombre de plaintes déposées mais selon les témoignages recueillis, cette démarche semble bien peu fréquente. La vice-procureure de la République près le TGI leur a d'ailleurs indiqué qu'il était extrêmement rare de voir passer une affaire liée à la plainte d'un patient ou d'un de ses proches. Tout au plus a-t-elle cité le cas d'une instruction en cours, à la suite du suicide d'un patient.

3.5 UNE PRISE EN COMPTE SIGNIFICATIVE DE LA PLACE DES USAGERS PAR L'ETABLISSEMENT

3.5.1 Les associations d'usagers

Deux associations d'usagers sont présentes au sein de l'établissement. L'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) et l'association ADVOCATIE. L'association ADVOCATIE est membre de la CDU ; l'UNAFAM est membre de la CDU et du conseil d'administration de l'établissement. Leurs coordonnées téléphoniques sont affichées dans les unités. Les patients peuvent solliciter un entretien avec les membres de l'UNAFAM une fois par semaine à la maison des usagers.

Les associations rapportent que les usagers et leurs familles se plaignent du fort *turn-over* des médecins depuis plusieurs années ; ils indiquent également l'insuffisance de places en foyer d'accueil médicalisé dans le département amenant, de ce fait, des patients à rester au long cours à l'ESMPI dans un environnement inadéquat. Enfin les patients leur font part, comme dans les requêtes adressées à la direction (cf. § 3.4), du manque d'activités dans les services et d'un certain ennui.

3.5.2 La maison des usagers

La maison des usagers (MDU) est située dans un bâtiment spécifique situé au centre de l'établissement et remplace l'ancienne cafétéria qui a été fermée.



Vue extérieure de la maison des usagers

C'est un lieu récemment ouvert trois demi-journées par semaine, à l'occasion de permanences d'accueil organisées avec deux groupes d'entraide mutuelle (« Oxygem » et « l'abeille vie », trois jeudis par mois de 14h à 16h), ou avec des membres de l'UNAFAM (deux fois par mois l'après-midi) ou enfin avec l'assistance sociale coordonnatrice de cette maison des usagers. Des activités jeux et loisirs créatifs sont organisées par l'un des deux groupes d'entraide une fois tous les quinze jours, pour environ vingt patients.

Les usagers peuvent avoir accès à un certain nombre d'informations et de brochures. La MDU organise prochainement une journée « portes ouvertes » à l'occasion de la semaine d'information à la santé mentale.



Documents à disposition des familles et usagers

Cette maison des usagers constitue un objectif du projet médico-soignant 2018-2022. Elle reçoit en moyenne quinze patients lors de chacune de ses trois demi-journées d'ouverture hebdomadaires. La salle peut accepter jusqu'à une vingtaine de personnes au regard de sa taille ; elle ne dispose que d'une cafetière et d'une bouilloire. Une table avec un ordinateur permet un accès à internet mais le clavier a quelques touches effacées. Il n'y a pas encore de présentoir pour les documents d'information. L'installation reste en cours.

3.5.3 La commission des usagers (CDU)

La CDU se réunit tous les trois mois en principe ; elle s'est même tenue à cinq reprises en 2017. Elle est composée de la directrice adjointe, de deux médiateurs médecins, de deux médiateurs non-médecins, d'un psychologue, de la responsable qualité et d'un membre du conseil d'administration par ailleurs membre de l'UNAFAM. Six à sept membres sont assidus aux réunions. Les deux médecins médiateurs sont rarement présents aux réunions de la CDU par manque de disponibilité.

Les représentants des usagers peuvent s'y exprimer en toute indépendance. Ils proposent des sujets pour l'ordre du jour et ont accès au rapport annuel d'analyse des pratiques d'isolement et de contention, aux éléments relatifs à la politique du droit des patients et à l'examen des plaintes et réclamations. Ils ont émis des avis et ont écrit un projet des usagers qui a été intégré dans le projet d'établissement.

BONNE PRATIQUE 1

Les représentants des usagers ont rédigé un « *projet des usagers* » qui a été intégré dans le projet d'établissement.

Une grande partie des réclamations (*supra*, § 3.4) ainsi que les bilans trimestriels des événements indésirables sont portés à la connaissance des représentants des usagers. En outre, le rapport d'activité 2017 indique les problématiques abordées : par exemple, l'impossibilité de recevoir sa famille dans sa chambre ou l'abandon du pyjama obligatoire en unité d'hospitalisation (hors chambre d'isolement).

3.5.4 Le questionnaire de satisfaction

Un questionnaire de satisfaction est proposé au sein du livret d'accueil mais n'est pas fréquemment rendu à la sortie, malgré l'existence d'une boîte aux lettres spécifique à disposition dans toutes les unités. Afin d'améliorer cela, l'établissement procède également à des enquêtes « un jour donné », par recueil du même questionnaire de satisfaction durant l'hospitalisation. Cette méthode a augmenté le nombre de questionnaires rendus. Le nombre de répondants reste faible : soixante retours pour l'année 2017 en ce qui concerne les patients des unités berjalliennes.

BONNE PRATIQUE 2

L'établissement effectue des enquêtes-*flash*, un jour donné, afin d'améliorer le taux de réponse au questionnaire de satisfaction.

Le questionnaire aborde plusieurs thématiques : les droits du patient, la logistique, la prise en charge du patient, celle de la douleur, les repas, l'accessibilité.

En 2017, 54 % des personnes indiquaient avoir reçu le livret d'accueil, 71 % le règlement intérieur. 88 % des répondants étaient satisfaits du respect de l'intimité, 83 % de l'accueil dans les unités, 88 % de l'écoute des soignants et 81 % de l'information sur les soins. 98 % étaient satisfaits du confort des chambres, 93 % de la propreté des locaux et 83 % des réponses données aux questions administratives et juridiques.

L'information donnée sur l'état de santé et celle sur les effets des médicaments sont indiquées comme points d'amélioration, de même que la remise du livret d'accueil et la présentation du règlement intérieur.

3.6 LA PERSONNE DE CONFIANCE : UNE NOTION PEU INVESTIE

Le règlement intérieur et le livret d'accueil mentionnent la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance lors de chaque admission et pour la durée du séjour et précisent son rôle. Le soignant qui reçoit le patient à l'admission dans l'unité lui demande en effet s'il souhaite désigner une personne de confiance et lui remet un formulaire expliquant les modalités de sa désignation et ses missions.

Ce formulaire mentionne que la désignation est possible pour tout majeur « *excepté un majeur protégé sous tutelle* ». Le règlement intérieur précise que ces dispositions ne s'appliquent pas lorsqu'une mesure de tutelle est ordonnée mais que « *le juge des tutelles peut confirmer ou révoquer la personne déjà désignée* ». Cependant l'article L. 1111-6 du code de la santé publique modifiée par l'ordonnance du 17 janvier 2018 prévoit que lorsqu'une personne a fait l'objet d'une mesure de tutelle, « *elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille* ».

La directrice a précisé, dans ses observations sur le rapport provisoire, que le règlement intérieur et le formulaire concerné seraient corrigés d'ici septembre 2019.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 6

Le règlement intérieur et le formulaire remis au patient doivent être actualisés compte tenu des dispositions législatives applicables à la désignation d'une personne de confiance par un majeur sous tutelle.

Selon les unités, le formulaire est signé ou non par le patient et le soignant. La majorité des personnes hospitalisées désigne une personne de confiance : 64 % aux Hortensias, 82 % aux Airelles, 92 % aux Bleuets et 96 % aux Gentianes.

Mais il n'existe ensuite aucun protocole définissant, pour le personnel, les modalités de mise en œuvre de la désignation de la personne de confiance qui n'est pas avisée du choix du patient, de son rôle et dont l'accord n'est donc pas sollicité. La directrice a indiqué dans sa réponse au rapport provisoire, qu'un protocole serait rédigé d'ici septembre 2019.

Aux Bleuets, la personne de confiance est sollicitée pour le suivi des soins somatiques et est prévenue en cas de fugue, mais de façon générale le personnel ne perçoit pas l'utilité pratique et l'intérêt de la désignation d'une personne de confiance.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 7

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

3.7 L'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT, UN DROIT RESPECTE

Les patients peuvent demander à consulter leur dossier médical pendant leur hospitalisation. Les modalités de cette consultation sont explicitées tant dans le livret arrivant que dans le règlement

intérieur. S'il s'agit d'une demande ponctuelle d'accès à un document (une ordonnance par exemple), une copie est communiquée au patient. Sinon, il est invité à adresser une demande écrite au directeur. Il pourra consulter sur place son dossier, en présence d'un médecin. Il n'a pas été fait état d'un traitement particulier des demandes émanant des patients en SSC.

Un ancien patient peut également effectuer cette demande : l'hôpital conserve les dossiers médicaux pendant vingt ans. Un envoi postal sera assuré, contre paiement des frais de copie.

Au total, quarante-quatre demandes d'accès au dossier médical ont été recensées pour l'année 2017. Ce chiffre ne concerne pas les seules unités berjalliennes mais l'ensemble des sites de l'ESMPI ; par ailleurs les durées moyennes de communication du dossier ne sont pas connues. Toutefois les soignants ont indiqué aux contrôleurs que les services administratifs étaient réactifs : la consultation est organisée rapidement une fois que la demande du patient lui a été transmise.

Enfin, en cas de décès du patient, le règlement intérieur prévoit la communication d'une partie de son dossier, sur demande, à ses ayants droit. Cette possibilité est offerte notamment pour que ceux-ci obtiennent des informations relatives aux causes de la mort ou puissent défendre la mémoire du défunt.

3.8 DES PATIENTS INFORMES DE LEUR DROIT DE VOTE ET MIS EN MESURE DE L'EXERCER

Ni le règlement intérieur ni le livret d'accueil ne font mention des modalités pratiques permettant l'exercice du droit de vote pour les personnes ne pouvant sortir librement de l'hôpital.

Il a été indiqué aux contrôleurs qu'au moment des élections, une note était affichée dans les unités pour informer les patients des différentes possibilités pour exercer leur droit de vote. Les patients qui souhaitent voter par procuration sont invités à se manifester auprès du cadre de santé de leur unité. Il est précisé qu'il est nécessaire de désigner un membre de son entourage qui soit inscrit sur la même liste électorale.

Il appartient à la personne de contacter le personnel soignant afin de demander une autorisation de sortie pour se rendre au bureau de vote ou pour solliciter l'établissement d'une procuration. Si nécessaire un agent du commissariat se déplace pour établir les procurations.

Selon les informations recueillies, aucun fonctionnaire de police n'a eu à venir dans l'établissement lors des dernières élections, les patients le souhaitant ayant pu se déplacer pour aller voter.

3.9 AUCUNE INFORMATION SUR L'ACCES AU CULTE

Le règlement intérieur et le livret d'accueil mentionnent que le personnel respecte les opinions et les croyances du patient qui peut demander, auprès du cadre de santé de l'unité, la visite d'un représentant du culte de son choix.

Aucun affichage n'existe dans les unités sur la possibilité de contacter un aumônier. Il a été indiqué que si un patient le sollicite, il peut être conduit à la chapelle catholique de la clinique Saint-Vincent-de-Paul proche de l'établissement mais les demandes en ce sens sont rares. Selon les témoignages reçus, il n'y a aucune demande pour d'autres religions.

La directrice a précisé, dans ses observations au rapport provisoire, que ces informations seraient intégrées au livret d'accueil d'ici septembre 2019.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 8

Des informations claires sur les modalités d'accès aux différents cultes doivent être à la disposition des patients, quelle que soit la religion concernée.

3.10 LA PROTECTION JURIDIQUE MOBILISEE POUR LES PATIENTS QUI EN ONT BESOIN

Les patients hospitalisés disposent déjà fréquemment à leur arrivée d'une tutelle ou d'une curatelle. A titre d'illustration, on peut indiquer que c'était le cas de la moitié des patients des Bleuets et de la totalité de ceux des Airelles lors de la visite.

Ce sont les assistantes sociales des unités qui repèrent les besoins de protection en étroite liaison avec les soignants et les médecins traitants. Présentes dans les réunions cliniques hebdomadaires et parfois dans les staffs quotidiens des unités (les Bleuets), elles voient les patients à leur arrivée et engagent le processus judiciaire de désignation en cas de nécessité. Selon les informations recueillies, le bouclage du dispositif par le juge des tutelles demande deux à trois mois et s'avère satisfaisant. Selon des informations recueillies, des médecins traitants de l'établissement pourraient être sollicités à titre d'experts pour évaluer le bien-fondé d'une mise sous tutelle, ce qui serait contraire aux règles d'éthique.

Outre aux associations tutélaires associatives (EVA, UNA, ADMR), la mesure de protection peut être confiée à l'établissement : le service de protection judiciaire de l'ESMPI (un mandataire judiciaire avec une assistante à temps partiel) gère la semaine de la visite soixante-six mesures dont huit s'appliquaient à des personnes hospitalisées, les autres concernant des patients à l'extérieur (convention avec cinq maisons de retraite).

Les assistantes sociales sont en contact fréquent avec les mandataires judiciaires : demande d'argent pour les sorties ou pour des besoins exceptionnels, association au projet de sortie (sur ce point, certains témoignages pointent des défaillances selon les unités). Aux Airelles, l'assistante sociale fait le point tous les trois mois sur la situation des personnes protégées avec les mandataires, par ailleurs prévenus des audiences du JLD.

Lorsque ce ne sont pas les tuteurs qui remettent aux patients les sommes correspondant à leurs besoins quotidiens, ils préviennent la comptabilité des crédits hebdomadaires attribués à chaque patient : ce service transfère l'information au bureau des entrées qui a délégation pour retirer à l'agence bancaire de l'ESMPI le liquide nécessaire, prélevé sur un compte de l'établissement dit « compte patients ». Les patients, invités toutes les semaines à retirer leur pécule au bureau des entrées, signent un bon de retrait transmis à la comptabilité qui débite les comptes de chaque patient et crédite celui de l'établissement qui a fait l'avance. La sécurité de l'agent du bureau des entrées qui se rend une fois par mois à la banque pour y retirer des sommes en liquide conséquentes gagnerait à être évaluée.

3.11 UNE CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION PRESERVEE

L'établissement a mis en place une procédure permettant la confidentialité de l'hospitalisation qui est connue des cadres des unités, sauf à l'unité Hortensias.

La procédure s'intitule « *anonymisation d'une identité dans le dossier patient informatisé* » et est initiée sur demande du patient auprès de la secrétaire médicale de l'unité, qui en informe par courriel le médecin du département d'information médicale (DIM). Le DIM crée alors une « identité anonyme » dans le dossier patient informatisé et propose à la signature du patient une

fiche « *création d'identité anonyme* » avant de lui attribuer une carte d'identité spécifique. Cette carte précise l'identité anonyme sous laquelle le patient est enregistré, et l'identifiant permanent permettant d'accéder au dossier du patient.

Ce paramétrage dans le logiciel Cariatides permet ainsi d'apparaître sous un faux nom. Onze demandes de ce type ont été faites depuis cinq ans pour l'ensemble de l'établissement ; il n'y avait aucun patient anonymisé au moment du contrôle.

Les agents du standard ne voient apparaître que le faux nom sur leurs écrans et ne peuvent ainsi trahir ce souhait de confidentialité.

De même, vis-à-vis du courrier en partance et sur demande du patient, le tampon comportant l'identification de l'établissement et le nom du médecin n'apparaissent pas sur l'enveloppe ou sur le courrier.

BONNE PRATIQUE 3

Le souhait du patient de garder son hospitalisation confidentielle est particulièrement pris en compte et protocolisé.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 UN CONTROLE « MINIMALISTE » DU JLD

4.1.1 La convention entre le TGI et l'ESMPI

Une convention, signée en août 2017 entre l'ESMPI, le président du tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu, le procureur de la République près ce tribunal et l'ordre des avocats, régit à partir du 1^{er} septembre 2017 et pour 2 ans (renouvellement par tacite reconduction) les procédures d'audience du JLD :

- audiences tous les mercredis à partir de 14h à l'ESMPI ;
- échéances et modalités de transmission des dossiers de l'ESMPI au greffe du JLD et inversement, pour les convocations, *via* une messagerie cryptée ;
- relations entre le greffe et le parquet (transmissions des convocations et des dossiers) ;
- informations transmises au barreau pour sollicitation des avocats et transmission des dossiers : les JLD ont exprimé le souhait que deux avocats commis d'office soient présents à chaque audience, ce qui a été le cas de l'audience tenue la semaine de la visite des contrôleurs.

4.1.2 Les locaux et organisation

Les audiences, signalées par un panneau d'information placé dans le hall d'accueil de l'établissement, se tiennent au rez-de-chaussée dans une salle de réunion lumineuse dont les portes peuvent rester ouvertes. Elle est meublée d'une grande table autour de laquelle prennent place, en face à face, d'une part les patients et leur avocat et le juge d'autre part. Des chaises sont disposées au fond de la salle pour les familles. La greffière dispose d'un poste informatique et d'une imprimante et retranscrit en temps réel les propos du patient.

Ainsi qu'il a déjà été souligné (cf. *supra*, § 3.3), les patients ne reçoivent pas d'information véritable sur leurs droits : le formulaire « *droits du patients* », s'il indique la possibilité de saisir le JLD et de communiquer avec un avocat, n'explique ni qu'une audience JLD est automatiquement convoquée dans les douze jours de son admission, ni que le patient peut être assisté à cette occasion d'un avocat de son choix ou commis d'office.

La convocation par le JLD est remise et expliquée par le cadre de santé de l'unité d'accueil. Les infirmiers qui accompagnent le patient jusqu'à la salle d'audience n'y assistent pas, sauf à la demande du patient. Les personnes convoquées sont toujours dignement vêtues (pas de port du pyjama) et attendent, éventuellement avec leur famille ou leur tuteur prévenus par le greffe, dans l'étroit couloir d'accès à la salle d'audience où sont disposées des chaises. Celles-ci étaient en nombre insuffisant le jour de l'audience de la première semaine de janvier (neuf personnes présentes).

Les avocats peuvent s'entretenir avant l'audience avec leurs clients dans une spacieuse salle adjacente. Très peu de patients font le choix d'un avocat et dans la très grande majorité des cas, l'avocat intervenant à l'audience est désigné d'office : sa rémunération est prise en charge systématiquement dans le cadre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources des patients, sur le fondement de la notion de situation digne d'intérêt (article 6 de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991).

4.1.3 Le déroulement des audiences

Deux vice-présidents du tribunal de grande instance de Bourgoin-Jallieu, assistés d'une greffière, exercent les fonctions de JLD dans le cadre du contrôle des SSC.

Les audiences sont simples et sans appareil, le juge siégeant en tenue de ville. Après une courte introduction par le juge expliquant le caractère « *formel* » de son rôle, le patient peut s'exprimer ainsi que son avocat. Celui-ci plaide en général au fond la libération de son client, revenu à un meilleur état psychique ou désormais compliant aux traitements.

Le JLD suspend l'audience pour délibérer. Sa décision est préparée sur la base d'une « bible » de paragraphes auquel sont ajoutées les propos tenus par le patient. Après la reprise d'audience, le délibéré est annoncé de façon peu explicative : « *j'ai décidé d'autoriser la poursuite des soins* », ce que les patients ne comprennent en général pas. Au mieux, le juge réaffirme que son contrôle se borne à constater la régularité juridique du dossier, le reste relevant du psychiatre, notamment la date de sortie.

Au cours de l'audience tenue durant la première semaine de contrôle, le JLD n'a informé aucun des neuf patients audiencés de leur possibilité de faire appel et n'a donné qu'à deux reprises l'information relative à la possibilité de le saisir à tout moment ultérieur durant leur placement. Selon les informations recueillies, il y aurait très peu de saisines spontanées des patients en SSC. Par ailleurs, aucun appel des décisions du JLD de maintien en soins sans consentement n'a été formulé en 2018.

L'un des patients audiencés, dont le juge a maintenu l'hospitalisation, a manifesté de la colère et proféré des menaces : son état d'agitation n'a pas faibli lors de son retour dans l'unité et a conduit à son placement en chambre d'isolement, pour une courte durée.

En dépit des carences signalées en matière de motivation des décisions du préfet ou du directeur et de notification des droits (cf. *supra*, § 3.2), seules cinq mainlevées sont intervenues en 2018 avec les motivations suivantes :

- absence de production du certificat médical ;
- absence de motivation du certificat médical ;
- irrégularité de la procédure de réintégration en hospitalisation complète après un programme de soins (pas de saisine du JLD) ;
- dates tardives des certificats médicaux ou des décisions préfectorales.

Aucune de ces mainlevées n'a pris effet immédiatement, dès la notification de la décision. Le JLD avait décidé, comme la loi le lui permet, que ces mainlevées prendraient effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures. **Les contrôleurs rappellent qu'en principe ce délai a pour unique objet de mettre en place une prise en charge adaptée à l'extérieur, non de permettre au préfet ou au directeur d'engager une nouvelle procédure, cette fois-ci régulière sur la forme.**

Ces décisions n'attribuent aucune indemnisation à la charge de l'établissement sur le fondement de l'article 37 de la loi du 10 juillet 1991 sur l'aide juridique en cas de mainlevée ordonnée pour vice de procédure.

Des échanges entre les contrôleurs et le JLD, il est ressorti que ce dernier considère qu'il n'a pas à rechercher d'office les éventuels vices de procédure dont peuvent être entachées les décisions qu'il doit contrôler, renvoyant ce rôle aux avocats, « *peu enclins* » au demeurant à soulever de tels moyens au regard de l'état médical de leur client. La direction de l'établissement précisera ultérieurement aux contrôleurs que les JLD la contactent régulièrement pour signaler

d'éventuelles insuffisances de motivation des certificats médicaux afin d'inviter l'établissement à régulariser les dossiers.

4.2 L'ABSENCE DE RAPPORT DE LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES MALGRE UNE VISITE ANNUELLE

Selon les informations disponibles, la CDSP, présidée par un praticien hospitalier de Grenoble, se réunit chaque année : elle effectue une visite dans les unités de Bourgoin-Jallieu et celles de Vienne, visant à cette occasion les registres de la loi. Elle ne produit pas de rapport, ceci en contradiction avec les dispositions de l'article L. 3223-1 du code de la santé publique. Selon les informations disponibles, elle ne ferait pas usage de son droit de proposition de levée des mesures, prévu au 7° du même article.

Dans sa réponse du 31 juillet 2019, le directeur général de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes a indiqué que ce rapport était établi chaque année et qu'il veillerait à ce que celui-ci « *soit adressé systématiquement aux instances prévues* ». Par ailleurs, la directrice a indiqué qu'elle saisirait le président de la CDSP par courrier sur ce point, au plus tard en juillet 2019. Les contrôleurs n'ont pas eu copie de ce courrier.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 9

Conformément à l'article L. 3223-1 du code de la santé publique, la commission départementale des soins psychiatriques de l'Isère doit produire un rapport annuel et le communiquer aux instances prévues, notamment au juge des libertés et de la détention.

4.3 UN REGISTRE DE LA LOI DANS LEQUEL CERTAINES INFORMATIONS OBLIGATOIRES FONT DEFAUT, FAUTE DE LEUR PRODUCTION PAR LES SERVICES

Le registre de la loi, commun aux SDT et aux SDRE, est tenu par le bureau des entrées sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par une référence au registre précédent notée sur la première page du folio et une mention du registre suivant portée en fin de ce même folio.

L'ensemble des certificats médicaux et décisions est collé en ordre chronologique.

Ne sont pas transcrites dans ce registre, de façon manuscrite, certaines mentions prescrites par la loi, notamment les dates de notification des décisions, puisqu'elles ne sont effectuées qu'exceptionnellement par les services (cf. *supra*, § 3.2).

Enfin, si certains certificats médicaux sont horodatés, ce n'est pas toujours le cas ce qui ne permet pas de contrôler le respect des délais légaux de vingt-quatre et soixante-douze heures dans lesquels un nouveau certificat doit intervenir.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice a indiqué « *ce point va être revu avec les médecins* », sans date de réalisation envisagée ou autre précision.

Il en va de même pour les arrêtés municipaux, dont l'heure est rarement précisée. Or l'information est déterminante puisque leur validité ne peut dépasser vingt-quatre heures.

RECOMMANDATION 4

Les certificats médicaux et les arrêtés municipaux mériteraient d'être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

4.4 UN RECOURS EFFECTIF AU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

Le recours au collège des professionnels de santé est échéancé par le bureau des entrées lors de l'admission des patients. Le bureau alerte un mois avant l'échéance la secrétaire du service responsable de la prise en charge ainsi que la directrice juridique de l'établissement. Celle-ci établit la liste des médecins qui ne participent pas au traitement du patient et sont susceptibles de siéger : une relance est effectuée une semaine avant le terme si le bureau des entrées n'a reçu aucune décision.

Les procédures ne sont pas tracées globalement mais sont classées dans les dossiers patients et le registre de la loi : la procédure connue et respectée ne semble pas poser de problèmes et le patient en est informé. Selon les informations recueillies, un à deux collèges seraient convoqués chaque année par unité.

4.5 OUTRE L'INTERVENTION DE LA CDSP, DES CONTROLES SE LIMITANT A LA VISITE ANNUELLE DU PROCUREUR DE LA REPUBLIQUE

La vice-procureure de la République en charge des procédures de soins sans consentement visite une fois par an l'établissement et vise le registre de la loi. Elle a notamment pu remarquer que les mesures de protection juridique des patients n'y figuraient pas. Les JLD quant à eux ne contrôlent pas ce registre.

Le préfet et le maire de la commune n'exercent pas la mission de contrôle qui leur est dévolue par l'article L. 3222-1 du code de la santé publique.

L'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes a quant à elle procédé à une inspection en novembre 2017, relative notamment à l'isolement et à la contention. Un rapport provisoire a été envoyé à l'ESMPI le 10 avril 2018, auquel la directrice a répondu le 18 mai 2018. Le rapport provisoire liste sept prescriptions s'imposant à l'établissement et cinq recommandations. Les contrôleurs n'ont pas été destinataires du rapport définitif.

Dans un département où, s'agissant des patients en SSC, les acteurs publics et judiciaires s'approprient moins les principes de liberté que ceux de sécurité et de précaution, les contrôleurs ont constaté que les professionnels de santé de l'ESMPI demeurent attentifs à ce que seul l'état clinique des patients justifie leur enfermement.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 UN PRINCIPE DE LIBRE CIRCULATION, EFFECTIVEMENT MIS EN ŒUVRE

5.1.1 La configuration et la sécurité de l'établissement

Le site berjallien de l'ESMPI est implanté dans un nouveau quartier de la ville, à trois kilomètres de son centre historique. Il s'agit d'une zone périurbaine, dévolue en grande partie à la prise en charge sanitaire des habitants de l'arrondissement : s'y côtoient l'hôpital général (CH Pierre Oudot), une clinique privée, un centre de rééducation fonctionnelle, de nombreux cabinets de médecins libéraux, un laboratoire de biologie, etc. L'ESMPI est enserré entre les différentes voies de circulation reliant ces bâtiments. Son emprise est suffisamment importante néanmoins pour permettre aux patients de circuler : environ trois hectares (dont 8 000m² bâtis) avec de la pelouse, des arbustes et quelques bancs.



Le parc du site berjallien

Son enceinte est entièrement grillagée. Un point d'accès unique le dessert, avec une entrée pour piétons, libre, et une entrée véhicules dotée d'une barrière. Celle-ci est toujours rabaissée : l'accès n'est possible qu'après avoir obtenu l'autorisation par interphone. Une fois qu'il a pénétré dans le site, le visiteur doit se présenter à l'entrée principale, ouverte jusqu'à 20h (avec la présence d'une salariée, chargée de l'accueil et du standard, de 8h30 à 16h30). Il n'est pas possible au visiteur de circuler à l'intérieur du site s'il n'est pas rentré par la porte principale : les autres espaces (parking du personnel et accueil livraisons au Nord ; unités et parc au Sud) sont protégés par un grillage intérieur. L'ESMPI emploie un agent de sécurité, présent jusqu'à 20h tous les jours. Il n'existe pas d'équipe d'intervention composée de soignants. Face à un patient violent, notamment en service de nuit, les soignants des unités s'appellent et s'entraident. Lorsqu'ils estiment ne pas être en nombre suffisant ou en capacité de maîtriser un patient particulièrement agressif, ils n'hésitent pas à faire appel à la police.

Les forces de l'ordre pénètrent en effet dans les unités assez fréquemment :

- elles peuvent amener des patients en soins sans consentement à l'ESMPI. Elles rentrent le fourgon à l'intérieur du site par le parking du personnel pour que les soignants le prennent en charge à la porte de l'unité (les contrôleurs ont d'ailleurs assisté à une admission de la sorte, vers 19h30, pour une personne gardée à vue dont l'état de santé nécessitait une prise en charge immédiate en psychiatrie). En principe, elles ne doivent pas pénétrer dans le service. Mais en réalité les soignants ont indiqué aux contrôleurs

qu'il était fréquent, notamment lorsque l'admission se fait directement en chambre d'isolement, que les policiers ou les gendarmes participent au placement à l'isolement du patient récalcitrant. D'ailleurs l'architecture des unités le permet puisqu'il existe un accès direct de l'extérieur de l'unité vers l'espace de soins psychiatriques intensifs (ESPI), où se trouvent les chambres d'isolement ;

- par ailleurs, les soignants demandent de temps en temps la présence de la police lorsqu'ils se sentent en difficulté : patient menaçant, placement en chambre d'isolement. Les cadres d'astreinte sont ainsi régulièrement appelés la nuit pour savoir s'il leur est possible de joindre la police pour obtenir son concours. Il est très rare que l'astreinte refuse.

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de chiffres mais ce prêt de main-forte est suffisamment régulier pour leur avoir été signalé à la fois dans les unités, par les médecins de la CME et par l'une des directrices adjointes. Il est à noter que cette intervention régulière de la police nationale est effectuée en dehors de tout protocole ou fiche de procédure établie conjointement entre l'ESMPI et le commissariat de police de Bourgoin-Jallieu.

Selon certains soignants, les uniformes « *calmeraient les patients* ». Les contrôleurs ont surtout constaté qu'ils rassuraient les personnels, dont certains – une minorité – ont indiqué avoir peur dans leur exercice professionnel.

RECOMMANDATION 5

Le prêt de main-forte par la police doit être limité à des situations exceptionnelles. L'éventuelle agressivité des patients doit être gérée par les soignants, en investissant encore plus le champ de la formation (gestion de la violence, désescalade, etc.). Les policiers ne doivent pas participer à l'admission d'un patient jusqu'à sa chambre, ni à sa contention ou à son placement en chambre d'isolement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice a tenu à préciser qu'un « *travail de pédagogie* » avait déjà été initié auprès des unités, reconnaissant que l'établissement doit « *faire un effort sur ce point* ».

Les médecins de la CME ont par ailleurs signalé aux contrôleurs la consommation importante de résine de cannabis par les patients. Ceux-ci en rapportent de l'extérieur ou s'en font parfois remettre par des visiteurs. En outre, plusieurs témoignages font état de trafics sur le parking ou aux grilles de l'établissement, voire à l'intérieur du site. La directrice, interrogée sur cette question, se considère relativement démunie. Une seule opération de police a été effectuée en huit ans. Par ailleurs, les soignants ne signalent pas toujours ces trafics : même si les chiffres sont en hausse, ils restent assez anecdotiques (cinq fiches d'événements indésirables en 2017, huit en 2018). Il est d'ailleurs curieux d'observer que ces remontées n'apparaissent pas dans les bilans annuels des événements indésirables alors que le phénomène est présenté par tous comme préoccupant. Des signalements sont effectués occasionnellement auprès de la police mais la réactivité des uns et des autres n'est pas toujours suffisante : bien souvent le *deal* est terminé lorsque la police parvient sur les lieux. Quant aux patients, ils sont protégés par l'article 42 du règlement intérieur : en cas de découverte de produits stupéfiants, les produits sont remis par la direction de l'ESMPI à la police « *sans mention de leur provenance* ». Logiquement, cette préoccupation ne remonte pas jusqu'au parquet local : la vice-procureure a indiqué qu'à sa

connaissance le site berjallien de l'ESMPI n'était pas particulièrement concerné par des problèmes de stupéfiants.

La directrice a récemment recruté un addictologue. Selon le projet d'établissement, une équipe mobile interne dédiée à la prise en charge des conduites addictives (un médecin, un infirmier et un psychologue titulaires du diplôme universitaire d'addictologie) devrait intervenir au sein des unités à partir du troisième trimestre 2019. Par ailleurs, les soignants n'excluent pas, pour les patients en soins libres, d'intégrer au contrat de soin le fait de ne pas consommer de produits stupéfiants et d'en produire régulièrement la preuve (tests sanguins mensuels, par exemple). Mais cette logique de contrat n'est pas transposable pour les patients en SSC.

5.1.2 Les règles d'ouverture des unités

Les quatre unités sont ouvertes pendant la journée et fermées pendant la nuit. Le président de la CME a indiqué aux contrôleurs que leurs portes fermaient à 21h30. Le livret d'accueil est muet sur la question et le règlement intérieur se borne à indiquer en son article 75 que « *la nuit, les personnes hospitalisées doivent s'abstenir de tout déplacement hors des services* », sans précision des horaires. En réalité, l'heure de fermeture peut être plus précoce selon les unités (20h aux Hortensias, par exemple).

Compte-tenu de ce principe de libre circulation pendant la journée, indépendamment du statut des patients, les sorties non autorisées ne sont pas rares. Même s'il n'est pas impossible d'escalader le grillage de clôture, les patients transitent le plus souvent par la porte d'entrée et sont repérés par l'hôtesse d'accueil qui contacte l'unité concernée. S'ils échappent à sa vigilance, l'équipe recherche les patients, puis prévient la police, la famille ou le tuteur. Par prévention, un comptage discret est effectué trois fois par jour au sein des unités. En majorité, les soignants assument les fugues comme le prix de la liberté d'aller et venir qu'ils doivent octroyer aux patients. Les contrôleurs n'ont pu se faire une idée précise du nombre de sorties non autorisées¹³.

BONNE PRATIQUE 4

Toutes les unités sont ouvertes pendant la journée. Les soignants s'assurent de la présence des patients en effectuant un comptage discret trois fois par jour.

5.2 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS, MARQUEE PAR PEU DE RESTRICTIONS

La vie quotidienne des patients est peu contrainte, même lorsqu'ils sont en SSC.

S'agissant de ce qu'il est possible de conserver en chambre, la politique de l'ESMPI est très libérale : les patients peuvent être incités à déposer certains de leurs biens au bureau des entrées (cf. *infra*, § 6.4), mais ils n'y sont jamais obligés. Les seules interdictions générales concernent les objets soumis à réglementation (armes à feu et armes blanches), les produits dont la détention

¹³ Certaines sont traitées comme événements indésirables graves (six en 2017), inscrites en tant que telles à l'ordre du jour du comité de retour d'expérience (CREX). Mais sur la même année, six sorties non autorisées ont été décomptées non comme événement grave mais comme « *événement potentiellement à risque et récurrent* », sans qu'il ait été possible de savoir si une partie de ces signalements recouvrait les mêmes incidents (source : rapport d'activité 2017 du CREX). Dans un autre document remis par l'établissement, on dénombre trente et une fugues en 2017 et trente en 2018 pour l'ensemble des unités d'admission de l'ESMPI (site de Vienne compris), donc sans intégrer les Airelles.

constitue une infraction (stupéfiants) ainsi que l'alcool et les médicaments. Le livret d'accueil rappelle ces interdictions. Aucune autre règle systématique n'est fixée à l'échelle de l'hôpital. Dans certaines unités, les soignants vont un peu plus loin en interdisant par mesure de sécurité les produits en verre (parfums, miroirs) et les rasoirs. A l'unité Hortensias, les contrôleurs ont ainsi assisté au ballet des patients qui l'un après l'autre venaient remettre au bureau infirmier leur rasoir en milieu de matinée. La cadre de santé a précisé qu'elle n'était pas convaincue par l'utilité de cette règle, par ailleurs non écrite. Pour le reste, c'est seulement l'état clinique d'un patient qui peut inciter un médecin à prescrire une restriction particulière, comme le prévoit le règlement intérieur : « *sauf cas particuliers, et sous réserve du respect des règles d'hygiène, le malade conserve ses vêtements et son linge personnels [...]. Des biens appartenant au patient peuvent lui être retirés s'ils présentent un danger pour lui-même ou pour autrui* » (art. 67). En pratique, ces restrictions individuelles sont extrêmement rares.

L'accès aux cigarettes et au feu est également libre. Le patient peut conserver ses cigarettes et son briquet dans sa chambre ou sur lui. Il peut également choisir de les laisser dans son casier individuel au bureau infirmier. Lorsque le patient n'a plus de tabac, les soignants le dépannent : aux Bleuets, la cadre de santé dispose de quelques paquets en réserve dans son bureau et accepte les prêts ; dans d'autres unités, certains infirmiers vont acheter eux-mêmes des cigarettes pour le compte des patients en SSC qui n'ont pas l'autorisation de sortir. Il est interdit au patient de fumer dans sa chambre : il ne peut le faire que dans le parc et dans le patio au sein de son unité. Le patio ferme en principe en même temps que l'unité, après le repas. Néanmoins il peut être rouvert sur demande le temps de fumer une cigarette : cette possibilité est offerte au moins jusqu'à 23h, et parfois toute la nuit comme aux Airelles. Il est à noter qu'un patio privatif existe aussi dans les ESPI : sauf opposition du médecin, les patients en chambre d'isolement peuvent y fumer sur demande, en principe dans la limite de quatre cigarettes par jour (cf. *infra*, § 8.1.1).

Dans de rares hypothèses, une prescription limitative est établie par le psychiatre, d'ordre purement médical ou pour éviter les abus de faiblesse. Aux Hortensias, lors du contrôle, un patient sous curatelle était concerné par ce type de décision : la cadre de santé lui remettait un paquet par jour, tous les matins, en vertu d'un accord entre elle, le curateur, le médecin et le patient. Les contrôleurs n'ont constaté en revanche aucune situation dans laquelle les soignants distribuaient le tabac cigarette par cigarette comme dans d'autres établissements.

La nourriture est autorisée en chambre. Une réserve existe aux Bleuets : seules les denrées non périssables y sont admises.

Enfin, l'argent liquide peut être conservé dans les chambres, aux risques et périls du patient, sans aucune limite. Les patients sont incités – et seulement incités – à déposer les grosses sommes au bureau des entrées. Par ailleurs, ils peuvent demander à ce que leur argent soit conservé au sein de l'unité. Les modes de conservation diffèrent : aux Airelles, l'argent sera entreposé au casier individuel dans le bureau infirmier, dans la limite de 100€ ; aux Bleuets, il le sera dans le bureau de la cadre, et dans la limite de 50€. Une uniformisation des pratiques serait ici la bienvenue.

Les chambres sont toujours accessibles dans la journée, quelle que soit l'unité. La seule contrainte concerne le ménage : lorsque l'ASH fait sa chambre, le patient ne doit pas y être présent. La liberté de circulation est donc totale au sein de l'unité : seul l'ESPI est protégé par une porte fermée. Les patients choisissent ainsi de se rendre comme ils le souhaitent, aux heures qui leur conviennent, dans telle ou telle zone de l'unité. Les seules « contraintes » sont les repas

(pris au réfectoire, sauf prescription médicale permettant au patient de le prendre en chambre) et les distributions de médicaments puisque celles-ci se font à heures fixes.

La journée débute entre 7h30 et 8h en fonction des unités et s'achève vers 23h mais les horaires sont assez souples. Par exemple, il est possible pour les patients, levés à 7h30 pour la première distribution des médicaments, de se recoucher jusqu'au petit déjeuner vers 8h30. Les téléviseurs des salles communes sont en général éteints vers 22h30 ou 23h. En tout état de cause, les soignants de nuit permettent aux patients de regarder la fin du film ou du match retransmis.

BONNE PRATIQUE 5

Il n'existe pratiquement aucune restriction systématique de liberté dans la vie quotidienne, qu'il s'agisse de la circulation au sein de l'unité, de l'accès aux biens ou encore au tabac. Les restrictions individuelles sont très rares, toutes fondées sur l'état clinique du patient ou ses fragilités, tracées dans le logiciel Cariatides et régulièrement réévaluées.

5.3 DES CONDITIONS DE COMMUNICATION AVEC LES PROCHES PEU RESTRICTIVES, SAUF EN CE QUI CONCERNE LES VISITES

5.3.1 Le courrier

Les patients peuvent écrire et recevoir du courrier librement, sans aucun contrôle par le personnel soignant. Le règlement intérieur comme le livret d'accueil abordent ce sujet, mais sans faire référence à l'absence de lecture des courriers par le personnel. Cette information serait de nature à rassurer certains patients.

Les personnes hospitalisées doivent déposer à l'accueil principal, près de la porte d'entrée, tous les courriers à expédier. Le courrier est relevé une fois par jour. Des enveloppes, du papier et des timbres peuvent être donnés dans les unités aux patients sans ressources.

Les courriers reçus transitent par les unités. Les assistantes sociales sont attentives lorsqu'il s'agit d'un courrier officiel ou administratif et proposent aux patients d'être présentes à l'ouverture du courrier pour leur en expliquer le contenu. Il est également possible de recevoir des colis.

5.3.2 Le téléphone

Le principe à l'ESMPI est l'autorisation du téléphone portable dans les unités. Les cordons d'alimentation sont conservés par les patients, qui peuvent ainsi recharger leurs appareils dans leur chambre. Pour préserver le droit à l'image des patients et des soignants, il est demandé de ne pas utiliser les modes photo, vidéo, et enregistrement sonore des *smartphones* lors des conversations ou des entretiens.

Les rares restrictions sont décidées au cas par cas. Elles n'interviennent que « *pour des raisons thérapeutiques, pendant une durée limitée et sur décision médicale* » (art. 69 du règlement intérieur). Il s'agit essentiellement d'empêcher le patient de disposer de son téléphone en permanence, dans l'hypothèse d'un usage abusif ou nuisible. En pareil cas, le téléphone mobile sera placé au coffre de l'unité. Si le patient veut l'utiliser, pour téléphoner ou *a minima* consulter ses messages ou ses courriels, il devra le demander à un soignant. En tout état de cause, les appels vers la famille ou les proches ne seront jamais interdits. Au moment de la visite, aucun patient n'était concerné par une limitation de l'accès à son téléphone.

Les chambres ne sont pas équipées de téléphone fixe mural ; en revanche chaque unité dispose d'un *point-phone* gratuit. Ce sont les soignants qui passent la communication au patient, que l'appel soit émis ou reçu. Ces *points-phone* sont mal situés : placés à l'entrée de l'unité et dépourvues d'isolation phonique, ils ne permettent aucune confidentialité. La directrice, dans ses observations au rapport provisoire, a indiqué que ceux-ci seraient aménagés d'ici décembre 2019 pour garantir la confidentialité des conversations. Dans certaines unités (Airelles, Bleuets), il est d'usage de permettre également au patient d'utiliser le combiné téléphonique du bureau infirmier.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 10

Les *points-phone* des unités doivent être modifiés afin de garantir la confidentialité des conversations.

5.3.3 L'informatique

Là encore, le principe à l'ESMPI est d'autoriser le patient à disposer de son matériel informatique, notamment pour accéder à ses courriels ou échanger sur les réseaux sociaux. Pour autant, peu de patients disposent d'un ordinateur ou d'une tablette. Ceci s'explique notamment par le fait que le site berjallien de l'ESMPI ne propose pas de connexion *Wifi* aux patients. De fait, ils entretiennent surtout leurs relations sociales à partir de leur *smartphone*.

Un ordinateur est à disposition aux Airelles. Les unités d'admission en sont en revanche dépourvues. En outre, à la maison des usagers, un ordinateur avec connexion internet est accessible l'après-midi, pour tous les patients.

5.3.4 Les visites

L'accueil des familles se fait en principe l'après-midi, du lundi au dimanche, de 13h à 19h selon le livret d'accueil. Aucune restriction de liberté concernant les visites n'a été constatée par les contrôleurs. Les patients peuvent signaler aux soignants le nom des personnes dont ils ne veulent pas la visite : l'information est transmise efficacement.

Le dispositif n'est pas exempt de critiques néanmoins.

En premier lieu, l'entrée de l'établissement est interdite aux personnes de moins de 15 ans (article 60 du règlement intérieur). Par conséquent, il est en principe impossible au patient d'être visité par ses enfants de moins de 15 ans. Au cas par cas, de rares dérogations sont possibles, parfois devant l'insistance du patient : les rencontres sont alors effectuées dans un bureau de la zone administrative en présence d'un soignant, ou dans un bureau jouxtant le bureau des entrées, ou encore à l'accueil général. Aucune de ces solutions empiriques n'est satisfaisante. La confidentialité n'est pas toujours assurée et les espaces en question ne sont pas adaptés.

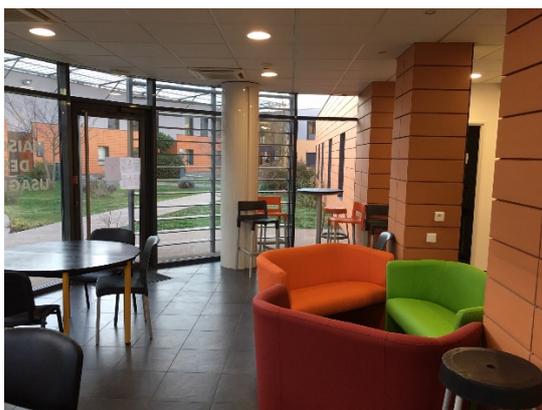
En second lieu, les horaires sont assez restrictifs. Des exceptions sont possibles, mais là encore au cas par cas et uniquement sur décision du médecin-chef de l'unité. Dans certains services, il s'agit plutôt d'un dépassement (jusqu'à 20h aux Hortensias) alors que dans d'autres c'est une visite le matin qui pourra exceptionnellement être accordée si le créneau 13h-19h n'est pas compatible avec les horaires du visiteur (Airelles).

Les lieux de visite sont divers. Dans les unités d'admission il existe des petits salons spécifiques mais il n'y a pas d'espace dédié aux Airelles. Par ailleurs, dans les unités d'admission, le petit salon de l'ESPI, un peu plus intime, peut être utilisé pour une visite, que le patient soit en chambre

d'isolement ou non. Lorsque la chambre d'isolement est occupée, sa proximité n'est pas un gage de tranquillité en revanche.

Les patients peuvent également recevoir leurs visiteurs à la maison des usagers, ouverte trois jours par semaine et jusqu'à 16h30 seulement. Un dispositif « écoute famille » y est assuré par un psychologue sur rendez-vous. L'absence de cafétéria fait défaut. Les patients et leurs familles ne peuvent que se reporter sur le distributeur de friandises de l'accueil général.

Il est à noter que les familles ne peuvent se rendre dans les chambres qu'aux Bleuets. Dans les trois autres unités, cette hypothèse est exclue : ce refus faisait, au moment du contrôle, l'objet d'une réclamation de la famille d'un patient des Airelles auprès de la CDU.



La maison des usagers



Le petit salon d'un ESPI

La directrice a indiqué aux contrôleurs être consciente de ces difficultés. La question du rapatriement des unités de Vienne sur le site berjallien conditionne à moyen terme la construction d'un bâtiment intersectoriel, plus important que la maison des usagers, et qui aurait notamment vocation à accueillir des espaces de rencontre entre les patients et leurs enfants ainsi qu'une véritable cafétéria.

RECOMMANDATION 6

Chaque unité doit être dotée d'un salon permettant aux patients de recevoir leurs proches dans des conditions d'intimité satisfaisantes. Les enfants doivent par ailleurs pouvoir être accueillis dans des espaces adaptés. Les horaires de visite doivent enfin être assouplis.

Dans ses observations au rapport provisoire, en juillet 2019, la directrice s'est bornée à indiquer : « les salons familiaux existent déjà dans les unités de soins », sans répondre sur la question des enfants, des horaires de visite ou de l'absence de salon aux Airelles.

5.4 LE PORT DU PYJAMA, IMPOSE QUASI EXCLUSIVEMENT EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Par note de service du 30 juin 2016, la directrice a décidé qu'il n'était plus possible d'imposer le port du pyjama à un patient sauf en chambre d'isolement. La note s'appuie sur la doctrine du CGLPL en la matière et une allocution de la contrôleure générale au comité des Nations Unies contre la torture le 18 avril 2016. De fait, aucun patient n'était soumis à une telle obligation lors de la visite des contrôleurs, hormis en chambre d'isolement.

Cette note fait l'objet d'une application quasi absolue. Hors isolement, seule a été concédée le récent port d'un pyjama à l'unité Hortensias, de courte durée, pour un patient déambulant la

nuit dans les chambres des autres patients à la recherche de cigarettes. Ce comportement n'avait pas justifié à leurs yeux un placement en isolement : la mise en pyjama, sorte de solution intermédiaire, avait pour but de « *marquer le coup* » par rapport aux autres patients. Les soignants n'ont pas indiqué si le fait de le placer en pyjama l'avait empêché de déambuler la nuit.

Cette situation semble exceptionnelle. Les seuls patients qui pourraient être croisés en pyjama en journée sont ceux qui le souhaitent ou ceux qui sont arrivés sans vêtements et pour lesquels aucune pièce du stock des vêtements n'a convenu. Les contrôleurs n'en ont rencontré aucun pendant leur mission.

La question de la mise en pyjama des patients en chambre d'isolement sera traitée dans le chapitre portant sur l'isolement (*infra*, § 8.1).

BONNE PRATIQUE 6

Le port du pyjama n'est quasiment jamais imposé aux patients, hormis dans les chambres d'isolement.

5.5 L'ABSENCE DE LIBRE CHOIX DU MEDECIN PALLIE PAR DES SOLUTIONS EMPIRIQUES EN CAS DE DIFFEREND PERSISTANT

Chaque patient de l'ESMPI a un médecin référent qui lui est attribué, sans réellement pouvoir le choisir. Comme il a été indiqué plus haut, le nombre général de médecins est faible ; par ailleurs dans certaines unités, seul un médecin exerce (Airelles).

Néanmoins, lorsqu'un patient signale un différend ou une incompréhension persistante avec son médecin référent, le changement de référent est envisagé par l'équipe, et souvent proposé au patient. Une demande formelle de changement de médecin référent sera même en principe satisfaite dans les unités d'admission. Aux Airelles, les soignants ont indiqué qu'il ne serait pas impossible en pareil cas de saisir le médecin d'un autre service mais la question ne s'est jamais posée selon eux. Ils n'avaient donc pas imaginé de solution avant que les contrôleurs ne la soulèvent.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 DES LOCAUX NEUFS DANS LESQUELS L'INTIMITE DES PATIENTS N'EST PAS SUFFISAMMENT PRESERVEE

Les locaux qui hébergent l'ESMPI ont été construits en 2009 et sont très bien entretenus. Les unités sont situées au rez-de-chaussée d'un bâtiment en forme d'arc de cercle, ouvert sur un espace vert ; les locaux administratifs se trouvent au premier étage. Ils sont clairs et fonctionnels.



Le bâtiment des unités, desservi par une allée extérieure en arc de cercle

Les patients peuvent se promener librement et atteindre un second parc à l'arrière du bâtiment, en passant par un patio protégé des intempéries.



L'arrière des unités et le patio

Les trois unités d'accueil (Hortensias, Bleuets et Gentianes) sont agencées de la même façon. Elles se composent de vingt chambres individuelles dont une contient un second lit, de deux vraies chambres doubles et de deux chambres d'isolement au sein de l'espace de soins psychiatriques intensifs (ESPI), bien délimité du reste de l'unité. Les Airelles comptent quant à elles dix-huit lits dont quatorze en chambres individuelles et deux chambres doubles.

Le patient dispose d'une armoire individuelle qui peut être fermée à clef, d'un fauteuil, d'une chaise, d'un bureau et d'une table de chevet ; dans la chambre individuelle qui comporte un lit supplémentaire, le mobilier, à l'exception de l'armoire, n'est pas doublé. Les chambres n'ont pas de verrou de confort permettant aux patients de s'enfermer à clef ou de refermer derrière eux lorsqu'ils quittent leur chambre. Certains soignants le regrettent. Un patient a même critiqué l'absence d'un tel dispositif lors d'une réunion soignants-soignés à laquelle ont assisté les contrôleurs.

Chaque chambre est équipée d'une salle d'eau comprenant une douche, un lavabo, des casiers pour ranger les affaires de toilette, un porte-serviettes, des toilettes ; cette pièce peut être fermée à clef. Curieusement, alors qu'il s'agit d'une construction récente, les toilettes sont toutes dépourvues de lunette et d'abattant. Par ailleurs, chaque unité dispose d'une salle de bains collective comprenant une douche ouverte et une baignoire.

Dans sa réponse du 9 juillet 2019, la directrice a précisé que d'ici décembre « un verrou de confort va être installé ainsi que des abattants et des lunettes sur les toilettes ».

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 11

Les portes des chambres doivent disposer d'un verrou de confort ; les toilettes doivent être munies d'un abattant et d'une lunette.

Chaque chambre est équipée, à l'entrée et près du lit, d'un bouton d'appel des soignants.

Les fenêtres n'ont ni rideau ni store intérieur mais bénéficient d'un volet extérieur électrique ; le bouton de déclenchement est à la disposition du patient. En journée, les vitres bénéficient d'un système permettant de ne pas être vu de l'extérieur. En revanche, le dispositif permettant d'ouvrir les fenêtres n'est pas accessible au patient. Ceux-ci doivent donc systématiquement solliciter un soignant dès qu'ils veulent aérer leur chambre. Comme pour la recommandation précédente, la directrice a indiqué que des aménagements matériels seront réalisés d'ici décembre 2019 pour tenir compte des recommandations des contrôleurs.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 12

Les patients doivent pouvoir ouvrir et fermer eux-mêmes leur fenêtre, au moins en partie.



Chambre et sanitaires individuels

Chaque unité dispose de deux salles de télévision, d'une salle d'activité, d'une pièce pour l'art-thérapie, d'une petite pièce pour l'accueil des familles et d'une grande salle à manger claire et accueillante. Les locaux sont lumineux et dans les couloirs a été aménagé un petit salon avec des fauteuils et une table permettant de se reposer en commun.

Deux unités ont agencé une salle de détente associant massage, musique et soins esthétiques. Ces salles « zen » sont équipées d'une table de massage, qui peut être utilisée par les patients accompagnés d'un soignant.



Salle « zen »

6.2 DE BONNES CONDITIONS D'HYGIENE TANT POUR LES LOCAUX QUE POUR LES PATIENTS HOSPITALISES

Les locaux sont propres. Le ménage est assuré par les agents des services hospitaliers (ASH) qui nettoient la moitié des chambres et salles de bains le matin et l'autre moitié l'après-midi. Les espaces communs sont lavés tous les jours et le nettoyage du couloir est assuré le soir avec une machine.

Le ménage dans les chambres d'isolement, lorsqu'elles sont occupées, est fait par un infirmier. Les salles d'entretien sont nettoyées une fois par semaine ; les salles d'art-thérapie se trouvant dans les unités le sont après chaque utilisation.

Un guide du nettoyage des locaux très complet, mis à jour régulièrement, a été établi par l'établissement à destination des ASH et du personnel soignant. Les ASH suivent régulièrement des formations à thèmes.

En principe les familles assurent le lavage du linge, mais en cas d'impossibilité, une machine à laver et un sèche-linge, se trouvant dans un local près de la maison des usagers, sont mis à la disposition des patients accompagnés d'un soignant à charge pour eux d'acheter une pastille de lessive. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'exceptionnellement la lessive était fournie par

l'établissement. L'unité Airelles possède une machine à laver et un sèche-linge. Les patients peuvent utiliser la laverie centrale de l'établissement après marquage de leur linge.

Les draps et les serviettes de toilette sont changées au minimum toutes les semaines et plus souvent en cas de nécessité.

Des kits d'hygiène sont fournis aux personnes indigentes. Un vestiaire d'urgence présent dans toutes les unités permet de pallier le manque de linge à l'arrivée.

Les patients se rendent chez le coiffeur à l'extérieur mais en cas d'impossibilité un coiffeur se déplace dans l'établissement.

6.3 DE FREQUENTES PERIODES DE SUR OCCUPATION, GERES LE PLUS SOUVENT DANS L'INTERET DU PATIENT

Le taux d'occupation moyen des unités de Bourgoin et de Vienne, déjà important en 2017 (97,73 %), s'est accru en 2018 (98,03 % durant les six premiers mois), l'unité Hortensias connaissant des taux supérieurs à 100 %. Le premier jour de la visite, cette unité hébergeait d'ailleurs vingt-sept patients pour vingt-cinq lits, et l'unité Bleuets vingt-six patients pour vingt-cinq lits. L'unité de réhabilitation des Airelles connaît quant à elle un mouvement inverse (taux de 91 % en 2017 contre 87 % en 2018).

Le rattachement de deux unités de Vienne a manifestement contribué à la tension sur les lits des unités berjalliennes pour les raisons déjà évoquées (cf. § 3.1). La difficulté de trouver des solutions d'aval, comme la longueur des procédures des soins sans consentement, peuvent constituer d'autres explications. Comme ailleurs, les durées moyennes de séjour (DMS) sont plus importantes pour les patients sans consentement que pour les autres. En 2017, la DMS des unités de Bourgoin-Jallieu était de dix-neuf jours en moyenne mais de trente-deux jours pour les personnes en soins à la demande d'un tiers et de quarante-quatre jours pour celles internées sur décision du représentant de l'Etat. Une légère diminution des durées moyennes de séjour s'observe de 2017 à 2018 aux Bleuets et aux Airelles.

Cette pression permanente sur les lits oblige les équipes à une gestion attentive du flux d'arrivée qui s'effectue cependant toujours avec la préoccupation de l'intérêt du patient et de son état clinique. Les procédures de gestion des chambres peuvent être résumées ainsi :

- le principe est l'attribution d'une chambre d'hébergement pour chaque patient : les chambres d'isolement ne sont ainsi pas comptées dans la capacité d'hébergement des unités. Pour cette raison, les chambres ne sont pas gérées dans le logiciel Cariatides : l'appli contraint, en effet, dès lors que le patient n'occupe plus sa chambre pour diverses raisons (permission de sortie, isolement, hospitalisation séquentielle pour un programme de soins) à la déclarer vacante ;
- les chambres simples, à occupation double, sont les premières à accueillir un patient en surnombre. Il a été noté que dans celles-ci, le mobilier n'est pas doublé sauf exception, pas plus que les rangements dans la salle d'eau. Les deux patients qui occupent cette chambre sont donc hébergés dans des conditions de confort moindres que les patients accueillis dans les autres chambres ;



Chambre double



Chambre simple à occupation double

- si le patient est en isolement, l'unité lui garde sa chambre d'hébergement mais peut l'attribuer à quelqu'un d'autre, à charge pour l'équipe de retrouver une chambre libre à la sortie d'isolement. Si le patient doit sortir de l'isolement et qu'aucune chambre de l'unité n'est libre, l'équipe en charge convoque une réunion de crise en visioconférence avec les médecins et cadres des autres unités de Bourgoin-Jallieu et de Vienne pour trouver une solution : transfert de certains patients dans d'autres unités (les hospitalisations hors secteur représentent 20 % des journées de l'ensemble de l'hôpital), sorties de patients lorsque leur état ne nécessite plus d'hospitalisation complète. Les chambres attribuées à des patients en hospitalisation séquentielle peuvent être également occupées par plusieurs patients sur la semaine ;
- le mode le plus dégradé conduit, *in fine*, à placer les patients dans les chambres d'isolement qui, utilisées pour un hébergement temporaire, restent ouvertes.

RECOMMANDATION 7

Les chambres d'isolement ne doivent jamais être utilisées comme chambre ordinaires, même en laissant la porte ouverte.

La directrice a émis une longue observation quant à cette recommandation, dont le contenu n'a pas particulièrement rassuré les contrôleurs, notamment dans sa première phrase :

« La décision d'utilisation d'ESPI en chambre ouverte est prise dans des situations d'urgence à la demande et sous la pression des services extérieurs (urgences, forces de l'ordre, etc.). Il s'agit de situations très rares, dans lesquelles le fait de ne pas accueillir le patient pourrait lui faire courir un danger imminent (par exemple patient suicidaire). Il s'agit d'une pratique qui n'est pas inscrite et qui ne doit pas être inscrite dans le fonctionnement habituel de l'établissement et dont la responsabilité est prise par l'administrateur d'astreinte après avis du psychiatre d'astreinte et du cadre d'astreinte. Ce point fera l'objet d'une discussion en CME et d'une note d'information. »

Dans ce contexte, le système de la chambre de dégagement (cf. *infra*, § 8.1) ne peut que rarement être mis en œuvre. Par ailleurs, des solutions plus extrêmes encore ont eu cours à une époque

pas si ancienne : en 2017, faute de place, des patients ont été hospitalisés dans un bureau à trois reprises¹⁴.

6.4 DES PLACARDS FERMANT A CLEF, PERMETTANT AUX PATIENTS DE CONSERVER TOUTES LEURS AFFAIRES PERSONNELLES

Les procédures d'inventaire des biens des patients à l'arrivée sont homogènes selon les unités : inventaire contradictoire complet et signé à l'arrivée, retrait uniquement les objets coupants (ciseaux, couteaux miroirs, lacets et ceintures n'étant pas retirés), proposition de dépôt des petites valeurs et des papiers d'identité dans les tiroirs-casiers du bureau infirmier. Pour les objets précieux ou les sommes importantes, il est conseillé de recourir au coffre de la comptabilité (fermé le week-end).

Les patients disposent dans leur chambre d'un placard à clé qu'ils conservent sur eux, suspendue parfois à des bracelets ou des colliers confectionnés avec des gazes par les soignants. Lorsque la clé est perdue, le service de maintenance est sollicité pour la remplacer. Sur la base des principes de liberté et de responsabilité, les patients ont donc la possibilité de conserver leurs objets personnels dans les chambres.

Les stupéfiants (cf. *supra*, § 5.1) et l'alcool circulent dans l'établissement même si ces produits sont interdits. Dans les deux cas, les produits sont saisis conformément à ce que prévoit le règlement intérieur. Les stupéfiants sont remis à la directrice juridique qui les conserve dans un coffre et les remet ponctuellement aux forces de l'ordre. L'alcool peut, selon les unités, être détruit – si possible par le patient sur injonction des soignants, remis à la famille ou conservé dans les tiroirs-casiers des patients dans le bureau des soignants.

6.5 UNE QUALITE DES REPAS DIVERSEMENT APPRECIEE

Les repas sont préparés par la société *Restalliance*, prestataire de service, en liaison froide dans une cuisine centrale située à Saint-Clair-de-La-Tour (Isère). Une salariée de l'entreprise reçoit, dans la cuisine de l'établissement, les plats en bacs gastronormes, vérifie s'ils correspondent à la commande et les met dans la chambre froide. Ils sont ensuite disposés dans les chariots « chaud-froid » et apportés dans les unités.

Les repas sont pris dans la salle à manger de chaque unité, claire et spacieuse, en présence de deux soignants ; les patients se placent à leur convenance. Un repas peut être servi dans la chambre sur prescription médicale.

Le petit déjeuner, servi à partir de 8h, comprend café, cacao, thé ou tisane ainsi qu'une tartine de pain et de la confiture ; durant le week-end, les patients se voient en outre proposer du miel et de la pâte à tartiner. Le déjeuner est servi à 12h, une collation à 16h, le dîner à 19h et une tisane est offerte dans la soirée. Dans toutes les unités des distributeurs de boissons permettent de se procurer du café, du thé, du lait et de la soupe moyennant le paiement de la somme de 0,50 euro.

Les régimes alimentaires spécifiques déclarés à l'arrivée du patient ou ultérieurement sont pris en compte par *Restalliance* ; ils comprennent des menus végétariens, sans porc, hypocaloriques et pour les diabétiques, qui sont servis en barquettes.

¹⁴ Source : rapport 2017 du CREX



Salle à manger d'une unité

Des repas thérapeutiques sont organisés une fois par semaine ; les patients désignés y consacrent leur matinée en élaboration du menu, courses et préparation du repas ; ils peuvent inviter une personne – soignant ou personne hospitalisée – pour partager ce moment. En dehors de ce temps particulier, les soignants ne partagent pas le repas avec les patients. La configuration des locaux ne le permet pas : la salle ne peut accueillir que vingt-six personnes assises.

L'entrée de denrées périssables est autorisée si les produits sont consommés immédiatement (sauf aux Bleuets où ils ne sont jamais autorisés) ; les patients peuvent avoir des denrées non périssables qu'ils entreposent dans le placard de leur chambre fermé à clés ; ils peuvent grignoter dans leurs chambres.

Les appréciations données par les patients sont très diverses ; certains trouvent que la nourriture n'a aucun goût et est en quantité insuffisante, d'autres n'émettent aucune plainte particulière et même apprécient la qualité des plats. Le bilan 2017 des questionnaires de satisfaction – même s'il n'est qu'indicatif du fait du faible nombre de répondants – fait apparaître que 28 % des patients trouvent « très bonne » la qualité des repas et 52 % « bonne » ; la quantité des repas est jugée « très bonne » par 32 % et « bonne » par 48 % d'entre eux.

Les réclamations remontent au comité de liaison alimentaire et nutrition (CLAN) – qui se réunit trois ou quatre fois par an – par l'intermédiaire du cadre de santé ; les comptes rendus des réunions sont diffusés sur l'intranet commun de l'établissement ; la diététicienne de *Restalliance* participe à ces rencontres et peut transmettre des sujets de préoccupation au prestataire qui l'emploie.

La direction de l'ESMPI se dit peu satisfaite du prestataire cuisine. L'établissement a confié à la société « *Arcole Expertise* » un audit portant sur le rapport entre la qualité des prestations fournies par *Restalliance* et leur prix. Une réunion a eu lieu début décembre 2018 entre la direction et des représentants de *Restalliance* ; le prestataire a pris des engagements portant notamment sur l'amélioration de la qualité des repas fournis.

Il doit être précisé enfin qu'il n'existe pas de cafétéria sur le site berjallien de l'ESMPI. Celle-ci, gérée par l'unité Airelles, a fermé il y a quelques années. Selon la direction, l'ambiance y était devenue lugubre et la fréquentation était en berne. Certains soignants des Airelles refusaient d'y assurer une présence.

6.6 LA SEXUALITE : UN SUJET QUI N'EST PAS PARTICULIEREMENT INVESTI MAIS NE FAIT PAS L'OBJET D'INTERDITS

Dans l'ensemble des unités, les approches professionnelles en matière de sexualité des patients sont identiques :

- « laisser-faire » en cas de rapprochement, les équipes considérant qu'il s'agit de la liberté de chacun : un couple s'est d'ailleurs formé aux Airelles. Les soignants regrettent par ailleurs l'absence de verrou de confort dans les chambres ;
- vigilance lorsque la situation concerne des personnes vulnérables.

Cependant, certains cadres expriment de l'embarras face à un sujet qui ne fait pas l'objet de réflexion institutionnelle.

Il n'y a pas de préservatifs dans les unités et les médecins n'en distribuent pas. Aux Airelles, la contraception peut être regardée avec le patient par le médecin généraliste à l'arrivée et tous les ans. Un suivi gynécologique peut être proposé (Airelles, Bleuets). De façon générale, Il n'y a pas, en la matière, de répartition des rôles entre les psychiatres et les médecins généralistes.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit mener une réflexion institutionnelle sur toutes les questions relatives à la sexualité des patients, en prenant en compte le principe de la liberté sexuelle, la nécessaire protection des patients les plus fragiles et aussi les impératifs de santé publique. Le comité d'éthique doit s'en saisir également.

La directrice a indiqué, dans sa réponse au rapport provisoire, que le comité d'éthique allait se saisir de ce sujet et proposer une publication en 2020.

7. LES SOINS

7.1 UNE PARTICIPATION A L'ADMISSION AUX URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER PIERRE OUDOT, MAIS AVEC UN ACCUEIL INADAPTE

L'ESMPI ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission s'effectue à 90 % par les urgences du centre hospitalier Pierre Oudot (CHPO) situé quelques centaines de mètres et à 10 % par des entrées directes dans les services. La plupart des patients en SSC transitent aux urgences du CHPO où ils bénéficient d'un examen somatique initial. Les contrôleurs se sont déplacés au CHPO et des recommandations en sont issues, figurant dans le présent paragraphe. Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur général de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes a tenu à préciser que « *cet établissement a une autorisation d'accueil des urgences, mais n'a pas d'autorisation de psychiatrie générale ni de missions de soins sans consentement* ». Les contrôleurs estiment néanmoins qu'il était tout à fait pertinent qu'ils s'y transportassent, à la fois au regard de l'intérêt d'observer les prises en charge dans leur continuité, des témoignages recueillis à l'ESMPI sur l'accueil des patients – y compris en soins sans consentement – aux urgences de cet hôpital et du fait que du personnel de l'ESMPI y soit détaché.

L'ESMPI assure également, par un ensemble de moyens ambulatoires et hospitaliers la prise en charge de patients relevant d'une urgence psychiatrique et ne nécessitant pas une prise en charge somatique immédiate.

7.1.1 L'accueil en centre médico-psychologique (CMP) ou en hôpital de jour

La notion d'urgences psychiatriques est multiforme et des réponses pertinentes sont recherchées et déployées localement au sein du dispositif extra hospitalier. De manière générale, ces dispositifs – centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et centre médico-psychologique (CMP) – constituent un rôle pivot dans l'orientation des patients vers la prise en charge la plus adaptée, au plus proche de leur lieu de vie. L'ESMPI dispose de structures ambulatoires réparties sur son territoire (cf. *supra*, § 2.2). Ainsi, les personnes présentant un besoin de soins urgents en psychiatrie peuvent être également accueillies *via* ces CMP et orientées directement vers les unités de psychiatrie générale, sans passer par le service des urgences.

Il est cependant indiqué que la pénurie médicale amène certains CMP à ne plus pouvoir répondre à la demande de soins et de prise en charge primaire. Le délai moyen pour obtenir un premier rendez-vous dans un CMP (qui sera un rendez-vous infirmier) est de sept à vingt jours selon le secteur.

Le projet d'établissement 2018-2022 fait allusion, dans sa partie médico-soignante, au souhait de transformer des places d'hôpital de jour en place « d'hôpital de jour de crise », plus contenant et rapidement accessible ; il indique également le renforcement de l'accueil et de la prise en charge psychiatriques au sein des services des urgences de Vienne et Bourgoin-Jallieu, par l'augmentation du temps infirmier et la mise en œuvre de lits d'observation de courte durée. Enfin, les médecins ont indiqué aux contrôleurs que l'organisation des CMP prévoyait des tranches horaires réservées aux urgences afin de permettre un premier avis psychiatrique par un infirmier rapidement ; quelques plages y sont également réservées aux urgences par les médecins psychiatres.

7.1.2 L'accueil aux urgences du CHPO

L'ESMPI est présent aux urgences du CHPO par l'intermédiaire d'une équipe de psychiatrie de liaison constituée d'un psychiatre à 0,6 ETP et deux infirmiers temps plein. Une convention existe avec le centre hospitalier ; elle indique qu'un médecin y est présent tous les matins du lundi au samedi ; les deux infirmiers présents couvrent la période 8h30-17h30 du lundi au vendredi.

Les patients en soins sans consentement sont admis aux urgences soit par l'entrée piétons soit par l'entrée des ambulances. Ils font, comme tous les patients, l'objet d'une évaluation par l'infirmière d'accueil et d'orientation dans un petit box à l'entrée des urgences. Si un patient relève d'un avis psychiatrique, cette infirmière prévient l'équipe de psychiatrie de liaison par téléphone. L'infirmier ou le médecin alors disponible se rend aux urgences pour voir le patient. Si le patient est agité, il ne transite pas par le box d'évaluation mais est amené directement dans un box individuel.

La répartition des tâches de l'équipe de psychiatrie de liaison s'effectue chaque matin, afin de voir en entretien les patients des services de l'hôpital et aux urgences. Leurs observations sont consignées à la fois dans le logiciel Cariatides (de l'ESMPI) et aux urgences sur le logiciel DMU.

L'examen somatique est dans ce cas effectué avant l'admission à l'ESMPI.

Les locaux des urgences comportent des boxes individuels fermés, une salle collective de sept places avec rideaux de séparation et une autre salle d'attente courte (avant hospitalisation) de trois places pour des brancards. Au moment du contrôle, aucun patient ne se trouvait en attente d'hospitalisation en psychiatrie, que ce soit en box ou sur un brancard. Le service des urgences totalise 140 passages par jour en moyenne.

Il n'existe pas de lit dédié pour l'hospitalisation de courte durée des patients de psychiatrie au CHPO. L'unité d'hospitalisation de courte durée comporte quinze lits, portés à vingt lors des phases de tension, et accueille si besoin les patients de psychiatrie au sein des lits existants. Ils peuvent également être pris en charge au sein d'une unité médicale d'aval des urgences de vingt-six lits, ouverte en octobre 2017 et dans laquelle le psychiatre effectue une visite quotidienne jusqu'au transfert du patient en service de psychiatrie.

Les locaux du service des urgences du centre hospitalier sont ainsi bien adaptés aux besoins des patients venant pour des soins somatiques mais sont moins adéquats à l'accueil en psychiatrie car la prise en charge implique des espaces conçus à cet effet (salle de rencontre avec les proches, chambres d'apaisement, box sans hyperstimulation).

Le service des urgences dispose d'une chambre d'isolement située au cœur du service des urgences. Cette chambre ne répond pas aux exigences qui concernent les chambres d'isolement en psychiatrie telles qu'énoncées dans les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) : elle ne dispose pas d'interphone ou bouton d'appel, ni de sanitaires, ni de point d'eau, ni d'horloge ; le patient n'a pas la possibilité d'allumer ou éteindre la lumière, ni la possibilité de sortir à l'extérieur pour fumer. La chambre comporte un lit fixé au sol et une tablette à roulettes pour manger. Le port du pyjama y est obligatoire.



Chambre d'isolement des urgences



Porte de la chambre

Selon le directeur général de l'ARS d'Auvergne-Rhône-Alpes dans sa réponse au rapport provisoire, cette chambre « utilisée par les urgentistes n'est pas une chambre d'isolement et il relève des recommandations de la société française de médecine d'urgence (SMFU). Les recommandations de bonnes pratiques de la haute autorité de santé relatives à l'isolement et à la contention en psychiatrie générale ne s'y appliquent donc pas ». **Ce n'est pas l'avis des contrôleurs.** Au-delà de sa dénomination (« isolement » est écrit en gros caractère sur sa porte), l'usage de cette chambre au CHPO obéit aux mêmes motifs qu'un placement en chambre d'isolement tel qu'il est pratiqué en psychiatrie, notamment en unité d'admission. Cette situation n'est pas anormale : les services d'urgence participent bien, même en droit, à la chaîne de prise en charge d'un patient en psychiatrie. Ainsi l'article L. 3222 du code de la santé publique prévoit que les services d'urgence peuvent prendre en charge, quarante-huit heures au plus, des patients en SSC avant de les orienter vers une structure agréée. Même si ces établissements ne sont pas nommément visés dans les recommandations de la HAS, il semble naturel que ces dernières constituent un guide utile aux structures d'urgence pratiquant pour certains patients des mesures d'isolement et de contention, comme c'est le cas au CHPO. Au surplus, les recommandations de 2004 de la HAS, issues de la conférence de consensus, relatives à la liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, trouvent directement à s'appliquer au CHPO¹⁵. **Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.**

RECOMMANDATION 9

La chambre d'isolement du centre hospitalier Pierre Oudot doit permettre le respect des droits fondamentaux dans leur conception et leur utilisation.

L'organisation propre au service des urgences conduit le chef de service des urgences ou ses praticiens à décider la mise en isolement de patients, sans solliciter la validation du psychiatre.

Le protocole, daté du 9 septembre 2015, indique que la « prescription médicale de la contention » est faite par l'urgentiste et doit être renouvelée au bout de vingt-quatre heures (la conduite à

¹⁵ Haute autorité de santé, avec la participation de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et de la fédération hospitalière de France (FHF), 24 et 25 novembre 2004

tenir indique quant à elle douze heures) ce qui ne répond pas aux exigences réglementaires actuelles puisque seul un médecin psychiatre peut décider la mise en chambre d'isolement et s'assurer de l'application des bonnes pratiques d'isolement voire de contention. La directrice de l'ESMPI, dans sa réponse au rapport provisoire, a tenu à expliquer que « *la décision de mise en isolement aux urgences est prise dans la quasi-totalité des situations bien avant que le diagnostic puisse avoir été posé et pour des raisons de sécurité. Souvent aucune pathologie psychiatrique n'est à l'origine des raisons qui ont déterminé la mise en isolement (encéphalites, intoxications aiguës, empoisonnement, pathologies somatiques en phase de décompensation aiguë, etc.)* ». Ces éléments ne correspondent pas complètement avec les témoignages recueillis sur place ; s'ils étaient exacts, ils constitueraient d'ailleurs d'autres sujets de préoccupation.

RECOMMANDATION 10

Les décisions de placement en chambre d'isolement aux urgences du centre hospitalier Pierre Oudot doivent être prises par un médecin psychiatre.

Un registre pour l'isolement et la contention a été mis en place mais au moment du contrôle il n'était pas renseigné de manière exhaustive et aucune durée d'isolement et de contention n'a pu être retrouvée. De même la décision médicale est inscrite dans le dossier DMU mais sans mention d'heure ni de durée ; cette décision est associée à une surveillance infirmière systématique.

Ce registre indique qu'onze personnes ont été placées en chambre d'isolement durant les dix premiers jours de janvier 2019, dont un avec contention de trois heures et demie.

Le directeur général de l'ARS a précisé dans ses observations que ce registre « *n'est pas une obligation pour cet établissement car il n'a pas été désigné pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du 1° de l'article L. 3222-1* » du code précité, reprenant ses arguments évoqués plus haut. Le CGLPL estime quant à lui que ce texte doit être interprété de façon extensive. L'esprit de la loi de 2016 ayant créé ce registre n'est pas d'imposer à tel ou tel type d'établissement de santé un registre statistique de plus, les autres pouvant s'en dispenser. Il s'agit surtout de doter l'ensemble des services qui enferment ou contiennent des patients relevant de soins psychiatriques d'un outil leur permettant d'évaluer leurs pratiques et d'y réfléchir de façon pluridisciplinaire. L'objectif final doit demeurer, à l'ESMPI comme au CHPO, la mise en œuvre d'une politique de moindre recours à l'isolement. Les soignants du CHPO l'ont bien compris puisqu'ils ont mis en œuvre un tel registre : il est simplement mal renseigné, faute sans doute d'avoir obtenu des explications adaptées sur le sens de ce nouveau dispositif.

RECOMMANDATION 11

Le registre spécifique de l'isolement et de la contention doit être rempli de manière exhaustive aux urgences du centre hospitalier Pierre Oudot. Les données de ce registre doivent faire l'objet d'une analyse des pratiques visant à l'amélioration de la prise en charge.

En termes d'activité, l'équipe de psychiatrie de liaison positionnée au sein du CH Pierre Oudot a pris en charge 1 351 patients en 2018 à travers la réalisation de 2 186 actes (dont 1 864 actes infirmiers et 1 246 actes médicaux). En 2017, 1 168 patients avaient bénéficié de 1 899 actes (dont 1 284 actes médicaux et 1 093 actes infirmiers). Il n'y a pas d'équipe mobile chargée d'une évaluation à domicile.

L'équipe de psychiatrie de liaison dispose de bureaux à proximité des urgences : un local pour la secrétaire, un bureau médical, un bureau pour l'IDE et un autre bureau partagé entre l'IDE et la gériatrie.

7.1.3 L'admission au sein des unités

Une fois admis au sein de l'ESMPI, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre dans les heures qui suivent et toujours dans les vingt-quatre heures. S'il est examiné durant la garde par un somaticien ou un psychiatre n'ayant pas la plénitude d'exercice, le praticien senior ne vient pas secondairement valider les décisions médicales prises.

Des soignants ont rapporté certaines difficultés concernant des entrées en unité *via* les urgences en dehors des moments de présence du psychiatre au CHPO. Ces hospitalisations sont alors moins préparées et plus souvent directement sous une forme contrainte y compris en chambre d'isolement.

Le praticien enregistre ses observations médicales dans la logiciel Cariatides ainsi que ses prescriptions.

7.2 DES PRISES EN CHARGES MEDICALES PERTINENTES DANS UN CONTEXTE DE PENURIE DE PSYCHIATRES

7.2.1 Les pratiques psychiatriques

Il est apparu aux contrôleurs, au regard des données recueillies et des observations faites dans les unités de soins, que l'ensemble des équipes soignantes et médicales étaient mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante.

a) Le dispositif ambulatoire

L'établissement a su mettre en place des structures extra hospitalières permettant d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins des patients sans recours systématique à l'hospitalisation : CMP, CATTP, hôpitaux de jour, avec une bonne articulation avec les services d'hospitalisation complète. Ces réponses de proximité tentent, mais avec peu de succès, d'éviter l'hospitalisation et le recours aux mesures de soins sous contrainte, avec les difficultés de primo prises en charge dans certains CMP. Par ailleurs, les équipes soignantes préparent la sortie des patients en lien avec ces structures extra hospitalières. L'ESMPI dispose à cet effet de dix places en appartements thérapeutiques renforcés – dit foyers thérapeutiques – avec présence soignante permanente, quinze places en appartement thérapeutique classique et six places en appartement de transition au sein desquels les soignants passent une à deux fois par semaine.

Il n'en demeure pas moins que, malgré ces dispositifs ambulatoires et dans un contexte départemental très sécuritaire¹⁶, **le taux d'hospitalisation sous contrainte est particulièrement élevé dans cet établissement.**

b) Le projet de soin et les pratiques

A ce jour, l'établissement dispose d'un projet médico-soignant 2018-2022 cohérent porteur de valeurs et d'une culture partagée lui permettant d'arbitrer face aux injonctions paradoxales inhérentes à ses missions : sécurité *versus* liberté, attentes du personnel *versus* besoins des

¹⁶ V. également, sur ce point, le rapport de visite du centre hospitaliser Alpes-Isère

patients. Un collège médico-soignant se réunit tous les quinze jours afin de travailler les projets institutionnels, dont le nouveau projet médical intégrant la prise en charge des secteurs de Vienne. Ce collège est composé du président de la CME, du médecin-chef de pôle, de deux cadres supérieurs de santé, du directeur des soins infirmiers, et du cadre gérant les travailleurs sociaux. Un collège élargi à toutes les professions de l'établissement (appelé grand collège de l'établissement), présidé par la directrice, se tient quant à lui toutes les six semaines et assure l'interface du projet médical avec les impératifs administratifs et logistiques, avant de proposer les projets en CME qui se tient tous les mois.

Seule l'unité des Airelles a rédigé un projet d'unité en août 2017. Ce projet indique que les demandes d'admission émanant des autres unités sont présentées en « collège médical intra ». Le projet inscrit les activités thérapeutiques dans le soin et aborde la réunion soignants-soignés.

Les pratiques sont assez diversifiées d'un service à l'autre même si les protocoles sont communs sur l'ensemble des unités. Les écoles de pensées sont riches et éclectiques, abordant les thérapies familiales, cognitivistes et comportementalistes, et un véritable travail en collège médical est réalisé chaque semaine pour partager une réflexion sur les situations difficiles rencontrées.

BONNE PRATIQUE 7

Des réunions hebdomadaires permettent aux médecins psychiatres d'échanger et de partager sur les cas cliniques posant difficulté.

Lors de leur visite dans les unités, les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient régulièrement d'entretiens avec un médecin psychiatre en dépit de leur faible nombre. Les traitements sont régulièrement revus et ajustés. Ces entretiens se font toujours avec les infirmiers. Une convention avec le CH du Vinatier à Lyon permet, si indication, la prise en charge par sismothérapie.

La continuité des soins est assurée de 8h à 20h sur l'ensemble du site par tous les médecins à tour de rôle du lundi au dimanche, joignables sur un numéro constant. La garde de nuit est ensuite assurée par des somaticiens de 20h à 8h, un psychiatre étant d'astreinte en second niveau. Ce psychiatre vient effectuer une présence physique aux urgences du CH Pierre Oudot le samedi matin jusqu'à 13h.

Le projet médical comporte l'instauration d'hospitalisations séquentielles au décours d'une hospitalisation complète, pouvant faire partie du programme de soins d'un patient placé en SSC. Un à deux lits sont réservés dans chacune des unités d'admission à cette fin, ces hospitalisations séquentielles durant une à deux nuits par semaine. Les patients bénéficient dans ce cas d'une prise en charge de jour, la veille et le lendemain de la nuit passée dans l'unité.

BONNE PRATIQUE 8

Les patients en sortie d'hospitalisation complète peuvent bénéficier de programme de soins intégrant des hospitalisations séquentielles d'une à deux nuits par semaine.

Les demandes de sortie validées par le psychiatre sont régulières, adressées au préfet pour les patients en SDRE et à la directrice pour les autres patients en SSC. Il a été noté, pour les SDRE, que les refus du préfet étaient souvent non motivés, l'autorité préfectorale se bornant à renvoyer

la demande revêtue d'un « non » manuscrit, sans autre explication. Au-delà de l'incompréhension des patients et de la difficulté pour les soignants d'expliquer une décision aussi peu argumentée, les contrôleurs rappellent que la loi du 26 janvier 2016 prévoit désormais que le refus du préfet soit motivé (article L. 3211-11-1 du code de la santé publique).

RECOMMANDATION 12

Lorsque le préfet refuse l'autorisation de sortie d'un patient en soins sur décision du représentant de l'Etat, sa décision doit être motivée, *a minima* pour qu'elle puisse être expliquée au patient.

Les soins psychiatriques sont dépendants de la pratique et de la présence des psychiatres. Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement dans toutes les unités. Les projets de soins infirmiers demandent néanmoins à être alimentés par une réflexion en équipe pluridisciplinaire et à être étayés par des références médicales solides. Or dans certaines unités, le *turn-over* des médecins ou leur absence nuisent à la construction de véritables équipes aguerries, rassurées et solidaires, mettent à mal la prise en charge sereine des patients et limitent l'expression des potentiels thérapeutiques des équipes.

Enfin, des réunions soignants-soignés se tiennent chaque mois aux Airelles et aux Hortensias ; les réunions des Airelles sont animées par une psychologue et une participation de deux tiers des patients y est constatée. Deux à quatre patients sont présents aux réunions de l'unité Hortensias. Les sujets sont choisis par les patients. Aux Airelles, la psychologue écrit une synthèse des débats très détaillée dans un cahier spécifique que les contrôleurs ont pu consulter. Aux Hortensias, le psychologue n'établit pas de synthèse mais fait un retour régulier de la teneur des débats, notamment lors de la réunion clinique de l'unité.

c) La place des patients en « séjours inadéquats »

Quelques patients demeurent hospitalisés à l'ESMPI depuis de nombreux mois voire années. Moins de cinq situations ont été rencontrées par les contrôleurs montrant des patients qui, ayant une orientation par la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), attendent leur sortie en maison d'accueil spécialisé ou foyer d'accueil médicalisé. Les délais d'attente sont très importants (plusieurs années).

Pour ces patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Cependant, une réflexion gagnerait à être conduite sur le mode de prise en charge qui demeure, à ce jour, centré sur des schémas encore très hospitaliers y compris dans les placements en chambre d'isolement. L'établissement doit apporter des réponses plus adaptées aux besoins des personnes concernées, avec un accent mis sur l'éducatif autant que sur le soin.

d) Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités occupationnelles proposées aux patients associent la télévision, quelques jeux de société rangés dans une armoire, quelques livres dans un ancien réfrigérateur à côté de la maison des usagers et dans certaines unités, un baby-foot et une table de ping-pong à l'extérieur. Des distributeurs de friandises et boissons sont disponibles dans toutes les unités mais sans être situés dans des espaces suffisamment conviviaux pour constituer un lieu de vie.

Les soignants parviennent de temps en temps à stimuler les patients sur ces activités. Toutes les unités disposent de deux salles télévision. Les patients ont accès à la télécommande, et peuvent choisir leur programme jusque 23h. Les patients ont également accès chaque jour au journal *le Dauphiné libéré*.



Baby-foot



Armoire avec jeux de société



Salle de télévision

Les activités thérapeutiques, pourtant variées, ne sont pas suffisamment proposées aux patients qui ne les connaissent pas toutes ; il est d'ailleurs indiqué que ce sont les soignants qui proposent les activités en fonction des possibilités du personnel. La démarche ne vient ainsi pas du patient dans le cadre d'un projet de soin co-construit avec lui et intégrant les activités comme en en faisant totalement partie. Beaucoup de ces activités ne sont pas prescrites par le médecin en ce sens. Les soignants confirment ce positionnement en priorisant les activités dans l'unité où les patients restent longtemps (Airelles) et considèrent que dans les unités d'entrée, l'activité risque de freiner la sortie des patients. Un risque de « chronicisation » a été plusieurs fois évoqué à cet égard.

Pour autant, les activités proposées sont importantes : sport le jeudi, randonnées, repas thérapeutiques une fois par semaine pour deux soignants et trois patients en moyenne, ateliers psychocorporels, atelier esthétique, activité culture et bien être, photo-langage, art-thérapie dans les unités le mercredi (six patients observés dans une unité au moment du contrôle) et dans une grande salle intersectorielle trois fois par semaine.

Les contrôleurs ont assisté à plusieurs séances et ont constaté que les patients y adhéraient.



Salle d'activité d'une unité



Salle d'art-thérapie inter-unités

L'activité « repas thérapeutique » comprend la définition d'un menu et la réalisation des courses avant de préparer le repas, avec une infirmière et une aide-soignante.

L'activité psychocorporelle développe le toucher-massage dans le cadre d'un soin infirmier relationnel.

L'activité bien-être et culture est proposée à l'unité Gentianes et a concerné huit sites en 2018 : Parc de la tête d'or, musée Mandrin, grottes de la Balme, parc des Lilattes, musée de l'aviation, planétarium, aquarium et projection d'un film. Seize patients ont bénéficié de cette activité mensuelle avec en moyenne 2,4 participations par session.

Enfin, un groupe d'activité physique et sportive permet, sur l'initiative de soignants, le développement de nombreuses disciplines (handball, basket-ball, football, tir à l'arc, pétanque, jeu de quilles, disc-golf, badminton, tennis de table, marche, athlétisme, cross) par un cadre de santé et dix référents (sept IDE et trois aides-soignants) répartis entre les quatre unités. 261 patients ont participé à ces activités en 2018 lors de trente séances, avec un nombre moyen de neuf participants par séance. Une IDE de l'unité Hortensias, par ailleurs diplômée « accompagnateur de moyenne montagne », organise deux randonnées chaque mois pour les patients dont l'état de santé le permet, y compris pour ceux en soins sans consentement.

L'activité se déroule le jeudi sur des créneaux de deux heures et permet une participation aux rencontres inter-hôpitaux. Cinq référents sont formés aux activités physiques et sportives en milieu sanitaire.

Cette activité est cependant freinée par le manque de disponibilité des soignants qui effectuent ces tâches dans le cadre de leur temps de travail traditionnel, et sans valorisation dans le projet de soins individualisé des patients même si les soignants renseignent régulièrement le logiciel Cariatides pour leurs observations cliniques.

Lors de la mission et malgré l'offre d'activités, variées mais souvent ponctuelles, les contrôleurs ont constaté que de nombreux patients déambulaient dans l'enceinte du bâtiment, ou patientaient assis sur un vaste banc situé dans le hall d'accueil à l'entrée de l'établissement en face de la standardiste.

RECOMMANDATION 13

Les activités occupationnelles et thérapeutiques doivent intégrer le projet de soins individualisé du patient, y compris pour les hospitalisations courtes.

7.2.2 Le travail avec les proches et la famille

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Une attention particulière est portée sur le respect des choix du patient dans la communication avec ses proches. La personne de confiance est peu impliquée lors de consultation médicale y compris dans celle préparant la sortie, mais les soignants rapportent que la personne de confiance est souvent le membre de la famille qui y assiste.

7.2.3 Les possibilités de supervision

Les équipes soignantes peuvent toutes bénéficier de séances de supervision, animées par des psychologues extérieurs. Ces séances se font sur le principe du volontariat, en équipe de douze personnes. Cette supervision est globalement perçue par le personnel comme un outil pertinent, au soutien de leur action.

Une supervision individuelle, permettant d'aborder de manière confidentielle les éventuelles difficultés professionnelles des soignants dans leurs pratiques quotidiennes, pourrait également être offerte par l'institution. Celle-ci mériterait d'être proposée à l'ensemble du personnel au contact direct avec les personnes hospitalisées (ASH, personnels administratifs, etc.).

7.3 UN ACCES AUX SOINS SOMATIQUES INCOMPLET ET INSUFFISAMMENT COORDONNE AVEC LES SOINS PSYCHIATRIQUES**7.3.1 L'accès aux généralistes et aux autres spécialités**

L'établissement dispose depuis quelques mois d'un généraliste à temps plein qui assure une prise en charge somatique régulière et un suivi médical des personnes hospitalisées. Il n'est cependant pas remplacé durant ses congés. Les personnes en soins sans consentement ne sont admises qu'après passage aux urgences du CH général où elles bénéficient d'un examen somatique par l'urgentiste.

Le médecin répartit son temps sur les différentes unités de Bourgoin-Jallieu et de Vienne du lundi au vendredi et assure, dans chacune des unités berjalliennes, trois visites hebdomadaires ainsi que le suivi des patients placés en chambre d'isolement. Les consultations de généralistes se déroulent dans les chambres des patients. L'initiative de la demande de consultation peut émaner du médecin psychiatre, des soignants ou directement du patient. Cette demande est notée dans un cahier spécifique que consulte le médecin généraliste lors de son passage. Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé Cariatides.

La prise en charge somatique apparaît cependant incomplète et insuffisamment coordonnée avec la prise en charge psychiatrique par manque de temps de somaticien ; celui-ci ne participe pas aux réunions cliniques ce qui nuit à une approche globale du patient dans l'élaboration d'un projet de soins individualisé.

RECOMMANDATION 14

La prise en charge somatique doit être totalement articulée avec les soins de psychiatrie dans le cadre du projet de soins des patients.

Par ailleurs, des prolongements aux prises en charge somatiques pourraient être recherchés afin que les patients puissent continuer leurs soins une fois sortis de l'établissement, ce que ne permet pas actuellement le temps de somaticien.

La continuité des soins somatiques est assurée par une garde de premier niveau (20h-8h) réalisée par le généraliste, l'addictologue et des urgentistes extérieurs, sur le site de Bourgoin-Jallieu. Un psychiatre est d'astreinte sur le même site ainsi que sur le site de Vienne et les urgences du CHPO. Selon les témoignages reçus, le psychiatre d'astreinte n'est pas sollicité pour valider des décisions prises la nuit par le somaticien et relevant d'un psychiatre, comme le placement en chambre d'isolement ou l'installation de sangles de contention.

Ces observations, communiquées dès la réunion de restitution, ont appelé une réaction rapide de la direction. Dans sa réponse du 9 juillet 2019 au rapport provisoire, la directrice a indiqué que ce sujet avait été mis à l'ordre du jour de la commission médicale d'établissement du 3 juillet. Désormais, les médecins non psychiatres présents la nuit ou durant le week-end font valider les mesures d'isolement et de contention au psychiatre d'astreinte.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 13

Le médecin assurant la permanence des soins somatiques et les urgences la nuit et les week-ends doit formellement faire valider les mesures d'isolement et de contention par le psychiatre d'astreinte.

L'accès à l'ensemble des autres spécialités est facilité par la proximité du plateau technique du CHPO qui propose l'ensemble des soins nécessaires. Il n'est pas rapporté de difficulté d'accès aux soins spécialisés.

Un pédicure intervient au sein de l'établissement sur prescription des médecins.

L'addictologie est prise en compte au sein de l'ESMPI par une équipe mobile d'addictologie intervenant sur Vienne et Bourgoin-Jallieu. Cette équipe est constituée d'un addictologue temps plein, aidé d'une IDE et d'un mi-temps de psychologue.

7.3.2 Les examens de laboratoire

Les prélèvements sont effectués par les IDE dans les services et acheminés vers un laboratoire privé avec lequel une convention est passée. Les résultats arrivent à la fois par courrier et par envoi informatique directement sur le logiciel Cariatides.

8. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

8.1 L'ISOLEMENT : UNE MESURE QUI N'EST PAS PRATIQUEE QU'EN DERNIER RECOURS

8.1.1 Les chambres d'isolement

L'établissement répertorie six chambres d'isolement (CI) sur le site de Bourgoin-Jallieu : deux dans chacune des unités d'entrée (Bleuets, Gentianes et Hortensias). Une des chambres est en travaux aux Bleuets. Les CI de l'établissement sont intégrées dans l'espace de soins psychiatriques intensifs (ESPI) de chaque unité.

Une autre CI est, par ailleurs, située au service des urgences du CH de Bourgoin-Jallieu (cf. *supra*, § 7.1.2).



Chambre d'isolement et ses toilettes

Ces chambres sont toutes identiques ; toutes sont suffisamment spacieuses et comportent un affichage de la date et de l'heure. Elles disposent d'un bouton d'appel fixé sur le lit du malade, accessible lors des phases d'attachement. Il n'y a pas de bouton d'appel mural. Les chambres disposent d'un patio privatif pour deux chambres, accessible par une porte située dans l'espace entre les deux chambres d'isolement amenant également à la salle de douche. Celui-ci n'est jamais en accès libre. Une règle informelle autorise une cigarette quatre fois par jour pour les fumeurs.

Aucune chambre ne permet au patient d'allumer ou d'éteindre la lumière, ni d'ouvrir la fenêtre pour l'aération, même si aucune mauvaise odeur n'a été constatée lors du contrôle. Le mobilier est uniquement constitué d'un lit fixé au sol avec matelas relevable par support amovible. Il n'y a pas de table, ni de chaise ni aucun moyen de s'asseoir à côté du patient. Dans deux unités, un espace commun aux deux chambres peut constituer un petit salon où la personne peut manger ou recevoir de la visite ; il est cependant peu utilisé.

Toutes les chambres disposent uniquement de toilettes, sans accès à la chasse d'eau et sans point d'eau. Les draps et couvertures sont identiques à ceux du reste de l'unité. Des stores permettent

l'occultation de la lumière pour la nuit. Une fenêtre donne directement sur les toilettes depuis le sas et devra être occultable. L'usage du pyjama est systématique dès l'entrée en CI.

RECOMMANDATION 15

Les chambres d'isolement doivent être dotées d'un point d'eau et il doit être possible d'entrouvrir la fenêtre. L'intimité du patient doit y être mieux préservée. Par ailleurs le port du pyjama en chambre d'isolement ne peut être systématiquement imposé ; il ne peut être décidé que par le psychiatre, sur le fondement de considérations cliniques individuelles.

La directrice a réagi comme suite à cette recommandation :

« Suite à l'article 72 [de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé], l'utilisation des ESPI est devenue pratique de dernier recours dans le cas d'un danger immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui. Les recommandations proposées semblent donc incompatibles avec l'état clinique prévu par la loi pour la mise en isolement. Si le patient peut bénéficier de ses habits et d'objet dangereux, il ne sera plus en ESPI ».

Cette déclaration de la directrice est certainement sincère. Mais sa perception de l'isolement, tel qu'il est pratiqué dans les unités berjalliennes de l'ESMPI, est battue en brèche par l'analyse du registre. L'ensemble de ces chiffres montre en effet des pratiques d'isolement assez habituelles, associées encore pour un tiers des cas à de la contention. (cf. *infra*, § 8.1.3). Dans ce contexte, la recommandation n° 14 ne peut qu'être maintenue.

La chambre d'hospitalisation du patient est en théorie conservée lors de son entrée en CI mais, comme indiqué plus haut (cf. *supra*, § 6.3), elle est parfois attribuée à un autre patient en attente de place. En outre, des entrées directes en CI peuvent s'effectuer lorsque les deux CI de l'unité d'origine sont déjà occupées ou lorsque l'unité n'en dispose pas (Airelles) ; la chambre du patient est alors conservée dans son service d'origine.

Une note de service du 28 novembre 2014 indique que l'arrêt de la mise en isolement doit pouvoir intervenir à tout moment et que deux chambres appelées « de dégagement » doivent toujours être disponibles dans chaque unité afin de permettre la sortie de la chambre d'isolement. Compte-tenu du taux d'occupation des unités berjalliennes de l'ESMPI, il est rare, en réalité, que deux chambres de dégagement soient disponibles (cf. *supra*, § 6.3).

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice a reconnu qu'il pouvait arriver que des patients soient directement admis en chambre d'isolement : *« il s'agit de décisions très rares, dans lesquelles le fait de ne pas accueillir le patient pourrait lui faire courir un danger imminent (par exemple patient suicidaire) »*. Elle précisait que *« sur ce point tout le corps médical et soignant est vigilant »*.

RECOMMANDATION 16

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

Au moment du contrôle, toutes les chambres d'isolement étaient occupées, deux mesures de contention étaient en cours.

Le matériel de contention utilisé comprend systématiquement des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles. Les sangles sont nettoyées après utilisation et rangées dans l'espace où se trouvent les CI. Des fiches techniques du 21 juillet 2008 indiquent les modalités de mise sous contention.

8.1.2 Les mesures d'isolement et de contention

L'établissement affiche clairement son souhait d'une politique de moindre recours à l'isolement et à la contention, notamment dans une note interne du 31 mai 2018. Le CPOM 2013-2018 signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé n'évoquait pas cette thématique comme objectif à atteindre par l'établissement. En revanche le projet d'établissement 2018-2022 indique l'objectif d'appliquer la politique de moindre recours à l'isolement par le développement d'une culture commune et d'une conscience aiguë des droits des patients, par la formation et le développement des compétences, par la création de salons d'apaisement avec un accompagnement soignant constant et par l'obligation de conserver la chambre de dégagement pour tout patient placé en CI.

Une commission isolement et contention pluri professionnelle existe depuis plusieurs années et s'est réunie trois fois en 2017, commission à laquelle participe le président de la CME. Par ailleurs, les praticiens de l'établissement se réunissent également tous les vendredis pour évoquer la situation individuelle des patients présents en CI à ce moment de la semaine. Des solutions alternatives peuvent y être envisagées, permettant à un patient de sortir plus rapidement de l'isolement. Il est regrettable toutefois qu'il s'agisse d'une revue de dossier à un instant donné, de sorte que la situation des patients ayant été placés en chambre d'isolement en cours de semaine, mais n'y étant plus le vendredi, n'est pas évoquée.

Outre un protocole soignant pour la mise en CI et pour la contention, un troisième concerne la prévention des maladies thromboemboliques pour les patients en chambre d'isolement, avec la recommandation de mettre le patient sous anticoagulant après quarante-huit heures de contention dans le cas où un patient ne montre pas de facteurs de risques autres que ceux générés par l'alitement et les neuroleptiques. Dans le cas où le patient présente un facteur de risque autre, la prescription d'anticoagulant avant quarante-huit heures y est conseillée. Le protocole n'indique pas que la présence de facteurs de risque devrait davantage amener à s'interroger sur une durée longue d'isolement et la contre-indication des contentions.

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

Un rapport annuel rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention en 2017 a été présenté au conseil d'administration de la fondation Georges Boissel et à la commission des usagers en mai 2018. Ce rapport rappelle le fondement juridique nouveau de l'isolement et de la contention, et donne les chiffres 2017 : 115 patients ayant fait l'objet d'un placement en isolement lors de 186 mesures, sur 343 patients faisant l'objet de soins sans consentement, et 89 contentions dont 52 dans le cadre d'une mesure d'isolement. L'isolement y est encore décrit comme « thérapeutique ». Le rapport indique uniquement une tendance à la baisse sans évoquer la réelle exhaustivité du recueil des mesures à cette période ni analyser la pratique en tant que telle. Le rapport 2017 ne détaille pas les évolutions en termes d'aménagement de locaux et n'analyse pas les événements indésirables déclarés en 2017 sur la thématique isolement/contention : contention hors CI, désaccord sur la pertinence de la mesure,

décision par un médecin non habilité, non renouvellement d'une mesure dans les temps, destructions de matériel, fugues, soins libres non régularisés.

Ces déclarations permettraient d'objectiver une bonne prise en compte de la problématique des CI par les soignants et pourraient alimenter le débat autour de l'analyse des pratiques d'isolement et de contention sur le long terme.

Une note de service du 14 décembre 2016 indique qu'au regard de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, « *l'isolement et la contention doivent faire l'objet d'une décision médicale et non d'une prescription qui ne peut émaner que d'un psychiatre. Cette décision ne peut être prise qu'en dernier recours et en cas de danger sur la personne du patient ou sur autrui.* » La note indique que le registre et la fiche « ESPI et contention » de l'application Cariatides doivent être renseignés.

Il a été indiqué que les patients placés en chambre d'isolement étaient autorisés, dans certains cas, à rejoindre les autres patients quelques heures sous la surveillance constante de soignants, notamment pour tester leur aptitude à avoir de nouveau des rapports sociaux adaptés. Selon les témoignages reçus, les patients demeurent en pyjama en pareil cas. Cela n'a guère de sens et les désigne, au contraire, comme toujours différents des autres.

Enfin, les contrôleurs ont constaté une pratique volontairement restreinte de la sédation et la recherche préférentielle du consentement aux soins thérapeutiques.

8.1.3 L'analyse du registre

La pratique de l'isolement et de la contention n'est actuellement pas analysée en termes de file active et de pratique générale par les équipes soignantes malgré l'existence d'un registre opérationnel permettant de répondre à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique et mis en place par note de service du 15 mars 2016.

Les décisions de placement en isolement et contention sont informatiquement tracées sur le logiciel Cariatides. La durée (vingt-quatre heures maximum) est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale et du renouvellement, le cas échéant, la recherche de contre-indication (oui/non), les consignes de surveillance et de sécurité ainsi que les sorties séquentielles autorisées, l'information du patient, de ses proches ou tout autre personne à prévenir, enfin, la mention « *psychiatre ou médecin inscrit à l'ordre* ».

La traçabilité d'une mise en place de contention est également complète, précisée par un protocole « contentions mécaniques », daté du 4 octobre 2018. Un second protocole, révisé le 23 novembre 2018, concerne la prise en charge en isolement ; il indique que toute mesure « si besoin » est proscrite et qu'une réunion de concertation pluri professionnelle est organisée chaque semaine pour les patients présents en CI.

L'analyse du registre mis en place a permis aux contrôleurs d'objectiver leurs constats, unité par unité.

Unité Hortensias : sur une file active de 222 patients entrés dans le service en 2018, 66 d'entre eux (soit 30 %) ont été placés en chambre d'isolement, lors de 135 mesures dont la durée a varié entre 2h30 et 23 jours (moyenne de 4,1 jours par mesure). 27 patients ont eu une contention associée lors de 50 mesures (soit 37 % des mesures d'isolement et 41 % des patients placés en isolement) ; la durée de ces contentions allait de 3 à 97 heures par mesure. 24 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres (soit 18 %).

Unité Gentianes : sur une file active de 266 patients entrés dans le service, 58 d'entre eux (22 %) ont été placés en chambre d'isolement, lors de 135 mesures dont la durée a varié de 1h à 31 jours (moyenne de 4,25 jours par mesure). 24 patients, lors de 48 mesures, se sont vus imposer en complément une contention (soit 36 % des mesures et 41 % des patients). La durée de ces contentions allait de 1 à 103 heures par mesure. 28 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient était en soins libres (soit 21 %).

Unité Bleuets : sur une file active de 290 patients entrés dans le service, 97 d'entre eux (33 %) ont été placés en chambre d'isolement, lors de 185 mesures pour des durées allant de 15 minutes à 20 jours (moyenne de 2,3 jours par mesure). 27 de ces patients se sont vus en outre imposer une contention, lors de 40 mesures (soit 22 % des mesures et 28 % des patients). La durée de ces contentions allait de 2 à 95 heures par mesure. 20 mesures d'isolement ont été initiées alors que le patient était en soins libres (soit 11 %).

Sur les trois unités, seuls deux patients ont été isolés avec contention hors chambre d'isolement en 2018 (unités Gentianes et Bleuets). Des IDE ont expliqué aux contrôleurs que cette situation n'arrivait que lorsque l'ensemble des CI du site berjallien était occupé et qu'aucune autre solution n'avait pu être dégagée face à un patient en crise. Selon eux, l'accord d'un personnel de direction est obligatoire pour attacher un patient en chambre ordinaire.

Au total, 221 patients ont été placés en CI sur une file active de 769 patients entrés dans les trois unités en 2018, soit 29 % d'entre eux. **Soixante-douze mesures de placement en CI ont été initiées pour des patients en soins libre, soit 16 % des mesures.** 138 mesures de contention ont été prises lors de 455 placements en chambre d'isolement, soit 30 %.

Les contentions de plus de vingt-quatre heures ne sont pas exceptionnelles contrairement à ce que mentionne le protocole de l'établissement qui reprend les recommandations de la haute autorité de santé.

L'ensemble de ces chiffres montre des pratiques d'isolement assez habituelles, associées encore pour un tiers des cas à de la contention. Ces pratiques sont variables selon les unités et avec des durées longues qui ne peuvent correspondre qu'aux seuls moments de crise ou de solutions de dernière extrémité. Quelques patients placés en CI ont été rencontrés par les contrôleurs et l'obligation d'attacher ces personnes n'apparaissait pas clairement. **La décision avait parfois été prise par un somaticien sans validation par le psychiatre d'astreinte.** Les contrôleurs se sont entretenus à plusieurs reprises avec un patient attaché sur son lit en chambre normale. Il avait dû déplacer son lit pour accéder au bouton d'appel mural, avait uriné dans ses draps car l'urinal était inaccessible par terre, de même qu'une bouteille d'eau sans bouchon. A aucun moment le patient n'a été violent ou agressif et il a clairement expliqué sa situation aux contrôleurs, s'excusant de se montrer dans de telles conditions.

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

RECOMMANDATION 17

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens. L'isolement et la contention ne doivent être pratiqués qu'en dernier recours, conformément aux dispositions de la loi du 26 janvier 2016, des

recommandations de la HAS et de celles du CGLPL ; elles ne doivent pas être pratiquées pour des patients hospitalisés en soins libre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le 9 juillet 2019, la directrice s'est bornée à écrire « cela va être fait », sans aucune précision sur la méthode ou les délais.

8.2 VERS UNE DISTRIBUTION DES MEDICAMENTS EN CHAMBRE ?

La pharmacie est gérée au sein de l'ESMPI par deux pharmaciennes (0,6 ETP) et deux préparatrices (1,8 ETP). Le contrôle des prescriptions est réel et réactif.

La pharmacie à usage interne livre chaque semaine les médicaments dans les unités, préparés par spécialité dans un chariot (sauf pour les Airelles où les médicaments sont livrés par patient et par mois) et les infirmiers préparent chaque nuit les piluliers du lendemain. La distribution des médicaments s'effectue individuellement au sein de la salle de soins infirmiers où se trouve la pharmacie, salle qui est fermée à clef. Sans que cela soit systématique, les patients forment souvent, pendant la distribution, une file indienne dans le couloir devant cette salle. Un chariot avec écran informatique, où se lit la prescription, permet une ultime vérification lors de la dispensation.

La possibilité d'une distribution individuelle dans la chambre du patient devra être évoquée car cette dispensation reste un soin essentiel dans la prise en charge du patient, un moment de dialogue entre la personne soignée et le soignant, l'opportunité d'une éducation thérapeutique individualisée et la recherche d'un consentement éclairé aux soins.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit plusieurs fois par an. Son fonctionnement est cependant freiné par l'absence fréquente des deux médecins. La réunion du 20 septembre 2018 avait à l'ordre du jour un travail sur le nombre d'erreurs médicamenteuses déclarées trop faible au sein de l'ESMPI.



Chariot à médicament permettant la dispensation en salle de pharmacie d'une unité

8.3 UN ETABLISSEMENT OU LES MALTRAITANCES SEMBLENT INEXISTANTES MAIS DANS LEQUEL AUCUNE POLITIQUE DE REDUCTION DES VIOLENCES N'EST MISE EN ŒUVRE

8.3.1 Les maltraitances

S'agissant d'éventuelles maltraitances des soignants envers les patients, aucune situation n'a été portée à la connaissance des contrôleurs. Le rapport d'activité 2017 est muet sur la question. La directrice adjointe en charge des relations avec les usagers a indiqué n'avoir pas été saisie à ce sujet ces dernières années par les patients, ceux-ci faisant mention, tout au plus, de « maladresses » de certains soignants. Quant à la directrice des ressources humaines, elle a signalé deux affaires récentes sur le site de Vienne, mais aucune sur le site berjallien.

La directrice a par ailleurs communiqué à tout le personnel une charte de la bientraitance, propre à l'ESMPI, en complément de la charte nationale du patient hospitalisé. Celle-ci se décline en sept thèmes : respect des libertés, information adaptée, intimité et dignité, respect des croyances et des valeurs, confidentialité des informations, recueil de l'expression des patients, quotidien des usagers. Il s'agit d'un document récapitulatif, court et pédagogique.

8.3.2 Les violences

Des agressions ou des menaces sont commises, en revanche, entre patients ou sur le personnel. Il est difficile d'en obtenir des chiffres fiables et d'en mesurer l'évolution. Le signalement de celles-ci est opéré par fiche d'événement indésirable (EI), mais tous les incidents ne sont pas nécessairement signalés. Par ailleurs, la culture du signalement n'est pas la même d'une unité à l'autre. Ainsi les unités Bleuets et Gentianes signalent un grand nombre d'EI (entre quarante et cinquante chaque année) alors que les unités Hortensias et Airelles en signalent très peu (moins de dix chaque année)¹⁷. Les fiches d'EI sont analysées par la responsable qualité et gestion des risques.

Les contrôleurs ont consulté les quatre derniers bilans trimestriels des signalements d'EI. Ceux-ci sont établis sur une période de trois mois glissants en prévision des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), également trimestriels. Les bilans des deux premières périodes¹⁸ font apparaître le nombre de violences verbales ou physiques d'un patient sur un personnel d'une part, et le nombre de violences physiques d'un patient sur un autre patient d'autre part. Mais le bilan des deux dernières périodes¹⁹ ne fait mention que des violences d'un patient contre un personnel. La disparition récente des violences entre patients dans le bilan trimestriel des signalements d'EI est liée à une consigne de la directrice des ressources humaines qui souhaite ne recenser que les incidents en lien direct avec les conditions de travail, puisque ce bilan est essentiellement destiné au CHSCT. Si les contrôleurs en comprennent la logique, ils ne peuvent que déplorer que les statistiques des violences entre patients ne soient maintenant disponibles que sur demande, et non plus communiquées dans des bilans réguliers à l'ensemble de l'encadrement. Quant au bilan annuel des signalements pour 2017, il ne fait pas le tri entre les violences entre patients et les violences des patients à l'encontre des soignants.

¹⁷ Source : Rapport d'activité 2017 du service qualité, p. 9

¹⁸ 29 novembre 2017 au 19 février 2018 (en vue du CHSCT du 9 mars), et 19 février 2018 au 18 juin 2018 (CHSCT du 29 juin)

¹⁹ 18 juin au 7 septembre (CHSCT du 21 septembre), et 7 septembre au 7 décembre (CHSCT du 14 décembre)

Les contrôleurs ont néanmoins réussi à obtenir le nombre de signalements d'EI concernant les violences physiques entre patients : il serait passé de quatre en 2017 à seize en 2018 sur l'ensemble de l'ESMPI, soit une hausse de 400 %.

Quant aux violences verbales ou physiques des patients à l'encontre du personnel, elles s'établissent à cinquante-huit sur la période des quatre derniers bilans trimestriels, auxquelles il faut ajouter quatre « violences d'un enfant sur personnel avec blessure » et une « violence de personne extérieure ». Là encore ces chiffres concernent l'ensemble des sites de l'ESMPI, en intra comme en extra hospitalier. La nature et la gravité des violences ne sont pas connues. Par ailleurs il n'a pas été possible de savoir combien d'entre elles se sont traduites par un accident de travail : le bilan social ne fait pas état des accidents de travail liés à une agression. Pour autant, les agents agressés font l'objet d'un accompagnement institutionnel : l'ESMPI propose et finance un suivi psychologique et des séances d'ostéopathie.

Un tableau recensant l'ensemble des signalements de violences commises par les patients contre les soignants en 2018 a pu être communiqué à la demande des contrôleurs : il fait apparaître cinquante-neuf actes, dont quatorze (soit 24 %) sur le site berjallien : huit aux Gentianes, cinq aux Bleuets, un aux Hortensias et aucun aux Airelles. Douze de ces violences constituaient des violences physiques. D'après le tableau transmis, six d'entre elles ont été inscrites à l'ordre du jour d'un CREX en 2018. Malheureusement le rapport d'activité du CREX pour 2018 n'était pas encore établi lors de la mission. Quant à ce rapport d'activité pour 2017, il ne mentionne ni le nombre de violences contre un personnel ni les enseignements et actions correctives qu'il est possible d'en tirer. Il déplore en revanche qu'aucun médecin n'ait participé aux réunions du CREX en 2017 et que le nombre des analyses approfondies soit insuffisant.

La violence des patients demeure pourtant un sujet récurrent dans les unités berjalliennes, comme en atteste le fait que « la violence dans l'établissement » ait été mise à l'ordre du jour de deux CHSCT récents²⁰, le sentiment de peur de certains soignants déjà évoqué ci-dessus (cf. *supra*, § 5.1.1) et plusieurs documents évoquant des mesures à prendre en la matière.

Ainsi le rapport d'activité du CREX pour 2017 évoque-t-il l'élaboration d'un « *formulaire spécifique sur les violences de patients* », qui n'a pas été transmis aux contrôleurs. Le bilan des signalements d'EI du deuxième trimestre 2018 mentionne la création d'un « *observatoire de la violence* » ; celui du troisième trimestre parle quant à lui d'un groupe de travail sur la violence. En réalité ces deux dernières actions n'étaient pas engagées lors de la mission de janvier 2019 : les médecins et les directrices adjointes rencontrées sur le sujet n'ont évoqué ni l'observatoire de la violence ni un groupe de travail en la matière. La directrice des ressources humaines, qui a pris ses fonctions huit mois avant la mission, concédera d'ailleurs aux contrôleurs qu'elle n'avait pas d'idée concernant l'évolution du nombre de violences.

Dans ses observations au rapport provisoire, la directrice indiquait :

« Des études scientifiques ont été menées dans d'autres établissements pour analyser les prodromes de passage à l'acte. Ce point sera inscrit dans le plan de formation 2020 et l'établissement incitera le corps médical et soignant à la mise en place de CREX sur le sujet. »

²⁰ CHSCT des 22 décembre 2017 et 23 mars 2018. Les procès-verbaux de ces instances sont laconiques quant à la teneur des débats entre les représentants du personnel et la direction sur ces sujets.

RECOMMANDATION 18

Le recensement des violences commises par les patients reste très aléatoire. Un effort doit être consenti en matière de pédagogie et de formation afin d'harmoniser les pratiques entre unités, mieux appréhender les phénomènes de violence, comprendre leur évolution et les prévenir plus efficacement. Les comités de retour d'expérience doivent être investis par tous les professionnels pour devenir un véritable outil de cette politique.

8.4 UN COMITE D'ETHIQUE QUI NE S'EST PAS ENCORE EMPARE DES THEMATIQUES EN RAPPORT AVEC LES DROITS DES PATIENTS

La création du comité d'éthique a été votée par le conseil d'administration de la fondation Boissel le 28 avril 2017 et son intervention n'est pas limitée à l'ESMPI mais concerne tous les établissements de la fondation.

Il est composé de deux modérateurs, de cinq représentants des usagers, de trois représentants du culte, d'un philosophe, d'un avocat et de sept personnes issues des différentes catégories professionnelles de la fondation.

L'ensemble des membres de la fondation a reçu une note d'information mentionnant le mode de saisine du comité et quelques exemples de questionnement.

Il a été saisi quatre fois en 2018 dont deux par le personnel de l'établissement pour une difficulté liée à l'intrusion de la police venue chercher un étranger dans l'unité et pour un problème de réduction du temps de relève du personnel soignant.

Aucune réunion du comité n'a encore porté de façon générale sur la problématique des droits des patients en soins sans consentement, sur l'isolement et la contention.

La directrice précisait, dans sa réponse au rapport provisoire, que le comité d'éthique allait, d'ici décembre 2019, investir le sujet des restrictions de liberté, notamment celui de l'isolement et de la contention.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 14

Le comité d'éthique doit s'emparer du sujet des restrictions de liberté et s'impliquer dans la réflexion institutionnelle sur l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement.

9. CONCLUSION

Le site berjallien de l'ESMPI a été construit en 2009 dans des locaux à taille humaine, fonctionnels et lumineux. Les patients y sont traités avec bienveillance et professionnalisme.

La prise en charge médicale est marquée par la pénurie de médecins (huit postes vacants sur un effectif théorique de trente-neuf). La direction intensifie ses efforts pour combler ces vacances, sans grand résultat pour l'instant. L'établissement tente de compenser cette carence par une forte présence des équipes paramédicales. Mais chacun doit rester vigilant à ce que les infirmiers et aides-soignants n'empiètent pas sur les attributions des médecins et n'y soient jamais incités. Les réunions institutionnelles existent et sont investies (quelques-unes pâtissent cependant de l'absence de médecins, comme la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles, la commission des usagers ou encore le comité de retour d'expérience), à l'instar des relèves et des réunions cliniques au sein des unités, le tout dans l'intérêt du patient. Le lien entre soins somatiques et psychiatriques mériterait néanmoins de se développer, tout comme la qualité de l'accueil aux urgences du CH Pierre Oudot, l'hôpital général de Bourgoin-Jallieu. La préparation à la sortie est de qualité, avec notamment des programmes de soins incluant des hospitalisations séquentielles d'une journée.

Les droits des patients devraient être mieux investis. Les décisions d'admission (qu'elles soient prises par le préfet ou la directrice) ne sont pas assez motivées et sont rarement notifiées. Lors de l'audience, les juges des libertés et de la détention s'en tiennent à un contrôle très formel : lorsque des irrégularités apparaissent, ils ne censurent que rarement la décision. Plusieurs magistrats du siège ou du parquet ont fait sentir aux contrôleurs que l'annulation de décisions justifiées sur le fond mais irrégulières sur la forme n'était à leur sens pas souhaitable : selon eux, elle constituerait un danger pour la société comme pour la personne elle-même.

La liberté du patient est au centre des préoccupations des soignants et de la direction. Il n'y a aucune restriction systématique : les portes des unités et des chambres sont ouvertes, la privation de certains biens (téléphone, cigarettes) est rarissime, et uniquement fonction de la clinique du patient concerné. Le pyjama n'est jamais imposé, sauf en chambre d'isolement. Les patients, libres d'aller où ils le souhaitent et en dépit d'une offre d'activités correcte, sont assez oisifs et déambulent souvent dans les couloirs. Les médecins comme les infirmiers ont expliqué aux contrôleurs, pour les trois unités d'accueil – le problème ne se pose pas pour l'unité de réhabilitation – qu'il s'agissait d'un choix délibéré afin de ne pas « chroniciser » les patients. Cet argument, entendable pour un patient particulier, en fonction de son état clinique, l'est moins à l'échelle d'un groupe entier. Certains patients se plaignent d'ailleurs de cet ennui et n'y décèlent pas d'intérêt thérapeutique. Il n'y a d'ailleurs pour eux ni cafétéria ni lieu de convivialité dédiés.

Malgré une politique volontariste de la direction, l'isolement et la contention ne sont pas uniquement pratiqués en dernier recours. 29 % des patients accueillis en 2018 dans l'une des unités d'admission ont été placés au moins une fois en chambre d'isolement. La contention est associée dans un tiers des cas environ. Les temps de placement sont assez longs : la durée moyenne est supérieure à quatre jours dans certaines unités. Pour autant, les contrôleurs ont noté les progrès déjà accomplis en la matière : plus de contention hors chambre d'isolement, plus d'isolement de principe lors de l'admission des patients en SDRE ou lors des retours de « fugue », plus d'isolement en chambre ordinaire sauf rares exceptions liées à la sur occupation du site. Le registre existe même s'il pourrait être encore mieux exploité, et le collège des médecins se réunit toutes les semaines pour se concerter sur les pratiques d'isolement et faire le point sur les mesures en cours. Les progrès sont donc notables même si certaines étapes

restent à franchir. Le personnel devra être accompagné en ce sens : certains ont déjà fait part de leurs difficultés avec les patients et le prêt de main-forte par la police pour faire face à un patient en crise est régulier. Dans ce contexte, la baisse du recours à l'isolement pourrait être incomprise si elle n'est pas soutenue par une politique de formation et une supervision adaptées.

L'ESMPI – en tout cas en ce qui concerne la structure de Bourgoin-Jallieu, seule visitée – bénéficie d'atouts pour investir ces axes d'amélioration. Son équipe de direction est solide, unie et très motivée. L'entente entre la directrice et le président de la CME est manifeste. Les budgets sont suffisants et les locaux adaptés. L'ambiance générale semble sereine et propice à la prise de recul et à l'autocritique. La question du rapatriement des deux unités de Vienne sur le site de Bourgoin-Jallieu, et sa mise en œuvre éventuelle, ne devront pas obérer la réflexion et l'action sur ces axes déterminants pour les droits du patient.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr