



Rapport de visite :

3 au 13 juin 2019 – 2^e visite

Centre psychothérapique de
l'Ain à Bourg-en-Bresse

(Ain)

SYNTHESE

La Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, accompagnée de six contrôleurs, a conduit une visite du centre psychothérapique de l'Ain (CPA) du 3 au 13 juin 2019. Leur venue a été annoncée à la direction la semaine précédente. Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été envoyé le 28 février 2020 au directeur du CPA, au préfet de l'Ain, conjointement au président du tribunal judiciaire de Bourg-en-Bresse et au procureur de la République près cette juridiction ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes - délégation départementale de l'Ain (ARS ARA).

Le directeur du CPA a fait connaître par courrier du 10 avril 2020 ses observations sur le rapport provisoire, lesquelles ont été prises en compte dans le présent rapport définitif. Les autres destinataires n'ont pas donné suite à l'envoi du rapport provisoire.

Cette mission constituait une deuxième visite faisant suite à un premier contrôle réalisé du 11 au 15 janvier 2016. A l'issue de ce dernier, une recommandation en urgence a été publiée au journal officiel, alertant sur les nombreux dysfonctionnements observés dans l'établissement et les atteintes graves aux droits fondamentaux des patients et préconisant des modifications profondes des règles de fonctionnement et des pratiques. Ces recommandations ont été complétées par celles du rapport de visite rédigé ultérieurement.

Le CPA constitue toujours la principale offre d'hospitalisation psychiatrique du département, qu'elle partage avec une clinique d'une capacité de quatre-vingt-cinq lits. Il demeure la seule structure habilitée à recevoir des patients en soins sans consentement des quatre secteurs de psychiatrie adulte du département ainsi que les mineurs de l'inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

La capacité d'accueil a diminué de 412 lits en 2016 (393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents) à 325 lits en 2019 dont 11 pour enfants et adolescents. Cette diminution a notamment été consécutive à la fermeture de l'« unité pour malades agités et perturbateurs » et d'une unité de psychogériatrie ainsi qu'à la baisse de la capacité d'accueil du dispositif de soins de suite.

La visite de 2019 a permis de mesurer le travail collectif accompli par les équipes de l'établissement pour mettre en œuvre les recommandations du CGLPL, notamment par un travail institutionnel intense, qui se poursuit, et auquel sont désormais associés les usagers et leurs proches. Les contrôleurs ont constaté un changement profond dans la prise en charge des patients du CPA : le cadre du soin qui était auparavant fondé sur des impératifs de sécurité se structure désormais autour du respect de la dignité, des droits et notamment de la liberté des patients.

I. Malgré la démographie médicale défailante, comme dans toute la France, l'accès aux soins psychiatriques et somatiques est de qualité.

L'implication des soignants, infirmiers, aides-soignants, psychologues, dans les soins psychiatriques quotidiens apportés aux patients est forte. La prise en charge est individualisée dans tous ses aspects : soins, droits, activités, vie quotidienne. La dimension psychiatrique de la prise en charge est particulièrement respectée et développée : entretiens médico-infirmiers réguliers et systématiques, présence auprès des patients encouragée et facilitée grâce notamment à une organisation adaptée des postes infirmiers, réunions de coordination pluridisciplinaires pour les cas complexes.

Il a également été constaté une intégration concrète et systématique de toutes les activités dans le projet de soins et une multiplicité des dispositifs : sport, culture, unité d'activités thérapeutiques, cafétéria et espace des usagers. La multiplication et la diffusion des actions entre unités, pratique rarement vue ailleurs, est encouragée et entraîne un effet stimulant pour les soignants.

Le recours à l'isolement et à la contention a été totalement repensé, ce qui a conduit à une diminution remarquable du nombre et de la durée de ces mesures. Elles se déroulent dans des conditions matérielles plus respectueuses de la dignité et du bien-être des patients. Le nombre de chambres d'isolement a fortement diminué et doit l'être encore par la transformation d'une grande partie d'entre elles en espaces d'apaisement dont l'ambiance (lumière, musique, couleurs) pourrait être commandée par le patient ; cette initiative de l'établissement a été encouragée par l'octroi de 500 000 euros d'investissement par l'ARS ARA.

Les soins somatiques et paramédicaux sont assurés dans une parfaite continuité et avec des moyens matériels et humains confortables et adaptés, notamment en kinésithérapie.

II. Pour l'ensemble des patients, le respect de la dignité et des libertés sont des valeurs partagées par tout le personnel, administratif comme soignant, avec les investissements matériels nécessaires.

La liberté d'aller et venir est désormais une règle respectée : la fermeture de trois des treize unités est justifiée par les particularités de leurs patients ; dans l'une d'elles, la fermeture est modulée par l'octroi de badges permettant aux patients aptes de sortir.

Aucune restriction autre que justifiée par la clinique du patient n'est imposée et les restrictions sont réévaluées rapidement : accès au téléphone, à internet (un ordinateur est mis à la disposition des patients dans chaque unité), visites des familles avec une grande souplesse de lieux, d'horaires et de composition (les enfants peuvent entrer dans les unités) facilitent le maintien des liens familiaux.

Le respect de la dignité dans la vie quotidienne est une préoccupation partagée. Ainsi, les personnes placées en chambre d'isolement ne portent pas de pyjama dans la journée mais un jogging fourni par l'hôpital de sorte que lors des sorties dans l'unité, l'isolé est « habillé ». Les chambres d'isolement dans lesquelles la lucarne de surveillance donnait vue sur les toilettes et la douche ont été modifiées après que les contrôleurs ont relevé ce défaut.

Les conditions hôtelières sont agréables. L'intimité et la sécurité des patients sont préservées par des portes « palières » à chaque chambre, qui sont donc automatiquement fermées de l'extérieur mais dont les patients ont la clef ; les placards ferment à clef et un coffre est à disposition dans le bureau du cadre.

Les patients-détenus, qui peuvent être accueillis dans n'importe quelle unité d'admission, sont d'abord considérés comme des patients et peuvent après observation être hébergés dans une chambre ordinaire, se rendre au petit parc et participer aux activités de l'unité.

Dans le cadre de la prise en charge plus générale des patients, doivent être mentionnés comme particulièrement développés, d'une part, les outils de prévention des crises : équipes mobiles de secteur, cellule téléphonique d'orientation, disponibilité des centres médico-psychologiques ; d'autre part, le travail de préparation à la sortie : dispositif de réhabilitation, foyer thérapeutique sur le site, appartements de transition, projet de maison d'accueil spécialisée ; enfin, l'intégration des usagers et de leurs représentants dans la vie de l'établissement.

III. Demeurent néanmoins des points dont la correction, pour certains, ne relève pas que de l'initiative de l'établissement et appelle un soutien de la tutelle.

Le CPA, comme nombre d'établissements publics de santé mentale du territoire, souffre d'une grande difficulté de recrutement de psychiatres. Le nombre des médecins est insuffisant, leur implication dans l'organisation de la permanence des soins déficiente et les temps de réflexion collective sur les pratiques médicales peinent à s'organiser. Le recours à des psychiatres intérimaires, coûteux, nuit à la qualité des soins en raison de missions très courtes et de l'impossibilité pour ceux-là d'assurer l'animation de service.

De façon totalement irrégulière, ce sont les agents du bureau des entrées du CPA qui rédigent pour le représentant de l'État les arrêtés signés par lui-même. Le représentant de l'Etat, insensible jusqu'à présent à cette irrégularité, tout comme l'ARS, doit modifier cette procédure.

Les décisions de soins sans consentement prises par le directeur ne sont ni rédigées ni signées les week-ends et jours fériés. Elles sont établies et signées *a posteriori* et antidatées, leur notification (ainsi que celles du préfet) est différée retardant d'autant la possibilité des patients d'exercer leur droit de recours.

La notification des droits des patients en soins sans consentement, tels que mentionnés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, est inexistante ; ces droits sont inconnus des interlocuteurs des patients. En cas de procédure à la demande de tiers, l'identité de celui-ci n'est pas indiquée aux patients.

Le CPA a engagé très rapidement après la publication des recommandations du CGLPL en 2016 une démarche d'audit interne régulier, a modifié la programmation des investissements immobiliers, soutenu les initiatives de ses équipes qui se sont soudées autour de la nécessité du changement. Il a noué des partenariats extérieurs qui soutiennent la réflexion – comme la démarche Quality Rights, il assure une ouverture sur la ville, des échanges et une participation à la réflexion nationale sur la prise en charge psychiatrique. Autant d'actions qui garantissent la consolidation d'une démarche et d'un résultat remarquables. **La dynamique de réflexion et de changement continue d'imprégner les équipes et la direction, en témoigne la rapidité avec laquelle les recommandations formulées verbalement en fin de visite ont été mises en œuvre.**

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 18

L'établissement participe au programme Quality Rights de l'organisation mondiale de la santé sur le respect des droits.

BONNE PRATIQUE 2 20

L'établissement a développé un travail en réseau avec les professionnels de santé libéraux, médecins généralistes et infirmiers, afin d'apporter aux patients un accès aux soins de proximité au quotidien.

BONNE PRATIQUE 3 24

L'établissement organise la diffusion des innovations et la mutualisation des compétences entre les unités.

BONNE PRATIQUE 4 27

Les éléments du règlement intérieur de l'établissement intéressant les patients sont affichés dans toutes les unités, facilement lisibles sous la forme d'un document court et compréhensible.

BONNE PRATIQUE 5 31

Le renseignement d'événements indésirables par les services de la direction de l'établissement rend leur recensement plus exhaustif, au profit des patients.

BONNE PRATIQUE 6 42

L'inclusion au sein de la commission des usagers (CDU) de membres fréquentant personnellement les services de l'établissement manifeste l'intérêt de celui-ci pour les patients.

BONNE PRATIQUE 7 43

La création d'un conseil de la vie sociale sur le modèle de ceux prévus dans les établissements médico-sociaux permet l'expression directe des patients et de leurs familles.

BONNE PRATIQUE 8 43

Les usagers sont invités à s'exprimer à de multiples occasions et dans de multiples instances, parfois créées à cette seule fin comme le conseil de vie sociale. Ils sont également intégrés par le soutien à la pair-aidance.

BONNE PRATIQUE 9 57

L'ouverture des unités d'hospitalisation et l'érection de la liberté d'aller et venir des patients en principe de leur hospitalisation, quel qu'en soit le statut, sont protectrices de leurs droits et libertés fondamentaux et propices à l'individualisation et à l'acceptation de leur prise en charge.

BONNE PRATIQUE 10 58

La flexibilité mise en place par certaines équipes soignantes dans l'organisation quotidienne des hospitalisations (horaires des soins, de la dispensation des traitements, des repas) permet une prise en charge individualisée des patients qui est propice au respect de leurs droits et de leur dignité.

BONNE PRATIQUE 11 60

La souplesse des modalités encadrant les visites faites aux patients favorise le maintien de leurs liens privés et familiaux et doit être encouragée.

BONNE PRATIQUE 12	61
A l'heure de la dématérialisation de l'accès à un nombre toujours plus important de droits et de services, la réflexion et l'organisation d'une prise en charge des patients incluant éducation et accessibilité aux outils informatiques (matériels, réseaux) doit être soulignée.	
BONNE PRATIQUE 13	67
Une association caritative vient effectuer, deux fois par an, une vente de vêtements d'occasion au sein de l'établissement.	
BONNE PRATIQUE 14	68
La gestion des biens mise en place par l'établissement permet un accès permanent des patients à leurs affaires et leurs moyens de paiement. La cafétéria permet l'ouverture d'un « compte » pour les personnes sous protection juridique.	
BONNE PRATIQUE 15	71
Les CMP et leur équipe mobile infirmière assurent un premier niveau de prise en charge des urgences psychiatriques. La cellule téléphonique d'orientation permet une régulation infirmière voire médicale du besoin des patients de tout le département 24h/24.	
BONNE PRATIQUE 16	74
L'organisation des tâches des infirmiers permet une présence forte des soignants auprès des patients tout au long de la journée.	
BONNE PRATIQUE 17	76
Un système d'infirmiers référents thématiques est mis en place concernant, par exemple, la valise d'urgence, la pharmacie, la douleur, le matériel, la culture, l'encadrement des étudiants, les questionnaires de sortie, l'hygiène, le comité d'éthique, la contention, le tutorat.	
BONNE PRATIQUE 18	76
L'établissement a mis en place des réunions de concertation pluridisciplinaire pour les situations complexes.	
BONNE PRATIQUE 19	77
Un foyer thérapeutique de huit places, installé dans le site du CPA, permet au patient, au cours d'un séjour de six mois, de gagner en autonomie. Il constitue une unité d'hospitalisation tout en apportant le cadre de vie d'un foyer avec une implication des usagers dans la gestion du quotidien et dans la prise en charge de leurs soins.	
BONNE PRATIQUE 20	79
Des jeunes gens en recherche d'orientation professionnelle travaillent auprès des patients.	
BONNE PRATIQUE 21	82
L'offre d'activités occupationnelles et thérapeutiques proposée par l'établissement est riche, variée et libre d'accès.	
BONNE PRATIQUE 22	84
La possibilité de soins de kinésithérapie en chambre d'isolement doit être soulignée car rarement rencontrée.	
BONNE PRATIQUE 23	89
Dans les chambres d'isolement, le dispositif d'éclairage artificiel et de fermeture des volets est accessible au patient.	

BONNE PRATIQUE 24 93

La mise en œuvre, après chaque mesure d'isolement ou de contention, d'entretiens entre le patient, les soignants concernés et le cadre du service favorise la réflexion commune et est de nature à réduire le recours à ces mesures.

BONNE PRATIQUE 25 96

L'instauration au sein du CPA d'une réflexion individuelle et collective de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'établissement s'agissant des pratiques d'isolement et de contention, faisant appel tant aux formations et actions extérieures qu'aux analyses des pratiques internes et aux audits croisés, doit être soulignée.

BONNE PRATIQUE 26 100

Diverses solutions pour prévenir les chutes des personnes âgées sont mises en application sans pour autant recourir à des contentions.

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 26

L'augmentation de la proportion d'admission en SPI doit appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

RECOMMANDATION 2 29

Le personnel doit bénéficier d'une formation au cadre juridique des soins sans consentement. La notification des décisions doit se faire au fur et à mesure de leur édicition et s'accompagner d'explications. L'identité du tiers qui a initié la procédure doit être portée à la connaissance du patient. Les droits énumérés à l'article L3211-3 du code de la santé publique (CSP) doivent être notifiés au patient et une copie de leur énoncé doit lui être remise.

RECOMMANDATION 3 44

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être élaborées et signées dès le début de la mesure, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement et les services préfectoraux doivent impérativement mettre en place une organisation qui le garantisse.

RECOMMANDATION 4 48

Le CPA et le tribunal de grande instance de Bourg-en-Bresse doivent convenir par écrit de l'ensemble des modalités pratiques d'intervention du juge des libertés et de la détention, en application de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 5 50

La production, au dossier examiné, d'un extrait du casier judiciaire du patient concerné n'est nullement justifiée par l'office du juge des libertés et de la détention qui, en l'espèce, relève du contentieux civil. L'identité du patient ne peut s'établir par un tel document.

RECOMMANDATION 6 50

En application de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République dans le

ressort duquel est situé le CPA doivent visiter l'établissement au moins une fois par an sans publicité préalable.

RECOMMANDATION 7 92

Les patients placés en isolement ou attachés doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique dans les meilleurs délais après le commencement de ces mesures.

RECOMMANDATION 8 104

L'établissement doit organiser son offre de soins de façon à éviter l'hospitalisation de patients âgés de moins de 18 ans dans une unité de psychiatrie adulte.

RECOMMANDATION 9 105

La fiche de liaison doit être un document opérationnel pour la prise en charge de la personne détenue pendant son hospitalisation : elle doit comporter des éléments compréhensibles, utiles et complets.

RECOMMANDATION 10 106

Les patients détenus doivent pouvoir se vêtir et disposer de leurs effets personnels, dont ils doivent se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire. Cela doit inclure la possession de tabac et d'argent pour subvenir à leurs besoins.

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.

RECO PRISE EN COMPTE 1 38

Les patients doivent être informés de leur droit de vote pendant l'hospitalisation. Cette information doit être renforcée à chaque scrutin. L'établissement doit faciliter l'inscription sur les listes électorales et l'accès aux procurations.

RECO PRISE EN COMPTE 2 54

Le projet de pérennisation du service interne de sûreté doit limiter le recours à des prestataires extérieurs et inclure des formations internes au bénéfice des agents concernés qui soient adaptées au contexte particulier de la santé mentale, au champ de leur intervention et aux droits des patients. Ils doivent en outre bénéficier d'un cadre d'exercice assurant la qualité de leurs relations avec les équipes soignantes.

RECO PRISE EN COMPTE 3 55

Les mains courantes dressées par les agents de sûreté intervenant dans l'établissement gagneraient à être harmonisées selon un format informatisé unique susceptible de permettre un nécessaire contrôle de l'établissement sur les interventions de ces agents et de faire ensuite l'objet d'une exploitation statistique.

RECO PRISE EN COMPTE 4 62

La liberté des patients de vivre une sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle permettant d'harmoniser et de généraliser les bonnes pratiques ponctuellement constatées au sein de certaines unités de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 5 87

Eu égard à l'évolution des pratiques soignantes de l'établissement et à la décision de sa direction de réduire de moitié le nombre de chambres d'isolement encore accessibles, le CPA gagnerait à envisager la transformation des pièces concernées en autant d'espaces d'apaisement.

RECO PRISE EN COMPTE 6 88

Les dispositifs visuels (oculus ou fenestrons) dont sont équipés les sas de certaines chambres d'isolement et qui ouvrent sur les espaces sanitaires de ces pièces violent l'intimité et la dignité des patients. Ils doivent être occultés sans tarder.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1 37

La désignation d'une personne de confiance doit être validée par l'acceptation signée de la personne désignée. Celle-ci doit pouvoir accompagner le patient qui le souhaite dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

PROPOSITION 2 38

L'intervention au sein de l'établissement de représentants des cultes susceptibles d'être exercés par les patients doit être organisée.

PROPOSITION 3 44

L'établissement doit mettre en œuvre les termes de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique (CSP) en assurant la transcription ou la reproduction dans les vingt-quatre heures de chaque élément prévu par la loi. De manière plus générale, le registre doit permettre de contrôler l'ensemble des modalités administratives de prise en charge d'un patient au cours de son hospitalisation.

PROPOSITION 4 53

La pratique constatée de fouille de chambres occupés par des patients par les agents de sûreté de l'établissement à la recherche de toxiques doit être revue et discutée par les instances concernées afin d'en arrêter un cadre respectueux du consentement de la personne.

PROPOSITION 5 67

Le coût facturé aux patients pour l'entretien de leurs vêtements est élevé, notamment pour leurs revenus souvent modestes.

PROPOSITION 6 72

Un protocole de travail entre urgentistes et psychiatres doit déterminer le rôle et les fonctions de chacun dans la prise en charge de personnes en soins sans consentement et dans les pratiques d'isolement et de contention, aux urgences des centres hospitaliers généraux.

PROPOSITION 7 75

Dans chaque unité, un médecin doit être désigné comme référent et investi de la mission de porter, en binôme avec le cadre, le projet médical de l'unité dans toutes ses composantes.

PROPOSITION 8 91

Le caractère systématique du retrait de « tout objet » aux patients placés à l'isolement est contraire au principe d'individualisation des prises en charge. Le protocole « *isolement et contention* » de l'établissement doit être modifié à cet égard.

PROPOSITION 9 92

L'éventuelle confirmation médicale d'une mesure de placement en isolement ou de contention doit systématiquement résulter d'une visite du patient concerné par le médecin signataire.

PROPOSITION 10..... 96

L'établissement doit établir d'un registre des mesures d'isolement et de contention fiable et exhaustif.

PROPOSITION 11..... 99

La distribution des traitements dans le service de gérontopsychiatrie doit être faite dans le respect du secret médical, comme dans les autres unités.

PROPOSITION 12..... 102

L'établissement doit doter les services recevant des mineurs en hospitalisation de locaux comportant des espaces de vie et de soins suffisamment larges pour permettre la fluidité des circulations et l'expression de la vitalité de ces patients.

PROPOSITION 13..... 102

Toutes les mesures d'isolement prises en pédopsychiatrie doivent être assorties d'une décision médicale établie dans l'heure qui suit la mise en chambre et tracées sur le registre prévu à cet effet.

PROPOSITION 14..... 105

Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
SOMMAIRE	11
RAPPORT	13
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE	15
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	17
3.1 La réorganisation de l'établissement tient compte des recommandations récentes	17
3.2 La situation financière de l'établissement est saine	20
3.3 Une gestion des ressources humaines stimulante porte le changement de l'établissement	20
3.4 L'activité de l'hospitalisation complète marque une légère baisse	24
4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	27
4.1 L'information des patients en soins sans consentement est incomplète	27
4.2 Les événements indésirables sont exprimés, tracés et traités	30
4.3 La personne de confiance est une notion dont la mise en œuvre a débuté	36
4.4 L'accès au vote, possible, ne fait plus l'objet d'aucune facilitation	37
4.5 L'accès aux cultes est toujours réduit au culte catholique	38
4.6 La protection juridique est effective grâce à l'identification des besoins dans les unités et à un service de protection des majeurs particulièrement investi	38
4.7 La procédure de confidentialité sur la présence est établie	40
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	41
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est active et les usagers sont associés à la vie de l'établissement de multiples façons	41
5.2 Les décisions du directeur sont antidatées et le registre de la loi est incomplet	43
5.3 Les autorisations de sortir et les programmes de soins sont des moyens parmi d'autres d'investir la préparation de la sortie d'hospitalisation	44
5.4 Le recours au juge des libertés et de la détention se déroule sans convention entre l'établissement et le tribunal	47
5.5 Aucun autre contrôle n'est opéré	50
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	51
6.1 Les patients jouissent, dans un site sécurisé, de la liberté d'aller et venir dans la seule limite de leur état clinique	51
6.2 Les restrictions imposées aux patients dans leur vie quotidienne sont individualisées	57

6.3	Les communications avec l'extérieur sont facilitées.....	59
6.4	Si elle est tolérée et bénéficie d'initiatives individuelles, la sexualité des patients ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle et pâtit d'anciennes résistances	61
7.	LES CONDITIONS DE VIE.....	63
7.1	L'hébergement comme l'ensemble des bâtiments et espaces verts sont particulièrement adaptés à la mission de l'établissement.....	63
7.2	L'hygiène est sérieusement prise en compte, tant pour le nettoyage des locaux que pour le linge et l'hygiène personnelle	67
7.3	Les biens du patient sont inventoriés et restent disponibles en permanence ...	67
7.4	Le repas est un élément investi de la prise en charge	68
8.	L'ACCES AUX SOINS	70
8.1	Les modalités de prise en charge en urgence sont en cours de réorganisation .	70
8.2	Les modalités de dispensation des soins psychiatriques intègrent le respect des libertés des patients et leur accès à des activités	73
8.3	L'accès aux traitements est sécurisé et individualisé.....	82
8.4	L'effectif de l'unité fonctionnelle de médecine somatique est conséquent et les locaux sont neufs	83
9.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	86
9.1	L'organisation des chambres d'isolement limite les atteintes aux droits des patients et assure leur sécurité mais des lacunes subsistent et leur nombre reste élevé alors que les soignants regrettent l'absence d'espaces d'apaisement	86
9.2	Si les mesures d'isolement et de contention sont mises en œuvre en dernier recours, aucune donnée fiable ne permet de les analyser pour établir ce constat	90
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	97
10.1	En gérontopsychiatrie, les modalités de prise en charge s'adaptent aux défaillances de chacun des patients et privilégient leur maintien à domicile	97
10.2	Les hospitalisations en pédopsychiatrie sont réalisées dans des conditions matérielles indignes et sans respect des droits des patients.....	100
10.3	L'hospitalisation des personnes détenues souffre de mauvaises conditions imposées par l'administration pénitentiaire	104
11.	CONCLUSION.....	108

Rapport

Composition de la mission :

Adeline Hazan, Contrôleure générale ;

Dominique Bataillard, contrôleure ;

Mathieu Boidé, contrôleur ;

Luc Chouchkaïeff, contrôleur ;

Jean-Christophe Hanché, contrôleur ;

Anne Lecourbe, contrôleure ;

Fabienne Viton, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), la Contrôleure générale, accompagnée de six contrôleurs a conduit une visite du centre psychothérapique de l'Ain (CPA) du 3 au 13 juin 2019.

Cette mission constituait une deuxième visite faisant suite à un premier contrôle réalisé du 11 au 15 janvier 2016 par quatre contrôleurs.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 3 juin à 14h. Ils l'ont quitté le jeudi 13 juin à 16h.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par le président de l'association Organisation pour la santé et l'accueil (ORSAC), gestionnaire de l'établissement, et le directeur du centre hospitalier.

Il a été procédé à une présentation de la mission devant une trentaine d'auditeurs dont le président de l'ORSAC, l'équipe dirigeante, la présidente et le vice-président de la commission médicale d'établissement, les médecins chefs de secteur et les cadres supérieurs de santé, les membres de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) intervenant au CPA.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet de l'Ain. La Contrôleure générale s'est entretenue avec le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Bourg-en-Bresse. Un contact téléphonique a été pris avec le délégué territorial de l'agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes. Un entretien a eu lieu avec le juge des libertés et de la détention après l'audience à laquelle ont assisté les contrôleurs.

Une salle de travail équipée d'un téléphone et d'un ordinateur permettant d'avoir accès au site intranet a été mise à la disposition des contrôleurs. Tous les documents demandés par l'équipe ont été fournis et regroupés dans un dossier électronique qui a été alimenté tout au long de la visite.

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

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

Une réunion de restitution s'est déroulée le 13 mai à 14h en présence des mêmes personnes qu'à l'arrivée.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de cette visite a été envoyé le 28 février 2020 au directeur du CPA, au préfet de l'Ain, conjointement au président du tribunal judiciaire de Bourg-en-Bresse et au procureur de la République près cette juridiction ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de santé d'Auvergne-Rhône-Alpes - délégation départementale de l'Ain (ARS ARA).

Le directeur du CPA a fait parvenir ses observations le 10 avril 2020 ; elles ont été prises en compte dans le présent rapport de visite. Aucun des autres destinataires du rapport provisoire n'a apporté de réponse.

2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE

Les constats de situations individuelles et de conditions de prise en charge portant des atteintes graves aux droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans cet établissement faits lors de la visite de janvier 2016 avaient conduit la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté à mettre en œuvre la procédure d'urgence prévue à l'article 9 de la loi du 30 octobre 2007 ; elle avait saisi les autorités compétentes de ses observations. Celles-ci et les réponses obtenues avaient été rendues publiques dans l'édition du 16 mars 2016 du Journal officiel.

Le rapport de la visite de 2016 transmis le 21 décembre 2017 à la ministre des solidarités et de la santé et les observations publiées relevaient, en points positifs, le bon état de la plupart des locaux d'hébergement et de travail, l'effort de construction ou de rénovation entrepris pour les autres et le bon niveau de ses prestations hôtelières. S'agissant des points négatifs, ils formulaient les recommandations suivantes :

1. Sur le respect de la dignité et des libertés des patients :

La libre circulation dans l'établissement doit être la règle et toute restriction de la liberté d'aller et venir être expressément motivée par l'état clinique du patient. L'organisation choisie par l'établissement doit donc être réétudiée dans cette perspective.

Les restrictions de conservation de leur téléphone portable par les patients doivent être justifiées, notamment au regard de la diversité des pratiques entre les six unités dont les patients ne présentent pourtant pas de différence de pathologies.

La pertinence de l'imposition du pyjama lors de l'admission, mesure qui porte atteinte à la dignité des patients, doit être réévaluée.

Aucun protocole ne saurait imposer à un médecin le sens de l'avis qu'il doit formuler sur l'état clinique d'un patient et les capacités de ce dernier, quelle que soit la nature des traitements ou des mesures dont le patient a pu être l'objet, sa situation pénale ou l'appréciation que peut porter l'administration pénitentiaire sur son comportement.

L'ensemble de ces recommandations a été pris en compte par l'établissement.

2. Sur les modalités d'exercice de leurs droits par les patients :

L'information des patients sur leur mode légal d'admission, les modalités de recours contre la décision de soins sans consentement et les droits que leur statut emporte doit être assurée notamment par la formation adaptée des soignants qui en ont la charge.

L'établissement doit établir les modalités de la désignation d'une personne de confiance, ce quelle que soit l'unité d'hospitalisation.

Ces recommandations sont encore imparfaitement prises en compte.

3. Sur la prise en charge médicale et soignante :

La faiblesse de la présence médicale dans l'ensemble des unités d'hospitalisation au long cours exige une réorganisation des services des psychiatres afin que la présence médicale dans chacune des unités soit suffisante et au moins quotidienne.

Il doit être mis fin immédiatement aux prescriptions et décisions médicales effectuées sans examen préalable du patient.

L'état clinique et les modalités de prise en charge de tous les patients présents dans les unités de « soins de suite » ainsi qu'à l'unité pour malades agités et perturbateurs doivent être évalués avec l'aide d'intervenants extérieurs afin d'élaborer pour ces patients un projet de soins et de vie.

Les activités thérapeutiques dans et hors les unités doivent être renforcées dans des délais très courts afin d'en faire bénéficier le plus grand nombre de patients.

L'ensemble du personnel doit être formé à la prévention et la gestion des situations de crise. Une approche sanitaire des addictions, respectueuse des patients dans une logique de réduction des risques et incluant une diversité de modalités d'intervention devrait être mise en œuvre.

L'établissement a mis en œuvre une réorientation vers un vrai soin de psychiatrie avec un rôle dévolu aux infirmiers en phase avec leur mission. Sa faiblesse sur la présence médicale reste d'actualité.

4. Sur les mesures d'isolement et de contention :

La pratique excessive, tant dans la durée que dans l'intensité, de l'enfermement en chambre d'isolement et de la contention doit cesser sans délai.

Il doit également être mis fin immédiatement à l'enfermement en chambre ordinaire.

L'isolement doit être proscrit pour les patients en soins libres.

Le recours à l'unité Pinel ainsi que les fonctions que celle-ci remplit, de fait, pour les autres unités doivent être réexaminés non seulement au regard des droits des patients mais également à celui de leur pertinence thérapeutique.

La situation s'est très nettement améliorée s'agissant des patients majeurs notamment avec la fermeture de l'unité Pinel. L'isolement des mineurs doit encore être questionné. Le registre d'isolement reste également à parfaire.

5. Sur la gouvernance de l'établissement :

Il est regrettable que les données d'activité, disponibles sur des tableaux de bord médico-économiques pour chacun des pôles et des secteurs d'activité et accessibles à chacun des binômes médecins et cadres du pôle concerné ne fassent pas l'objet d'analyse partagée au sein de l'établissement et ne servent pas de support pour des réflexions collectives.

Les analyses devraient notamment porter sur la proportion de patients privés de liberté dans le cadre d'une procédure d'urgence, dont le caractère devrait être exceptionnel, est préoccupante ; les causes de cette situation nécessitent d'être analysées afin que soient prises des mesures visant à réduire cette proportion.

Il importe d'insister sur l'absence de toute participation des représentants des familles et des usagers aux instances de gouvernance de l'établissement et à ses choix stratégiques. De plus, l'établissement fait preuve d'une réactivité tout à fait déficiente aux situations très préoccupantes qui lui sont signalées par ces partenaires. La place des familles et des usagers doit donc être très sérieusement renforcée.

L'ensemble de ces recommandations a été entendu, la gouvernance de l'établissement s'est ouverte à la prise en compte d'une grande diversité d'interlocuteurs.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LA REORGANISATION DE L'ETABLISSEMENT TIENT COMPTE DES RECOMMANDATIONS RECENTES

3.1.1 Le projet de l'établissement

Les conclusions de la visite de 2016 et le traitement médiatique qui en a été fait ont mis, dans un premier temps, l'ensemble des agents du site de Saint-Georges en difficulté. L'image que les médias leur ont renvoyée a été douloureusement ressentie, certains, en outre, ne s'y reconnaissant pas réellement. Le travail de réflexion sur le fonctionnement de l'établissement et ses pratiques a été conduit collectivement dans un processus de révision du projet médico-soignant en cours d'application, qui devait couvrir la période 2017-2021. La démarche a finalement évolué vers l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement, PE5 (2018-2022). L'investissement particulièrement intense et large du personnel dans ce travail a été une modalité de dépassement de ce qui a été qualifié de traumatisme ; la nature des objectifs qui s'y sont fait jour n'y est pas étrangère. Les considérations éthiques ont en effet été présentes tout au long de la réflexion et, inversement à ce qui avait pu être constaté auparavant, c'est l'intérêt des patients et de leur famille qui a servi de fil rouge à toute la démarche. L'élaboration du PE5 a été conduite avec l'aide d'un cabinet de conseil qui a animé des groupes de travail thématiques, auxquels ont participé plus d'une centaine de salariés sur la base du diagnostic qu'il avait précédemment réalisé. L'intérêt des agents s'est manifesté par leur présence importante, de l'ordre de 300 personnes y compris des patients, à une réunion plénière en novembre 2016 sur le thème « *liberté de circulation et sécurité au sein du CPA* ».

Le PE5, porté par un élan de changement très fort de la part du personnel soignant, élan moins perceptible chez les médecins, retient quatre axes :

1. le respect des droits des patients et des familles et notamment la liberté d'aller et venir ;
2. la construction d'un parcours de soins adapté au besoin de chaque patient ;
3. le déplacement du centre de gravité du CPA de l'intra vers l'extra hospitalier ;
4. l'ouverture désirée et construite à tous les partenaires de la prise en charge avec une priorité médico-sociale.

Le mouvement vers ces objectifs s'est notamment traduit par les évaluations des pratiques professionnelles (EPP) relatives aux droits des patients et à la liberté d'aller et venir qui ont été mises en place depuis 2016. L'établissement a, par ailleurs, été le premier en France à déployer le programme Quality Rights¹. Deux unités du CPA ont ainsi été pilotes (Gex et La Vallière, unité de suite dont les patients séjournent plus de trois mois) en janvier 2018, lors de trois jours de d'audit. Des projets d'évolution ont été déterminés sur la promotion du rétablissement et la garantie des droits, dont le développement d'alternatives à l'isolement et à la contention, la prise

¹ Ce programme expérimental de l'organisation mondiale de la santé (OMS) développe l'évaluation de la qualité et du respect des droits par une approche participative et inclusive associant usagers, aidants, professionnels et juristes. Basé sur une convention des Nations Unies relatives aux droits des personnes handicapées de 2006, ce programme est piloté par le centre collaborateur de l'OMS de Lille. Il favorise la compréhension et la promotion des droits de la personne, du rétablissement et de l'autonomie autour de cinq thèmes et cent-seize critères : niveau de vie adéquat, état de santé physique et mental, capacité juridique, droit à la liberté et à la sécurité, prévention de la violence et maltraitance, autonomie et inclusion.

de décision accompagnée et non substituée. Une analyse des pratiques professionnelles avec un psychologue extérieur à l'établissement est toujours réalisée à l'unité La Vallière.

Bonne pratique 1

L'établissement participe au programme Quality Rights de l'organisation mondiale de la santé sur le respect des droits.

3.1.2 L'organisation

Le centre psychothérapique de l'Ain (CPA) constitue toujours la principale offre d'hospitalisation psychiatrique du département qu'elle partage avec une clinique d'une capacité de quatre-vingt-cinq lits. Il demeure la seule structure habilitée à recevoir des patients en soins sans consentement. Cinq psychiatres libéraux exercent dans l'Ain et les départements proches, notamment du Rhône, offrant une alternative privée pour l'hospitalisation à temps plein.

L'Ain est divisé en quatre secteurs de psychiatrie adulte :

- le secteur centre avec la ville de Bourg-en-Bresse ;
- le secteur Est, autour de Gex ;
- le secteur Sud, autour d'Ambérieu ;
- le secteur Ouest, la Bresse.

Il comporte un inter secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

L'offre de soins du CPA se cale sur cette organisation ; elle comporte pour chaque secteur de psychiatrie adulte des unités d'admissions et des dispositifs extra hospitaliers : centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour (HJ), centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP). Outre les unités sectorisées, des unités intersectorielles accueillent des patients présentant une spécificité clinique. Toutes les unités d'hospitalisation à temps plein sont regroupées sur le site de Saint-Georges, situé dans un domaine de 30 ha en périphérie de Bourg-en-Bresse. Elles se déclinent en :

1) six unités dites « d'entrée » dont deux sont co-sectorisées principalement dans une logique de sous-sectorisation géographique :

- secteur centre (Bourg-en Bresse) : unité Epidaure ;
- secteur Est (pays de Gex et Haut Bugey) : unité Chamoise ;
- secteur Sud (plaine de l'Ain et Bugey-Ambérieu) : unité Le Colombier ;
- secteur Ouest (Dombes, Bresse et val de Saône-Montrevel, Chatillon) : unité Les Charmilles ;
- secteurs Est et Ouest : unité Oasis ;
- secteurs Sud et Centre : unité L'Ormet.

Ces six unités ont chacune une capacité d'accueil de vingt-cinq lits et disposent chacune de deux chambres d'isolement. Elles sont, en principe, destinées à des séjours de moins de trois mois. Ce sont des unités ouvertes. Oasis et Ormet, pour les secteurs Sud et Centre, sont dites « protégées » : elles sont fermées mais ouvrables librement à l'unité Oasis où vingt patients sur vingt-quatre disposent du badge pour entrer et sortir.

2) le dispositif CAP-Renouée-Fleyriat :

- le centre d'accueil permanent (CAP) assure un accueil physique et téléphonique 24 h/24 ; il dispose de trois lits pour des très courts séjours lesquels ont été d'une durée moyenne de 1,33 jour en 2017 ;
- la Renouée est une unité ouverte d'hospitalisation de vingt-cinq lits n'accueillant que des patients en soins libres. Les contrôleurs n'ont pas visité cette unité dans laquelle aucun patient en soins sans consentement n'est accueilli.

3) un secteur de psychiatrie infanto-juvénile

Il couvre tout le département et dispose de dix CMP, six CATTP, un hôpital de jour à Bourg-en-Bresse et de deux unités d'hospitalisation à temps complet d'une capacité totale de onze lits et une chambre d'isolement.

4) un dispositif destiné aux personnes âgées

Ce dispositif a profondément été modifié avec la fermeture d'une des deux unités d'hospitalisation pour ne conserver que vingt-trois lits à l'unité Victor Hugo accueillant des personnes âgées de 65 ans et plus, l'unité George Sand étant devenue un hôpital de jour de quinze places sur le site. Il offre également un CMP pour personnes âgées à Bourg et des consultations spécialisées (cf. § 10.1.1).

5) un dispositif de soins de suite intersectoriel

- trois unités, La Vallière, Gex et Bugey, de vingt-cinq lits et deux chambres d'isolement chacune, sont destinées aux patients dont les soins vont nécessiter une hospitalisation supérieure à trois mois. L'unité La Vallière est co-sectorisée Sud-Centre et l'unité Gex Est-Ouest. L'unité Bugey accueille les patients ayant un projet de sortie vers le logement autonome, elle est gérée par le dispositif de réhabilitation ;
- une unité, Bourneville – de trente lits, une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement –, accueille des patients à pathologies complexes, son projet de transformation en maison d'accueil spécialisé a été présenté à l'ARS.

Ces quatre unités sont fermées ;

- un foyer thérapeutique de huit lits.

La capacité d'accueil mesurée en lits a diminué de 412 lits en 2016 (393 pour adultes et 19 pour enfants et adolescents) à 325 lits en 2019 dont 11 pour enfants et adolescents. La diminution a notamment été consécutive à la fermeture de l'« unité pour malades agités et perturbateurs », d'une unité de psychogériatrie et à la baisse de capacité d'accueil du dispositif de soins de suite. Concernant le dispositif ambulatoire, les délais d'attente pour un primo rendez-vous sont de moins d'une semaine pour un entretien infirmier mais plusieurs mois (sauf urgence) pour une consultation avec un psychiatre.

Aucun service d'hospitalisation à domicile (HAD) n'est prévu mais des équipes mobiles fonctionnent dans chaque secteur que viennent compléter une équipe mobile intersectorielle médico-sociale et une autre pour la gérontopsychiatrie.

Dans la préparation à la sortie, les équipes soignantes soulignent l'insuffisance de structures extra hospitalières, médico-sociales ou sociales, adaptées, ainsi il n'existe dans l'Ain qu'une seule maison d'accueil spécialisée (MAS) pour les personnes souffrant de troubles mentaux. Cependant l'établissement a mis en place un foyer thérapeutique et des appartements de transition dans le cadre du processus de réadaptation. Un partenariat a également été engagé avec des médecins généralistes et des infirmiers libéraux qui assurent le suivi des patients

stabilisés, renouvellent et dispensent les traitements et alertent au moindre doute le CMP de proximité et son équipe mobile. Une réunion annuelle rassemblant ces professionnels libéraux et de psychiatrie permet d'entretenir ce réseau et une formation réciproque sur les pratiques.

Bonne pratique 2

L'établissement a développé un travail en réseau avec les professionnels de santé libéraux, médecins généralistes et infirmiers, afin d'apporter aux patients un accès aux soins de proximité au quotidien.

3.2 LA SITUATION FINANCIERE DE L'ÉTABLISSEMENT EST SAIN

La situation financière de l'établissement est saine. La totalité des produits, 77 millions d'euros dont 68,780 millions de dotation annuelle de financement (DAF), laisse régulièrement un léger excédent (517 000 euros en 2018) sur les dépenses.

La rémunération du personnel représente 78 % des dépenses ; le coût de la rémunération des médecins intérimaires a pesé pour 80 000 euros en 2018 et s'élevait à 600 000 euros pour les quatre premiers mois de 2019 conduisant à une projection de 2,4 millions sur l'année entière. Le recours aux médecins intérimaires risque d'inverser le résultat global, jusqu'ici excédentaire, et de peser sur les choix d'investissement.

Les investissements programmés – projet immobilier et informatique, évalués à 45 millions d'euros de dépenses étalées sur la période 2018-2024 – sont autofinancés à hauteur de 30 millions et complétés par un emprunt pour le reste, la validation par l'ARS est acquise.

Les marges de manœuvre financières de l'établissement lui permettent d'entretenir correctement les bâtiments et le domaine ; ainsi, chaque année, des salles d'eau de chambres sont renouvelées.

L'hôpital consacre un budget pour les activités de 160 000 euros pour tout l'hôpital, distribué à chaque service. Chaque cadre gère son enveloppe.

La seule difficulté de gestion porte sur la tardiveté de notification du budget par l'ARS laquelle, selon les interlocuteurs rencontrés, impose un pilotage en aveugle en ne rendant pas son budget dans les délais. Par ailleurs, la DAF peut être « gelée » une partie de l'année obligeant à des efforts de trésorerie.

Cette situation saine permet de ne pas recouvrer le forfait journalier (15 euros) des personnes dépourvues de mutuelle et de ressources, libéralité d'autant plus aisée que les impayés sont très rares.

3.3 UNE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES STIMULANTE PORTE LE CHANGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

3.3.1 Les médecins

Comme tous les établissements publics de santé mentale, le CPA souffre de l'état de la démographie médicale de psychiatres. En 2019, 67,92 équivalents temps plein (ETP) de médecins (toutes spécialités confondues et hors étudiants et internes) sont budgétés et lors de la visite, 11 ETP étaient vacants. A vive ce déficit l'absence d'interne car depuis mai 2019 aucun étudiant n'a pris l'un des sept postes offerts en psychiatrie, seul le poste d'interne en médecine générale est pourvu régulièrement en raison de l'intérêt, qu'offre ce poste par la diversité de la clinique

au dire du médecin responsable des soins somatiques. Lors de la visite, l'établissement comptait cinq médecins à diplôme étranger : quatre Roumains et un Portugais.

Les vacances sont en partie comblées par des médecins intérimaires, dont la rémunération très largement supérieure à celle des statutaires pèse sur les finances de l'établissement (cf. § 3.2) et sur la qualité des relations avec les autres praticiens. En outre, ces médecins qui ne font que passer dans les unités, même si certains reviennent régulièrement dans l'établissement, ne s'investissent pas dans le travail institutionnel, se bornant à assurer les consultations – notamment celles nécessitées pour l'établissement des certificats médicaux des procédures de soins sans consentement, et les urgences.

Pour attirer les praticiens, l'établissement applique une politique salariale attractive en offrant le statut le plus favorable en termes indiciaires dès l'entrée et versant, comme les établissements publics, la prime de 10 000 euros après un an de service.

Les médecins ont accès à des formations au management ou à l'analyse des pratiques.

L'organisation des soins en intra hospitalier prévoit un médecin chef pour chaque secteur de psychiatrie adulte ainsi qu'un pour la pédopsychiatrie, et un pour chacun des trois dispositifs spécialisés (CAP-Renouée-Fleyriat, gérontopsychiatrie et réhabilitation) ; ces huit médecins chefs se réunissent chaque semaine. Chaque unité d'entrée est dotée de 1,8 ETP de psychiatre, les unités de réhabilitation en reçoivent 1 ou 1,2 ETP. Dans chaque unité, l'un des praticiens qui assure ces services est référent.

En pratique, en raison des vacances de postes, la présence médicale n'est pas aussi intense : ainsi, lors de la visite, seul 0,5 ETP de médecin était réellement pourvu à l'unité Oasis, les autres postes étant vacants et remplacés par des intérimaires laissant néanmoins deux à trois demi-journées sans médecin chaque semaine.

La continuité des soins sur l'ensemble du site de Saint-Georges est assurée par une astreinte de psychiatre de 8h à 20h, portée par tous les médecins à tour de rôle mais ceux de plus de 60 ans peuvent s'en abstenir, puis par une astreinte de nuit de 20h à 8h à laquelle participent onze médecins. Le psychiatre d'astreinte répond à toutes les situations d'urgence et passe dans les chambres d'isolement. Un généraliste est présent 24h/24.

Certains des psychiatres de l'établissement ne travaillent que dans les structures extra hospitalières, au motif de l'éloignement de celles-ci, d'autres au contraire seulement sur le site de Saint-Georges.

L'investissement des praticiens dans le fonctionnement de l'établissement est très inégal. Ainsi, en juin 2019, nul ne voulait sacrifier la période de vacances d'été qu'il désirait et la permanence des soins pour le mois d'août n'était pas encore assurée.

L'adhésion au projet d'établissement et au mode de fonctionnement des unités, privilégiant l'ouverture et la liberté d'aller et venir des patients, n'est pas totale dans la communauté médicale et quelques psychiatres auraient souhaité, sans obtenir gain de cause, la création d'une unité fonctionnant sur un modèle proche de l'unité Pinel qui a été fermée en 2016.

Les difficultés de recrutement ont conduit à envisager une réorganisation des missions entre les différentes catégories professionnelles, en déléguant certaines missions aux cadres et d'autres aux psychologues et aux assistantes sociales.

3.3.2 Les paramédicaux

a) L'organisation des équipes

Lors de la visite, sur les 1 019,28 ETP de personnel soignant, 19,83 n'étaient pas pourvus. Mais une bonne organisation des soins, la régularité du planning, la primauté donnée au patient et l'existence du pool de remplacement permettaient un fonctionnement satisfaisant.

Les équipes de soins sont constituées selon des ratios différents selon les unités, en fonction des spécificités des patients accueillis. En principe, l'effectif normal des équipes des unités d'admission est formé de quatre soignants matin et après-midi avec au moins deux infirmiers auquel s'ajoute un infirmier de journée. L'effectif minimum, toujours respecté, est de trois soignants par roulement. Le week-end, trois soignants sont présents matin et soir, dont au moins deux infirmiers. L'équipe de nuit comporte deux soignants dont au moins un infirmier.

Pour les unités de soins de suite, les équipes sont plus étoffées : cinq soignants le matin, quatre l'après-midi (dont au moins deux infirmiers) et si possible un infirmier de journée. La nuit, l'équipe est de deux soignants dont au moins un infirmier.

Les équipes de nuit ne sont pas constituées de personnel dédié. Si certains agents préfèrent faire les nuits, tous doivent faire une partie de leur service en journée pour garantir une cohérence correcte des équipes et une bonne connaissance des patients.

Dans chaque roulement, les tâches sont réparties entre au moins trois infirmiers : l'un est de « soins » (accompagnement et activités auprès des patients), un autre d'entretiens et un d'accueil (travail administratif, répondre au téléphone, etc.). Cette organisation assure la présence constante d'un soignant auprès des patients, dans les salles d'activité, les couloirs et les salles collectives, capable de produire des soins par le biais d'une médiation. Les patients ont témoigné ne pas se sentir délaissés et avoir toujours un interlocuteur disponible.

Le remplacement des absences ne pose pas de problème grâce à l'annualisation, au dimensionnement relativement confortable des effectifs par unité et à l'existence d'une équipe volante qui assure des remplacements de courte durée. Ce sont évidemment les activités qui sont annulées lorsque l'équipe est au minimum. En outre, selon l'ensemble des interlocuteurs, la cohésion d'équipe et le bon fonctionnement facilitent un faible niveau d'absentéisme.

b) Le recrutement et l'intégration

L'hôpital de Fleyriat et le CPA ont tous deux un institut de formation en soins infirmiers. Pour autant, et alors que le personnel soignant est assez stable, le recrutement à un niveau d'effectif satisfaisant n'est pas garanti car le département est déficitaire en infirmiers. Le remplacement des infirmiers quittant le CPA, qui connaît notamment de nombreux départs en retraite, n'est donc pas assuré.

Le recrutement des infirmiers passe par un entretien avec deux cadres qui rendent un avis, afin d'affecter la personne sur le poste qui lui est le mieux adapté. Pour les nouveaux venus, la mobilité est possible après une période sur un poste en unité. Cependant, cette mobilité n'est pas également partagée, les soignants de certaines unités, comme Oasis, ne souhaitent pas en changer.

Tous les soignants sont suivis par un tuteur au cours des deux premières années, le tuteur étant un professionnel expert qui n'appartient pas au même service. Des séances de tutorat individuel se déroulent au moins une fois par mois entre soignant et tuteur. Des tutorats collectifs sont aussi organisés.

Un compagnonnage dans le service suit l'intégration de l'entrant avec un livret d'intégration et d'autoévaluation de ce qu'il doit connaître ; cette pratique est toutefois inégalement suivie selon les unités. Les cadres de santé et les psychologues s'y ajoutent comme personnes ressources. Enfin, tout nouvel arrivant bénéficie d'une formation de quinze jours de consolidation des savoirs.

Les agents hôteliers, qui assurent la restauration et le ménage, sont formés, par un cadre, à la spécificité des pathologies psychiatriques.

c) La politique de formation

L'établissement assure des dépenses de formation très au-delà de ses obligations légales. 4 000 demandes de formation sont présentées chaque année, certains agents se montrant particulièrement demandeurs. Ces dépenses sont majoritairement affectées aux formations « *qui conditionnent l'exercice d'une activité ou d'une fonction* », la promotion professionnelle individuelle étant résiduelle. La crainte a été mentionnée que les nouveaux dispositifs nationaux restreignent les financements extérieurs, notamment pour l'accession au statut de cadre, augmentant ainsi le délai d'attente pour les inscriptions dans la formation *ad hoc*.

En 2018, 762 salariés ont suivi une formation dont 56 appartenant à la filière médicale (sur 66 présents à l'effectif au 31 décembre), 422 à la filière soignante et paramédicale (sur 590) et 30 à la filière pédagogique et sociale (sur 55). Ont été suivies 149 formations pour la première filière, 693 pour la deuxième et 41 pour la troisième.

Les dépenses de formation professionnelle sont prioritairement orientées vers des actions en cohérence avec le projet et les objectifs de l'établissement. Dans ce cadre, tous ses agents ont suivi la formation « *gestion de la crise* » dispensée en interne. La formation OMEGA a débuté en fin 2016 avec l'objectif de former 700 salariés, objectif long à atteindre puisque seuls deux groupes de quinze personnes sont formés par an. Les responsables incitent à ces formations ; ils observent que si le risque que peut présenter un patient est vécu par les soignants de façon anxieuse, cette anxiété les conduit, en réaction, à recourir à l'enfermement dans une vision à court terme ; ces formations poursuivent le but d'écartier ces réflexes.

La directrice des soins pilote un groupe sur les troubles graves du comportement, en vue de l'adaptation de l'environnement à l'accueil de patients qui présentent ces troubles. La compétence ainsi acquise donne aux équipes des conditions acceptables pour rester dans les unités concernées.

Enfin, une fois par mois, une micro-conférence se tient en présentiel avec un débat dans la salle sur un partage d'expérience. En octobre 2019, elle doit être filmée pour permettre aux équipes de le suivre depuis les sites éloignés.

Une nouvelle formation, intégrée au développement professionnel continu, sur la loi de 2011, doit commencer dans l'année 2019.

Par ailleurs, les psychiatres n'ayant plus le temps de former à la compréhension de la maladie, il est recouru aux psychologues pour la « *nourriture clinique* » des équipes. Une formation sur les fondamentaux du spectre autistique a été dispensée aux soignants de Bourneville et à l'utilisation du dispositif Snoezelen.

Enfin, la direction de l'établissement soutient une politique de partage des savoirs selon le processus : mutualiser, valoriser, transférer puis réviser. Ainsi, il est attendu des cadres qu'ils aillent constater ce qui se passe dans les autres unités pour encourager les soignants à reprendre les bonnes initiatives. Une diffusion des innovations, des mutualisations de compétences pour

en faire profiter les autres unités sont effectives : ainsi, la salle Snoezelen installée dans l'unité de Bourneville est ouverte aux patients des autres unités car ce qui sert aux autistes peut servir aux autres patients. La formation des soignants de cette unité a changé leur regard sur les patients. Cette initiative ajoutée à l'affectation d'une cadre de santé venant du médico-social a pour résultat une fidélisation de l'équipe.

d) Le pilotage des équipes

L'établissement a beaucoup misé sur l'encadrement pour conduire le changement en cours. La directrice des soins nomme les cadres et cadres supérieurs sans que les médecins participent aux choix. Si la plupart des cadres des unités ont été renouvelés depuis trois ans, les cadres supérieurs, qui, selon les interlocuteurs, sont très performants, sont stables.

Les cadres sont réunis par la direction des soins une fois par mois, les cadres supérieurs deux fois par semaine, l'une sur les ressources humaines, l'autre sur les questions globales et institutionnelles.

L'ensemble des entretiens montre que les cadres se sont approprié l'objectif de réduction du recours à l'isolement et à la contention. De même, l'ouverture des unités a induit un repositionnement des équipes pour ouvrir comme pour accueillir des patients considérés dangereux, auparavant placés à Pinel, appelant formation, réflexions d'équipe, constats partagés soignants/soignés.

Cette forte implication constitue un atout pour la direction dont la politique est bien relayée mais a pour conséquence un désinvestissement des médecins.

Bonne pratique 3

L'établissement organise la diffusion des innovations et la mutualisation des compétences entre les unités.

3.4 L'ACTIVITE DE L'HOSPITALISATION COMPLETE MARQUE UNE LEGERE BAISS

La baisse de l'activité d'hospitalisation temps plein se constate sous tous ses aspects. La file active des patients admis en hospitalisation complète, tous modes d'admissions confondus, a diminué de 2 092 patients en 2017 à 2 012 en 2018 (-3,8 %) et le nombre de jours d'hospitalisation a également baissé de 105 429 à 97 345 (-7,6 %) ; le nombre de séjours a diminué dans une proportion plus importante de 5 764 à 5 005 (-13,16 %) expliquant que la durée moyenne des séjours ait, elle, augmenté de 18,3 à 19,4 jours.

La part des patients admis en soins sans consentement – tous modes légaux confondus – est restée stable à 35 %.

Cette baisse de la file active est imputée à l'effet du « virage ambulatoire » accentué depuis trois ans, la file active globale de l'établissement (15 799 patients) ne diminue pas et 4 700 nouveaux patients ont été pris en charge en 2018. la durée moyenne annuelle d'hospitalisation des patients en soins libres, 50,9 jours en 2018 (52,8 jours en 2017) est comparable à celle de l'ensemble des patients (48,4 jours en 2018 et 50,4 jours en 2017).

Le CPA ne se heurte pas à des difficultés de sur occupation des unités. Cependant il peine à gérer les flux faute, notamment, de solution de sortie pour les trente à quarante patients qui n'ont pas leur place en hospitalisation et devraient être pris en charge dans des structures médico-sociales. Or, il n'est pas prévu d'ouverture de places en structures médico-sociales hormis le projet de

MAS porté par le CPA mais en contrepartie de la fermeture de Bourneville. Des patients séjournent donc plus de trois mois dans des unités d'entrée puisque les places ne se libèrent pas dans les unités de suite. La consigne répétée par la direction de faire sortir les patients se révèle particulièrement compliquée à appliquer.

3.4.1 Les admissions en soins sans consentement

L'établissement a fourni les données relatives à l'ensemble des modes d'admission qui sont regroupées dans le tableau suivant :

	Nombre de mesures		Nombre de patients	
	2017	2018	2017	2018
Total SDDE	628	611	DM	DM
Dont SDT ordinaire	198	181	207	194
Dont SDTU	287	259	310	296
Dont SPI	143	171	157	178
Total SPDRE	95	87	79	78
Dont à la demande du maire	25	27	31	28
Dont personnes détenues	46	34	37	27
Dont décisions judiciaires	4	3	7	7
Dont transformation SDT en SDRE	4	11	14	16
Hospitalisations en soins libres	2 009	1 914	1 357	1 304
Total des patients hospitalisés	2 716	2 600	2 092	2 012

SDDE : soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

SDT ordinaire : soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SDTU : soins psychiatriques à la demande d'un tiers en procédure d'urgence (article L.3213-3 du code de la santé publique)

SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent (article L.3212-1 II 2° du code de la santé publique)

DM : donnée manquante. Un même patient peut avoir été admis la même année plusieurs fois et selon des modes légaux différents. Donc, la somme des patients dans chaque mode est supérieure ou égale au nombre de patients entrés globalement en SDDE. Ce nombre n'a pas été fourni par l'établissement.

SPDRE : soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat.

Les données de ce tableau doivent être prises avec une certaine précaution dans la mesure où l'on explique mal que, quelle que soit la procédure d'admission, le nombre de mesures soit inférieur au nombre de patients concernés ; de même, pour 2017, la somme des mesures de soins sans consentement et de soins libres ne correspond pas au nombre figurant sur la dernière ligne. A ces restrictions près, l'analyse de ces informations montre que parmi les patients admis en SDDE, 28 % des patients admis en 2018 l'ont été sur le mode légal du SPI (22,8 % en 2017), et 42,4 % (45,7 % en 2017) en procédure d'urgence, proportions légèrement inférieures à ce que

l'on constate au niveau national². Cependant, si la proportion des admissions en SDTU a diminué au cours des deux années considérées, celle des admissions en SPI a augmenté très sensiblement. Le nombre de patients changeant de statut d'admission pour passer de soins libres à soins sans consentement n'a pas pu être déterminé.

La proportion d'admissions en soins sans consentement reste dans la moyenne nationale : En 2017, 23,12 % de SDDE et 3,5 % de SPDRE, en 2018, respectivement 23,5 % et 3,34 %.

RECOMMANDATION 1

L'augmentation de la proportion d'admission en SPI doit appeler l'attention des responsables dans la mesure où ce mode d'admission, qui permet l'hospitalisation d'une personne sans son consentement sur l'appréciation d'un seul médecin qui n'est pas nécessairement psychiatre est particulièrement attentatoire aux droits du patient.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique que « La proportion d'admission en SPI est un indicateur suivi par le CPA. Malheureusement ce mode d'admission est trop souvent utilisé par les urgentistes afin d'imposer rapidement une admission en soins psychiatriques, ceci dans un contexte de forte tension au sein des SAU du département de l'Ain. »

² Les données actualisées en 2017 de l'étude de Magali Coldefy parue dans « *Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan 4 ans après la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, rapport final* », par Magali Coldefy (Irdes), Sara Fernandes (ORU-PACA), avec la collaboration de David Lapalus (ARS PACA) ORU-PACA – IRDES, rapportent les proportions respectives de 46 % et 29 %

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

4.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST INCOMPLETE

4.1.1 Les documents d'information relatifs à la vie des patients

Il a été constaté qu'un « kit d'accueil » incluant le livret d'accueil de l'établissement est remis au patient par un infirmier diplômé d'Etat (IDE) de l'unité, ainsi que le formulaire de désignation de la personne de confiance. Cette remise de documents s'accompagne d'une discussion et d'une visite de l'unité, chambre et parties communes. Ces documents ne sont pas réservés aux personnes en soins sans consentement (SSC), dont la situation particulière n'est évoquée dans le livret d'accueil mis à jour en mai 2018 qu'à travers trois brefs paragraphes de présentation des modes de soin. De surcroît, les termes utilisés (soins libres, soins à la demande d'un tiers, soins à la « demande » du représentant de l'Etat) sont erronés³.

Dans les unités où les patients présentent des déficits multiples, les explications orales, renforcées, remplacent la remise de documents écrits.

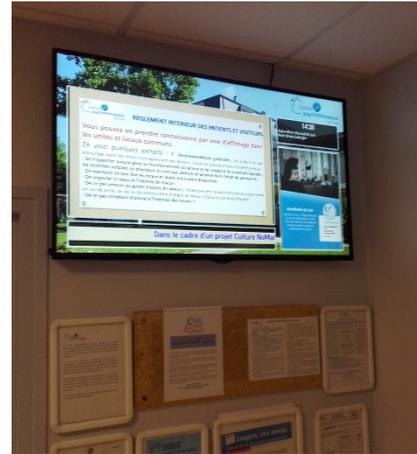
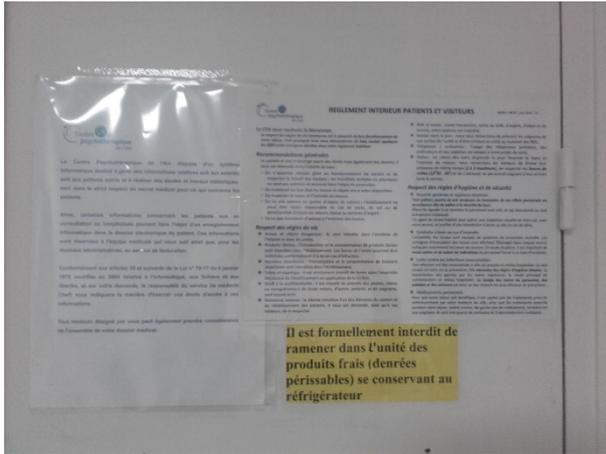
Le règlement intérieur, commun à tout l'établissement, daté de juin 2018, dont les prescriptions tiennent sur une unique page de taille A4 en format paysage, est affiché dans les unités. Il est parfois complété par des consignes pour les visiteurs, relatives à l'introduction de denrées alimentaires.

Bonne pratique 4

Les éléments du règlement intérieur de l'établissement intéressant les patients sont affichés dans toutes les unités, facilement lisibles sous la forme d'un document court et compréhensible.

Dans l'unité Chamoise, à côté du bureau des infirmiers, un écran de télévision placé dans le hall étroit et en face duquel sont installées deux chaises diffuse des informations en continu, dont le règlement intérieur. Ce même type d'écran est particulièrement mal situé dans l'unité Epidaure. Le défilé des informations est assez rapide, trop peut-être pour une personne dont les capacités seraient diminuées par la maladie.

³ L'article L3212-1 du CSP prévoit les « soins psychiatriques sur la **décision du directeur d'un établissement** », l'article L3213-1 prévoit la **décision du représentant de l'Etat** dans le département (ce dernier « prononce par arrêté [...] l'admission en soins psychiatriques »).



Règlement intérieur affiché et écran avec défilement d'informations, unité Chamoise

En conséquence de la libéralisation et de l'homogénéisation des règles de vie dans les unités (cf. § 0), il n'est pas distribué de document relatif aux règles de fonctionnement de l'unité. Ces règles, réduites au strict minimum (horaires d'ouverture des portes de l'unité, des espaces à l'air libre de type parc ou jardin, horaires des repas, des visites) sont affichées sur les portes concernées (porte de l'unité, du jardin ou petit parc, de la salle à manger, etc.).



Affichage sur les portes des unités Gex et Chamoise

4.1.2 L'information sur le statut et les droits des patients en soins sans consentement

Une information générale sur le statut de l'hospitalisation est donnée par le médecin-psychiatre qui procède à l'accueil du patient en soins sans consentement (SSC). Préalablement, les soignants sont aussi amenés à donner des informations. L'information principale concerne les sorties dans le grand parc : au début de l'hospitalisation, celles-ci ne peuvent avoir lieu qu'accompagné d'un soignant.

L'information écrite relève entièrement d'un des deux agents administratifs du service de la gestion administrative des patients (GAP) qui se déplacent dans les unités au fur et à mesure de la formalisation des décisions ou de la réception des documents. Elle n'a lieu que du lundi au vendredi, aux heures ouvrables soit de 8h à 12h et de 13h à 16h30. Les documents émis pendant le week-end et les jours fériés s'accumulent jusqu'au premier jour ouvrable du GAP et les patients ne bénéficient pendant ce laps de temps d'aucune information écrite. L'acte de notification en

lui-même est maîtrisé mais il ne s'agit pas d'une explication écrite donnée au patient sur son statut d'hospitalisation.

Ainsi que les contrôleurs ont pu l'observer à l'occasion de trois notifications différentes, la copie de la décision est proposée au patient, qui bien souvent ne la prend pas, ou donnée aux soignants qui tentent une nouvelle remise avant de la placer dans le dossier infirmier en cas de réitération du refus.

En cas de refus de signer, l'agent administratif et un soignant attestent de l'acte de notification en signant le document. En cas d'impossibilité pour le GAP de notifier parce que le patient est absent lors de la venue de son agent dans l'unité et si la notification doit se faire sans report, le cadre de santé de l'unité est amené à effectuer la notification. A défaut du cadre, un IDE peut être amené à le faire, ce qui est rare. Ils n'ont pas de formation particulière.

Plus encore, des erreurs de compréhension des documents notifiés et de la procédure judiciaire afférente ont été identifiés par les contrôleurs lors de la visite : lors de la notification le 12 juin d'une décision du juge des libertés et de la détention (JLD) de la veille levant le SSC au motif qu'il n'avait été saisi qu'au douzième jour, l'agent du GAP pensait qu'il notifiait « *un appel* ».

En 2016 déjà, le CGLPL avait recommandé :

La formation aux dispositions de la loi du 5 juillet 2011 dispensée par l'établissement est manifestement insuffisante s'agissant des droits des patients et de leur notification. Elle doit être améliorée.

Par ailleurs, l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement à la demande d'un tiers (SDDE/DT) ne comporte pas l'identité dudit tiers. Le patient ne la découvre par écrit que dans la saisine du JLD, jointe à la convocation devant ce dernier. Aucun agent hospitalier ne prend l'initiative de parler du tiers qui a demandé l'hospitalisation, sauf à ce que le patient en SSC le demande. Dans le cas où le patient le demande à un soignant, celui-ci doit se renseigner auprès des agents du GAP, qui à ce stade sont les seuls à accéder aisément à cette identité. Dans les discussions qu'ont eues les contrôleurs avec le personnel, il n'est pas ressorti d'explication à la mise en place d'un secret autour du tiers.

Enfin, en méconnaissance de l'article L3211-3 du code de santé publique (CSP), aucun document énumérant leurs droits n'est remis aux patients en SSC. Seules les voies de recours sont mentionnées sur les décisions d'admission en SSC. Ces droits ne sont même pas indiqués verbalement et sont manifestement inconnus des agents du GAP comme des soignants. Les soignants ne perçoivent pas toutes les conséquences du SSC, notamment les droits qui s'attachent à ce mode d'admission.

RECOMMANDATION 2

Le personnel doit bénéficier d'une formation au cadre juridique des soins sans consentement. La notification des décisions doit se faire au fur et à mesure de leur édicton et s'accompagner d'explications. L'identité du tiers qui a initié la procédure doit être portée à la connaissance du patient. Les droits énumérés à l'article L3211-3 du code de la santé publique (CSP) doivent être notifiés au patient et une copie de leur énoncé doit lui être remise.

Contrairement à ce qui avait été relevé en 2016, des affiches du barreau de l'Ain informent dorénavant dans les unités des coordonnées des avocats.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique que le programme de formation à destination des soignants intitulé « droits des patients » n'ayant pas été agréé par l'OGDPC au motif qu'il était trop « juridique », ce travail a été relancé et le CPA espère pouvoir proposer un programme agréé d'ici fin 2020. A défaut, le module de formation sera dispensé en formation interne. Il précise qu'en 2020, les professionnels du GAP ainsi que les cadres de coordination et le comité de Direction ont été formés aux droits des patients (Formation dispensée par le CNEH).

4.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT EXPRIMES, TRACES ET TRAITES

Depuis 2017, un service de la qualité et des relations avec les usagers (Q&RU), incluant la gestion des risques, a été créé. Il comprend, outre son directeur, une adjointe issue de la filière des soins, une assistante, un médecin à 0,4 ETP en charge de l'évaluation et de la gestion des risques, un cadre supérieur à 0,5 ETP. Cette équipe, qui n'existait pas lors de la précédente visite du CGLPL, se montre très investie dans la prise en compte des incidents sous différentes formes.

Plusieurs documents ont été transmis aux contrôleurs, parmi lesquels l'analyse des déclarations d'événement indésirable et le bilan qualité et gestion des risques de l'année 2018.

4.2.1 La procédure de signalement des événements indésirables

a) Par le personnel

Le personnel rend compte des événements indésirables (EI) depuis 2012 dans le logiciel Blue Medi Santé. L'accès, qui fait régulièrement l'objet de modifications aux fins de simplification, ne pose pas de difficultés. La procédure relative à la déclaration et au traitement des EI est accompagnée d'un guide d'aide à la déclaration et au suivi informatisé des EI.

Les mains courantes établies par les agents de sûreté de l'établissement, dont pourtant une partie est informatisée, ne sont cependant pas agrégées à ces EI (cf. § 6.1.1).

Le nombre de déclarations augmente avec en 2018, 3,5 % d'EI supplémentaires par rapport à 2017 (soit 1 883 EI au total). Jusqu'en 2014, le nombre d'EI déclarés était annuellement d'environ 800, puis 1 041 en 2015, 1 663 en 2016 et 1 819 en 2017.

81 % des déclarations proviennent des unités de soins à temps plein en 2018 (86 % en 2017).

68 % des déclarations sont rédigées par des IDE, 12 % par des aides-soignants (AS), 7 % par des cadres de santé de proximité en 2018 (74 %, 12 % et 6 % respectivement en 2017).

72 % des EI concernent un patient, 7 % le personnel ; 96 % des patients concernés sont des adultes, 55,7 % sont hospitalisés en SSC, 79 % sont auteur de l'EI et non pas victime.

Les déclarations d'EI se répartissent équitablement tous les jours de la semaine (14 à 16 % des déclarations), avec une moindre part le samedi et le dimanche (11 et 12 %). Seul le mois de mars 2018 se démarque (10 % des déclarations), contre 7 à 9 % les autres mois.

A titre d'exemple, des cadres interrogés sur le dernier EI qu'ils ont rédigé citent : une altercation avec une famille dans laquelle le cadre avait été pris à partie personnellement, des pannes informatiques récurrentes, une altercation entre la sœur d'un patient et les soignants, une rencontre sans autorisation entre une mère et sa fille. Des soignants ont cité des faits de violences verbales ou physiques dont celles qu'ils subissent des patients (comme une griffure atteignant un personnel à l'œil), la consommation de stupéfiants par des patients.

b) Par les patients

Les patients peuvent signaler un fait aux soignants, qui l'intègrent comme EI dans le logiciel. 21 % des patients concernés par un EI en 2018 y apparaissent comme victime.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la direction de l'établissement, proactive dans l'identification des incidents, intègre au logiciel Blue Medi Santé des sources d'information qui n'ont pas pris la voie des EI à l'origine : courriers – dont les courriers électroniques –, entretiens à la demande d'un patient ou d'un représentant des usagers, mention dans la main courante des cadres d'astreinte, etc. Seize EI (soit 0,85 %) ont ainsi été introduits par un agent du service Q&RU en 2018.

Bonne pratique 5

Le renseignement d'événements indésirables par les services de la direction de l'établissement rend leur recensement plus exhaustif, au profit des patients.

Dans trois pages consacrées aux droits du patient, le livret d'accueil présente la commission des usagers (CDU), associée à la notion d'« Expression des usagers » qui se décline en :

- « Remplir le questionnaire de satisfaction⁴,
- Adresser une lettre au directeur du CPA [adresse postale] en vue de la saisine de la [CDU] et avec la possibilité de proposer une médiation,
- Participer à un groupe de parole du Comité de vie sociale⁵. »

Les articles R.1112-91 à 1112-94 du code de la santé publique (CSP), relatifs aux plaintes et réclamations, sont ensuite reproduits *in extenso*, puis les coordonnées de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et du juge des libertés et de la détention (JLD) dont il est dit qu'ils peuvent recevoir « *toute contestation, concernant les modalités de votre hospitalisation* » ; il présente le comité de vie sociale (CVS) et le point information droit des patients accessible au service de la gestion administrative des patients (GAP).

Selon le bilan de 2018 de la CDU, les plaintes ou réclamations qui lui sont adressées sont en augmentation : dix en 2016, trente et une en 2017 et soixante-huit en 2018. Elles émanent en 2018 à 55 % des patients, à 37 % des familles et à 4 % des tuteurs. Les services concernés sont en premier lieu Chamoise (douze plaintes et réclamations), puis Epidaure (dix), Ormet (sept), Oasis (six), Bugey, Charmilles et Colombier (cinq chacun). Les motifs ne sont pas identifiables dans 55 % des cas, ou concernent l'organisation des soins (14 % des plaintes et réclamations), la qualité des soins (10 %), des difficultés relationnelles (7 %), la perte, le vol ou le dommage à un objet (5 %), la qualité de l'hébergement (5 %), le défaut d'information (3 %).

Les patients ou leurs proches demandent aussi l'accès à leur dossier médical : soixante-dix-neuf demandes ont été reçues en 2018. Il y a été répondu dans un délai inférieur à trois jours s'agissant des dossiers de moins de cinq ans d'ancienneté, dans un délai supérieur à cinq jours pour ceux de plus de cinq ans.

⁴ Selon les informations recueillies, les questionnaires de satisfaction bénéficient d'un bon taux de retour (30,9 % en 2018). Le questionnaire est donné la veille ou quelques heures avant la sortie d'hospitalisation et une enveloppe T est mise à disposition. Les réponses permettent leur exploitation par la direction de la qualité et des relations avec les usagers.

⁵ Cf. §.5.1.2 relatif à l'association des usagers à la vie de l'établissement.

La CDSP de l'Ain rend compte dans son rapport d'activité de 2018 de la réception de deux réclamations (onze en 2015, dix en 2016, deux en 2017) et de sept entretiens avec des patients l'ayant sollicitée.

Enfin, les patients peuvent déposer une plainte pénale. Une convention police-santé-justice⁶ organise dans une fiche le dépôt de plainte des patients hospitalisés. Celle-ci est recueillie, en premier lieu, dans le service de police ou de gendarmerie compétent où le patient est alors transporté, à défaut au sein du CPA par le déplacement des fonctionnaires ou militaires. Selon les propos rapportés par le personnel du CPA, une seule plainte a été déposée en 2018, aucune en 2017.

4.2.2 Le contenu des fiches d'événements indésirables

Dans l'ordre décroissant du nombre d'EI, les unités pour adultes⁷ qui déclarent le plus sont en 2018 : Gex (229 EI), Epidaure (215), Bourneville (202), La Vallière (141), Ormet (134), Le Colombier (123), Chamoise (106). Bugey et Oasis en déclarent moins d'une centaine, le CAP, Charmilles et La Renouée moins d'une cinquantaine. Parmi les trois unités déclarant plus de 200 EI en 2018, une seule est une unité d'admission, les deux autres étant respectivement une unité de soins de suite et une unité pour patients déficitaires avec pathologies associées.

Les EI sont majoritairement rattachés aux catégories « comportement » (1 055 EI), « matériel » (275), « divers » (214) et « atteinte physique » (209)⁸. Les « erreurs médicamenteuses » (52 EI) représentent 2,8 % des EI.

Les EI liés à un comportement sont à 53,5 % des agressions, parmi lesquelles 80,2 % résultent d'un acte d'un patient sur le personnel (en diminution), 16,6 % d'un acte d'un patient sur un autre patient (en diminution), 3,2 % d'un acte d'une famille ou visiteur sur le personnel (en augmentation). Dans chacun de ces cas, la part des agressions physiques avec blessure est minoritaire voire nulle (19,1 % des patients victimes d'un autre patient ont été blessés physiquement (en augmentation), 8,6 % du personnel victime d'un patient l'a été (en diminution), aucun personnel n'a été blessé physiquement par une famille ou un visiteur).

Entre 2017 et 2018, la part des EI liés à un comportement augmente (de 46 % à 56 %) mais la part des EI liés à une agression diminue par rapport au nombre total d'EI (de 35,3 % à 30 %) faisant dire aux interlocuteurs du CGLPL que « *la proportion des actes violents dans les EI ne bouge pas par rapport au nombre des EI* ».

Il ressort également de l'analyse conduite par le service Q&RU que 69,5 % des agressions sur le personnel sont le fait de patients récidivants, donc qu'une minorité de patients est à l'origine de faits de violence sur le personnel.

Les autres EI liés à un comportement sont à 19,4 % un non-retour de permission de sortie (dont la moitié avec recherche active), à 11,5 % un non-respect du règlement intérieur en matière de consommation de tabac, alcool et drogues, etc.

Ces données d'analyse correspondent à des réalités vécues différemment selon les unités, et parfois de façon paradoxale : dans une unité d'admission, le cadre de santé perçoit qu'il y a moins de passages à l'acte physiques sur les soignants qu'avant, alors que les incidents liés à la prise de

⁶ Un projet de version 10 de ladite convention santé-justice a été communiqué aux contrôleurs.

⁷ Hors gérontopsychiatrie.

⁸ Les atteintes physiques sont par ordre décroissant des chutes et des blessures, hors agressions.

toxiques et à des violences verbales y sont prépondérants ; son homologue d'une unité de soins de suite retient qu'un nombre important des EI portent sur des violences physiques de patients sur les soignants, en parallèle d'une même forte proportion de prises de toxiques et violences verbales.

La question des toxiques est apparue prégnante dans de nombreux discours. Elle est parfois identifiée comme « *un effet pervers* » de la liberté d'aller et de venir, « *mise en œuvre, mais pas maîtrisée* », ayant « *émergé avec l'ouverture des portes sans avoir été anticipées et difficiles à gérer à l'heure actuelle, en particulier pour les unités d'admission* ». Des événements graves sont rapportés pour l'illustrer des incidents de natures différentes : une personne âgée décédée par noyade dans un étang de l'établissement fin 2017 ; un jeune en fugue retrouvé mort dans un champ à plusieurs kilomètres de l'établissement ; un patient retrouvé « ivre-mort » dans un escalier de service.

Des événements indésirables graves (EIG)⁹ sont effectivement recensés en 2018 dans les unités de soins à temps plein : 46 % des EI sont de gravité 3 ou 4 (en augmentation : 45 % en 2016, 41 % en 2017 ; cette augmentation ne concerne que les EI de gravité 3), mais seul 1 % des EI est de gravité 4. Les EIG de gravité 4 ont eu lieu en plus grand nombre à Epidaure (six EIG, dont un suicide), à Gex (quatre EIG) et à Chamoise (trois EIG). Il ne s'agit pas d'actes hétéro-agressifs, mais les données communiquées ne permettent pas d'en connaître plus précisément la nature.

4.2.3 Les suites données aux événements indésirables

a) Par l'établissement lui-même

Le service Q&RU produit annuellement une analyse chiffrée très détaillée des EI. Elle est diffusée largement au sein du CPA. Elle porte une attention particulière aux violences, aux fugues et aux chutes ainsi qu'à l'isolement et à la contention.

Onze EIG ont été signalés à l'agence régionale de santé (ARS).

Les fiches d'événements indésirables (FEI) qui ont une dimension institutionnelle sont discutées chaque semaine en comité de direction. Le projet médical et de soins 2018-2022 s'appuie sur certains des constats effectués à travers les EI.

Les FEI sont passées en revue tous les quinze jours pendant plus d'une heure par une cellule des événements indésirables (CEI) créée à l'automne 2015, qui en étudie les causes et les actions proposées. Elle est composée de soignants, d'un somaticien, d'un médecin du travail, de cadres de santé et s'est réunie vingt-cinq fois en 2018.

La CEI a exprimé quarante-trois demandes d'analyse des causes de l'EI en 2018, concernant des événements indésirables graves (EIG), relatifs notamment à des erreurs médicamenteuses, des agressions physiques et verbales, des tentatives de suicide et suicides, des suspicions de relations sexuelles non consenties. Trente-sept ont été réalisées, soit 86 % des demandes de la CEI (taux en augmentation). Elles ont pris notamment la forme de deux revues d'acte violent (RAV), de six revues de morbi-mortalité (RMM), de trois revues des erreurs liées aux médicaments et dispositifs médicaux associés (REMED). La demande d'analyse peut aussi être demandée par le personnel des unités de soins et par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT). Selon les propos recueillis par les contrôleurs, les analyses de cause réalisées par les

⁹ EIG = cotés en niveaux de gravité 3 ou 4 par l'établissement sur une échelle de 1 à 4.

cadres de santé sont effectuées avec un véritable souci de rigueur, de méthode et d'approfondissement.

L'analyse des erreurs médicamenteuses, par exemple, motive la préparation des piluliers de l'unité Bourneville par la pharmacie et le projet d'acquisition d'un robot pour la préparation des médicaments. Elle a aussi conduit à un test de distribution des traitements en chambre avec un chariot mobile.

Face aux EI relatifs à des violences sur le personnel, ce dernier est incité à déposer plainte. Des enquêtes sont effectivement conduites sur les plaintes du personnel, qui restent rares, mais elles sont généralement classées sans suite. Une procédure décrit l'accompagnement des agents par l'institution hospitalière (médecine du travail, psychologue, etc.) en cas de violence subie.

Face à des violences de soignants sur des patients, l'établissement engage une procédure disciplinaire, procède à un licenciement et disperse le groupe de soignants concernés par mobilité interne lorsqu'il s'agit d'un dysfonctionnement collectif. Cinq licenciements motivés par de tels faits ont été rapportés aux contrôleurs.

L'établissement dépose plainte deux à trois fois par an pour des dommages importants causés aux locaux (bris, incendie).

Face aux EI relatifs à la consommation de tabac dans les chambres ou d'alcool ou de stupéfiants, le service Q&RU soumet depuis 2018 à la signature du directeur du CPA des lettres de rappel des règles de vie adressées aux patients concernés. Ces patients sont aussi reçus par la directrice du service Q&RU.

En réponse au développement de ce même type d'EI, le projet de convention police-santé-justice a été remobilisé, dans lequel sont intégrés des procédures internes jusqu'à présent disparates.

Le CPA mobilise ses équipes dans les questionnaires de satisfaction, des audits¹⁰, la démarche patient-traceur. La méthodologie de l'évaluation de pratique professionnelle (EPP) est suivie par le service Q&RU. Parmi les EPP les plus évidemment en lien avec les EI, on trouve :

- depuis septembre 2018, la tenue de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP), qui a pour but la résolution d'une difficulté en mettant autour d'une même table différents métiers, différentes spécialités, voire différentes structures. Distincte de l'analyse des pratiques, d'un *staff* clinique, elle vise à dénouer des situations complexes, à la demande d'un soignant, lorsqu'une parmi trois conditions est remplie : difficulté importante survenue lors de la prise en charge, probabilité forte que des difficultés surviennent en cours de prise en charge, nécessité d'un traitement pluri professionnel complexe de la situation. La CEI peut aussi mobiliser une RCP à la suite d'un acte violent. Le premier bilan après trois mois d'existence a fait état de vingt-six RCP sollicitées mais douze réalisées, pour des patients en impasse thérapeutique ou institutionnelle : « *accueil chaleureux du médico-social ; cela a permis une ouverture et une prise de recul sur bien des situations ; les professionnels et l'équipe mobile du médico-social ont beaucoup travaillé sur les situations de Bourneville ; [...] on constate un apaisement des situations.* » ;

¹⁰ Exemples d'audits menés : application des mesures de liberté d'aller et venir dans les unités de soins pour les patients en soins libres en août 2018, prescriptions d'isolement/contention en soins libres (en continu), prescriptions de contention seule (en continu), utilisation de la grille d'évaluation du risque suicidaire, traçabilité du dommage associés aux soins.

- depuis 2011, sécurité des personnes (méthodologie RAV + autres méthodes d'analyse d'actes violents) ;
- depuis 2017, alternatives à la contention, prévention de la violence ;
- depuis 2018, observatoire des pratiques basé sur le référentiel de l'OMS Quality-Rights, en lien avec le CCOMS¹¹ de Lille (Nord) ;

Des actions de formation sont en lien avec certains types d'EI, comme la formation Omega sur la gestion de la violence, en cours dans l'unité Gex au moment de la visite (huit agents déjà formés et d'autres à venir à l'automne 2019).

Le CPA ne déclare pas ses EI à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS), considérant qu'ils sont trop nombreux pour être introduits dans la base de données. Mais des contacts existent avec l'ONVS, dont les travaux sont suivis.

b) Par la commission des usagers (CDU)

La CDU, qui se réunit quatre fois par an, est informée des EI et est destinataire des plaintes et réclamations. Outre les deux représentants des usagers titulaires issus de l'UNAFAM, sa composition a été élargie à des membres ayant voix consultative : une association en charge des tutelles (l'UDAF¹² de l'Ain) et un groupe d'entraide mutuelle (GEM), Tendre la Main.

La CDU, à la suite des réclamations et plaintes sur lesquelles elle atteste d'un délai de réponse moyen de treize jours, peut proposer une médiation. Le CPA a constitué une équipe de médiation composée d'un médiateur psychiatre (et son suppléant), d'un cadre supérieur de santé, de la responsable du service social. Les plaignants sont informés par écrit de la médiation accordée avec des coordonnées à joindre pour prendre rendez-vous, mais ils ont tendance à ne pas donner suite. Sept médiations ont été proposées en 2018 (aucune en 2016, quatre en 2017), sur des sujets presque exclusivement médicaux.

c) Par la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP se réunit quatre fois par an, systématiquement au CPA. En 2018, elle a étudié les sujets suivants : mise en place du registre de l'isolement et de la contention au CPA, gestion d'absence anormale et de sortie sans autorisation (étude de la procédure établie par le CPA et intervention du directeur du CPA), trafic de drogue dans l'enceinte du CPA (intervention du directeur du CPA), en lien avec l'analyse des EI du CPA.

d) Par le comité d'éthique

Les comptes-rendus des réunions du comité d'éthique qui ont été communiqués aux contrôleurs, anciens (2016, 2017), n'ont pas permis de faire apparaître le traitement par cette instance de problématiques en lien avec les événements indésirables.

Le comité d'éthique a été réorganisé fin 2018. Sa première séance du 25 janvier 2019 a été consacrée à des points de fonctionnement et au balayage de thèmes. La seconde séance du 24 mai 2019 a corrigé une formulation du règlement intérieur, a appelé à inciter à la saisine dudit comité, a rapporté une question relative à l'accès des usagers à la bibliothèque médicale et a listé

¹¹ CCOMS : centre collaborateur de l'organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale.

¹² UDAF : union départementale des associations familiales

des arguments recueillis en séance relatifs au tutoiement et au vouvoiement dans la relation soignant-soigné.

4.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST UNE NOTION DONT LA MISE EN ŒUVRE A DEBUTE

Concernant la personne de confiance, le CGLPL avait conclu en 2016 :

La procédure ne fait pas l'objet d'un protocole à l'échelle de l'établissement.

Dorénavant, l'ensemble des unités met en œuvre la procédure d'admission établie en décembre 2018, principalement à destination des agents administratifs du service de la gestion administrative des patients (GAP) mais aussi des soignants si le patient n'est pas passé par le GAP lors de son admission. Cette procédure vise expressément un « *Formulaire personne à prévenir et personne de confiance à faire remplir au patient en lui expliquant le rôle de chacune de ces personnes* ».

Selon les informations recueillies dans les unités, la question de la personne de confiance est systématiquement abordée pendant l'accueil, en précisant la différence entre personne à prévenir et personne de confiance et en indiquant au patient que c'est à lui de prévenir la personne désignée afin qu'elle puisse donner son accord. Les soignants disposent d'une fiche explicative de ce qu'est la personne de confiance. Les IDE les plus jeunes, issus de la filière de formation générale, disent connaître la distinction entre personne à prévenir et personne de confiance ; les moins formés peuvent se reporter à la fiche explicative qui accompagne l'imprimé. L'imprimé de désignation est systématiquement remis au patient. Les IDE veillent à ce qu'il soit rempli et versé dans le dossier-infirmier. L'identité de la personne désignée est reportée dans le dossier patient informatisé (DPI).

L'identité de la personne de confiance se juxtapose souvent à celle de la personne à prévenir. Lors de la visite, une personne de confiance est identifiée dans les proportions suivantes :

Unité	Nombre de personnes de confiance identifiées	Part du nombre de patients	Observation complémentaire
Chamoise	7	28 %	
Charmilles	9	37,5 %	
Epidaure	9	37,5 %	
Oasis	23	92 %	
Ormet	6	28,6 %	Dont une associée aux soins
Bugey	21	84 %	
Colombier	11	44 %	3 en cours signature
Gex	6	26,1 %	Dont 5 associées aux soins
La Vallière	11	44 %	

Néanmoins, les contrôleurs relèvent :

- lors d'une admission dans une unité, l'explication s'est résumée de manière erronée à : « *C'est une personne qu'on appelle en cas d'urgence* ». Un autre agent a présenté la notion aux contrôleurs ainsi : « *Personne garante du suivi de l'état de santé et elle sera informée en cas de gros souci* » ;

- le personnel est encore persuadé qu'un majeur sous protection judiciaire de type tutelle ne peut pas désigner de personne de confiance. Les contrôleurs ont entendu « *Si tutelle, c'est le tuteur qui fait le nécessaire* » et une unité a répondu au questionnaire du CGLPL en indiquant « 24 tutelles donc pas de personne de confiance, 1 parent ». Le mandataire judiciaire présent au CPA n'a encore jamais été désigné comme personne de confiance. La procédure d'admission énonce pourtant que les majeurs protégés peuvent désigner une personne de confiance ;
- l'imprimé n'est jamais contresigné par la personne désignée. Le contact avec la personne désignée relève entièrement du malade. Un médecin a dit aux contrôleurs : « *C'est le droit du patient. On ne s'en mêle pas.* ». Dans une unité de soins de suite, sur trois dossiers examinés correspondant à des personnes de confiance désignées dès 2011, deux ne comportaient aucune acceptation de la mission par la personne désignée et le troisième ne comportait aucun imprimé de désignation ;
- la personne de confiance est rarement associée au soin, ainsi qu'il ressort du tableau ci-dessus.

PROPOSITION 1

La désignation d'une personne de confiance doit être validée par l'acceptation signée de la personne désignée. Celle-ci doit pouvoir accompagner le patient qui le souhaite dans ses démarches et assister aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions.

4.4 L'ACCES AU VOTE, POSSIBLE, NE FAIT PLUS L'OBJET D'AUCUNE FACILITATION

En 2016, le CGLPL relevait :

Lors de scrutins, il a été proposé à des patients d'aller voter ou de faire établir une procuration. Dans certaines unités, des patients ont été accompagnés pour aller voter.

Il est constaté en 2019 que la situation s'est dégradée : si « *normalement il y a une procédure* », si habituellement des permissions sont accordées et des procurations faites, le changement de responsable de cette question au GAP l'a faite oublier lors des derniers scrutins, notamment européen en mai 2019.

Aucun affichage n'est visible dans les unités. Le livret d'accueil ne mentionne pas le droit de vote. L'absence d'information des patients en SSC quant à leurs droits découlant de l'article L. 3211-3 du CSP ne permet pas non plus de les informer de l'exercice de leur droit de vote (cf. *supra* § 4.1).

Les soignants se sentent en capacité de faire le nécessaire pour informer les patients qui voudraient voter et déclarent avoir dit aux patients que s'ils voulaient voter ils devaient se manifester mais qu'aucun ne l'aurait fait. Si des patients sont allés voter, ils l'ont fait de leur propre initiative en obtenant une autorisation de sortir, dont l'objet n'était d'ailleurs pas nécessairement la participation au scrutin.

Une unité de soins de suite a pu faire état aux contrôleurs de trois votants à l'élection présidentielle, aucun à celle des députés européens.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les patients doivent être informés de leur droit de vote pendant l'hospitalisation. Cette information doit être renforcée à chaque scrutin. L'établissement doit faciliter l'inscription sur les listes électorales et l'accès aux procurations.

Dans sa réponse, le directeur fait savoir que l'information sur le droit de vote pendant l'hospitalisation ainsi que les mesures de facilitation de l'accès aux procurations a été ainsi réalisée par une information sur le droit à l'exercice des droits civiques des patients incluse dans l'info-Qualité d'octobre 2019, une campagne d'information organisée pour la promotion du vote des patients avant les élections du printemps 2020 et par l'inscription sur les listes et le vote pour les patients (fait par les assistantes sociales pour les patients du foyer fin 2019).

4.5 L'ACCES AUX CULTES EST TOUJOURS REDUIT AU CULTE CATHOLIQUE

Des aumôniers catholiques bénévoles (quatre personnes) assurent une permanence le mardi et le vendredi toute la journée, ainsi que le jeudi après-midi. Un prêtre vient célébrer la messe le vendredi matin à partir de 9h30.

Seule la responsable de cette équipe se rend dans les unités à la demande des patients. De telles visites sont extrêmement rares, peu de soignants en unité en ont témoigné.

Les contrôleurs ont tenté de joindre le représentant d'un autre culte, rabbin ou imam par exemple : l'établissement n'avait aucune coordonnée à mettre à leur disposition. Le livret d'accueil expose pourtant que le service de la gestion administrative des patients peut communiquer « la liste des contacts pour les confessions non représentées ». Selon un cadre de santé, les demandes sont rares mais chacune donnerait lieu à des recherches adaptées par internet ; celle récente d'un patient évangéliste aurait été satisfaite. En l'état des informations recueillies, il n'est pas exclu que ce pasteur soit venu à la demande directe du patient lui-même.

Le constat principal réalisé en 2016 est donc toujours valable :

Aucun représentant d'un autre culte n'intervient au CPA.

PROPOSITION 2

L'intervention au sein de l'établissement de représentants des cultes susceptibles d'être exercés par les patients doit être organisée.

4.6 LA PROTECTION JURIDIQUE EST EFFECTIVE GRACE A L'IDENTIFICATION DES BESOINS DANS LES UNITES ET A UN SERVICE DE PROTECTION DES MAJEURS PARTICULIEREMENT INVESTI

Dans le bâtiment d'accueil administratif du CPA, se trouvent des locaux pour :

- la coordinatrice des assistants de services sociaux (ASS), qui n'a aucun lien hiérarchique avec ces derniers, répartis dans les services (unités de soins mais aussi équipes mobiles) à raison d'un par unité afin d'entretenir la relation avec l'équipe (sauf à Epidaure, dotée de deux assistantes sociales), en lien avec le médecin-chef de secteur ;
- un service de protection des majeurs, généralement identifié comme le « service des tutelles », comprenant une mandataire et une assistante mandataire, la première de

sensibilité juridique et la seconde sociale, qui s'auto-remplacent. Ce service est ancien, mais n'est connu et reconnu que depuis peu, selon les témoignages recueillis.

Si le besoin d'une mesure de protection est constaté en équipe dans une unité, deux voies d'action sont utilisées :

- une requête avec expertise auprès du juge des tutelles déposée par la personne concernée ou sa famille ;
- un signalement au procureur de la République rédigé par l'assistante sociale après avoir rencontré la personne concernée (pour établir un rapport social associé à un certificat médical), transmis par la direction du CPA.

Avant désignation éventuelle du mandataire, l'assistante sociale fait tout le travail social (information des créanciers, mise à plat des situations administratives et financières, etc.).

Les assistantes sociales n'identifient pas particulièrement les mesures de protection juridique en cours au sein du CPA.

De son côté, le service de protection des majeurs suit principalement des personnes en hospitalisation complète et des personnes placées en appartement avec prise en charge ambulatoire par un CMP (hors celui du Pays de Gex, éloigné). La tradition du CPA est de continuer à suivre les personnes qui passent en structure médico-sociale. A l'inverse, dans l'unité de soins La Vallière, sur vingt-trois patients, le CPA en suit trois seulement¹³.

Lors de la visite du CGLPL, le service avait la charge de quarante-huit mesures (jusqu'à soixante-et-onze il y a quelques années). Trente-deux mandants sont hospitalisés ou hébergés à temps plein (dont quatre en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) destinés à avoir à terme un autre mandataire, un en unité pour malades difficiles (UMD) à la suite d'un transfert), seize sont hébergés en appartement (dont huit dans des lits-foyer sur le site du CPA). La répartition par unité s'établit ainsi : sept mesures à Gex, six à Bugey, cinq à Bourneville, trois à La Vallière, trois à Epidaure, deux à Charmilles, une à Oasis.

L'action du service de protection des majeurs du CPA est appréciée par le personnel des unités de soins : sa proximité et sa disponibilité servent les patients, s'agissant de fournir l'assistance matérielle (argent, tabac, vêtements, etc.). Si deux événements indésirables ont été déclarés en 2018 concernant l'intervention des « tuteurs », ils ne concernent que des mandataires associatifs extérieurs, qui n'ont pas fait le nécessaire.

Le service gère de l'argent, des cigarettes, des cartons d'objets divers en vue de les distribuer à des patients dans le besoin. Ses locaux sont adaptés à cette gestion. Les cigarettes sont commandées une fois par mois au bureau de tabac et rapportées au CPA avec une facturation individuelle. Aux patients qui peuvent sortir sont donnés des bons d'achat à utiliser dans deux bureaux de tabac ainsi que, le cas échéant, dans des enseignes de la grande distribution proches. Les patients qui le peuvent procèdent ainsi eux-mêmes à tous leurs achats soit seuls, soit accompagnés par un soignant, avec un mode de paiement varié adapté à leurs capacités.

La mandataire incite aussi les patients à faire des achats sur internet lorsqu'ils ne peuvent pas sortir de l'hôpital. Ils sont alors aidés à repérer l'offre la moins chère, à créer un compte avec mot

¹³ Un patient n'a pas de mesure de protection juridique, onze autres ont un mandataire de l'association tutélaire des majeurs protégés (ATMP), deux de l'UDAF, trois ont des tutelles familiales, deux des curatelles familiales, un mandataire individuel.

de passe, à bénéficier de réductions. Cela se pratique pour les abonnements téléphoniques, la livraison de fleurs, des coques de téléphone, des chaussures, etc.

Comme cela a été dit aux contrôleurs, « *Le mot d'ordre se doit d'être : adaptation* ».

Les agents reçoivent les patients dans leurs locaux, qui ont été aménagés à cette fin en créant un guichet, ouvert tous les matins sans rendez-vous ; l'après-midi est réservé aux sollicitations téléphoniques (ce que font aisément les patients, cf. § 6.3.1a) s'agissant de leur accès au téléphone). Le 4 juin au matin, les contrôleurs ont vu passer une jeune patiente qui « *vient faire coucou chaque jour* » et un jeune homme venu dire « *au revoir* ».

Les patients sous protection peuvent aussi être accompagnés par leur mandataire à l'extérieur, par exemples pour des états des lieux de logement ou pour déposer une plainte au commissariat.

L'implication des deux agents de ce service va jusqu'à :

- rédiger des fiches d'événements indésirables, en l'espèce en lien avec des violences entre patients, qui, comme les fugues, les soucient ;
- remplir des questionnaires de satisfaction avec les patients ou, de façon plus visible, remplir les questionnaires de satisfaction destinés aux « familles ou tuteurs » (cinq remplis en 2018) ;
- solliciter les juges des tutelles de Belley et de Bourg-en-Bresse pour mieux faire connaître leurs missions.

Le service participe aux réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP, cf. § 4.2) et à toute réunion où il est invité et au cours de laquelle la situation d'un majeur protégé est évoquée.

L'articulation entre le service des majeurs protégés et les assistantes sociales – comme probablement l'articulation entre les mandataires en général et ces dernières – est peu lisible, sauf à dire que le mandataire judiciaire est aussi l'assistant social de tout majeur protégé. Il y a pourtant des « objets frontières », comme un état des lieux, mais aussi classiquement un renouvellement de droits, la caisse d'allocations familiales, une prestation liée au handicap, des démarches en vue d'un placement en EHPAD ou en foyer d'accueil médicalisé. La diversité des mandataires ne place pas les patients protégés dans une situation équitable, sur le plan administratif comme sur le plan matériel, certains mandataires restant très éloignés de l'hospitalisation.

Au sein du CPA, une réflexion pourrait porter sur la meilleure articulation possible entre le mandataire judiciaire de l'hôpital et les assistantes sociales, afin de garantir dans tous les cas la pluridisciplinarité de l'accompagnement dans le parcours du patient.

4.7 LA PROCEDURE DE CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE EST ETABLIE

Le livret d'accueil expose le droit du patient à la « non-divulgence de présence », en début ou en cours d'hospitalisation.

Un patient peut, comme cela était décrit par le CGLPL en 2016, demander que son hospitalisation reste confidentielle. La procédure d'admission en SSC de décembre 2018 indique en caractère rouge au personnel qui effectue l'admission (GAP ou soignants) : « *Si le patient le demande, formulaire de demande de présence confidentielle* ». S'il est renseigné, un cryptogramme spécifique est ajouté dans le dossier patient informatisé (DPI).

Le personnel qui tient le standard de l'établissement se montre sensible à la question de la confidentialité et assure, avec bon sens, ne rien dire par téléphone, surtout si le cryptogramme

apparaît sur le logiciel. Il renvoie à l'unité susceptible d'être concernée et en cas de doute (c'est-à-dire si le propos est flou, du type « *j'ai entendu dire que mon voisin...* ») il renvoie l'appel au GAP.

Parallèlement à cette procédure qui permettrait de diffuser la consigne auprès de tous les services de l'hôpital, les soignants de certaines unités ont indiqué la mentionner sur leur tableau des patients dans leur bureau. Ils ne donnent alors aucune indication au tiers demandeur.

Toutefois, certains des soignants interrogés dans les unités n'ont pas eu l'expérience de l'utilisation du formulaire et pensent que « *C'est fait par le bureau des entrées* » ou font comprendre qu'ils ne savent pas trop comment cela fonctionne. Il semble que la possibilité de mettre en œuvre ce principe de confidentialité de l'hospitalisation ne soit pas exposée lors de l'admission et qu'elle ne découle que d'une demande expresse, extrêmement rare.

5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP) EST ACTIVE ET LES USAGERS SONT ASSOCIES A LA VIE DE L'ETABLISSEMENT DE MULTIPLES FAÇONS

5.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Les réunions de la CDSP se tiennent au CPA, habituellement trois fois par an, mais quatre fois en 2018. Sa composition est fixée par un arrêté préfectoral modificatif du 27 février 2018, qui l'a complétée d'un médecin psychiatre. Elle se réunit au complet. Le registre de la loi est examiné par son président.

Comme cela avait été relevé en 2016 par le CGLPL, les patients savent qu'elle est un mode de recours et l'utilisent, en témoignent les réclamations reçues et les entretiens réalisés à l'occasion de ses réunions (cf. *supra* § 4.2.3c) sur les événements indésirables).

En 2018, outre ses observations relatives à l'évolution des soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et ceux « à la demande »¹⁴ du représentant de l'Etat ou de l'autorité judiciaire, elle a étudié plusieurs sujets (mise en place du registre de l'isolement et de la contention au CPA, gestion d'absence anormale et de sortie sans autorisation, trafic de drogue dans l'enceinte du CPA) et a même assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) qui se déroulait simultanément à sa réunion.

5.1.2 Les usagers dans la vie de l'établissement

Dans son précédent rapport, le CGLPL avait souligné :

Il importe d'insister sur l'absence de toute participation des représentants des familles et des usagers aux instances de gouvernance de l'établissement et à ses choix stratégiques. De plus, l'établissement fait preuve d'une réactivité tout à fait déficiente aux situations très préoccupantes qui lui sont signalées par ces partenaires. La place des familles et des usagers doit donc être très sérieusement renforcée.

Il invitait fermement l'établissement à renforcer sérieusement la place des familles et des usagers. La situation observée en 2019 est très différente.

¹⁴ La CDSP continue à utiliser le terme « demande », alors que l'article L. 3213-1 du CSP énonce que c'est le représentant de l'Etat qui prononce l'admission.

a) La commission des usagers

La composition de la commission des usagers (CDU) a été renouvelée. Une note de présentation de juin 2018 indique la liste de ses membres, ses coordonnées postales et renvoie au livret d'accueil. Les écrans de télévision qui diffusent de l'information dans les unités et autres lieux du CPA (cf. § 4.1) la présentent. Elle comporte également des membres à titre consultatif parmi lesquels la directrice des soins, la directrice de la qualité et des relations avec les usagers et l'assistante de son service, la cadre du service de gestion administrative des patients (GAP), la présidente de la CME ainsi que la présidente de l'UNAFAM de l'Ain, la directrice de l'UDAF de l'Ain, et, surtout, le président et le vice-président du GEM Tendre la Main, de Montrevel-en-Bresse. De manière opérationnelle est ainsi organisée la tenue de discussions concrètes au sein de la CDU, incluant des référents de diverses thématiques mais aussi – et surtout – des personnes malades.

Bonne pratique 6

L'inclusion au sein de la commission des usagers (CDU) de membres fréquentant personnellement les services de l'établissement manifeste l'intérêt de celui-ci pour les patients.

Dans son bilan d'activité 2018, la CDU rapporte que des formations ont été organisées pour ses membres.

Elle s'est réunie quatre fois par an en 2017 comme en 2018. Un rapport annuel de son activité est dressé, incluant de façon classique le bilan de son fonctionnement, les informations reçues relatives à la gestion des risques et à la satisfaction des usagers, le bilan des plaintes et réclamations, le bilan de la communication des dossiers médicaux, le programme annuel de ses discussions. Ce dernier comporte plus d'une vingtaine de sujets ou d'actions, variés, réunis en trois thèmes principaux centrés autour des patients : qualité de l'accueil, continuité des soins, permanence des soins, accompagnement à la sortie. On y relève la validation du règlement intérieur en juin 2018, par exemple, ou l'élaboration et la validation d'un « projet des usagers » destiné à être intégré au projet d'établissement. Le bilan 2018 se conclut par un commentaire des représentants des usagers : « *Sous l'impulsion de sa CDU, de ses comités de pilotage et de ses sous-commissions, notre hôpital psychiatrique de secteur fait de très gros efforts de modernisation notamment au niveau des droits des patients et de la gestion des risques.* ».

Une sous-commission de la CDU a été créée : le groupe de travail « droits des patients », qui s'est réuni cinq fois en 2018. Il a notamment élaboré le règlement intérieur de juin 2018. Les contrôleurs ont assisté à la réunion de ce groupe le 4 juin 2019, dont les travaux ont notamment porté sur les critères de l'audit à mener le mois suivant, issu de la démarche Quality Rights.

b) Les autres espaces et actions associant les usagers

D'autres instances associent des usagers, avec une présence variée : comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN), comité de lutte contre la douleur (CLUD), comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS).

Le CPA offre, à côté de la cafétéria, un espace des usagers, animé notamment par des cafés-rencontres et des activités proposées par des personnes en service civique. L'information sur ces activités est diffusée en continu dans les unités et dans les lieux fréquentés par les patients sur des écrans de télévision.

Un conseil de vie sociale (CVS) s'y tient également, créé en fin d'année 2018 pour répondre à la nécessité d'accroître la participation des usagers en s'inspirant du CVS instauré dans les

établissements médico-sociaux. Trois objectifs lui sont assignés : donner la parole directement aux patients et à leur entourage, plus particulièrement aux patients hospitalisés au long cours, sur la qualité de vie à l'hôpital, en parallèle et complément des enquêtes de satisfaction déjà réalisées ; assurer l'interface entre la parole des patients et les différentes directions *via* le comité de direction ; obtenir la réalisation d'actions d'amélioration qui soient à l'initiative des patients et reconnues par l'institution ainsi que d'augmenter leur satisfaction. Il consiste à proposer un groupe de parole mensuel à l'ensemble des patients et leur entourage, alternativement en intra et en extra hospitalier, animé à tour de rôle par un groupe de professionnels de l'établissement et ponctuellement en présence de représentants d'usagers actif dans un GEM. Les premières discussions ont porté notamment sur la restauration, le confort mais il a été observé qu'elles ont élargi leurs réflexions à la sexualité ou à la solitude.

Bonne pratique 7

La création d'un conseil de la vie sociale sur le modèle de ceux prévus dans les établissements médico-sociaux permet l'expression directe des patients et de leurs familles.

Parallèlement, le CPA soutient le développement de la pair-aidance, en mettant à sa disposition l'accompagnement de soignants pour éclairer sur les pathologies. Le CPA encourage le développement de GEM, notamment en aidant à dresser les fiches de paye de leurs salariés. Deux usagers étaient, pendant la visite, en cours de formation à Lyon (Rhône) en vue d'un diplôme universitaire (DU) de pair-aidance en santé mentale ; ils animent le CVS pendant un stage. A terme, le CVS devrait être animé par un pair-aidant.

La réunion du comité d'éthique du 24 mai 2019 a associé deux usagers sur une question ayant trait à la relation soignant-soigné dans sa dimension de vouvoiement et du tutoiement.

On signalera également que les patients comme les professionnels ont été invités pendant tout le premier semestre 2019, *via* les écrans de télévision, à des ateliers de conception de nouveaux plans pour le CPA : « *Venez créer les plans du CPA !* ».

Bonne pratique 8

Les usagers sont invités à s'exprimer à de multiples occasions et dans de multiples instances, parfois créées à cette seule fin comme le conseil de vie sociale. Ils sont également intégrés par le soutien à la pair-aidance.

5.2 LES DECISIONS DU DIRECTEUR SONT ANTIDATEES ET LE REGISTRE DE LA LOI EST INCOMPLET

Le registre de la loi est toujours tenu par le service de la gestion administrative des patients (GAP). Chacun comporte cent feuillets numérotés et est paraphé à l'avance par le maire-adjoint de Bourg-en-Bresse à qui le stock de livres nouvellement acquis est apporté en mairie ; sa signature portait ainsi la date du 26 janvier 2018.

Le dernier livre ouvert l'a été le 28 avril 2019. Il comporte soixante-huit mesures, concernant le même nombre de patients, parmi lesquels vingt-cinq SPDT, dix-huit SPI, seize SPDTU, ainsi que sept SDRE de personnes détenues, un SDRE judiciaire, un SDRE sur arrêté provisoire d'un maire.

L'organisation de l'astreinte administrative de l'établissement ne permet pas de préparer les décisions au fil des admissions. Le directeur, le directeur des ressources humaines et le directeur des affaires financières peuvent les signer, ces derniers par délégation. Elles ne sont préparées

par le GAP que le premier jour ouvrable suivant les fins de semaine et jours fériés et alors antidatées. Les notifications sont, *de facto*, elles-aussi différées.

RECOMMANDATION 3

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent être élaborées et signées dès le début de la mesure, y compris durant les week-ends et jours fériés. L'établissement et les services préfectoraux doivent impérativement mettre en place une organisation qui le garantisse.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique son intention de prendre en compte cette recommandation et souligne, s'agissant des SPDRE, que le bureau des entrées rédige pour le représentant de l'État les arrêtés signés par celui-ci, ce qui est totalement illégal, mais que le représentant de l'Etat ne prend pas en compte actuellement cet élément et la directrice de l'ARS de l'Ain ne le soutient pas une démarche de régularisation de la procédure.

Le registre de la loi comporte les éléments d'identité de l'intéressé et sa date d'admission en soins psychiatriques, le nom, le prénom et le domicile du tiers (cas d'un SPDT), la date de la levée de la mesure ; figurent également au registre l'indication des événements liés aux certificats médicaux en précisant le nom du médecin, son établissement d'exercice, le type de certificat (initial en application de tel ou tel article du code de la santé publique ; des 24 ou 72 heures, etc. ; de levée), la date du certificat.

Les informations concernant les mesures de protection juridique des majeurs ne sont pas renseignées ni le dispositif des décisions du JLD, ni la date de notification de la décision d'admission et des droits y afférents.

Les autorisations de sortie et les programmes de soins n'y sont pas intégrés non plus.

Une copie des certificats médicaux est adressée à l'ARS mais aucune ne figure dans le registre, pas plus que les différents avis de suivi de la procédure. Ces omissions avaient déjà fait l'objet d'une observation du CGLPL en 2016.

En l'état, le registre ne permet d'avoir qu'un regard parcellaire sur le suivi des patients en soins sans consentement. Il ne permet pas de s'assurer des modalités de leur prise en charge au fil du temps.

PROPOSITION 3

L'établissement doit mettre en œuvre les termes de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique (CSP) en assurant la transcription ou la reproduction dans les vingt-quatre heures de chaque élément prévu par la loi. De manière plus générale, le registre doit permettre de contrôler l'ensemble des modalités administratives de prise en charge d'un patient au cours de son hospitalisation.

5.3 LES AUTORISATIONS DE SORTIR ET LES PROGRAMMES DE SOINS SONT DES MOYENS PARMIS D'AUTRES D'INVESTIR LA PREPARATION DE LA SORTIE D'HOSPITALISATION

Tous les moyens administratifs et organisationnels pour préparer la sortie des patients en soins sans consentement (SSC) sont utilisés.

5.3.1 Les autorisations de sortie

Des autorisations de sortie de courte durée sont octroyées, de moins de 12 heures et de moins de 48 heures, mais elles sont parfois difficiles à obtenir du préfet s'agissant des patients en SDRE. Les patients en SDRE qui ont les parcours antérieurs les moins lourds parviennent plus facilement à obtenir des autorisations de sortie, d'abord accompagnées, selon un schéma progressif de deux, puis douze, puis quarante-huit heures, qui n'est pas toujours en lien avec le projet thérapeutique individuel. Or, comme cela a été répété aux contrôleurs, les autorisations de sortie sont liées au projet individuel de soins.

Il n'existe *a contrario* aucune difficulté pour les patients en SSDE.

L'accompagnement par un soignant ne pose en aucun cas de difficulté dirimante, sauf période particulière. Les assistantes sociales font, à l'occasion, des accompagnements au domicile en prévision d'une levée d'hospitalisation avec suivi ambulatoire. Dans les unités de soins de suite, les sorties sont très majoritairement accompagnées par les familles.

Les motifs des sorties sont variés, parfois même encouragés par l'équipe soignante afin de faire acquérir de l'autonomie au patient dans un but thérapeutique ou de retour en famille. Il a été cité le cas d'un patient souhaitant être accompagné pour laver son linge au sein du CPA, qui a finalement été accompagné deux ou trois fois en ville dans une laverie avant de s'y rendre seul.

Pour les SDRE, des habitudes *a minima* sont parfois prises : une personne en SDRE se voit octroyer chaque mois une autorisation pour la journée, accompagnée par des soignants, mais dès qu'une deuxième sortie mensuelle est demandée ou dès que le motif n'est que récréatif et que l'accompagnement disparaît, le bien-fondé de la sortie est discuté par le préfet, qui la refuse après avoir sollicité un second avis et des précisions.

Pour augmenter les chances d'obtention de l'autorisation en laissant du temps aux échanges entre les autorités médicales et préfectorales, les demandes sont transmises au préfet jusqu'à cinq jours avant la date de permission. Ses refus sont motivés.

Selon les éléments recueillis particulièrement dans l'unité Epidaure le 7 juin (vingt-quatre patients dont treize en soins libres), l'état des sorties dans la semaine du 3 au 9 juin est le suivant, montrant une part prépondérante des autorisations données aux patients en SSC :

- trente-neuf permissions, soit vingt-trois concernant des patients en SL et seize des patients en SSC ;
- pour les patients en SL :
 - o dix-neuf pour moins de 12 heures sans accompagnement ;
 - o deux pour moins de 12 heures accompagné ;
 - o une pour plus de 24 heures sans accompagnement ;
 - o une pour plus de 24 heures accompagné ;
- pour les patients en SSC :
 - o une pour moins de 12 heures sans accompagnement ;
 - o trois pour plus de 24 heures sans accompagnement ;
 - o neuf pour moins de 12 heures accompagné ;
 - o trois pour plus de 24 heures accompagné.

L'établissement, vigilant quant à ce que les patients en SSC sortent (comme les médecins et les soignants dans les unités), recense depuis 2017 les demandes et les refus de permissions concernant particulièrement les SDRE. L'année 2018 est marquée par l'apparition de refus en

raison d'un changement de préfet. La première partie de l'année 2019 se caractérise par le doublement des demandes de permissions et une augmentation plus faible des refus.

	Demandées	Accordées	Refusées	Taux de refus
2017	114	114	0	0 %
2018	105	91	14	13,3 %
2019 (janvier à mai)	110	92	18	16,4 %

Les statistiques mensuelles font apparaître des différences qui ne s'expliquent pas seulement par l'identité du signataire en préfecture : en janvier 2019, il y a eu six refus sur trente-deux demandes (soit un taux de refus de 18,7 %) mais en mai 2019 il n'y a eu qu'un refus sur vingt-deux demandes (taux de refus de 4,5 %).

Le tiers demandeur de l'hospitalisation en SSC est informé de la sortie de courte durée non accompagnée (par exemple à Charmilles, par courrier et par téléphone) mais il a été dit parfois aux contrôleurs que c'était au patient lui-même d'en informer sa famille – qui est généralement le tiers – sans garantie que cela soit fait (par exemple à Epidaure). Dans les unités de soins de suite, les sorties se faisant généralement en famille le tiers est naturellement informé. Le GAP a la charge de procéder à l'information du tiers lors de sorties non accompagnées.

5.3.2 Les programmes de soins

Si des programmes de soins (PDS) sont mis en œuvre, ils ne le sont presque pas sous forme d'hospitalisation séquentielle : les tensions quant à l'occupation des lits ne le permettent pas. Les PDS sont donc mis en œuvre en ambulatoire, sauf exception, rare, liée par exemple aux réticences d'une famille à reprendre le proche malade à temps plein au domicile ou à la réalisation d'une injection dans des conditions de surveillance médicale adaptées.

De plus, certains interlocuteurs du CGLPL ont interrogé l'intérêt du PDS, qui ne facilite en rien la contrainte sur le patient qui se soustrairait aux soins en extra hospitalier.

Enfin, il arrive que le préfet refuse un PDS pour un patient en SDRE, comme cela a été noté dans l'unité Bugey concernant un patient pourtant autorisé par ailleurs à sortir en ville trois fois par semaine seul.

Dans ces conditions, seulement deux PDS comprenant une part d'hospitalisation étaient en cours lors de la visite, un à Bugey, l'autre à Ormet.

En cas de réintégration en hospitalisation à temps plein lors d'un PDS, un lit dans l'unité de secteur n'est pas garanti, mais le patient y sera rapatrié dès que possible, dès lors qu'il en va de son intérêt.

5.3.3 La levée des mesures

La levée des mesures d'hospitalisation à temps complet des patients en SSC fait l'objet d'un travail préparatoire associant l'équipe pluridisciplinaire de l'unité, ainsi que les familles et les mandataires judiciaires le cas échéant, au cours de réunions cliniques voire de réunions de synthèse préparatoires (Bugey). Un soignant de l'extra hospitalier participe chaque semaine à la réunion clinique dans les unités Charmilles et Ormet, par exemple. Il a été dit aux contrôleurs que les relations avec les autres services de l'intra mais aussi de l'extra hospitalier « fonctionnent très bien ».

Les modalités de prise en charge ambulatoire sont ainsi prévues avant la sortie, avec un rendez-vous pris en CMP. Les CMP priorisent les rendez-vous post-hospitalisation. L'existence de GEM sur le secteur est prise en compte comme une modalité de prise en charge. Il est rare, mais non exclu en période de congés par exemple, que l'absence de perspective ambulatoire prolonge l'hospitalisation.

Seuls les liens avec les structures médico-sociales nécessitent, selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs, un investissement relationnel élevé, en lien avec l'insuffisance des structures médico-sociales dans le département - qu'il s'agisse de MAS, foyer d'accueil médicalisé (FAM), EHPAD, etc. – mais aussi en lien avec leur réticence à accueillir des personnes souffrant de troubles psychiatriques, même stabilisés. Or, les unités de soins de suite (La Vallière, Gex, Bugey) hospitalisent une majorité de patients bénéficiant d'une orientation en secteur médico-social (quinze patients de La Vallière lors de la visite) et les unités d'admission en hébergent quelques-uns aussi. Les demandes d'admission dans ces structures sont faites mais ne reçoivent pas de réponse favorable.

Pour tenter d'améliorer cette situation, il a été rapporté aux contrôleurs la tenue de réunions de synthèse associant les équipes de foyers, une présentation soignée des patients dans les dossiers d'admission, la mise en place d'un hébergement séquentiel progressif en structure médico-sociale en complément de la poursuite de l'hébergement sanitaire, la garantie de la conservation du lit d'hôpital pendant quelque temps, l'intervention de l'équipe mobile de psychiatrie, etc.

L'instauration de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) peut servir à l'occasion le projet de levée de la mesure de SSC voire la sortie d'hospitalisation, le bilan de leur mise en œuvre attestant de leur intérêt pour des patients en impasse thérapeutique ou institutionnelle (cf. § 4.2.3).

Concernant la levée administrative des mesures de SSC, là encore, le préfet demande pour les SDRE que des sorties se soient bien déroulées préalablement ainsi que fréquemment un second avis. La procédure est exécutée dans un délai bref : dans un cas en cours pendant la visite, le certificat initial du 4 juin a été suivi d'une demande de second avis du même jour relayé par l'ARS au CPA, le second certificat médical a été communiqué le 7 juin au préfet qui a pris le même jour un arrêté levant l'hospitalisation en SSC avec exécution reportée au 11 juin, conformément au projet médical qui était soutenu par l'équipe.

De manière générale, l'attention portée activement au déroulement d'autorisations de sortie dans le cadre de projets de soins individualisés (cf. § 5.3.1) facilite la levée des mesures.

Le collège des professionnels de santé est réuni en tant que de besoin, malgré la pénurie médicale dans l'établissement. Le service de la gestion administrative des patients y veille, en programmant les réunions jusqu'à six mois à l'avance. Mais ce collège est méconnu des équipes soignantes dans les unités, y compris des cadres de santé, qui citent, sans que cela ait pu être vérifié par les contrôleurs, au moins un cas de patient en SSC pendant plus d'une année sans réunion du collège.

5.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE DEROULE SANS CONVENTION ENTRE L'ETABLISSEMENT ET LE TRIBUNAL

Le juge des libertés et de la détention (JLD) qui intervient au CPA est celui du tribunal de grande instance (TGI) de Bourg-en-Bresse, en poste dans sa fonction spécialisée depuis septembre 2017.

Il s'agit d'une modification de ce qui avait été constaté en 2016 par le CGLPL, où cinq magistrats se relayaient. En cas d'absence, la juge est remplacée par un collègue du siège civil.

La salle d'audience, aménagée en rez-de-chaussée d'un bâtiment administratif, est conforme à sa description dans le précédent rapport du CGLPL :

La salle est meublée d'un bureau équipé d'un ordinateur, derrière lequel se tiennent le magistrat et le greffier, et de [plusieurs] rangées de [...] chaises qui leur font face.

Sa double entrée est identifiée dans le couloir. Aucune Marianne n'a été installée dans la salle. Deux bureaux d'entretien sont dédiés aux avocats à quelques dizaines de mètres de la salle d'audience. La liste des avocats inscrits au barreau de l'Ain en 2017 est affichée sur la porte de l'un d'eux.

La zone est desservie par des WC et un point d'eau est mis à disposition.

Deux audiences sont organisées chaque semaine, les lundi et jeudi en matinée. En cas de jour férié, l'audience est reportée au lendemain.



Signalétique de la salle d'audience dans le couloir

Malgré les recherches effectuées tant dans l'établissement hospitalier qu'au TGI, aucune convention régissant la tenue des audiences du JLD au sein du CPA n'a pu être communiquée aux contrôleurs.

RECOMMANDATION 4

Le CPA et le tribunal de grande instance de Bourg-en-Bresse doivent convenir par écrit de l'ensemble des modalités pratiques d'intervention du juge des libertés et de la détention, en application de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

Le service de la gestion administrative des patients (GAP) adresse les requêtes au greffe du JLD entre le sixième et le huitième jour d'hospitalisation.

La convocation à l'audience est ensuite notifiée par les agents du GAP aux patients dans les unités. C'est sur ce document qu'est communiqué pour la première fois le nom du tiers qui a conduit à l'hospitalisation en SPDT (cf. § 4.1).

Le JLD est peu saisi de demandes directes de patients, sauf parfois des patients en programme de soins. La juge demande alors le dossier complet et un certificat médical actualisé.

Les mandataires judiciaires sont systématiquement informés de l'audience. Celle du CPA s'y rend ; une seule des mandataires extérieurs vient régulièrement, ainsi qu'il a été dit aux contrôleurs, « C'est récurrent que l'UDAF et l'ATMP ne soient pas présents ».

A l'initiative du JLD, une réunion avec le GAP devait avoir lieu fin juin 2019, en présence de la présidente de la CME.

Concernant la recherche de la famille en cas de décision prise selon la procédure du péril imminent, plusieurs décisions du JLD prononcent une mainlevée de la mesure de SPI au motif que l'article L. 3212-1 II 2° alinéa 2 du CSP n'a pas été respecté, encore en 2019.

Il n'apparaît pas de difficulté en matière de certificats médicaux, sauf s'agissant de ceux établis par les médecins généralistes, dont la motivation est parfois insuffisante, ainsi que ceux établis par les médecins intérimaires qui manient encore le « copier-coller ». De manière générale, on note que les observations du patient quant au traitement reçu, à l'alliance thérapeutique, son positionnement sur les soins, sont reportées dans les certificats émanant des médecins du CPA.

Les avocats, principalement désignés d'office par le bâtonnier parmi un petit groupe qui tend à se spécialiser, rencontrent les patients dans l'un des bureaux dédiés à proximité de la salle d'audience mais se rendent aussi dans les unités pour s'entretenir avec celui qui ne peut ou ne veut se déplacer.

Le parquet ne vient jamais à l'audience. La greffière du JLD lui rend compte des décisions prises à son retour au palais de justice. Il n'y a pas de politique d'appel systématique en cas de levée d'une mesure : le procureur de la République a été à l'origine de six appels en 2017, un seul en 2018, encore aucun entre janvier et mai 2019.

La proportion de patients qui ne peuvent pas se présenter à l'audience n'est pas une difficulté soulevée aux contrôleurs mais on observe qu'elle augmente¹⁵ depuis 2017 : 6,3 % en 2017, 12 % en 2018, 17 % au cours des cinq premiers mois de 2019 sans qu'aucune explication n'ait été donnée.

Les patients n'étant pas toujours accompagnés par un soignant, la présence de ce personnel aux côtés du patient pendant l'audience n'est plus systématique, contrairement à ce qui avait été décrit par le CGLPL en 2016.

L'activité du JLD se présente ainsi :

	2017	2018	2019 (cinq mois)
Patients convoqués	650	641	246
Maintien de la mesure	570	554	211
Mainlevée de la mesure	29	37	17
Rejet demande mainlevée	2	0	2
Non-lieu à statuer	45	44	16
Renvoi à autre audience	4	6	0

Les contrôleurs ont assisté à l'audience du 6 juin 2019, comportant sept dossiers. Le premier dossier n'a pas été étudié, le patient ayant vu sa mesure de SPDT levée la veille, de même qu'un

¹⁵ Hors les patients dont le dossier s'est soldé par un « non-lieu à statuer », s'agissant de personnes convoquées mais qui ne sont plus hospitalisées en SSC le jour de l'audience.

autre dossier dans lequel le patient a entre-temps été placé en programme de soins. Une mainlevée avec effet différé à vingt-quatre heures a été prononcée au motif que le certificat des 24 heures avait été établi avec près de cinq heures de retard.

Au moins une des portes de la salle reste ouverte afin de garantir le caractère public de l'audience. La qualité de l'acoustique de la salle ainsi que des bruits dans le couloir perturbent un peu les débats.

Aucun des acteurs de l'audience ne portait de robe mais chacun était identifiable par son positionnement dans l'espace et son rôle actif et distinct auprès du justiciable.

La majorité des patients a été accompagnée par un soignant, qui ne reste pas toujours dans la salle. Tous les patients portaient leurs vêtements personnels.

L'audience commence par une « vérification orale » d'identité. La juge fait joindre à son dossier un extrait de casier judiciaire à cette fin. Il s'agit aussi, selon le JLD de s'assurer de la « réceptivité » du justiciable face aux questions à venir. Puis, elle explique que son « rôle consiste à s'assurer que les conditions de soins respectent la loi [...] puisque le soin sans consentement limite votre liberté d'aller et venir ». Le JLD rend, comme déjà décrit en 2016, le plus souvent sa décision immédiatement et l'explicite au patient auquel son greffier la notifie. Un représentant de la direction se présente à l'issue pour faire le point sur les décisions prises. A défaut, la décision est notifiée par le GAP dans l'unité.

Outre les appels rares du parquet (cf. *supra*), dix patients ou leur représentant ont interjeté appel de la décision du JLD en 2018, six au cours des cinq premiers mois de l'année 2019. Le CPA a interjeté appel à trois occasions en 2018.

La cour d'appel de Lyon a maintenu la mesure de SSC six fois en 2017 (six appels), onze fois en 2018 (quatorze appels), six fois au cours des cinq premiers mois de 2019 (six appels).

RECOMMANDATION 5

La production, au dossier examiné, d'un extrait du casier judiciaire du patient concerné n'est nullement justifiée par l'office du juge des libertés et de la détention qui, en l'espèce, relève du contentieux civil. L'identité du patient ne peut s'établir par un tel document.

5.5 AUCUN AUTRE CONTROLE N'EST OPERE

La CDSP contrôle les registres de la loi à échéance régulière (cf. *supra* § 5.1) et vise le ou les derniers registres clôturés.

Le maire de Bourg-en-Bresse paraphant les registres de la loi en mairie, il ne se rend pas au CPA pour l'occasion.

Il n'a pas pu être établi la visite d'autres autorités, préfectorale ou judiciaire.

RECOMMANDATION 6

En application de l'article L. 3222-4 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat dans le département, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République dans le ressort duquel est situé le CPA doivent visiter l'établissement au moins une fois par an sans publicité préalable.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES PATIENTS JOUISSENT, DANS UN SITE SECURISE, DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DANS LA SEULE LIMITE DE LEUR ETAT CLINIQUE

6.1.1 La sécurisation du site

Le site sur lequel sont installées les unités d'hospitalisation du CPA atteint 89 hectares. Il est doté d'une seule entrée officielle, équipée d'une barrière et de portillons pour les cheminements piétonniers, au niveau de laquelle est situé le poste central (PC) de sécurité. Le reste de l'enceinte est censé être clos – par différents ouvrages (murs, murets, portails) ou des obstacles naturels.

Le PC accueille les agents en charge de la sécurité incendie et ceux auxquels est confiée la sûreté extérieure du site. Les doubles de l'ensemble des clés des chambres d'hospitalisation de l'établissement y sont regroupés. Se trouve également dans ces locaux un poste de réception diffusant les images de vidéosurveillance captées sur le site, ainsi que les diverses alarmes techniques installées sur le site.

a) Le système de vidéosurveillance

Installés en 2009, ces équipements doivent être réorganisés et renouvelés en 2020.

Le système en place au moment du contrôle compte une trentaine de caméras sur le site intra hospitalier, dont la moitié n'est plus en état de fonctionnement. Ces installations sont orientées sur les entrées des bâtiments d'hospitalisation ainsi que sur les zones d'habitation du personnel (internat, chambres de garde). Le directeur en charge de la sécurité et son adjoint sont seuls autorisés à procéder à des visionnages passifs des images ainsi captées, lesquelles sont conservées durant sept jours.

L'installation projetée à l'horizon 2020 comprendra, selon les informations communiquées, environ soixante caméras au total : au moins une pour chaque service extra hospitalier et une quarantaine pour le site intra. Toutes y seront installées à l'extérieur des bâtiments. L'accès aux unités de soins étant désormais sécurisé par un contrôle d'accès (cf. *infra*), ces caméras ne seront plus orientées sur les portes d'entrée des bâtiments mais viseront surtout la cafétéria et ses abords ainsi que les parkings.

Un agrément préfectoral devait, à la date du contrôle, être sollicité pour ce nouveau dispositif de vidéosurveillance, en remplacement du précédent.

b) Le service de sécurité incendie

Au total, l'établissement emploie six postes équivalents temps plein (ETP) d'agents de service de sécurité incendie et d'assistance à personnes – SSIAP 2. Un de ces agents est ainsi présent de manière continue au PC sécurité (par rotations de douze heures), où sont centralisées toutes les alarmes incendie de l'établissement et dont il ne peut sortir.

Ces agents sont habilités à manipuler les installations de sécurité incendie à la demande des pompiers (portes coupe-feu, trappes de désenfumage, etc.) – lesquels interviennent rapidement dans l'établissement, étant stationnés à proximité (cinq minutes de trajet).

Dans les unités, les soignants sont formés au secourisme et bénéficient d'une formation mise à jour annuellement en matière de sécurité incendie – en revanche, les médecins et les personnels administratifs ne sont pas soumis à la même obligation de formation continue, ce qui paraît

injustifié. Des agents de maintenance sont également formés et habilités en matière de sécurité incendie (aide à l'évacuation).

De fait, le risque incendie s'avère relativement élevé – plusieurs départ de feu récents à la date de la visite (quinze départs en six mois dont cinq avec déplacement des pompiers, selon les informations communiquées) ; d'où une inquiétude marquée du responsable de la sécurité à cet égard.

c) Le service de sûreté

Pour accompagner l'ouverture des unités de soins auquel il a été procédé depuis 2016 – seules trois unités restent fermées au jour du contrôle –, le CPA a installé, en fin d'année 2017, des agents de sûreté titulaires du certificat de qualification professionnelle « agent de prévention et sécurité » (CQP APS) et des agréments administratifs requis.

Initialement, ces agents étaient tous salariés d'une entreprise de sécurité extérieure à l'établissement. Puis l'un d'eux a été embauché par le CPA : il assure désormais un service de jour qui doit être consolidé par un second recrutement, en cours à la date de la visite. Dans l'attente, c'est un salarié de la société prestataire qui occupe ce second poste ; il est recouru à d'autres agents de cette société pour les remplacements éventuels ainsi que pour le service de nuit (20h-8h).

Ces agents de sûreté ont en charge le contrôle d'accès de l'établissement, des vérifications ponctuelles dans le parc (en cas de signalement des équipes soignantes ou lors de leurs rondes, effectuées une fois par demi-journée et, la nuit, toutes les deux heures environ) et l'accompagnement des équipes assurant la permanence au CAP, lors des nouvelles admissions.

L'agent de sûreté attaché au CPA est muni d'une caméra GoPro® ; tous bénéficient de gilets pare-lame, de gants et d'une fiole de gaz lacrymogène. Ils peuvent également utiliser un détecteur de métaux.

Aucun de ces agents n'est habilité à fouiller les personnes. Ils procèdent cependant à de fréquentes saisies d'objets dangereux (couteaux notamment) puisque, ainsi que le rappellent de nombreuses affichettes installées sur le site et le règlement intérieur de l'établissement, le plan dit *Vigipirate* est applicable dans l'enceinte de l'établissement et qu'à ce titre les biens personnels et notamment les sacs de toute personne peuvent faire l'objet d'une inspection visuelle, avec l'accord de leur propriétaire, et justifier d'une interdiction d'accès au site.

Des échanges intervenus avec certains de ces agents de sûreté, il ressort que leur présence – qu'elle résulte des rondes qu'ils effectuent ou de leurs interventions à la demande des équipes soignantes – se donne pour objectifs de mettre fin à des comportements dangereux (rixes, possession d'objets contondants, récupération de toxiques ou de leurs résidus incluant, le cas échéant, la fouille de chambres à la demande des soignants) et de rassurer les usagers du site comme les professionnels qui y interviennent.

Ainsi, la visibilité de ces agents suffirait le plus souvent, selon les informations communiquées, à « *faire retomber la tension* ». S'agissant des toxiques, les mêmes renseignements font apparaître que les agents de sûreté rapportent aux cadres de santé toute suspicion de trafic ou de consommation de la part de patients hospitalisés ou de personnes leur rendant visite ; certains visiteurs sont identifiés comme trafiquants potentiels et peuvent, sur signalement, être interdits d'accès au site de ce fait par une décision du directeur. Il a en outre été rapporté aux contrôleurs qu'à la demande des soignants, les agents de sûreté procèdent à des fouilles de chambres de patients suspectés de détention de stupéfiants, à la recherche de ces produits. Pourtant, aucune

disposition légale ne permet de procéder à la fouille d'une chambre d'hôpital occupée, qui a la qualité de domicile privé¹⁶ et dans laquelle, par suite, il n'est possible d'accéder qu'avec le consentement du patient concerné. Cette pratique doit être revue et discutée, par les instances de l'établissement, entre soignants, directions concernées, comité d'éthique et commission des usagers afin qu'elle puisse, le cas échéant, être abordée dans un document, tel que le règlement intérieur du CP, qui en poserait le cadre. Il pourrait à cet égard être opportun qu'elle relève de la seule compétence des soignants et qu'elle s'envisage dans le cadre de l'alliance thérapeutique qu'ils installent avec les patients, afin de convaincre ces derniers de leur remettre, le cas échéant, les produits interdits.

PROPOSITION 4

La pratique constatée de fouille de chambres occupés par des patients par les agents de sûreté de l'établissement à la recherche de toxiques doit être revue et discutée par les instances concernées afin d'en arrêter un cadre respectueux du consentement de la personne.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement expose : « Nous pensons qu'il y a une mauvaise interprétation. Conformément à notre « Procédure P0118 - Mesures de sécurisation dans les US » : Les fouilles sont proscrites. Cette procédure organise des mesures de sécurisation rendues possibles par le fait que le directeur dispose d'un pouvoir de police administrative en vertu duquel il est responsable du bon ordre, de la sécurité, de la tranquillité et de la salubrité au sein de l'établissement. Il est responsable de la sécurité des biens et des personnes. En cas de péril grave et imminent pour les patients et visiteurs et les personnels, le directeur, peut faire procéder en urgence à des mesures de sécurisation et à l'inspection de certains locaux en respectant la procédure décrite et les droits des patients. Les forces de l'ordre peuvent être sollicitées. (PO 0118 sécurisation des US diffusée en juillet 2018).

Dans la pratique sur accord du directeur les agents de sécurité peuvent effectuer une inspection, par exemple, des faux plafonds d'une chambre. En revanche ils demandent l'accord du patient pour un examen visuel de certains contenants (Sacs, valises...). Dans certains cas le directeur sollicite l'officier de police judiciaire (seul habilité) pour effectuer une fouille.

Il est pris acte de ces éléments de réponse, qui ne correspondent toutefois pas aux témoignages recueillis dès lors, en particulier, que ces derniers n'étaient pas relatifs à des situations de péril grave et imminent. En tout état de cause, le consentement du patient à la fouille de ses biens et de sa chambre demeure requis.

Certains des agents de sûreté interrogés ont pu regretter auprès des contrôleurs une communication jugée insuffisante avec les équipes soignantes, appelant de leurs vœux un meilleur partage d'informations. En tout état de cause, les agents recrutés par le CPA, qui seront pour l'essentiel chargé du service de jour, devraient bénéficier de formations et d'échanges internes à même de leur permettre de mieux appréhender les spécificités de la patientèle de l'établissement et les conséquences possibles, notamment en termes d'agitation et de violences, des pathologies mentales.

¹⁶ Cour d'appel de Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris / X et autres.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le projet de pérennisation du service interne de sûreté doit limiter le recours à des prestataires extérieurs et inclure des formations internes au bénéfice des agents concernés qui soient adaptées au contexte particulier de la santé mentale, au champ de leur intervention et aux droits des patients. Ils doivent en outre bénéficier d'un cadre d'exercice assurant la qualité de leurs relations avec les équipes soignantes.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique que « nous souhaitons que notre équipe de sécurité soit totalement interne à terme. Ainsi cinq postes supplémentaires ont été inscrits au budget 2020. D'autre part les agents de sécurité interne bénéficient de formation de sensibilisation aux pathologies psychiatriques. De plus un cadre supérieur de santé et un cadre de santé de proximité proposent de manière hebdomadaire de parler avec eux des problématiques particulières éventuelles envers un patient. »

Pour formaliser leurs interventions, les agents de sûreté intervenant dans l'établissement tiennent des mains courantes – informatisées pour ceux d'entre eux recrutés par le CPA, sur registre physique pour les prestataires extérieurs.

D'un examen sommaire d'un de ces registres pour la période immédiatement antérieure au contrôle (21 avril-5 juin 2019), il est notamment ressorti les éléments suivants :

- trois fouilles de chambres à la recherche de toxiques ;
- quatre mentions relatives à des bouteilles d'alcool retrouvées ;
- douze mentions en lien avec des toxiques ;
- trois mentions relatives à des faits d'agitation – notamment au CAP où la « sécurisation » des consultations est quasiment systématique la nuit, que le patient y ait été conduit par les pompiers ou non ;
- quatre mentions relatives à des fugues déclarées par les soignants – dans tous les cas, les patients ont été retrouvés rapidement dans l'enceinte du site ;
- une mention de relations sexuelles à l'extérieur ; l'agent précise : « je leur ai dit d'arrêter et de partir et j'ai prévenu le cadre de l'unité concernée » ;
- quatre mentions relatives à des départs de feu.

Le même registre fait apparaître que les agents de sûreté peuvent ponctuellement être appelés à intervenir dans les unités pour d'autres événements que des fouilles de chambre à la recherche de toxiques – par exemple, lors d'une « prise de repas et de traitement » ; et qu'il leur arrive de procéder à l'évacuation du site de personnes dont la présence y est interdite par une décision du directeur.

Si elles sont, au moins pour la partie informatisée d'entre elles, transmises au directeur des services techniques et de la sécurité, aucune de ces mains courantes ne fait l'objet d'une exploitation systématique, notamment au titre des événements indésirables. De fait, l'instauration d'une fiche d'événement indésirable suppose l'utilisation d'une interface informatique exigeant l'identification du patient en cause ; or les agents de sûreté ne disposent pas de cette information.

Une procédure de compilation de ces signalements pourrait pourtant être utilement mise en place, tant pour dresser un tableau précis des interventions des agents de sûreté de l'établissement – et, ainsi, éventuellement mettre fin à certaines idées reçues : la consultation

des registres révèle par exemple que les « fugues » déclarées n'en sont le plus souvent pas de véritables – que pour permettre le perfectionnement des modalités d'intervention de ces agents, tant s'agissant de l'amélioration de leurs relations avec les équipes soignantes qu'en ce qui concerne leur positionnement au regard, en particulier, des droits des patients.

De ce dernier point de vue, en effet, certains des propos recueillis et plusieurs des mains courantes consultées révèlent un risque de dépassement du cadre de la mission de sûreté, vers une mission de maintien de l'ordre – voire de la morale, qui ne relèvent aucunement de la mission des agents concernés. A cet égard, si l'approche est plus ou moins marquée d'une personne à une autre, les informations transmises aux contrôleurs et l'examen des mains courantes font ressortir une posture globalement sécuritaire de ces agents, même s'ils entendent tous donner la priorité à la protection des personnes vulnérables. Cependant, quelques propos ou interventions écrites révèlent une propension, plus poussée chez certains, à « faire le gendarme » au risque non seulement d'outrepasser leur rôle mais aussi de méconnaître les droits et libertés des patient et les spécificités médicales de certains d'entre eux.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les mains courantes dressées par les agents de sûreté intervenant dans l'établissement gagneraient à être harmonisées selon un format informatisé unique susceptible de permettre un nécessaire contrôle de l'établissement sur les interventions de ces agents et de faire ensuite l'objet d'une exploitation statistique.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique que « Une main courante électronique a été budgétisé sur 2020. Elle sera utilisée par l'ensemble des équipes de sécurité et de sûreté. Des analyses/statistiques pourront être réalisées efficacement et le contrôle par la Direction sera facilité. »

A la date du contrôle, un projet de convention de coopération en matière de prévention et de traitement des situations de violence et de délinquance était en cours de discussion entre les forces de sécurité intérieure (gendarmerie et police), les services préfectoraux, de la justice, de l'administration pénitentiaire et le CPA. Ce document pourra utilement finaliser le dispositif de sécurisation du site en formalisant les modalités d'intervention de la force publique et par suite le champ d'intervention des agents de sûreté de l'établissement.

6.1.2 La liberté d'aller et venir

À la suite de sa visite du mois de janvier 2016, le CGLPL avait recommandé que la libre circulation dans l'enceinte du centre hospitalier soit érigée en règle et qu'une réflexion soit menée sur les effets pour les patients de la fermeture de l'ensemble des unités de soins. Ces recommandations ont été mises en œuvre.

Ainsi, neuf des douze unités de soins du CPA visitées par les contrôleurs sont aujourd'hui ouvertes en journée, ou du moins « ouvrables » : dans neuf d'entre elles, les patients qui y sont pris en charge peuvent librement en sortir pour se rendre dans le « grand parc » de 8h à 20h, soit en actionnant un interrupteur déclenchant l'ouverture de la porte, soit en utilisant un badge d'accès qui leur est confié. Depuis l'extérieur, l'accès à ces unités est également libre pour les patients comme pour les équipes qui y travaillent, par l'utilisation de la sonnette ou du même badge d'accès. Les personnes étrangères à l'unité doivent quant à elles nécessairement demander à y accéder en sonnant puis en se présentant aux soignants.

Avant 8h et après 20h, le grand parc n'est théoriquement plus accessible mais les patients de chaque unité conservent la possibilité de sortir à l'air libre en se rendant dans les « petits parcs » ou patios dont plusieurs d'entre elles sont dotées – exception faite de l'unité Bugey, située en étage, où un balcon sécurisé est alors seul accessible.

Ces « petits parcs » sont de taille variable – ceux desservant les unités Chamoise, Epidaure, Hugo et Sand, d'une part, et les unités Charmilles et Ormet, d'autre part, sont particulièrement vastes ; l'un d'eux atteint 1 500 m² arborés et comporte des bancs et une table de ping-pong. Comme les patios dont sont équipées d'autres unités, ils sont librement accessibles de 7h ou, selon les unités, 7h30 ; et jusqu'à 22h30 ou 23h.



Petits parcs : Epidaure / Chamoise et Lavallière - Patio : Oasis



Petits parcs, Gex

Dans les trois unités restantes (les services de suite Gex et Lavallière et l'unité Bourneville (consacrée à la prise en charge de patients présentant de très graves troubles du comportement), les patients doivent solliciter les soignants pour sortir comme pour entrer dans l'unité. Sauf prescription particulière, ces patients – en particulier ceux hébergés dans les unités Gex et Lavallière – sont autorisés à en sortir, librement ou en étant accompagnés.

Enfin, à l'intérieur de l'ensemble des unités, la liberté de circuler est totale : les patients peuvent librement accéder à leur chambre, qu'ils ont la possibilité de fermer grâce au système de porte palière (avec poignée mobile à l'intérieur et poignée fixe côté couloir) dont elles sont équipées (voir *infra*, § 7.1).

Ainsi, au moment du contrôle, seul un nombre très limité de patients hospitalisés dans l'établissement n'étaient pas autorisés à sortir en raison de leur état clinique (une à deux personnes par unité tout au plus). D'autres, en nombre tout aussi restreint, ne pouvaient le faire que de manière limitée (quelques heures par jour) ou accompagnés. Ces patients faisaient l'objet d'une surveillance accrue des soignants ; mais le respect de ces interdits – posés par le psychiatre en charge de leur suivi dans le « cadre de soin » annexé au dossier médical informatisé – résultait surtout de l'alliance thérapeutique puisque, dans la plupart des unités, ces patients ne sont pas physiquement empêchés de sortir.

Cependant, dans toutes les unités, la possibilité de sorties est le plus souvent progressive à compter de l'admission, en fonction de l'évolution clinique des patients et l'observation de leur comportement. A cet égard, le statut d'admission importe peu : des patients en soins libres peuvent voir leur liberté temporairement restreinte, cependant que d'autres en soins sans consentement peuvent être autorisés à sortir dans l'un ou l'autre des parcs, voire dans les deux ou même en dehors de l'enceinte de l'établissement.

Le système d'unités « ouvrables » retenu pour une large partie des unités du CPA est aujourd'hui unanimement apprécié des équipes interrogées, qui soulignent notamment que, depuis l'ouverture des services dont ils peuvent par ailleurs déplorer la précipitation et l'impréparation de la mise en œuvre en 2016, les patients se montrent plus responsables de leurs soins : ils annoncent en partant l'heure à laquelle ils vont revenir, par exemple, ou encore assurent eux-mêmes certaines démarches auprès des secrétariats médicaux (demandes de documents, etc.). Et si les soignants relèvent que cette ouverture de l'établissement à la liberté d'aller et venir des patients s'est accompagnée de l'accroissement des cas de « fugue » de patients, il ne ressort ni de l'examen des registres de sûreté (cf. § 6.1.1c) ni de celui des fiches d'événements indésirables de l'établissement (cf. § 4.2.2) que le nombre de ces sorties non autorisées atteindrait des taux inhabituels ou qu'il s'agirait de véritables fuites de l'établissement, la plupart des patients concernés revenant d'eux-mêmes quelques heures plus tard ou étant retrouvés dans le parc.

Bonne pratique 9

L'ouverture des unités d'hospitalisation et l'érection de la liberté d'aller et venir des patients en principe de leur hospitalisation, quel qu'en soit le statut, sont protectrices de leurs droits et libertés fondamentaux et propices à l'individualisation et à l'acceptation de leur prise en charge.

6.2 LES RESTRICTIONS IMPOSEES AUX PATIENTS DANS LEUR VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES

6.2.1 L'accès aux chambres et le rythme de vie

Il a été indiqué *supra* qu'à l'intérieur des unités d'hospitalisation du CPA, l'accès aux chambres est libre, à toute heure, pour tous les patients.

Selon les unités, ces chambres sont équipées de portes palières ou, pour les plus anciennes, de verrous dont la clé est conservée par les patients.

Quelle que soit l'unité, le rythme de vie des patients est contraint par les soins et la dispensation des traitements. Cependant, si dans la plupart des unités le petit-déjeuner est prévu à une heure fixe – souvent à 8h, après la distribution des médicaments qui débute à 7h30 – avec d'éventuels aménagements le week-end pour permettre aux patients de dormir un peu plus, certaines équipes soignantes ont décidé de mettre en place une organisation plus flexible et mieux adaptée aux différences de rythme individuel des patients, y compris en semaine : est alors organisé un « premier tour » des soignants, à partir de 7h, pour les toilettes des patients déjà éveillés, la dispensation de leur traitement et leur accompagnement au réfectoire pour le petit-déjeuner ; puis un « second tour », identique, pour ceux qui sont restés couchés plus longuement. Dans cette configuration, le réfectoire est accessible pour le petit-déjeuner jusque 9h ou 9h15 – comme il peut l'être jusqu'à 10h ou 10h30 le dimanche. Dans ce dernier cas, les traitements sont impérativement pris avant 10h30, avec adaptation des suivants sur l'ensemble de la journée.

Bonne pratique 10

La flexibilité mise en place par certaines équipes soignantes dans l'organisation quotidienne des hospitalisations (horaires des soins, de la dispensation des traitements, des repas) permet une prise en charge individualisée des patients qui est propice au respect de leurs droits et de leur dignité.

Hormis ces hypothèses d'aménagement, les traitements sont en général distribués aux alentours de 7h30, de 11h30 et de 18h30 – soit juste avant les repas programmés trente minutes plus tard à chaque fois.

Aucune heure de coucher impérative n'est fixée. Dans certaines unités, des veilleuses sont allumées dans les couloirs en milieu de soirée pour « faire un climat » incitant au coucher. Les accès aux « petits parcs » sont fermés entre 22 et 23h selon les unités, et les patients incités à éteindre les téléviseurs et à ranger les portables aux mêmes horaires.

Au plus tard, les postes de télévision sont éteints entre 23h30 et minuit et les derniers patients éveillés sont alors accompagnés jusqu'à leur chambre.

6.2.2 L'accès au tabac

Selon les informations communiquées aux contrôleurs, l'accès au tabac ne pose pas de difficulté et se rapproche des conditions existant hors de l'hôpital.

L'approvisionnement des patients est assuré par eux-mêmes, pour ceux qui sortent de l'établissement, par leurs visiteurs lorsqu'ils en ont, ou encore par les soignants pour ceux qui n'ont pas d'autre possibilité. Les majeurs protégés bénéficient de bons d'achats idoines.

Chaque unité permet aux patients qui y sont hospitalisés d'accéder à une zone extérieure pour fumer : « petits parcs », patios ou balcon sécurisé, ouverts en journée (selon les unités, de 7h ou 7h30 à 22h30 ou 23h) puis, selon les informations communiquées, la nuit, sur demande. Aucun des patients rencontrés par les contrôleurs ne s'est plaint de ne pouvoir fumer la nuit.

Ces espaces extérieurs sont équipés d'abri permettant de se protéger des intempéries.

Les patients peuvent conserver leur tabac mais ont également la possibilité de le confier aux soignants, qui l'entreposent alors dans la salle de soins. Sauf motif de sécurité posé par le « cadre de soins » prescrit par leur médecin référent, ils conservent également leur briquet. Le médecin, ou l'infirmier tabacologue attaché au Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dont l'intervention peut être sollicitée dans les unités, peut également fixer une limitation dans la consommation de tabac d'un patient : ce sont alors les soignants qui assurent la fourniture du nombre de cigarettes autorisées, selon le rythme prescrit (en général en deux fois, en début de matinée et en début d'après-midi). En l'absence de restriction médicale et si les capacités financières du patient le permettent, celui-ci est libre de sa consommation, même si les équipes soignantes assurent classiquement une démarche d'éducation à la santé tendant à sa limitation. Ainsi, dans l'ensemble des unités, des substituts nicotiques sont accessibles sur prescription médicale ; les patients peuvent en faire la demande aux soignants ou aux membres du corps médical qu'ils rencontrent.

6.2.3 L'usage du pyjama

Aucune utilisation systématique du pyjama n'a été constatée, tant à l'admission des patients dans l'établissement qu'ultérieurement, y compris lors de leur éventuel placement en isolement (voir *infra* § 9.1.1). Dès leur admission et durant leur hospitalisation, les patients sont ainsi libres

de revêtir leurs vêtements personnels ; s'ils en manquent, l'établissement met à leur disposition un jogging portant le logo du CPA et une paire de chaussures – tenue qui peut être imposée en cas de placement en isolement, comme l'est le port du pyjama durant la nuit. En dehors de cette hypothèse, le port du jogging ou du pyjama du CPA est exceptionnel ; il peut par exemple être exigé par une nécessité sanitaire.

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILITEES

6.3.1 L'accès aux proches : le téléphone, les visites et le courrier

a) Le téléphone

Sauf restriction médicalement édictée, les patients hospitalisés au CPA sont autorisés à conserver leur téléphone portable. Les restrictions du « cadre de soins » peuvent porter sur l'utilisation de l'appareil ou de sa puce téléphonique seulement ; l'appareil permet alors encore d'écouter de la musique ou de jouer. Au moment de leur visite, les contrôleurs ont constaté que le nombre de ces restrictions, totales ou partielles, était limité à quelques patients par unité (entre un et trois). En outre, des téléphones sont mis à disposition des patients – téléphones portatifs du service pour recevoir des appels de l'extérieur ou cabines de téléphone, situées dans des locaux fermés éventuellement équipés d'un fauteuil d'où ils peuvent composer gratuitement des numéros fixes ou mobiles, en général en journée uniquement (entre 8h et 20h).

Enfin, un téléphone est disponible à la cafétéria de l'établissement ; les appels sortants y sont libres sur des numéros de téléphones fixes uniquement.

b) Les visites

Les unités d'hospitalisation sont ouvertes aux familles l'après-midi, en général de 12h30 à 20h mais des adaptations sont possibles en fonction des situations individuelles – et visiblement fréquentes ; une des équipes interrogées a déclaré que « *les familles viennent quand elles veulent* » et peuvent être autorisées à manger avec les patients dans le réfectoire.

Aucun interdit n'est imposé s'agissant des personnes mineures. En présence d'enfants, les soignants disent chercher à retenir une organisation de la visite la plus neutre possible pour ceux-ci, considérant que pour ce faire « *on peut mettre plein de choses en place tant qu'on anticipe* » : utilisation d'un salon de visite excentré dans l'unité, par exemple, ou d'un lieu extérieur à celle-ci.

En effet, chaque unité est équipée d'au moins une salle consacrée à l'accueil des familles, dotée de fauteuils et d'une table basse en général et qui est parfois également utilisée pour des activités au profit des patients ; mais les rencontres peuvent également se dérouler dans l'un des parcs de l'établissement ou encore à la cafétéria et, dans certaines unités, les visites peuvent avoir lieu dans les chambres des patients lorsqu'il s'agit de chambres individuelles.

Seul un motif médical est de nature à limiter la possibilité pour les patients de recevoir des visites. Ces restrictions sont exceptionnelles – une seule recensée lors de la visite.

Bonne pratique 11

La souplesse des modalités encadrant les visites faites aux patients favorise le maintien de leurs liens privés et familiaux et doit être encouragée.

c) Le courrier

Le courrier postal, raréfié à l'ère numérique, n'est ouvert ni à l'arrivée ni au départ, sauf exception (personnes détenues, irresponsables pénaux).

Selon les unités, le papier et l'enveloppe sont fournis par les soignants si cela est nécessaire. Les patients peuvent par ailleurs s'en procurer à la cafétéria. Les timbres doivent être acquittés par eux, sauf courrier au JLD ou à la direction pour une réclamation, selon les informations recueillies.

Les patients qui ne souhaitent pas remettre leur courrier aux soignants disposent d'une boîte aux lettres située près de l'accueil de l'établissement, à proximité de la maison des usagers.

Pour le courrier arrivé, les soignants proposent une aide à la lecture aux patients susceptibles de le nécessiter.

6.3.2 L'accès aux informations : presse, télévision et internet

L'ensemble des unités visitées par les contrôleurs comprend deux salons de télévision, de taille variable mais raisonnable pour six à huit patients, et équipés de fauteuils et de chaises.

Au total, le nombre de places assises dans ces salons est inférieur au nombre de patients hospitalisés par unité. Toutefois, ceux-ci conservent, pour la plupart, leur téléphone mobile voire, s'ils en possèdent, leur tablette ou ordinateur : il leur est donc possible de regarder la télévision ou d'autres programmes audiovisuels sur ces supports. De fait, aucune sur occupation des salons de télévision n'a été constatée durant la visite, y compris en soirée.

L'outil informatique est en tout état de cause présent dans l'établissement puisque la plupart des unités sont équipées d'un poste informatique relié à Internet. Peu de patients ne sont pas autorisés à y accéder ; pour les autres, l'accès est plus ou moins libre selon les unités (liberté totale ou éventuel code d'accès, voire médiation d'un soignant pour réguler les contenus).

Au moment de la visite des contrôleurs, un réseau Wifi était accessible dans la maison des usagers et à la cafétéria mais pas dans les unités. Là, les patients doivent utiliser le partage de connexion de leur téléphone pour connecter tablettes ou ordinateurs au réseau. Selon les éléments transmis aux contrôleurs, la réflexion pour l'élargissement de ce réseau sans fil aux unités d'hospitalisation est en cours.

Par ailleurs, constatant la dématérialisation de plus en plus poussée de l'accès aux droits et le nombre grandissant de sollicitations qui leur sont adressées de ce fait, les assistantes de service social de l'établissement ont initié la mise en place de « médiateurs numériques » à l'occasion de la semaine d'information en santé mentale. Grâce à un partenariat entre le CPA et un centre de formation local, trois journées d'ateliers individuels ont été mises en place à l'espace des usagers de l'établissement, au cours desquelles quatre médiateurs ont reçu au total quarante-deux patients durant une heure chacun afin de répondre à leurs questions et de les accompagner dans une démarche d'éducation au numérique (créer une adresse de courrier électronique par exemple).

Bonne pratique 12

A l'heure de la dématérialisation de l'accès à un nombre toujours plus important de droits et de services, la réflexion et l'organisation d'une prise en charge des patients incluant éducation et accessibilité aux outils informatiques (matériels, réseaux) doit être soulignée.

6.4 SI ELLE EST TOLEREE ET BENEFICIE D'INITIATIVES INDIVIDUELLES, LA SEXUALITE DES PATIENTS NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ET PATIT D'ANCIENNES RESISTANCES

Il ressort des informations recueillies dans l'ensemble des unités de soins visitées que les patients hospitalisés au CPA sont, globalement, en mesure de vivre leur sexualité librement.

Toutefois, l'attention des soignants se focalise sur les seuls impératifs de respect du consentement et de protection des personnes vulnérables ; les pratiques divergent selon les unités. Si, partout, les personnels interrogés exposent que la question relève de la vie privée des patients, dans plusieurs unités cette sexualité n'est que tolérée, de préférence hors les murs car persiste encore – dans l'esprit de certains soignants au moins – l'idée selon laquelle « *la notion d'interdit dans le service doit être intégrée [car] pendant les soins ce n'est quand même pas le moment* ». Aucune justification clinique n'est pourtant apportée, qui établirait que la poursuite de la vie sexuelle des patients est incompatible avec leur prise en charge.

Ainsi, selon l'unité où ils sont hospitalisés, les patients peuvent, ou non, recevoir dans leur chambre des visiteurs, y compris extérieurs à l'établissement. Les soignants prennent alors soin de ne pas les déranger. Dans d'autres unités, les patients ne sont en revanche pas autorisés à pénétrer dans d'autres chambres que la leur, où ils ne peuvent recevoir de visite ; les relations physiques s'improvisent alors, parfois à l'intérieur (salon de visite, par exemple) mais souvent à l'extérieur, dans le parc de l'établissement donc au vu des promeneurs et des agents de sûreté... qui les interrompent, ainsi qu'il ressort du registre tenu par ces derniers (cf. § 6.1.1c).

La diversité constatée de ces pratiques fait ressortir la nécessité d'une réflexion institutionnelle sur le sujet, seule à même d'offrir à l'ensemble de la patientèle une prise en charge qui soit à la fois respectueuse de la liberté et de la dignité des patients et protectrice des plus vulnérables d'entre eux.

Pour autant, d'intéressantes initiatives sont ponctuellement initiées par certains soignants : ainsi de la mise en œuvre, dans une unité, de groupes de parole à l'occasion desquels les soignants ont échangé, avec des patients du même sexe qu'eux, au sujet de l'hygiène, des relations sexuelles, du consentement, de la contraception ou encore de la prévention. En outre, les équipes n'hésitent pas à répondre aux éventuelles questions des patients, par exemple relatives à la contraception ou à l'utilisation des préservatifs, et certains agents ont souhaité participer à des réflexions institutionnalisées hors de l'établissement ou ont évoqué le sujet en analyse des pratiques professionnelles. Enfin, une offre de formation professionnelle existe en matière d'éducation à la sexualité.

Compte tenu de la diversité des pratiques constatées dans l'établissement, ces initiatives, encore ponctuelles, mériteraient d'être harmonisées, diffusées et généralisées au bénéfice d'une réflexion d'ensemble, favorisant les échanges d'expériences et incluant l'ensemble du personnel de l'établissement, y inclus les agents de sûreté et les représentants des usagers, mais aussi les familles et les mandataires des patients protégés.

RECO PRISE EN COMPTE 4

La liberté des patients de vivre une sexualité doit faire l'objet d'une réflexion institutionnelle permettant d'harmoniser et de généraliser les bonnes pratiques ponctuellement constatées au sein de certaines unités de soins.

Dans sa réponse, le directeur du CPA fait savoir que « Ce thème faisait partie de nos préoccupations, le développement de la réflexion a été initié par une séance du comité d'éthique sur le thème de la sexualité qui s'est tenue le 27 septembre 2019. »

Par ailleurs, un distributeur de préservatifs masculins est librement accessible à proximité de la cafétéria – au prix, jugé trop élevé, d'un euro l'unité ; dans la plupart des unités, les patients peuvent s'en procurer auprès de la pharmacie par l'intermédiaire des soignants, qui n'en disposent cependant pas sur place. La prescription de contraceptifs féminins est en outre envisageable à l'occasion d'un examen somatique – un gynécologue consulte dans l'établissement toutes les quinzaines.

7. LES CONDITIONS DE VIE

7.1 L'HEBERGEMENT COMME L'ENSEMBLE DES BATIMENTS ET ESPACES VERTS SONT PARTICULIEREMENT ADAPTES A LA MISSION DE L'ETABLISSEMENT

Le site de Saint-Georges comprend une trentaine de bâtiment (51 000 m² habitables) répartis sur 73 hectares. 30 % des surfaces recensées en 2018 sont inoccupées. Un plan directeur architectural du CPA prévoit d'optimiser l'implantation des services d'ici 2023 grâce à un investissement de 30 millions d'euros.

Ce plan priorise différents groupes de bâtiments : unités d'admission et de lieux de vie et d'activité partagés, unités de suite, logistique, gérontopsychiatrie, pédopsychiatrie, foyer thérapeutique, une unité de court séjour la Renouée et l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). Le schéma directeur inventorie ensuite les bâtiments récents et ceux à démolir, avant de décliner ceux à construire.

Depuis 2018, une partie des bâtiments vétustes ou inadaptés est ainsi en démolition (huit bâtiments dont le château, l'hôpital de jour pour adultes, l'unité fonctionnelle de médecine somatique (UFMS) ; d'autres sont en cours de restructuration ou de rénovation. La construction de 5 000 m² de locaux neufs est programmée et le CPA disposera *in fine* de 32 000 m² avec trois nouveaux bâtiments. Ainsi la construction de la maison d'accueil spécialisée (MAS), qui remplacera l'unité Bourneville, est priorisée. La destruction du château permettra de développer les espaces extérieurs du bâtiment actuellement occupé par les unités Oasis et Colombier. Un centre de régulation et une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) seront construits vers l'entrée du site. Un bâtiment sera également restructuré au profit de la pédopsychiatrie.

Concernant les unités d'hospitalisation accueillant des personnes en soins sans consentement, toutes les unités sont récentes ou récemment rénovées à l'exception de l'unité Epidaure.

Dans les services, les chambres individuelles ont été priorisées lors des rénovations ; il reste néanmoins encore quelques chambres doubles (quatre à l'unité Chamoise, deux à l'unité Charmilles, cinq à l'unité Epidaure, sept à l'unité Oasis ou Colombier par exemple) mais dans ce cas, les équipements sont doublés. Seule l'unité Gex ne dispose que de chambres individuelles.



Chambre de l'unité La Vallière



Réfectoire unité Oasis

Les chambres comportent le mobilier nécessaire (table, chaise, table de nuit, placard avec penderie et étagères) et une salle d'eau avec toilettes en porcelaine, lavabo, douche à l'italienne

avec flexible, porte-serviettes, prise électrique, barre de soutien. Seul manque l'abattant des toilettes. Parfois, les chambres offrent aussi un fauteuil et la salle d'eau est équipée d'une tablette au-dessus du lavabo, sous le miroir, et de patères.

Les services disposent tous de deux à trois salles de télévision ou d'activités.

Les boutons d'appel des infirmiers sont présents dans presque toutes les unités sauf à Gex. Les volets des fenêtres peuvent être partout fermés par les patients.

Toutes les chambres disposent d'une porte palière avec poignée mobile à l'intérieur et poignée fixe côté couloir, nécessitant donc une clef pour ouvrir la porte. Tous les patients disposent à l'arrivée d'un trousseau avec la clef de leur chambre pour ouvrir la porte de l'extérieur. A Gex, quatre chambres n'ont pas ce dispositif sur la porte, omission mieux adaptée pour quelques patients. Dans certaines unités, une partie des patients dispose d'une clef électronique pour ouvrir la porte du service.

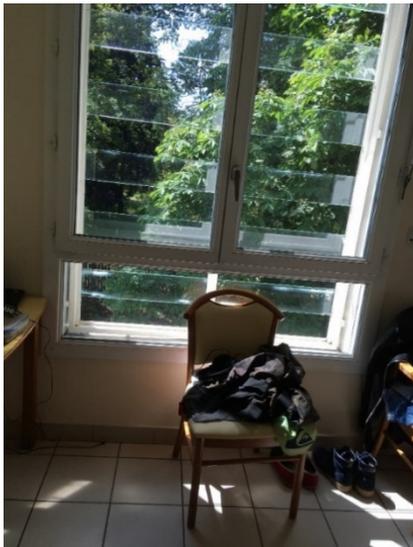
Dans toutes les chambres, un placard ferme lui aussi à clef ou par cadenas à code. C'est parfois le même code pour tous les placards, l'objectif étant seulement de gérer l'accès du patient à son placard.

Aucun problème de vol ou d'intrusion dans une chambre par une personne non invitée n'a été signalé, ni par les patients, ni par les soignants.



Système de fermeture porte palière

Les fenêtres s'ouvrent facilement pour l'aération dans de nombreuses unités. Dans les unités situées en étage, des plaques de plexiglas sont posées en travers des baies des chambres pour empêcher de tomber sans pour autant troubler le passage de l'air et la vue. D'autres sont barreaudées. A l'unité La Vallière, les battants des fenêtres sont fermés à clef.



Fenêtre avec plaque plexiglas



Salle télévision d'une unité (Colombier)

Les chambres peuvent être décorées par leurs occupants et les draps sont colorés.

Certaines unités ont une climatisation au réglage individualisé par chambre.

Les réfectoires sont spacieux, lumineux et l'office est parfois ouvert sur la salle apportant une impression d'hôtellerie.

L'unité Epidaure se distingue ainsi du reste de l'établissement par ses locaux vétustes bien que très propres et entretenus ; la majorité des chambres ne dispose que d'une pièce d'eau comprenant un WC et un lavabo, seules six chambres sont équipées d'une douche. Trois douches, pour une personne mais à usage collectif, sont par ailleurs librement accessibles dans l'unité, ainsi qu'une salle de bains.



Chambre individuelle de l'unité Epidaure

Les patios sont spacieux, arborés, engazonnés et agréables, avec tables, bancs, parasols. Le patio de l'unité Oasis fait exception : il est presque entièrement goudronné mais le projet architectural prévoit de l'étendre après la démolition du château. Les patios sont investis par les patients qui y trouvent un endroit « plus à eux » que le parc.

Enfin, l'établissement dispose d'un parc exceptionnel et vaste, avec un parcours de promenade permettant un passage au bord de l'étang, dans un bois, près d'une pâture à vache et d'un enclos à daims.



© Jean-Christophe Hanché / CGLPL



© Jean-Christophe Hanché / CGLPL

Parcours de santé à l'intérieur du CPA



© Jean-Christophe Hanché / CGLPL

Daims dans le parc du CPA

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

Cinq agents des services hospitaliers (ASH) sont en roulement par unité pour l'entretien. Ils ont en charge le nettoyage des bureaux, des lieux communs : couloirs, salles de réunion, d'activités, de télévision, réfectoire, les sanitaires collectifs, les chambres ainsi que les chambres d'isolement.

Les locaux sont très propres et correctement entretenus y compris dans les rares bâtiments non encore rénovés (unité Epidaure par exemple).

Dans toutes les unités sauf cette dernière, les patients disposent de leur propre salle d'eau (cf. § 7.1).

Les draps sont changés toutes les semaines et plus souvent en cas de besoin, les stocks sont suffisants. Le linge de toilette est fourni quotidiennement sans difficulté.

Des vêtements de secours sont disponibles pour les personnes le nécessitant et l'association « Le Tremplin » vient effectuer deux ventes par an de vêtements de seconde main à des prix très modestes.

Bonne pratique 13

Une association caritative vient effectuer, deux fois par an, une vente de vêtements d'occasion au sein de l'établissement.

L'entretien du linge personnel est réalisé par les familles ou par un service de pressing conventionné avec l'établissement, moyennant 90 euros par mois, coût important pour des personnes ayant des revenus très modestes. Environ quatre-vingts patients utilisent chaque mois ce service, surtout des patients sous protection juridique durablement hospitalisés qui n'ont pas de relais extérieur régulier pour prendre en charge ces besoins. Le linge est alors récupéré quotidiennement par les ASH et le retour est effectué individuellement.

PROPOSITION 5

Le coût facturé aux patients pour l'entretien de leurs vêtements est élevé, notamment pour leurs revenus souvent modestes.

Certains pôles mutualisent des machines lavantes et séchantes pour laver le linge des personnes démunies, cette activité se fait parfois dans un cadre thérapeutique.

Des kits d'hygiène sont à disposition ; à défaut, le matériel d'hygiène manquant est fourni : shampoing, brosses à dents, dentifrice, gel douche, rasoirs, serviettes périodiques. Le reste peut être acheté à la cafétéria.

7.3 LES BIENS DU PATIENT SONT INVENTORIES ET RESTENT DISPONIBLES EN PERMANENCE

Lors de leur arrivée dans une unité d'hospitalisation, les patients décident des affaires qu'ils souhaitent conserver avec eux dans leur chambre. L'inventaire, qui permet aussi de retirer les objets dangereux à l'appréciation du soignant (couteau, ciseaux, objet tranchant), est inscrit sur un imprimé rangé dans le dossier infirmier du patient après signature de celui-ci ; aucun exemplaire ne lui est remis.

S'ils souhaitent confier certains biens aux soignants, des casiers individuels sont à la disposition des patients au sein des unités, dans le bureau des infirmiers ; pour des sommes d'argent plus importantes il leur est conseillé de les mettre dans le coffre-fort géré par le cadre du service accessible tous les jours, voire dans le coffre de l'établissement pour les grosses sommes.

La liberté de circulation permet aux patients de se rendre en ville acheter des cigarettes ou des revues et les familles peuvent aussi apporter facilement ce qui leur est nécessaire. La cafétéria permet d'ouvrir un compte en lien avec les tuteurs (qui l'alimentent directement) pour permettre aux patients de venir acheter ce qu'ils souhaitent sans avoir à demander des espèces à leur tuteur à chaque fois.

Bonne pratique 14

La gestion des biens mise en place par l'établissement permet un accès permanent des patients à leurs affaires et leurs moyens de paiement. La cafétéria permet l'ouverture d'un « compte » pour les personnes sous protection juridique.

7.4 LE REPAS EST UN ELEMENT INVESTI DE LA PRISE EN CHARGE

Les repas sont préparés en liaison froide (sauf les soupes faites « maison » livrées chaudes) à la cuisine centrale, moderne et bien tenue, située dans l'enceinte de l'établissement. Les plats sont réchauffés ensuite dans les offices ou cuisines des unités.

Les aliments sont conditionnés en bacs plastiques collectifs pour les régimes normaux et les plats communs à ces régimes, et en barquettes spécifiques pour les autres. Les patients sont servis dans des assiettes en faïence, avec des couverts en inox.

De nombreux menus spécifiques sont proposés : sans sel, diabétique, hypocalorique, sans cholestérol, sans fibre, avec plus de fibres, sans porc, mixé, haché, hyper supplémenté, sans viande, pour épargne digestive. L'établissement offre ainsi des menus adaptés à toutes les préférences individuelles, les nécessités médicales et toutes les conséquences des traitements et de la maladie (constipation ou diarrhée, etc.).

Les repas sont pris dans une salle à manger collective mais peuvent également être pris en chambre si le patient le souhaite ; les places ne sont pas imposées dans la salle à manger, qui est souvent climatisée ; les unités récentes disposent d'un office ouvert sur la salle en aspect de bar, ce qui permet aux ASH d'être physiquement aux côtés des patients et apporte une note plus conviviale à l'espace de restauration, comme également la présence, à l'unité Chamoise par exemple, d'une horloge comtoise.

La salle à manger est souvent décorée pour les fêtes (Halloween, Noël) comme par exemple à l'unité Gex et Chamoise.

A l'unité La Vallière, selon la météo, les repas sont pris au réfectoire ou sur la terrasse, dans le petit parc.

La salle est parfois composée de deux parties distinctes permettant aux patients nécessitant plus de calme ou de solitude, de prendre leur repas sans sur sollicitation.



Terrasse de l'unité La Vallière

Les menus sont partout affichés en format A3.

Les ASH, en lien avec le personnel soignant, sont chargés d'attribuer à chaque patient la barquette individuelle qui lui revient. Des soignants et ASH sont présents dans la salle à manger tout au long du repas.

Les patients placés en chambre d'isolement prennent leur repas sur un plateau ; tous les mets sont prédécoupés et une fourchette-cuillère en caoutchouc est déposée sur le plateau. Le traitement est dispensé à cette occasion.

Les unités servent majoritairement en deux services successifs, de trente minutes chacun. Les petits déjeuners sont servis entre 7h30 et 9h30 (mais possible jusque 10h30 le dimanche dans certaines unités), les déjeuners de 12h à 13h et les dîners de 19h à 20h. Les patients peuvent se resservir lorsqu'il reste des aliments dans les barquettes collectives. Une collation est servie à 16h et une tisane à 21h.

L'ensemble des patients a témoigné leur satisfaction des repas fournis par l'établissement, en quantité comme en qualité, ce qui est traduit également par les 85 % d'avis en ce sens de l'enquête de satisfaction. Toutefois, plusieurs patients se sont plaints de la rapidité des repas : « ils nous mettent la pression pour que ça ne dure pas plus de trente minutes ».



Refectoire Epidaure



Menus de la semaine

Une diététicienne, à temps plein, intervient pour tout l'hôpital. Un comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) est en place et le nouveau prestataire choisi pour le groupement d'achat va organiser à partir de juillet 2019 des commissions de menus avec les usagers.

8. L'ACCES AUX SOINS

8.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE EN URGENCE SONT EN COURS DE REORGANISATION

Le CPA est l'unique établissement assurant la mission de psychiatrie de secteur et de soins sans consentement pour le département. Les urgences psychiatriques sont prises en compte par de multiples partenaires dans une filière qui est en cours d'organisation.

8.1.1 En amont du CPA

Jusqu'en 2019, ces urgences, adressées par les médecins généralistes ou les CMP, étaient prises en charge par les services d'urgences des cinq hôpitaux de l'Ain (centres hospitaliers du Haut-Bugey, du Val-de-Saône, de Belley, du Pays-de-Gex et Fleyriat de Bourg-en-Bresse) ou directement par le centre d'accueil thérapeutique (CAP) situé à l'entrée du CPA. Cependant, le recours à un psychiatre était aléatoire selon les services d'urgences et les arrivées de patients directement au CAP se sont amplifiées au fil des années, assimilant celui-ci à la fois à un service d'accueil d'urgences, sans possibilité d'examen somatiques spécialisés, et à un centre de consultation sans rendez-vous, pour des soins qui auraient pu être programmés et réalisés en CMP.

Depuis le 13 mai 2019, la filière prévoit une régulation des besoins psychiatriques *via* une cellule téléphonique d'orientation (CTO) où un infirmier répond au téléphone 24h/24 et oriente le patient vers des urgences hospitalières ou au CAP – qui reste ouvert de jour et peut rouvrir un lit pour une nuit, sur un problème psychiatrique sans trouble somatique associé – ou encore vers une prise en charge extra hospitalière si celle-ci est suffisante. La CTO intervient pour tout le département ; 300 patients ont été gérés téléphoniquement durant les quinze derniers jours, avec entre un et cinq appels par patient.

Une fois les patients admis aux urgences des hôpitaux partenaires, les CMP de proximité peuvent y envoyer leur équipe mobile infirmière de secteur pour venir apporter l'expertise psychiatrique, le médecin psychiatre étant mobilisé par l'astreinte téléphonique. Ces équipes mobiles doivent intervenir en moins de 24 h (à domicile ou aux urgences en semaine) à la demande d'un CMP, de familles de patients ou de partenaires et sont chargées, en une ou plusieurs visites auprès du patient, d'évaluer, d'observer et d'orienter après avis médical vers un partenaire ou une structure du CPA. Ces équipes sont constituées de trois infirmiers, d'un psychiatre – à raison de 0,1 ETP – d'un temps d'assistante sociale et d'un psychologue (dont le poste est vacant selon les équipes) ; elles fonctionnent du lundi au vendredi de 9h à 17h30 et disposent des véhicules et téléphones portables nécessaires. Une des équipes mobiles est positionnée au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire libérale.

Les CMP ont également élargi leurs horaires d'ouverture de 8h30 à 18h et un projet est en cours pour une ouverture le samedi matin.

Le projet de l'établissement indique ainsi : « *la porte d'entrée des soins (...) doit être le CMP et non l'hôpital (30 % des personnes qui arrivent au CAP sont inconnues des services du CPA). Toutes les demandes de soins programmables doivent transiter en journée par les CMP qui organisent si besoin des consultations semi-urgentes sous 24 à 48 h dans la structure la plus adaptée (CMP, équipes mobiles, hôpitaux de jour, psychiatrie de liaison). Les SAU du département (à l'exception du CH de Fleyriat pour lequel une organisation spécifique est mise en place) auront pour interlocuteur leur CMP de rattachement en semaine du lundi au vendredi de 9h à 17h pour les avis urgents et semi-urgents. Les CMP et leur équipe mobile se rapprocheront quotidiennement*

des SAU pour examiner leurs besoins. En dehors de ces heures, les SAU pourront également se mettre en lien direct avec la CTO (en lien téléphonique avec le psychiatre d'astreinte et notamment, en cas de doute ou difficulté particulière). L'infirmier de la CTO, en lien avec l'astreinte psychiatrique, organisera les hospitalisations urgentes 24h/24h - 7j/7j. Il réorientera les soins programmables (dont certaines hospitalisations) en journée, en lien avec les services extra hospitaliers (CMP, hôpitaux de jour, équipes mobiles, psychiatrie de liaison). »

Bonne pratique 15

Les CMP et leur équipe mobile infirmière assurent un premier niveau de prise en charge des urgences psychiatriques. La cellule téléphonique d'orientation permet une régulation infirmière voire médicale du besoin des patients de tout le département 24h/24.

En dehors des heures d'ouverture des CMP, et uniquement en cas d'urgence, le public sera invité à joindre le centre 15 qui organisera, si nécessaire, un passage par un service d'urgence et pourra se mettre en lien avec la CTO et le psychiatre d'astreinte du CAP au besoin. La télémedecine est à l'étude pour apporter sur les sites distants, l'expertise du psychiatre au regard de leur absence dans certains endroits.

8.1.2 Aux urgences du CH Fleyriat de Bourg-en-Bresse

La présence psychiatrique est très restreinte au service des urgences du CH de Fleyriat qui reçoit pourtant le flux le plus important de patients présentant des troubles mentaux : cette présence est limitée à celle d'un infirmier douze heures par jour du lundi au dimanche, positionné dans un bureau à proximité des urgences et à un temps médical d'une demi-journée du lundi au vendredi. Lors de la visite, il a été clairement reconnu par un des directeurs du CH que rien n'avait été prévu de plus substantiel pour la psychiatrie puisqu'il existait jusqu'au début 2019 le CAP à l'entrée du CPA.

Le projet d'établissement prévoit un renforcement de la présence permanente sans en préciser ni la composition ni le terme.

Au sein de ce centre hospitalier général, le circuit d'arrivée de patients en soins sans consentement est protégé des regards et la personne arrive directement dans la salle de l'infirmière d'accueil et d'orientation. Le médecin urgentiste examine ensuite la personne avant d'appeler si nécessaire l'IDE de psychiatrie pour avis.

Le patient non agité est pris en charge comme l'ensemble des patients des urgences, sur un brancard dans une première grande salle puis, après visite du médecin, dans une seconde salle où il attend son transfert si le médecin a proposé l'hospitalisation. Le service compte huit boxes fermés et trente-quatre brancards séparables par paravents dépliables. En cas d'agitation, le patient est placé dans une chambre d'apaisement située au bout du service ; cette pièce aveugle dispose du même équipement que les boxes des urgences mais avec un accès à des toilettes et un point d'eau. La porte est pleine et fermée à clef lorsqu'un patient y est placé.

L'urgentiste décide l'isolement et la contention du patient (par sangle avec aimant cinq points) mais les infirmiers de psychiatrie peuvent la lever dès qu'ils ne l'estiment plus nécessaire et aller en informer l'urgentiste ; la surveillance infirmière de la contention est prescrite toutes les quatre heures ce qui semble insuffisant. Cette surveillance est réalisée par les infirmiers des urgences.

De fait, au moment du contrôle, un patient hospitalisé la veille au soir pour alcoolisation et velléités suicidaires a finalement été isolé et attaché à 23h27 ; il a été vu par l'IDE à 2h puis à 4h

(ces informations ne sont pas inscrites dans la feuille de surveillance mais ces horaires figurent dans les observations de l'IDE) ; à 3h, ayant envie d'aller aux toilettes et ne pouvant appeler (pas de sonnette autre que murale dans la chambre d'apaisement), il a essayé de se détacher et y est parvenu, a sonné et a été emmené aux toilettes (situées dans la chambre) ; il a ensuite été rattaché ; des infirmiers de psychiatrie sont venus le voir à 8h, ont estimé qu'il ne relevait plus de la contention et l'ont donc détaché. Le patient était calme et détaché lors du passage des contrôleurs qu'il a accepté de rencontrer.

Les décisions de l'urgentiste sont tracées dans le dossier informatisé du patient de l'hôpital général. Aucun protocole de contention n'est prévu dans le service, qui ne dispose pas non plus de registre ou de traçabilité permettant d'analyser les mesures d'isolement et de contention prises durant l'année.

Si le comportement des soignants de psychiatrie est ici louable, il conviendra de clarifier, entre les différents acteurs des urgences, à qui revient la responsabilité des décisions de placements en isolement, de contention, de levées des mesures et de surveillance. Il conviendra également de mettre en place un registre d'isolement et de contention quel que soit le décideur. Toute décision d'isolement ou contention d'un patient relevant de soins psychiatriques devra être validée par le psychiatre si la décision est prise dans l'urgence par l'urgentiste.

PROPOSITION 6

Un protocole de travail entre urgentistes et psychiatres doit déterminer le rôle et les fonctions de chacun dans la prise en charge de personnes en soins sans consentement et dans les pratiques d'isolement et de contention, aux urgences des centres hospitaliers généraux.

Dans sa réponse, le directeur du CPA indique que « Une convention a été signée avec le centre hospitalier de Fleyriat le 23 septembre 2019. Depuis le 14 octobre 2019, le CAP a été fermé et la présence d'un infirmier psychiatrique a été renforcée 24 heures sur 24/sept jours sur sept au sein du SAU du CHG de Fleyriat. Le Dispositif de soins de courte durée du CPA assure la gestion de la filière psychiatrique au sein du SAU. Ainsi tous les matins un psychiatre se rend au CHG. Une astreinte psychiatrique peut également intervenir soit téléphoniquement soit par télé consultation soit physiquement toutes les nuits et tous les week-ends. Enfin le dispositif de soins de courte durée assure également la psychiatrie de liaison dans l'ensemble des services du CHG. Ainsi conformément au code de la santé publique plus aucun patient ne peut être hospitalisé au CPA sans un bilan somatique préalable. »

Cette réponse, apporte des éléments satisfaisants s'agissant du SAU de Fleyriat mais ne règle pas la question des pratiques d'isolement et de contention pour l'ensemble des services d'urgence des hôpitaux susceptibles de prendre initialement en charge les patients orientés au CPA. La recommandation est donc maintenue.

8.1.3 Au CPA

Au niveau du CPA, les patients en urgence psychiatrique qui arrivaient directement au CAP sont désormais régulés par la CTO et transitent pour le moment au CAP de jour si nécessaire. La CTO peut renvoyer la demande sur les CMP qui doivent s'engager à recevoir toute personne le nécessitant en moins de sept jours.

Du 13 au 26 mai 2019 (quatorze jours), soixante-treize passages ont été recensés au CAP (5,2 par jour en moyenne, allant de 0 à 11), ainsi répartis : cinquante-deux entre 8h et 18h, cinq entre

18h et 20h et six de minuit à 8h. Sur quatorze jours, à trois reprises le CAP n'a pas pu fermer à 20h et l'IDE de nuit a dû prendre la relève au sein des locaux du CAP. Parmi les patients pris en charge, 70 % étaient connus, 42 % suivis et 18 % relevaient de la pédopsychiatrie. 35 % des patients sont adressés par des CH, 11 % par les structures extra hospitalières. Enfin, 30 % ont été hospitalisés.

Le nombre de patients, tous secteurs du département confondus, se présentant au CAP entre 20h et 8h, était en moyenne de 2,4 par nuit dont 0,8 préalablement passé par un service d'urgence. Pour plus de 50 % de ces passages, les soins auraient pu être programmés.

A ce jour, le service CAP dispose de 16 ETP d'infirmiers, outre les 4 ETP affectés aux urgences du CH Fleyriat. Le personnel médical est plus incertain avec 0,6 ETP du médecin chef de service, deux psychiatres à 0,4 ETP chacun et un à 0,9 mais qui est en train de quitter l'unité. Cet effectif sera celui de la future unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

En effet, une UHCD doit remplacer à court terme le CAP. Il est prévu qu'elle offre seize lits d'évaluation et d'observation pour une hospitalisation d'une durée maximum de sept jours avant retour en ambulatoire ou hospitalisation en service d'admission. Cette UHCD sera privilégiée pour la prise en charge initiale des pathologies psychiatriques comme les troubles psychotiques, les troubles thymiques et les troubles du spectre anxieux. Elle sera d'abord installée dans les locaux de l'ancienne unité Pinel le temps de construire un bâtiment neuf.

Enfin, une équipe mobile santé mentale précarité de l'Ain complète ce dispositif ; une de ses missions est la prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence.

8.1.4 L'admission dans les services d'hospitalisation

Les patients admis dans une unité d'hospitalisation sont pris en charge par un infirmier de cette unité et bénéficient d'un entretien avec le psychiatre et un infirmier dans les 24 heures. L'infirmier lui présente les locaux, le patio, lui indique sa chambre, lui explique le fonctionnement du service et réalise l'inventaire de ses effets personnels (cf. § 7.3). Le livret d'accueil est remis également à ce moment. Le premier repas (comme les suivants s'il le souhaite) peut être pris dans sa chambre pour lui permettre de se reposer seul.

Le patient est également examiné par le médecin généraliste dans les premières 48 heures.

L'établissement des certificats médicaux des 24 h et 72 h sont précédés d'un entretien médical et fait par deux médecins différents (d'un autre service si besoin). Les observations médicales et infirmières sont inscrites dans le dossier informatisé ; le cadre des quarante-huit premières heures n'est pas réellement lié au statut juridique.

8.2 LES MODALITES DE DISPENSATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES INTEGRENT LE RESPECT DES LIBERTES DES PATIENTS ET LEUR ACCES A DES ACTIVITES

8.2.1 Les pratiques psychiatriques

a) Le projet de soin

Les données recueillies, les entretiens avec de nombreux patients et les observations faites dans les unités de soins attestent que l'ensemble des équipes soignantes et médicales sont mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante et professionnelle.

La prise en charge psychiatrique a ainsi été sensiblement reconceptualisée et le projet médico-soignant aboutit à plusieurs innovations au profit de la qualité des soins, tout en restant dans

une prise en charge institutionnelle. Les unités ont imaginé des projets de service en rapport avec le respect des valeurs défendues, construits avec l'ensemble des équipes. Celui de l'unité Charmilles et de l'unité Colombier sont encore en cours de réécriture.

b) La prise en charge au cours de l'hospitalisation

Les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient, au moins une fois par semaine dans les unités d'hospitalisation, d'entretiens avec un médecin psychiatre. Les entretiens infirmiers sont plus fréquents. Les entretiens médicaux se tiennent partout avec les infirmiers. A la demande du psychologue, certains entretiens peuvent également se tenir avec lui en présence d'un infirmier.

Les traitements sont régulièrement revus et ajustés.

Les postes vacants de médecins ne permettent cependant pas une présence permanente au cours de la journée dans les unités ; ainsi, dans de nombreux services, aucun médecin n'est présent deux à trois demi-journées par semaine ; en cas de besoin, les IDE font alors appel au psychiatre d'astreinte.

L'organisation des soins parvient à une composition stable dans le temps avec des effectifs (IDE et AS) de quatre agents par demi-journée en semaine et trois les week-ends (les soignants indiquent qu'il n'y a pas d'entretien médico-infirmier le week-end et beaucoup de permissions de sortie, cinq sur vingt-deux patients d'une unité le week-end précédent le contrôle). Cette organisation est adaptée aux besoins des patients. Les effectifs dits de sécurité sont à trois par demi-journées mais le fonctionnement habituel reste celui de quatre ce qui permet une présence stable des soignants. Les plannings précisent chaque jour une répartition des tâches : un infirmier assure les entretiens médico-soignants, un autre est chargé des tâches administratives et les autres assurent une présence permanente au plus près des patients. Les contrôleurs ont ainsi observé que des soignants étaient souvent présents en salle d'activité ou dans les patios en compagnie des patients, parlant avec eux, participant à des activités ou les accompagnant dans les sorties dans le parc.

Bonne pratique 16

L'organisation des tâches des infirmiers permet une présence forte des soignants auprès des patients tout au long de la journée.

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu régulièrement dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers, aides-soignants, ASH et une fois par semaine, les équipes extra hospitalières et les équipes des services de réadaptation. Les généralistes n'y assistent pas, ni les pharmaciens.

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels. Cependant, le recours à de nombreux intérimaires, qui ne peuvent s'impliquer de façon pérenne dans un fonctionnement du service, vient atténuer les atouts de cette organisation, tant en raison de pratiques individuelles de certains médecins potentiellement différentes et sécuritaires, que par la faiblesse de leur transmission des savoirs ou de l'implication dans le fonctionnement du service. Par ailleurs, l'absence de médecin responsable d'unité au profit d'un unique chef de

secteur et de pôle nuit à la bonne implication des médecins titulaires dans le fonctionnement des unités, la charge reposant sur les seules épaules des cadres heureusement expérimentés.

Dans son rapport provisoire, le CGLPL avait recommandé « Chaque unité doit disposer d'un médecin chef de service qui constituera avec le cadre de santé un binôme propre à faire vivre le projet de service dans toutes ses composantes. »

Dans sa réponse, le directeur du CPA objecte que « Nous pensons que cette recommandation telle qu'elle est formulée peut prêter à confusion. En effet aucun texte ne prévoit que pour une unité de 25 lits un médecin chef de service doit être nommé. Cette dénomination en effet, correspond à une classification conventionnelle et à un indice salarial précis, et s'applique donc pour des médecins responsables d'un secteur ou d'un dispositif transversal. En théorie chaque unité d'hospitalisation dispose au CPA d'un médecin référent, qui fonctionne avec en binôme avec un Cade de Santé de proximité (CSP). Cette notion a été atteinte depuis maintenant deux ans par la raréfaction de nos moyens en psychiatre et donc par le recours à des médecins intérimaires. » Cette réponse conduit à maintenir la recommandation dans la formulation suivante :

PROPOSITION 7

Dans chaque unité, un médecin doit être désigné comme référent et investi de la mission de porter, en binôme avec le cadre, le projet médical de l'unité dans toutes ses composantes.

La vie institutionnelle des pôles se développe autour de réunions de pôle trois fois par an. Les prises en charge, les pratiques et écoles de pensées, diversifiées d'un service à l'autre, peuvent faire l'objet de débats au sein des pôles mais une réflexion médicale partagée à l'échelle de l'établissement sur les prises en charge n'est pas encore réellement aboutie. Pour autant, des réunions de fonctionnement se tiennent dans certaines unités de manière bi hebdomadaire (unité Charmilles par exemple) ou mensuelle (unité Chamoise), de même que des réunions institutionnelles et de secteur, trimestrielles.

Enfin, des réunions soignants-soignés se tiennent dans de nombreuses unités (Oasis, Colombier, la Vallière, Epidaure, par exemple) appelées « rencontre café » ou « causerie du mardi ou du vendredi », tous les quinze jours ou toutes les semaines, animées par un psychologue et un soignant ; elles portent sur la vie du service.

Certaines unités ont mis en place un dispositif d'infirmier référent mais uniquement pour les patients au long cours (Oasis et Colombier, par exemple, ou encore Bugey où les patients ont deux infirmiers référents) ou pour les formalités administratives. L'organisation des soins autour de missions attribuées spécifiquement aux infirmiers auprès des patients, rend moins intéressante cette pratique dans la mesure où hormis l'infirmier d'entretien médico-soignant et celui affecté aux soins infirmiers non spécifiquement psychiatriques, les deux autres doivent être parmi les patients dans un rôle d'infirmier de psychiatrie. En revanche, un système de référent thématique est mis en place dans de nombreuses unités et des IDE sont référents « valise d'urgence », « pharmacie », « douleur », « matériel », « culture et santé », « encadrement des étudiants », « questionnaires de sortie », « hygiène », « comité d'éthique », « contention », « tutorat ».

Bonne pratique 17

Un système d'infirmiers référents thématiques est mis en place concernant, par exemple, la valise d'urgence, la pharmacie, la douleur, le matériel, la culture, l'encadrement des étudiants, les questionnaires de sortie, l'hygiène, le comité d'éthique, la contention, le tutorat.

L'accès au dossier médical est indiqué dans le règlement intérieur et la procédure ne semble pas méconnue ni poser de problème ; les psychiatres expliquent aux patients qui les sollicitent les éléments de leurs dossiers.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le demandent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale. Les familles sont associées au projet de soin dans toutes les unités, par des entretiens familiaux facilités et fréquents. L'établissement expérimente actuellement un dispositif de pairs-aidants dans lequel des patients stabilisés peuvent en aider d'autres à aller vers un mieux-être malgré la maladie. Deux de ces pairs-aidants bénéficiaient au moment du contrôle d'une formation.

c) Le développement de connaissances et d'innovation

Outre la participation au programme Quality-Rights du CCOMS (cf. § 3.1.1), une autre innovation du CPA a consisté à mettre en place des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) afin de résoudre avec le regard de plusieurs spécialités ou métiers, des cas complexes, comme des impasses thérapeutiques ou institutionnelles. Cette pratique, reprise d'un modèle ancien et éprouvé en oncologie, concerne surtout des ruptures de parcours du patient, des transitions sanitaires-médico-sociales, des hospitalisations récurrentes ou longues, des actes violents. La décision collégiale est tracée dans le dossier du patient.

Bonne pratique 18

L'établissement a mis en place des réunions de concertation pluridisciplinaire pour les situations complexes.

Enfin, l'établissement a imaginé une structure de préparation à la sortie transitionnelle et a mis en place depuis 2019 un foyer thérapeutique. Cette unité de huit places est animée par deux aides médico-psychologiques (AMP), une aide-soignante, deux maîtresses de maison. Une infirmière passe matin et soir pour les traitements. Ce foyer permet au patient de se préparer à la vie autonome durant une période de six mois renouvelable. Il a le statut d'unité d'hospitalisation tout en apportant le cadre de vie d'un foyer avec une implication des usagers dans la gestion du quotidien et dans la prise en charge de leurs soins (médicaments, hygiène, organisation de la journée, etc.).



Salon du foyer thérapeutique

Tâches à effectuer	Quand ?	Semaine du au														Commentaires	
		Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi		Dimanche			
		A Faire	Fait	A Faire	Fait	A Faire	Fait	A Faire	Fait	A Faire	Fait	A Faire	Fait	A Faire	Fait		
Aération de la chambre		X		X		X		X		X		X		X			
Faire le lit		X		X		X		X		X		X		X			
Changements des draps								X									
Rangement et tri du placard								X									
Disposition: tables, chaise		X		X		X		X		X		X		X			
Nettoyage des sanitaires, lavabos, douche, WC		X		X		X		X		X		X		X			week-end sur place
Balayeage du sol		X		X		X		X		X		X		X			
Lavage du sol		X		X		X		X		X		X		X			
Evacuation des déchets								X									
Evacuation du matériel de nettoyage et lavage des mains																	
Entretien du linge										X							

Suivi de l'autonomie des tâches quotidiennes

Chaque patient dispose d'une chambre vaste et lumineuse avec lit, table, chaise et grand placard ; deux patients partagent une plus grande chambre séparée en deux espaces par une cloison incomplète. Chaque chambre comporte une salle d'eau et les patients peuvent entreposer dans leur chambre les achats qu'ils font pour préparer leurs sorties dans un logement autonome (téléviseur, radio, petits meubles, vêtements, etc.). L'unité comporte par ailleurs trois salles d'activité et une cuisine équipée. L'accompagnement permet une évaluation des capacités fonctionnelles et cognitives, le développement des aptitudes, la mise en route des apprentissages élémentaires, le maintien des alliances thérapeutiques et l'adhésion aux soins avec les partenaires. Le personnel y est présent de 7h30 à 21h30, sept jours sur sept. La veille nocturne est assurée par le personnel de l'unité Bugey située à proximité. A midi, la maîtresse de maison déjeune avec les patients. Trois salles d'activités sont bien investies par les patients.

Bonne pratique 19

Un foyer thérapeutique de huit places, installé dans le site du CPA, permet au patient, au cours d'un séjour de six mois, de gagner en autonomie. Il constitue une unité d'hospitalisation tout en apportant le cadre de vie d'un foyer avec une implication des usagers dans la gestion du quotidien et dans la prise en charge de leurs soins.

Ce foyer est complété par la mise en place parallèle d'appartements de transition dans chaque secteur (par exemple trois à Chatillon-sur-Chalaronne, deux à Morvel), par le travail avec des familles d'accueil et enfin par la mise en place de quelques baux glissants.

d) La place des patients en « séjours inadéquats »

De nombreux patients sont hospitalisés au CPA au long cours, soit plus de 292 jours dans l'année : 96 patients pour la période de 2017 à fin juin 2019 (deux ans et demi). Parmi ces patients, 69 ont reçu une orientation par la maison départementale des personnes handicapées (EHPAD, MAS, FAM, foyer). Ces situations sont suivies avec attention par la direction. L'ensemble des entretiens confirme le manque de place en MAS et FAM avec des durées d'attente, au jour du contrôle, de plusieurs années.

Pour ces patients, l'établissement assure pleinement son rôle de service public et accueille ceux qui ne peuvent trouver de place ailleurs. Comme le souligne le projet d'établissement, l'unité Bourneville a vocation à se transformer en MAS.

8.2.2 Activité occupationnelle et thérapeutique

Les activités proposées sur l'ensemble des unités ne le sont pas toujours de manière coordonnée. Chaque unité propose en son sein, quelques activités occupationnelles et thérapeutiques. En général peu d'affichage informe les patients de ces activités potentielles, sauf à l'unité Bugéy où une infirmière a mis en place un tableau d'auto-inscription par cartons de couleurs aux différentes activités proposées.

Outre les deux ou trois salles de télévision (avec parfois un lecteur DVD comme à l'unité Chamoise ou Epidaure), les patients ont à leur disposition quelques jeux de société, parfois un baby-foot, une liste de karaoké, un salon esthétique, une salle d'activité physique avec sac de frappe et gants de boxe, table de ping-pong, quelques mandalas avec crayons de couleur, des activités origami, médiation animale et quelques livres en plus de ceux disponibles également à la bibliothèque de la cafétéria.



Semainier auto géré par les patients pour s'inscrire aux activités ou réunions proposées



Médiation animale

Les unités proposent aussi des séances de méditation pleine conscience, des marches rapides, des ateliers cuisine et courses, de la peinture, des sorties culturelles, des séances sensorielles (« toucher détente », espace Snoezelen), du jardinage, de l'expression manuelle. L'unité La Vallière propose également un repas thérapeutique trois fois par semaine, pour une liste de patients préétablie par trimestre, soit de façon individuelle soit en groupe.

Pour des activités complexes, plusieurs infirmiers sont formés par service afin de garantir l'offre de prise en charge.

Des personnes effectuant un service civique ont également été recrutées pour aider les patients dans l'approche des activités occupationnelles au sein de l'espace des usagers à la cafétéria ; embauchées pour huit mois elles ont vocation à faciliter le lien social entre les patients avec

l'appui de la ludothèque, de l'école de musique, des jardiniers. L'espace des usagers est géré par une animatrice.

La cafétéria, accessible par une très forte proportion des patients de manière autonome, constitue un lieu de rendez-vous et de convivialité où il est possible d'acheter des produits d'entretien, des produits alimentaires sucrés (mais non salés comme l'ont regretté plusieurs patients), des magazines. L'espace des usagers édite chaque mois un petit journal de huit pages (« Coopération ») où les patients s'expriment par des textes, des photos ou des dessins.

Bonne pratique 20

Des jeunes gens en recherche d'orientation professionnelle travaillent auprès des patients.



Cafétéria

Le dispositif de soins de réhabilitation psychosociale existe depuis 2009 mais s'est structuré au fil du temps autour de différents outils au profit des patients. Il est constitué d'une offre de prise en charge en réadaptation, avec des actions allant de la prise de conscience des symptômes de la maladie jusqu'à la réinsertion sociale des patients. En intra hospitalier, se trouvent ainsi des activités thérapeutiques variées, le foyer thérapeutique et l'unité Bugey aidant à la préparation à la sortie.

Les activités thérapeutiques sont variées : création en terre, musique, peinture sur tissus, expression corporelle, éducation thérapeutique du patient, sport animée par trois éducateurs sportifs.





Activités plastique et musique



Equipement sportif

Un programme de soins de psycho éducation est également proposé, apportant aux patients une information théorique sur la maladie et les outils pour vivre avec elle et pour améliorer la qualité de vie et celle des aidants ; ce programme aborde ainsi la schizophrénie et ses traitements, la psychologie à travers les films, le stress ; certains programmes sont destinés aux familles et proches. Des programmes de remédiation cognitive ou d'orientation cognitivo-comportementale sont également proposés, suivis individuellement ou en groupe.

Pour exemple, à l'unité Oasis sept patients sur vingt-deux participaient aux activités du dispositif de réhabilitation au moment du contrôle, sans distinction de statut d'admission, outre les activités développées par l'unité elle-même. Pour l'unité Chamoise, le 3 juin sept des huit patients en SSC étaient inscrits à des activités en dehors de l'unité.



Salle d'activité unité chamoise



Dessin affiché unité Bugey

Outre les activités thérapeutiques développées par le dispositif de soins de réhabilitation psychosociale, une unité d'activités médiatisées (UAE), prend en charge 800 patients, avec notamment des activités sportives.

Les patients sont orientés, après prescription par le psychiatre de l'unité, vers ce dispositif dont le médecin ou l'infirmier établit avec le patient le programme qui lui est adapté ; certaines des activités peuvent être exercées directement ; d'autres sont gérées par l'espace des usagers comme la médiation animale et l'approche des animaux du parc (volailles, daims, chèvres, etc.). Toutes font l'objet d'une observation dans le dossier patient ; l'ergonomie du logiciel médical rend cependant très peu lisibles toutes ces observations.

Parallèlement à ce dispositif, une convention avec le ministère de la culture permet le développement d'une activité pluri et per annuelle autour de plusieurs manifestations réalisées par ou pour les patients et ouvertes au public de Bourg-en-Bresse. Au moment du contrôle, une troupe de danse s'est ainsi produite sur le site du CPA et une centaine de patients, soignants et visiteurs ont assisté à la représentation. Un groupe de patients et quelques soignants ont également édité une « cartographie subjective du CPA » très forte en symboles. Ce dispositif « culture nomad » a également un partenariat avec le théâtre de Bourg-en-Bresse.



Spectacle en plein air au cours de la visite

Aucun patient, parmi les nombreux qui ont été rencontrés par les contrôleurs, n'a indiqué souffrir d'ennui au centre hospitalier.

Bonne pratique 21

L'offre d'activités occupationnelles et thérapeutiques proposée par l'établissement est riche, variée et libre d'accès.

8.3 L'ACCES AUX TRAITEMENTS EST SECURISE ET INDIVIDUALISE

La pharmacie est gérée par deux pharmaciens (deux ETP) – prochainement par 2,6 ETP – et trois préparatrices en pharmacie, pour le centre hospitalier et le centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Les pharmaciens assurent une astreinte le week-end. Une demande d'internes en pharmacie a été récemment faite auprès de la faculté de Lyon ; cet interne permettrait la mise en place de la conciliation thérapeutique.

Le contrôle pharmaceutique est réactif et toutes les prescriptions sont analysées. En 2017, 19 594 ordonnances ont été validées par les pharmaciennes, représentant 45 232 lignes de prescriptions. Sur l'ensemble des ordonnances, 1 942 avis pharmaceutiques ont été donnés. Les types d'interventions les plus fréquents ont traités à une posologie supérieure à celle prévue par l'autorisation de mise sur le marché, une durée de traitement non conforme, une redondance, un moment inapproprié pour la prise (en particulier pour la Quétiapine® prise au moment des repas). On note un taux de réponse des médecins de 26 % seulement, correspondant à une action réelle faite sur le logiciel. Certaines actions, comme l'arrêt d'un traitement, ne sont pas comptabilisées.

Les pharmaciens effectuent également une analyse des consommations d'antalgiques, d'antibiotiques, de psychotropes et en restituent les éléments au sein de la commission médicale d'établissement et de la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS). Il a ainsi été noté en 2018, que la consommation globale de psychotropes a été moindre en 2017 qu'en 2016.

La COMEDIMS se réunit trois fois par an. Présidée par un psychiatre, elle est composée de psychiatres, de pharmaciens, et de médecins généralistes. Parmi les sujets abordés autres que ceux évoqués *supra*, la prescription de psychotropes chez les mineurs fait l'objet actuellement d'une analyse et d'un débat.

Une des pharmaciennes anime des séances d'éducation thérapeutique du patient.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre aux unités les traitements des patients globalisés en caisse bleue sauf quarante-cinq lits en dispensations nominatives en piluliers journaliers (Bourneville, hôpital de jour). Le logiciel Hôpital Manager® calcule le nombre de médicaments nécessaires selon les prescriptions : les préparateurs font les caisses une fois par semaine pour les services ; les IDE rangent les traitements dans les pharmacies d'unités et gèrent la dotation de dépannage.



Entrée de la pharmacie



Dispensation à travers une vitre

Les piluliers sont remplis dans les services par les infirmiers de nuit. L'établissement envisage l'achat d'un automate qui permettra une livraison des traitements conditionnés par patient et par prise. L'automate libérera une heure de travail d'IDE le matin par service et par jour (au-delà de la tâche aujourd'hui dévolue aux infirmiers de nuit et qui sera faite par l'automate).

La possibilité d'un réapprovisionnement en urgence est possible et les unités bénéficient d'une dotation de spécialités pour initier des traitements d'arrivants.

Dans les unités, les infirmières vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients dans la salle de soin (souvent autour de 7h30, 11h30 et 18h30). La porte de la salle se ferme automatiquement après l'entrée de chaque patient. Un banc dans le couloir permettrait aux patients d'attendre dans de meilleures conditions car certains soignants soulignent l'agressivité générée par une attente debout derrière la porte. Dans les unités Bugey, La Vallière, Epidaure et Gex, la distribution des médicaments est individuelle mais à travers une vitre avec ouverture sur le bas, apportant un caractère très sécuritaire à cette délivrance. A La Vallière, le box est le même mais la vitre a été ôtée.

8.4 L'EFFECTIF DE L'UNITE FONCTIONNELLE DE MEDECINE SOMATIQUE EST CONSEQUENT ET LES LOCAUX SONT NEUFS

L'unité fonctionnelle de médecine somatique est rattachée au service de gérontopsychiatrie et bénéficie donc du même cadre supérieur qui leur est commun.

L'importance des besoins en soins somatiques des personnes hospitalisées dans le service de gérontologie a guidé ce choix d'organisation.

8.4.1 L'effectif

L'équipe médicale est composée de cinq médecins généralistes pour un total de 3,8 ETP. Le service se voit également régulièrement doté d'un interne, le stage étant apprécié et considéré comme très formateur.

Deux kinésithérapeutes, dont un à temps complet, interviennent soit dans les différents services, parfois en chambre d'isolement, soit dans la salle de kinésithérapie.

Bonne pratique 22

La possibilité de soins de kinésithérapie en chambre d'isolement doit être soulignée car rarement rencontrée.

Un médecin infectiologue intervient à 0,1 ETP pour les protocoles infectieux et les protocoles d'hygiène.

L'infirmière à temps plein est fortement impliquée dans des programmes de formation et d'éducation à la santé.

Un chirurgien-dentiste prodigue des soins dentaires trois jours par semaine.

Un temps de cadre et un mi-temps d'aide-soignante complètent l'équipe médicale et paramédicale.

Des consultations de spécialistes sont réalisées sur le site : un médecin gynécologue consulte mensuellement dans une salle adaptée pour effectuer examens et gestes médicaux (frottis, pose d'implant, suivi de dépistage ODLC¹⁷), un médecin ophtalmologue consulte également tous les mois et un rhumatologue tous les deux mois.

Des soins avec un podologue sont également proposés.

L'équipe mobile de gériatrie est mobilisable pour des consultations.

La rapidité d'obtention d'un rendez-vous pour des consultations externes au CH de Fleyriat est souvent « demandeur dépendant », en fonction des liens et connaissances, mais d'accès facile pour les services de radiologie et de cardiologie. Cela reste plus problématique quand il s'agit d'obtenir des rendez-vous de consultations avec des intervenants libéraux : les patients porteurs de pathologies psychiatriques ou adressés par des services de psychiatrie restent stigmatisés et les délais d'attente pour un rendez-vous sont souvent plus longs que ceux souvent déjà longs pour un consultant venant de lui-même de l'extérieur.

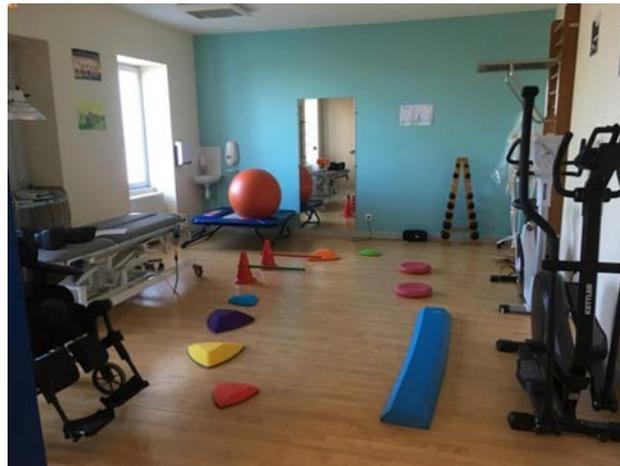
Un infirmier en addictologie rattaché au centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie SALIBA de Bourg-en-Bresse intervient dans les services sur prescription médicale. Les sevrages peuvent être réalisés au CH Fleyriat en service d'addictologie ou dans le service de La Renouée.

8.4.2 Les locaux

Neufs et en situation centrale, en face du bâtiment administratif, les locaux de consultation sont d'accès facile au rez-de-chaussée. Ils comprennent l'accueil, un secrétariat, des bureaux de consultations, un cabinet dentaire. Les consultations se font dans ces locaux sur rendez-vous mais les médecins interviennent également dans les services selon un rythme hebdomadaire déterminé par un planning pour chaque praticien et chaque service.

Une grande salle de kinésithérapie équipée de nombreux matériels adaptés est située sous le bâtiment administratif central au rez-de-jardin. Elle permet la réalisation de soins plus élaborés que ceux prodigués au lit du patient.

¹⁷ Office de lutte contre le cancer



Salle de kinésithérapie

8.4.3 L'organisation des soins

L'examen somatique est systématique à l'entrée dans les 24 h, la secrétaire de l'unité fonctionnelle de médecine somatique étant prévenue des hospitalisations directement par le service d'entrée.

Pendant le séjour, les médecins sont également informés de toute mise en chambre d'isolement et un examen somatique est théoriquement pratiqué dans les 24 h. Si l'isolement est prolongé, les examens ne sont pas systématiques mais fonction de la clinique et des besoins.

La mise sous contention, médicalement prescrite, ne fait pas l'objet d'un examen systématique par les somaticiens. L'évaluation des contre-indications somatiques à la mise en chambre d'isolement est de la compétence du médecin psychiatre décideur de cette mesure. Une mise sous anticoagulant est systématique et fait partie du protocole en vigueur dans tous les services qui précisent « *si la contention doit durer plus de 12 heures* ».

Le souci de formation est manifeste avec des propositions de formation sous forme d'atelier pratique : geste d'urgences, sondage, aspiration, « chambres des erreurs et chariots des erreurs ».

8.4.4 L'électro convulsivothérapie

Prescrites au CPA, les séances sont effectuées soit à l'hôpital Fleyriat en service de neurologie en présence d'une infirmière du service du service d'hospitalisation du patient, soit à l'hôpital du Vinatier à Bron (Rhône) et la clinique Notre Dame de Lyon selon une convention établie entre les établissements.

Ce soin est aussi proposé aux patients en soins sans consentement. Leur accord est demandé avec celui de la famille, de la personne désignée de confiance, le cas échéant du tuteur.

Le consentement d'une personne en soins sans consentement pour une thérapeutique qui ne fait pas consensus au sein des soignants du fait de la faible durée de son efficacité versus ses effets secondaires sur la mémoire reste discutable.

9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

9.1 L'ORGANISATION DES CHAMBRES D'ISOLEMENT LIMITE LES ATTEINTES AUX DROITS DES PATIENTS ET ASSURE LEUR SECURITE MAIS DES LACUNES SUBSISTENT ET LEUR NOMBRE RESTE ELEVE ALORS QUE LES SOIGNANTS REGRETTENT L'ABSENCE D'ESPACES D'APAIEMENT

A l'issue de la première visite de l'établissement, le CGLPL avait constaté une pratique des mesures d'isolement et de contention dans des proportions jusqu'alors jamais observées et de façon non conforme aux règles communément appliquées. Il s'agissait d'un recours non seulement massif, dans certaines unités, aux mises en isolement, mais encore d'isolements en chambres ordinaires, parfois décidés par périodes de sept jours renouvelées pendant plusieurs mois et sans examen systématique du patient.

A l'occasion de la présente visite, les contrôleurs ont pu constater que ces pratiques sont révolues. L'établissement a su saisir les recommandations alors émises par le CGLPL pour engager une réflexion d'ampleur sur les pratiques de ses équipes, qui les ont profondément modifiées.

9.1.1 Les chambres d'isolement et leur utilisation

Du point de vue immobilier, un changement majeur au sein du CPA a été constaté par les contrôleurs dès leur arrivée sur le site : la fermeture de l'unité pour « malades agités et perturbateurs », dénommée Pinel, et de ses vingt et une chambres d'isolement dont l'établissement reconnaît que « *c'était là qu'étaient concentrées les dérives* »¹⁸.

Le nombre d'espaces d'isolement est donc passé de 46 pour 412 lits en 2016 à 21 pour 325 lits en 2019. Ces espaces sont répartis comme suit :

- une chambre d'isolement dans chacune des unités Bourneville, Victor Hugo et de pédopsychiatrie dont les patients font l'objet d'une prise en charge spécifique (cf. § 10.2) ;
- deux chambres d'isolement par unité de soins et services de suite adultes.

Ainsi, hors prises en charge spécifiques, le CPA compte encore aujourd'hui dix-huit chambres d'isolement dont, selon son directeur, moins de la moitié est effectivement utilisée¹⁹.

En effet, l'établissement a diminué par cinq le nombre de recours à ces espaces (cf. *infra* § 9.2.1), de telle sorte que, selon les informations communiquées, la fermeture de la moitié d'entre eux est projetée.

Or, dans le même temps, les contrôleurs ont constaté l'absence, dans les unités visitées, de toute pièce d'apaisement – à l'exception d'une salle, dite « d'activités physiques », installée à Epidaure dans un espace très contraint et où se trouvent un sac de frappe et des gants de boxe mais aussi des tapis de relaxation et un matériel hifi permettant la diffusion de musiques douces. Selon les témoignages recueillis dans cette unité, cet espace est régulièrement fréquenté par les patients, qui en utilisent toutes les possibilités.

¹⁸ D. Bloch-Lemoine, directeur du CPA, cité par APM News, dépêche du 20 mai 2019.

¹⁹ *Ibidem*



La salle « d'activités physiques » d'Epidaure : matériels de boxe et de relaxation

Par ailleurs, les soignants interrogés se disent unanimement favorables à l'installation de salles d'apaisement dans chaque unité de soins. Aussi, la transformation en espaces d'apaisement d'une chambre d'isolement par unité ne peut qu'être encouragée.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Eu égard à l'évolution des pratiques soignantes de l'établissement et à la décision de sa direction de réduire de moitié le nombre de chambres d'isolement encore accessibles, le CPA gagnerait à envisager la transformation des pièces concernées en autant d'espaces d'apaisement.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement fait savoir que « Au moment de votre venue certains services étaient en réflexion sur la mise en place de chambres où espaces d'apaisement. Une recherche était notamment effectuée par un psychiatre en relation avec un IUT de Bourg-en-Bresse pour l'utilisation de moyens informatiques afin de concevoir un espace d'apaisement dont l'ambiance (lumière musique, couleur...) pourrait être commandée vocalement par le patient. D'autre part dans le cadre du soutien du gouvernement au secteur psychiatrique et en reconnaissance du travail effectué au CPA l'Agence régionale de santé ARA nous a octroyé 500 000 euros d'investissements supplémentaires sur l'exercice 2020 au bénéfice des patients. Ainsi dans ce cadre des espaces d'apaisement vont pouvoir être mis en œuvre pour chaque service en 2020 au CPA. »

S'agissant des chambres d'isolement encore utilisées dans les unités, leur superficie et configuration peuvent varier selon les bâtiments. Elles présentent cependant des similitudes.

Ainsi, pour la plupart, les chambres d'isolement sont voisines et accessibles par un sas, dont la porte pleine n'indique pas la destination exacte de ces pièces. Même lorsque les chambres sont séparées par un couloir, comme à Epidaure, les portes permettant d'accéder au sas ouvrant sur chacune d'elles ne mentionnent que leur numéro.

A l'intérieur de ces sas se trouvent, d'une part, un placard permettant d'entreposer les biens des patients et le matériel de contention (avec verrou magnétique, il est nettoyé après chaque utilisation) et, d'autre part, une douche équipée d'un flexible amovible.



Sas des chambres d'isolement, Lavallière

Le sas dessert enfin la ou les chambres d'isolement, dont les portes sont équipées d'un dispositif visuel – oculus ou fenestron – donnant sur la chambre et en particulier le lit du patient.

Dans certaines unités, ce dispositif est équipé d'un store que les soignants prennent soin de baisser entre chacun de leur passage, ce qui est de nature à préserver l'intimité des patients.

Mais, à l'inverse, dans plusieurs unités un autre dispositif visuel permet d'observer depuis le sas l'espace sanitaire dont sont équipées les chambres d'isolement.



Fenestron – vue depuis le sas, Epidaure

Ce faisant, et parce qu'il offre une pleine vue sur les toilettes comme sur le lavabo de la chambre, ce second dispositif viole l'intimité et, partant, la dignité des patients. Cette vue doit donc être occultée sans tarder dans l'ensemble des unités concernées.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les dispositifs visuels (oculus ou fenestrons) dont sont équipés les sas de certaines chambres d'isolement et qui ouvrent sur les espaces sanitaires de ces pièces violent l'intimité et la dignité des patients. Ils doivent être occultés sans tarder.

Dans sa réponse, le directeur du CPA fait savoir que cette recommandation a été immédiatement réalisée après la visite du CGLPL.

Les chambres d'isolement visitées sont d'une superficie qui n'appelle pas d'observation et bénéficient toutes d'une ouverture sur l'extérieur et, ainsi, de la lumière du jour.

Bonne pratique 23

Dans les chambres d'isolement, le dispositif d'éclairage artificiel et de fermeture des volets est accessible au patient.

En revanche, le patient ne peut pas, en principe, accéder aux commandes de l'air climatisé qui tempère la pièce dans la mesure où elles sont enfermées dans un boîtier en plastique... que certains ont cependant appris à maîtriser.

L'ensemble des chambres – sauf l'une de celles situées dans l'unité Oasis – est équipé d'un espace sanitaire comprenant WC démunis d'abattant, lavabo (effectivement alimenté en eau) et miroir dépoli ainsi que d'une horloge numérique indiquant, dans certains cas, la date du jour. Le papier toilette n'est pas laissé à disposition des patients – du moins pas dans toutes les unités.

A l'exception notable de celles situées dans l'unité Oasis, ces chambres sont également équipées d'un bouton d'appel. Les équipes disposent en outre d'un système d'alarme portable, sous forme de montre, susceptible d'être fixé au lit lorsque la personne, soumise à un dispositif de contention, y est attachée.

*Dispositifs d'alarme, Gex et Lavallière*

Pour l'essentiel, les lits sont en métal, fixés au sol et disposés au centre des pièces ou du moins en retrait des murs. Une des chambres visitées (unité Gex) est équipée d'un mobilier en mousse et plastique. Pour les autres, certaines unités sont équipées de triangles en mousse permettant de relever le buste de la personne, lorsqu'elle est attachée, tout en évitant qu'elle puisse se taper la tête sur l'armature du lit.

*Chambres d'isolement – Gex, Epidaure, Oasis, Bugey*

Le linge utilisé est celui des chambres ordinaires des unités ; il peut ainsi être coloré.

Dans l'ensemble des unités, les patients qui font l'objet d'un placement en isolement ne se voient jamais imposer le port du pyjama durant la journée : selon les cas, ils peuvent conserver leurs vêtements – mais tout objet dangereux leur est retiré, y compris leurs éventuelles lunettes – ou se voient proposer le survêtement de l'établissement, portant le logo du CPA. Le pyjama, qu'il soit personnel ou de l'établissement, n'est revêtu que la nuit.

La chambre ordinaire d'hospitalisation du patient, dite « chambre miroir » lorsqu'est décidé son placement en isolement, est toujours conservée libre pendant ce placement, selon les informations communiquées. Lorsqu'un patient est isolé dans une unité qui n'est pas celle où il est hospitalisé – ce qui arrive ponctuellement, selon les mêmes informations – sa chambre d'hébergement est conservée libre dans son unité d'origine, où il a vocation à retourner dès la levée de la mesure.

L'isolement en chambre ordinaire est devenu, selon tous les témoignages recueillis, une pratique étrangère au CPA.

Si la mesure se prolonge et que le patient est calme, le nécessaire pour lire peut lui être proposé. Des postes de radio, installés dans le sas d'accès aux chambres d'isolement, peuvent être mis en fonctionnement. Dans l'unité Colombier, un téléviseur peut même y être installé.

Pour ce faire, les sas d'accès aux chambres sont équipés de tables adaptables roulantes, sur lesquelles sont également déposés les plateaux repas pris dans les chambres d'isolement.

La nourriture est découpée, éventuellement devant le patient qui dispose de couverts en caoutchouc et auquel le traitement médicamenteux est dispensé à cette occasion.



Plateau repas et table adaptable pour un patient isolé, Lavallière

9.2 SI LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT MISES EN ŒUVRE EN DERNIER RECOURS, AUCUNE DONNEE FIABLE NE PERMET DE LES ANALYSER POUR ETABLIR CE CONSTAT

9.2.1 Les mesures d'isolement et de contention

a) Le protocole institutionnel

Une troisième version de la « Procédure d'isolement et contention » applicable dans l'établissement est en vigueur au moment de la visite des contrôleurs. Validée en dernier lieu le 3 mai 2019, elle concerne l'ensemble des unités de soins hospitalières.

Après un rappel terminologique reprenant les définitions posées par la Haute autorité de santé, ce document rappelle, notamment et en premier lieu, que lorsque la décision d'isolement ou de contention est prise en l'absence d'un médecin psychiatre, « *une prescription médicale doit venir dans tous les cas confirmer l'indication d'isolement/de contention sous la forme d'une prescription écrite informatisée dans un délai inférieur à 1h.* ».

En deuxième lieu, le protocole rappelle que seuls les patients en soins sans consentement peuvent faire l'objet de telles décisions et que le statut d'hospitalisation doit, le cas échéant, être adapté au regard de cette règle impérative.

Il souligne également, en troisième lieu, que la mesure d'isolement ne peut être initialement décidée pour plus de 12 heures (puis, en cas de renouvellement, 24h) et que la mesure de contention ne peut excéder 6 heures.

Il précise enfin que « *le patient bénéficie au minimum de deux visites médicales par 24 heures* » et qu'il doit faire l'objet d'une surveillance infirmière « *stricte et attentive* » au moins une fois par heure, qui doit être prescrite par le médecin.

En outre, ce protocole souligne que toute mesure d'isolement et de contention « *contrevient aux droits et à la dignité du patient* » et prévoit que, de ce fait, le patient doit bénéficier d'une information sur les raisons de la décision et que la personne à prévenir doit être informée.

Par ailleurs, ce document fixe le principe d'un retrait systématique de tout objet sauf indication médicale, ce qui n'est pas compatible avec l'individualisation nécessaire des prises en charge. Les retraits d'objets – et notamment des lunettes, des prothèses dentaires ou encore du matériel de lecture – doivent faire l'objet de décisions médicales individualisées au début puis tout au long de la mesure : le paradigme doit donc être inversé, la restriction devant être l'exception.

PROPOSITION 8

Le caractère systématique du retrait de « tout objet » aux patients placés à l'isolement est contraire au principe d'individualisation des prises en charge. Le protocole « *isolement et contention* » de l'établissement doit être modifié à cet égard.

b) Les pratiques dans les unités

Des informations recueillies par les contrôleurs, il ressort que les prescriptions du protocole institutionnel sont globalement, mais pas systématiquement, mises en œuvre dans les unités de soins visitées.

En particulier, il n'existerait plus aucune prescription d'isolement ou de contention « *si besoin* », les patients en soins libres faisant l'objet d'une mesure d'isolement verraient le statut de leur hospitalisation effectivement modifié et les décisions émaneraient le plus souvent d'un psychiatre ou, à défaut, seraient toujours rapidement confirmées par un médecin.

Les rapports annuels « *isolement et contention* » de l'établissement évoquent cependant plusieurs fiches d'événements indésirables révélant la non-conformité de certaines mesures (absence de « prescription » médicale, incomplétude), dont le nombre est cependant en baisse constante : quarante-deux en 2016, dix en 2017, cinq en 2018.

En outre, plusieurs des témoignages recueillis soulignent que certains psychiatres ne se déplacent pas systématiquement lorsque les placements en isolement sont décidés, en urgence, par les équipes soignantes – notamment durant la nuit, et à plus forte raison lorsque le patient

est connu de l'établissement : la mesure peut alors être confirmée par téléphone, la visite du médecin étant reportée au lendemain matin. Si elle n'est manifestement pas généralisée, cette pratique doit cesser.

PROPOSITION 9

L'éventuelle confirmation médicale d'une mesure de placement en isolement ou de contention doit systématiquement résulter d'une visite du patient concerné par le médecin signataire.

Dans sa réponse, le directeur de l'établissement relève « Nous sommes également étonnés de ce retour. En effet un médecin est de garde physiquement la nuit et le week-end et intervient sur chaque mise en chambre d'isolement. Il est doublé par un médecin Psychiatre d'astreinte en cas de besoin. »

Il est pris acte de ces éléments de réponse. Toutefois, ils ne font pas perdre sa pertinence à la recommandation si la visite effectuée par le psychiatre signataire est différée ou si le placement en isolement fait simplement l'objet d'une information téléphonique.

En outre, en contradiction avec les éléments indiqués plus haut (cf. § 8.4.3), il ressort des informations communiquées qu'un examen somatique n'est pas systématiquement organisé au profit des patients placés en isolement ou mis sous contention physique : selon ces renseignements, cet examen n'est, le plus souvent, mis en œuvre qu'à la demande du patient ou des soignants. Ce n'est que dans l'hypothèse d'une prolongation au-delà de six heures d'une mesure de contention que l'appel d'un généraliste serait systématisé – ainsi que le prévoit d'ailleurs le protocole *ad hoc* mis en place par l'établissement qui n'envisage pas autrement l'intervention d'un médecin généraliste.

RECOMMANDATION 7

Les patients placés en isolement ou attachés doivent systématiquement bénéficier d'un examen somatique dans les meilleurs délais après le commencement de ces mesures.

Cela étant, selon l'ensemble des témoignages recueillis, « *l'objectif est vraiment d'avoir le moins possible* » de décisions d'isolement – ce qui nécessite un « *cadre interne* » pour les équipes, « *qui passe par la formation et le portage* », notamment des nouveaux arrivants. Un travail en amont se développe dans l'établissement afin de désamorcer les crises, dont les équipes s'emparent et à l'occasion duquel elles se révèlent inventives à cet égard.

Cet objectif « *est très présent dans la tête des équipes* », qui ont « *vraiment une volonté d'aller dans le sens du dernier recours* » ; « *dans tous les cas* », l'isolement est « *le plus court possible* », parfois d'une ou deux heures seulement car « *ça désamorce* » ; la contention est quant à elle « *encore plus rare* » et ne dure, le cas échéant, que quelques heures le temps de l'effet de la sédation ; il y est procédé en quatre points dans toutes les unités visitées, conformément au protocole de l'établissement.

Il a en outre été constaté que la pratique consistant à organiser des sorties séquentielles des chambres d'isolement est généralisée dans les unités visitées. Dans certaines d'entre elles, les patients pourraient sortir « *à leur demande* » et, en fonction des prescriptions médicales et de leur état clinique, ils sont autorisés à sortir pour fumer ou bénéficient de substituts nicotiniques. Ils sont en outre, sauf prescription contraire, autorisés à recevoir des visites. Selon certains

témoignages, les mesures d'isolement peuvent être levées par un autre médecin que celui qui l'a mise en place voire, souvent, à l'initiative de l'équipe soignante qui appelle un psychiatre.

Enfin, dans quelques unités sont mis en œuvre des entretiens « post-mesures » d'isolement : il s'agit de temps d'échange organisés dans les 24 à 72 heures suivant la mesure entre le patient concerné et les soignants qui ont géré la crise et la mise en isolement afin de reprendre leur vécu respectif et d'identifier ce qui a conduit à cette décision et ce qui pourrait être envisagé pour éviter un nouveau placement ; il peut en découler une orientation vers le psychologue ou le psychiatre. Selon les témoignages recueillis, c'est « *compliqué à mettre en place mais ça fait son chemin* ». La poursuite et la généralisation de cette pratique ne peut qu'être encouragée.

Bonne pratique 24

La mise en œuvre, après chaque mesure d'isolement ou de contention, d'entretiens entre le patient, les soignants concernés et le cadre du service favorise la réflexion commune et est de nature à réduire le recours à ces mesures.

9.2.2 Le registre

Un registre d'isolement a été mis en œuvre dans l'établissement à compter du mois de février 2016. Inclus au logiciel *Hôpital Manager* utilisé par le CPA, il présente – nonobstant une seconde évolution intervenue en juillet 2017 – de nombreuses limites, et même des lacunes au regard desquelles ce registre ne peut être regardé comme permettant d'apprécier précisément la réalité des pratiques d'isolement et de contention dans l'établissement.

En premier lieu, les « mesures » d'isolement et de contention n'existent pas dans le logiciel, qui ne permet d'envisager que des « prescriptions » – et non les décisions visées par l'article L.3222-5-1 du code de santé publique – correspondant à un formulaire renseigné par défaut pour une durée de 24 heures. Chaque mesure constitue une nouvelle prescription, cloisonnée par rapport aux autres même si elle y succède – ou si ces mesures se chevauchent ou se superposent. Ainsi, plusieurs mesures distinctes d'isolement seront identifiées par le logiciel, alors que le patient a en réalité subi un seul et même placement en isolement :

- soit parce que les mesures s'ajoutent sans se fusionner : par exemple, ajout d'une mesure de contention en cours d'isolement, voire renouvellement d'une mesure d'isolement avant expiration de la précédente ;
- soit parce que les décisions de renouvellement sont enregistrées après l'expiration de la mesure initiale, bien que le patient soit resté isolé de façon continue.

Pour les mêmes motifs, des décisions de placement en isolement peuvent n'être pas comptabilisées en tant que telles mais regardées comme des mesures de renouvellement, ce qui fausse à la fois le nombre de recours à l'isolement et la durée de telles mesures.

En outre, la distinction imposée par le registre entre l'item « prescripteur » (le décideur initial) et l'item « décideur » (l'autorité médicale responsable), si elle est justifiée dans son principe malgré l'emploi injustifié de la notion de prescription, n'est que rarement renseignée convenablement, ce qui ne permet pas de contrôler aisément l'intervention systématique d'un médecin dans l'heure suivant la décision de placement en isolement.

De plus, l'absence de mention du statut d'hospitalisation des patients visés par le registre ne permet aucun contrôle à cet égard, qui serait de nature à établir qu'aucun patient en soins libres

n'en fait l'objet ou que, dans un tel cas, la modification du statut de son admission est immédiatement opérée.

Les données statistiques de l'établissement relatives aux mesures d'isolement et de contention mises en œuvre en son sein doivent donc être envisagées à l'aune de ces imperfections, qui ont pour conséquence leur surévaluation.

Globalement, il ressort de ces données que le nombre de journées d'isolement est passé de 7 163 en 2015 à 4 378 en 2016, puis à 1 289 en 2017 et enfin à 849 en 2018²⁰ – soit une réduction de quelques 88 % en moins de quatre ans.

Selon les chiffres de l'établissement, au cours de l'année 2018, un total de 360 patients a fait l'objet de mesures d'isolement et/ou de contention, soit 17,89 % de la file active d'hospitalisation complète (qui a atteint 2 012 personnes cette année-là) et 50,85 % de la file active de patients admis en soins sans consentement (de 708 patients).

Afin d'apprécier la conformité de ces informations à la réalité des prises en charge et d'évaluer l'impact sur ces statistiques des limites du registre identifiées ci-dessus, les contrôleurs ont fait porter leur analyse sur les données relatives aux mois d'avril et de mai 2019, demandant à l'établissement de leur fournir ses chiffres sur cette période, d'une part, et procédant à leur propre examen des extraits concernés du registre, d'autre part (par le regroupement de chacune des mesures par patient).

	File active au cours de la période envisagée	Nombre de patients concernés	Pourcentage de patients placés en isolement	Nombre d'actes dits de « soins intensifs »*	Nombre de patients isolés	Nombre de patients attachés	Dont contention seule
Bugey	30	Aucune donnée					
Chamoise	80	7	8,75 %	36	7	5	0
Charmilles	70	7	10 %	34	7	4	1
Colombier	69	6	8,69 %	72	6	3	0
Epidaure	63	13	20,63 %	80	13	4	0
Gex	26	16	61,53 %	92	16	4	0
La Vallière	27	12	44,44 %	43	12	4	0
Oasis	109	23	21,10 %	69	23	6	1
Pédopsy.	39	6	15,38 %	46	6	5	1
Ormet	59	17	28,81 %	107	17	4	1

Données communiquées par l'établissement – mois d'avril et mai 2019

* les « actes de soins intensifs » désignent l'isolement et la contention simultanés

Le tableau ci-dessus reprend les informations communiquées par le CPA pour les mois d'avril et mai 2019, quand le tableau suivant expose les résultats de l'analyse manuelle d'extraits du registre réalisée par les contrôleurs.

²⁰ Rapports annuels « sur les isolements et contention », CPA, 2016, 2017, 2018

	File active au cours de la période envisagée	Nombre de patients inscrits au registre	Pourcentage de patients placés en isolement	Nombre de décisions d'isolement	Nombre de décisions de contention	Durée d'isolement la plus courte	Durée d'isolement la plus longue
Bugey	30	1	3,33 %	1	0	24 heures	
Chamoise	80	8	10 %	13	6	11 h 30	12 jours
Charmilles	70	6	8,57 %	8	3	12 heures	7,5 jours
Colombier	69	6	8,69 %	9	12	20 heures	24 jours
Epadaure	63	12	19,04 %	13	4	13 heures	22 jours
Gex	26	11	42,3 %	26	5	1 heure	42 jours*
La Vallière	27	7	25,92 %	17	5	12 heures	10 jours
Oasis	109	18	16,51 %	19	6	9 heures	12 jours
Pédopsy.	39	5	12,82 %	12	7	1 heure	1 jour
Ormet	59	14	23,72 %	22	4	15 heures	19 jours

* par plusieurs décisions successives de 7 jours chacune, ce qui est en soi une irrégularité. Après recherches, il s'avère que la patiente concernée – ainsi que tout ou partie de l'isolement envisagé – est en réalité prise en charge dans l'unité Bourneville.

Analyse des données du registre, à l'initiative des contrôleurs, pour les mois d'avril et mai 2019²¹

Il ressort de la comparaison de ces données des variations, souvent faibles (de l'ordre de 1 à 2 %, pouvant aller jusqu'à près de 5 %) mais parfois très importantes (+ 7 % pour l'unité Ormet, + 20 % pour les unités Gex et Lavallière), qui augmentent globalement le nombre de mesures d'isolement effectivement mises en œuvre.

On relève par ailleurs, dans les données transmises par l'établissement, que quatre mesures de contention auraient été décidées au cours de la période envisagée, dans quatre unités distinctes et concernant autant de patients, sans que ceux-ci ne fassent l'objet d'un placement préalable ou concomitant en isolement. L'affirmation selon laquelle la contention ne serait jamais mise en œuvre dans les chambres d'hébergement des patients est donc contredite par l'établissement lui-même.

Enfin, il faut noter que le taux de placement en isolement devrait être rapproché du nombre de mesures et de la durée de celles-ci, certaines unités paraissant prendre le parti de lever plus tôt la mesure que d'autres, quitte à devoir placer de nouveau le patient en isolement par la suite.

En conclusion, le registre de l'établissement n'est ni pertinent dans sa conception ni suffisamment utile dans son utilisation puisque, en particulier, il biaise – *a priori* à la hausse – l'ensemble des statistiques qui en sont tirées.

Afin de mieux respecter ses obligations légales, le CPA aurait ainsi tout à gagner à se donner les moyens nécessaires pour se doter d'un registre fiable et exhaustif, au besoin en changeant d'éditeur.

²¹ N'ont pas été prises en compte les unités de gérontopsychiatrie et l'unité Bourneville, où vingt-deux patients ont été isolés et/ou attachés durant la période envisagée, mais dont les données ne peuvent être exploitées dès lors notamment que les décisions sont arrêtées pour des périodes de sept jours consécutifs, soit de façon illégale.

PROPOSITION 10

L'établissement doit établir d'un registre des mesures d'isolement et de contention fiable et exhaustif.

Dans sa réponse, le directeur du CPA fait savoir que « Le nouveau module Isolement devait être mis en place par Softway et la survenue du coronavirus a reporté celle-ci. »

L'amélioration à brève échéance de ce registre paraît d'autant plus nécessaire que le CPA alimente une réflexion au long cours sur les pratiques d'isolement et de contention, à tous les niveaux de l'établissement et dans l'ensemble de ses services.

Un extrait du registre, pour imparfait soit-il, est diffusé chaque mois par le département d'information médicale sur l'intranet du centre hospitalier ; des rapports annuels sont élaborés ; des audits croisés sont organisés sur ces pratiques avec d'autres établissements du secteur ; les équipes de soins sont invitées à poursuivre la recherche d'alternatives aux pratiques d'isolement et de contention, notamment en participant à des formations et colloques qui leurs sont proposés.

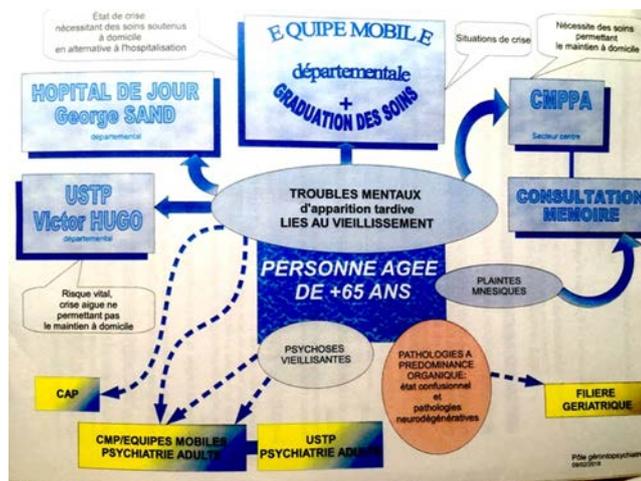
Bonne pratique 25

L'instauration au sein du CPA d'une réflexion individuelle et collective de l'ensemble des professionnels intervenant dans l'établissement s'agissant des pratiques d'isolement et de contention, faisant appel tant aux formations et actions extérieures qu'aux analyses des pratiques internes et aux audits croisés, doit être soulignée.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 EN GERONTOPSYCHIATRIE, LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE S'ADAPTENT AUX DEFAILLANCES DE CHACUN DES PATIENTS ET PRIVILEGIENT LEUR MAINTIEN A DOMICILE

L'offre de soins pour les personnes âgées a été profondément modifiée depuis quelques années avec la fermeture du service d'hospitalisation George Sand, la diminution du nombre de lits d'hospitalisation, la restructuration de l'hôpital de jour situé en intra hospitalier et surtout la poursuite du développement d'une démarche de travail partenarial. Elle repose sur plusieurs dispositifs complémentaires entre intra et extra hospitaliers articulés autour de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie. Il n'existe à ce jour qu'une seule unité d'hospitalisation, l'unité Victor Hugo de vingt-trois lits.



Pôle de gérontopsychiatrie et liens avec les partenaires

Si l'âge de 65 ans peut définir le début de la prise en charge par ces différents services, le souhait de la personne antérieurement suivie par des équipes de secteur de psychiatrie adulte est respecté. Les personnes atteintes de pathologies neurodégénératives avec symptomatologie démentielle sont prises en charge par l'unité cognitivo-comportementale du CH de Fleyriat.

Les personnes accueillies dans les unités de gérontopsychiatrie sont atteintes de pathologies psychiatriques connues et vieillissantes, psychotiques ou névrotiques, de troubles dépressifs liés au deuil ou à la perte mais aussi de pathologies somatiques présentant une expression psychiatrique.

La fréquence des problèmes somatiques des personnes accueillies dans le service de gérontopsychiatrie et l'intrication des diagnostics psychiatriques et somatiques fréquemment évoqués dès l'entrée a justifié la présence d'un médecin généraliste à mi-temps dans l'unité Victor Hugo. De même, l'astreinte effective en dehors des périodes de présence dans les services et assurée par l'équipe des médecins généralistes et répond aux fréquents problèmes somatiques de cette population.

L'unité fonctionnelle de médecine somatique est d'ailleurs rattachée au pôle de gérontopsychiatrie.

10.1.1 Les structures de soins

Les structures de soins couvrent les secteurs psychiatriques desservis par le CPA en articulation avec différentes structures médico-sociales, avec le service du CH de Fleyriat pour la neurologie, la gériatrie, dans l'objectif primordial de maintien à domicile et de maintien des liens familiaux pour une patientèle qui très vite peut se désocialiser au décours d'un épisode de décompensation psychiatrique.

Le pôle de gérontopsychiatrie comprend :

- une unité d'hospitalisation temps plein de vingt-trois lits plus une chambre d'isolement, l'unité Victor Hugo ;
- un hôpital de jour, unité George Sand de quinze places sur le site depuis 2017 pour des hospitalisations de trois mois renouvelables. Il est situé dans les locaux de l'ancienne unité d'hospitalisation de gérontopsychiatrie fermée quelques mois plus tôt ;
- une équipe mobile départementale psycho gérontologique active depuis 2008 ;
- un CMP pour personnes âgées sur le secteur de Bourg-en-Bresse avec des infirmières référentes « personnes âgées » dans les CMP des autres secteurs ;
- une consultation mémoire interdisciplinaire permettant d'établir les diagnostics et les éventuelles ré orientations ;
- une cellule de prévention des situations de détresse de la personne âgée active sur la prévention du suicide travaillant autant avec le sujet qu'avec les aidants.

10.1.2 L'unité d'hospitalisation Victor Hugo

Il s'agit d'une unité ouverte car la circulation y est libre, les personnes hospitalisées ayant un badge mais les entrées sont filtrées par souci de protection des patients souvent vulnérables.

Au jour de la visite vingt-deux personnes sont hospitalisées dont deux en soins à la demande d'un tiers et trois ont une mesure de protection juridique.

Sur les vingt-deux patients présents dans l'unité, tous ont le droit aux communications téléphoniques reçues et données, à recevoir des visites, et la chambre d'isolement est vide. Le plus jeune a 68 ans et le plus âgé, 87 ans.

La durée moyenne de séjour est de 54 jours mais une personne est hospitalisée depuis plus d'un an avec une entrée le 28/02/2018 en soins libres.

a) L'équipe et les soins

L'équipe s'est renouvelée depuis la restructuration du service et l'ambiance du service témoigne de son dynamisme et de sa motivation. Elle se compose d'infirmiers, d'aides-soignants, d'un assistant de service social, d'aides médico-psychologiques, d'un médecin généraliste à mi-temps, d'un kinésithérapeute à mi-temps et avec un recours possible à l'ergothérapeute et la psychomotricienne de l'équipe mobile de psychogériatrie. L'équipe de nuit est composée à la fois de personnel dédié et de personnel de jour qui doit effectuer quinze jours de nuit dans l'année.

b) La vie dans le service

Chaque patient reçoit dès son arrivée après la présentation de la chambre sa propre clef que certains refusent. Les chambres sont munies de poignée palière afin d'éviter les intrusions.

Les informations sur le statut d'hospitalisation et les règles de vie sont données dès l'entrée par le cadre qui demande au patient la désignation de la personne de confiance et de la personne à prévenir.

Un infirmier référent est désigné.

Aucune restrictions de liberté n'est appliquée systématiquement, les sorties sont possibles de 12h30 à 20h, les matinées étant réservées aux soins et aux diverses consultations.

Les fumeurs ont un accès libre au patio situé au centre du service.

c) Les soins dans le service

i) La prise en charge médicale, psychiatrique et somatique

Elle repose sur différents temps. La phase d'observation comprend à la fois une phase diagnostique et le traitement de la crise qui a souvent motivé la demande d'hospitalisation. Ensuite, et rapidement, un projet de soins est construit dont l'objectif est un retour à domicile ou dans la structure qui accueillait la personne, ce le plus rapidement possible.

Les soins s'appuient sur des réunions cliniques hebdomadaires qui traitent d'une ou deux situations et des réunions dites d'orientation où toutes les situations sont évoquées.

Diverses activités thérapeutiques groupales sont organisées : mandala, jardin, marche, etc.

ii) Distribution des traitements

Les repas sont pris en salle à manger et les médicaments sont distribués au moment du repas et dans les chambres pour les traitements de nuit.

PROPOSITION 11

La distribution des traitements dans le service de gérontopsychiatrie doit être faite dans le respect du secret médical, comme dans les autres unités.

iii) Prévention des chutes

Très souvent il a été observé que la prévention des chutes des personnes âgées se solde par des contentions au fauteuil ou dans les lits sous forme de barrière. Dans ce service, le travail d'un groupe d'évaluation des pratiques professionnelles a mis l'accent sur la recherche de solutions ergonomiques et personnalisées : des lits pouvant être baissés au ras du sol et entourés de matelas remplacent l'usage des barrières, des fauteuils renforcés aux points d'appui pour éviter la création d'escarres et basculant rendent impossibles les chutes en avant et permettent un confort sécurisé sans contention. Le service s'est muni de plusieurs de ces fauteuils.



Fauteuil ergonomique pour prévenir les chutes en évitant les contentions

La mobilisation des personnes à mobilité restreinte est constante par la présence quotidienne d'une kinésithérapeute.

Bonne pratique 26

Diverses solutions pour prévenir les chutes des personnes âgées sont mises en application sans pour autant recourir à des contentions.

La seule contention pour éviter les chutes est une turbulette qui est utilisé sur prescription médicale pour les soins somatiques et le temps d'une perfusion lors des déshydratations.

Il règne dans ce service une ambiance de vie et de mouvement certainement en lien avec la motivation et le dynamisme d'une équipe soignante et médicale très impliquée, comme le souligne le médecin chef dans son rapport d'activité, et ce malgré un déficit de temps de médecin psychiatre dans le pôle (un demi-poste non pourvu). Le projet de service fait état d'une réflexion générale sur la prise en charge de cette patientèle marquée par une polypathologie.

10.2 LES HOSPITALISATIONS EN PEDOPSYCHIATRIE SONT REALISEES DANS DES CONDITIONS MATERIELLES INDIGNES ET SANS RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

Les services de pédopsychiatrie ont subi depuis plusieurs années une réduction drastique de leur capacité d'hospitalisation à temps plein.

La pédopsychiatrie est regroupée en un seul inter secteur et pôle depuis dix ans.

10.2.1 L'offre de soins

Actuellement pour un territoire concerné de 630 000 habitants avec 25 % de sa population ayant moins de 18 ans, l'Ain est le département le plus « jeune » de France.

L'offre de soins en pédopsychiatrie repose sur de nombreuses structures extra hospitalières : dix CMP, six CATTP pour enfant et adolescents, cinq dispositifs spécialisés complémentaires en partenariat avec les différentes structures des champs sanitaire et du médico-social, un hôpital de jour de quatorze places *in situ* et un service d'hospitalisation comprenant deux unités.

La capacité d'hospitalisation est quant à elle passée de quatre-vingt-quatorze lits, dont ceux réservés aux jeunes adultes déficitaires, en 1984 à onze lits en 2019.

Le service d'hospitalisation se compose de deux unités recevant une population de 6 à 18 ans avec une unité ouverte comprenant sept lits accueillant les adolescents et une unité fermée de

quatre lits accueillant les urgences et les préadolescents. L'unité fermée comprend, en plus des quatre lits, une chambre d'isolement.

Les très jeunes enfants sont suivis en ambulatoire ; dans de rares cas, ils sont hospitalisés dans les services de pédiatrie du CH Fleyriat où interviennent l'équipe de périnatalité et des pédopsychiatres. Certaines indications comme les enfants suicidants, ceux présentant certaines dépressions, des troubles du comportement alimentaire et des troubles d'expression psychosomatiques sont hospitalisés dans les services de pédiatrie sur trois lits « officieux » et suivis par les pédopsychiatres de l'extra hospitalier.

Il existe un partenariat avec la clinique de Chanay qui accueille, pour des hospitalisations plus longues et programmées avec scolarisation, les adolescents présentant des troubles psychiatriques et des troubles du comportement alimentaire.

Les nombreuses restructurations administratives, sectorielles, fonctionnelles et surtout architecturales ont fortement diminué les possibilités d'hospitalisation. Les projets sont en perpétuelle élaboration et modification comme en témoignent à la fois les différents rapports dont le « *projet de pédo psy hospitalier et dispositif de soin pour adolescents* » qui fait mention de nombreuses étapes de transition dans l'attente d'une implantation de l'hospitalisation complète dans les locaux de l'ancienne unité « Pinel » prévue en 2022.

10.2.2 Les hospitalisations à temps plein

a) Les locaux

Une nouvelle organisation des locaux, avec réduction des espaces, a accompagné cette diminution du nombre de lits. Les deux unités d'hospitalisation sont ainsi regroupées dans des locaux contigus et exigus dans l'attente, selon le projet d'établissement, d'autres locaux.

Les locaux ont été récemment refaits ; les chambres sont petites, propres et possèdent toutes un cabinet de toilette.

Les deux services sont installés dans deux ailes distinctes réunies par une série de salles d'activité ou de bureaux qui font office de sas. Les chambres sont regroupées autour des salles de soins.

La chambre d'isolement n'appelle pas de commentaire particulier, hormis son éloignement relatif des salles de soins des unités même si l'exigüité des locaux limite en pratique l'effet de cet éloignement. Elle est utilisable par les deux services étant située au niveau de la partie « bureau » qui fait tampon entre les deux unités.

L'impression générale de cette architecture est l'enfermement, avec de nombreux petits couloirs et recoins évoquant un labyrinthe, le tout donnant la sensation de se cogner aux murs.

Une salle de balnéothérapie, située dans l'unité de quatre lits tend à moduler ce ressenti et l'accès possible et facilité par les soignants à une vaste cour grillagée peut servir d'exutoire aux tensions générées par la configuration de ce bâtiment.

b) L'unité d'accueil et d'observation pédopsychiatrique ou UAOP

i) Les lieux

L'UAOP est une unité fermable, et très souvent fermée, de quatre lits avec une chambre d'isolement. Elle se définit comme une unité de « crise » qui peut recevoir les urgences psychiatriques à type de décompensation psychotique ou mélancolique, les situations de

troubles majeurs du comportement et des séjours dits « d'observation brève » pour évaluation et adaptation de traitement.

Si les hospitalisations sur ordonnance judiciaire de placement provisoire sont rares, il est constaté que de nombreuses demandes proviennent de structures d'accueil médico-sociales dépassées par les troubles du comportement de leurs hébergés. Dans ces situations, où la pathologie psychiatrique n'est pas forcément au premier plan, les conditions d'hébergement entretiennent le sentiment d'enfermement et aggravent parfois la symptomatologie donnant aux équipes le sentiment de « tourner en rond ».

La mise en place de techniques de soin avec des médias, comme l'accès facilité à un sac de frappe ou la participation à un groupe thérapeutique intitulé « ça déchire » témoignent de cette ambiance.

PROPOSITION 12

L'établissement doit doter les services recevant des mineurs en hospitalisation de locaux comportant des espaces de vie et de soins suffisamment larges pour permettre la fluidité des circulations et l'expression de la vitalité de ces patients.

Dans sa réponse, le directeur du CPA fait savoir que « L'unité d'hospitalisation de Pédopsychiatrie est actuellement dans des locaux provisoires et ce depuis un an, dans le cadre d'une opération tiroir due aux différents travaux de rénovation et de construction en cours sur l'établissement. L'unité d'hospitalisation ainsi que l'Hôpital de Jour et leurs locaux annexes de Pédopsychiatrie vont être totalement reconstruits tel que prévu au PGFP. Ceci nécessite un certain temps, le concours d'architecte a été réalisé, nous en sommes au stade de l'APD (Avant-Projet Détaillé). »

ii) La chambre d'isolement

L'utilisation de la chambre d'isolement participe à ce constat d'enfermement dans l'enfermement : un service fermé, dans des espaces exigus, conduit à des explosions de violence chez les jeunes hospitalisés qui ne se résolvent que par des mises en isolement parfois de très courte durée mais répétées et peu ou mal documentées sur le registre d'isolement et contention. Face à l'urgence, le recours à l'isolement reste la seule alternative, le jeune patient est mis en isolement par l'équipe de soignants, le médecin est averti et souvent dès que la « crise » est terminée l'isolement cesse, n'ayant duré que quelques heures.

Les mises en pyjama ne sont pas systématiques dans les passages en chambre d'isolement, il est proposé des tenues « confort », de type jogging, afin d'aider à l'apaisement.

La contention est rare.

Les parents du mineur sont systématiquement avertis lors des mises en chambre d'isolement.

PROPOSITION 13

Toutes les mesures d'isolement prises en pédopsychiatrie doivent être assorties d'une décision médicale établie dans l'heure qui suit la mise en chambre et tracées sur le registre prévu à cet effet.

La chambre d'isolement est parfois utilisée comme chambre d'apaisement porte ouverte, autant pour les patients de ce service que pour les patients de l'unité sanitaire pour adolescents.

iii) Les soins

Les soins dans cette petite unité se déroulent selon un planning très structuré comportant toutes les demi-journées une réunion collective soignants-soignés afin de déterminer l'organisation de la demi-journée, selon un rythme un peu familial.

Un *staff* a lieu tous les lundis matin.

Les restrictions et les interdits ne sont pas systématiques et reposent sur la clinique du patient et l'aspect « éducatif » inhérent à l'âge de la patientèle. Par exemple si les téléphones, les tablettes, consoles et l'ordinateur sont d'accès libre, il est demandé de ne pas les utiliser avant 6h du matin.

Les visites ne sont pas limitées et les entretiens avec les parents sont fréquents.

Les repas sont pris en commun avec les soignants. Des activités thérapeutiques organisées avec l'art-thérapeute, l'ergothérapeute ou les infirmiers jalonnent la journée que ce soit en individuel ou en groupe. La sieste est « obligatoire » et se fait sur le temps de relève des équipes.

La scolarité est interrompue pendant ce temps d'hospitalisation qui se doit d'être court. Si exceptionnellement il se prolonge, un soutien dans le cadre d'une re-scolarisation est organisé avec des cours individuels en vertu d'une convention signée avec les services scolaires.

c) L'unité sanitaire pour adolescents ou US Ados

Il s'agit d'une unité ouverte de sept lits qui reçoit des adolescents en hospitalisation complète ; elle comporte par ailleurs quatre places d'hôpital de jour.

Au jour de la visite, sept patients de 12 à 19 ans étaient hospitalisés à temps complet et deux en hôpital de jour. La durée de séjour la plus importante était de six mois (entrée le 27/12/2018). Tous avaient accès au téléphone, visite et sortie.

Les indications sont toutes celles de la psychopathologie de l'adolescence mais également des prises en charge à temps complet ou partiel basé sur un bilan initial de trois semaines et un accompagnement progressif de la sortie et du relais ambulatoire.

Les hospitalisations pour un état de crise avec un accueil court et plus contenant se font dans l'UAOP.

Le service est ouvert avec très peu de restrictions de liberté : téléphone, télévision, consoles sont autorisés mais tout doit être éteint à 23h. La consommation de tabac est autorisée dans l'espace extérieur.

Si la journée est organisée après une réunion matinale soignants-soignés comme à l'UAOP, les sollicitations soignantes sont moins fortes et les adolescents peuvent vaquer à leurs occupations dans un espace ouvert en signalant leurs déplacements. Des groupes d'activités thérapeutiques sont également organisés tout au long de la journée et de la semaine : groupe de parole, art-thérapie, expression corporelle.

d) Les hospitalisations des mineurs dans les services d'adultes

L'insuffisance de la capacité d'hospitalisation des mineurs se traduit par des hospitalisations en service adulte.

Certaines indications de mise en chambre d'isolement d'un mineur dans une unité de psychiatrie adulte reposent sur le projet de soin d'un patient proche de sa majorité et dont l'état de santé va nécessiter la poursuite du soin pour un temps prolongé. Cela peut être considéré comme une forme de transition mais ces situations ne sont pas les plus fréquentes.

RECOMMANDATION 8

L'établissement doit organiser son offre de soins de façon à éviter l'hospitalisation de patients âgés de moins de 18 ans dans une unité de psychiatrie adulte.

e) Les soins somatiques

Ils sont assurés pour les deux unités par les médecins généralistes de l'unité fonctionnelle de médecine somatique selon les mêmes règles de fonctionnement que dans les autres unités.

10.3 L'HOSPITALISATION DES PERSONNES DETENUES SOUFFRE DE MAUVAISES CONDITIONS IMPOSEES PAR L'ADMINISTRATION PENITENTIAIRE

Lors de sa précédente visite en 2016, le CGLPL avait noté que en 2014, trente-deux patients détenus avaient été accueillis pour des soins, au cours de trente-cinq séjours d'une durée moyenne de onze journées chacun.

Le rapport d'activité de 2018 de l'unité sanitaire de niveau 1 (USN1) du centre pénitentiaire (CP) de Bourg-en-Bresse (Rhône) fait état de :

- trente-sept admissions au CPA en 2017, vingt-sept en 2018 ; la durée moyenne des séjours, exclusivement en soins sans consentement en application des articles L3214-3 du code de la santé publique (CSP) et D.398 du code de procédure pénale (CPP) a été de 7,5 jours ;
- trente-quatre admissions à l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon-Bron rattachée au centre hospitalier du Vinatier (Rhône) en 2017, trente-cinq en 2018, programmées, en soins libres ou en soins sans consentement ;
- admissions non quantifiées au service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Lyon-Corbas (Rhône), en hôpital de jour, programmées, en soins libres.

Sept personnes détenues ont été admises au CPA entre le 1^{er} janvier et le 31 mai 2019.

Même anticipées, les admissions à l'UHSA sont difficiles et n'évitent pas des soins en urgence au CPA : l'état d'agitation mentale d'une personne détenue connue pour ses troubles psychiatriques avait été prise en compte dès le 29 mai par des échanges entre la direction du CP et l'USN1 mais le préfet de l'Ain a dû décider de son admission au CPA en visant le « *refus de l'UHSA* ». Dans un autre cas, l'USN1 a sollicité l'UHSA le 12 juin, qui a répondu le même jour que « *la programmation de l'admission ne peut être fixée actuellement en urgence ce jour* ». Certaines situations complexes relevant de l'UHSA et non pas d'une simple hospitalisation au CPA, courte, en urgence, dans les conditions décrites ci-après, un dossier de demande d'hospitalisation à l'UHSA est systématiquement réitéré par les médecins du CPA. Sur les sept admissions au CPA en 2019 avant la visite du CGLPL, une seule a donné lieu à un transfert à l'UHSA, après trois jours au CPA. Lors de sa précédente visite, le CGLPL avait relevé que l'hospitalisation des personnes détenues se déroulait exclusivement dans l'unité Pinel, dite unité pour malades agités et perturbateurs (UMAP), qui n'existe plus.

La procédure d'accueil des patients en provenance du centre pénitentiaire, arrêtée en mai 2018, a fait l'objet d'un travail collectif en lien avec le projet d'établissement. Elle décrit de façon précise les cinq phases des modalités de prise en charge de ces patients (avant l'admission, à l'arrivée, durant l'hospitalisation, avant la sortie, à la sortie). Dorénavant, les patients détenus sont affectés « *en priorité sur les unités protégés (Oasis et Ormet)* ». Dans les faits, les contrôleurs

ont identifié des séjours de patients détenus dans les unités Charmilles (non quantifié), Epidaure (deux en 2018), Oasis et Ormet. Un patient détenu a séjourné du 29 mai au 3 juin 2019 à Ormet ; un autre du 31 mai au 11 juin à Oasis.

Quand un arrêté d'admission en SDRE est pris, le personnel du CPA (un soignant de l'unité d'admission et un soignant réquisitionné dans toute autre unité, dès lors qu'il dispose à l'instant donné d'un document d'identité à présenter au CP de Bourg-en-Bresse) se rend en ambulance au CP, en compagnie de deux ambulanciers. Le patient détenu leur est remis après une fouille à corps effectuée par le personnel pénitentiaire. Il est alors systématiquement installé sur un brancard et contenu par les quatre membres, quel que soit son état clinique en cours.

PROPOSITION 14

Les modalités de transport d'un patient détenu par les soignants depuis l'établissement pénitentiaire doivent être adaptées à l'état clinique de celui-ci.

Si la fiche de liaison existe en pratique, elle ne comporte aucune information utile à la prise en charge pendant l'hospitalisation. Elle décrit un niveau de « dangerosité », un niveau de risque d'évasion et la situation pénale sur un mode binaire²² dans des termes qui n'ont aucun sens pour le personnel hospitalier ; elle ne fournit aucune information sur le déroulement de visites avec des tiers, les possibilités de communication téléphonique ni même sur le personnel pénitentiaire à prévenir en cas de difficulté dans la prise en charge. Le personnel du CPA ne sait pas si la famille du patient a été prévenue de l'hospitalisation ou pas.

Cette fiche de liaison se révèle en l'état incompréhensible, inquiétante et inopérante.

Les relations entre les cadres des unités du CPA et la cadre de l'USN1 sont fréquentes et aisées, mais elles ne permettent pas de répondre en temps réel à des questions matérielles de prise en charge du patient détenu. Il n'existe aucune relation entre les cadres des unités et le personnel pénitentiaire.

RECOMMANDATION 9

La fiche de liaison doit être un document opérationnel pour la prise en charge de la personne détenue pendant son hospitalisation : elle doit comporter des éléments compréhensibles, utiles et complets.

La personne détenue est prise en charge telle qu'elle se présente et sans aucun bagage ou trousseau qui lui permettrait de se changer pendant son hospitalisation ; elle peut ainsi être dépourvue de chaussures et de vêtement d'extérieur selon la façon dont elle était vêtue lors de sa prise en charge à la prison. Il n'est pas non plus prévu qu'elle se dote d'un stock de tabac ou de cigarettes ou d'argent.

Faute de système d'information commun permettant le partage du dossier-patient utilisé par l'USN1, le CPA dispose, à l'arrivée, de très peu d'informations cliniques. Pour une période d'évaluation, le patient détenu est soumis systématiquement à une mesure d'isolement, qui se

²² Niveau important / faible s'agissant du « niveau de dangerosité » et du « risque d'évasion ; « niveau d'escorte » 1, 2, 3 ou 4 allant de « pénitentiaire simple » à « renfort RAID, GIPN, GIGN » ; condamné ou prévenu, date de libération ou fin de peine.

prolonge ou non en fonction de son état clinique et selon les règles en vigueur concernant cette mesure. L'adaptation des conditions de prise en charge va ensuite jusqu'à l'affectation dans une chambre d'hospitalisation.

La contention n'est pas systématique, elle peut être décidée dans les mêmes conditions que pour les autres patients ; un patient détenu l'a ainsi été de la fin de journée du 31 mai au milieu de journée du 2 juin.

Conformément au protocole en cours au CPA, le patient est doté de vêtements spécifiques siglés (sweat-shirt, pantalon en molleton, chaussons, cf. § 9.2). Par la suite, le CPA fournit le nécessaire vestimentaire pendant toute la durée du séjour. Tel était le cas du patient détenu séjournant à Oasis pendant la présence du CGLPL.

A l'isolement, des substituts nicotiques (patches) sont prescrits et la possibilité de fumer est organisée dans la chambre elle-même. L'accès au tabac est, de toute façon, réduit puisque les patients détenus en sont démunis. Dans un cas récent, des cigarettes ont pu être apportées par la famille sept jours après le début de l'hospitalisation, qui en a duré onze.

Quand l'état clinique le permet, et même quand la mesure d'isolement existe encore, les soignants accompagnent le patient dans le petit parc de l'unité, éventuellement pour y fumer, ou dans le salon de télévision pour regarder cette dernière. Une fois la mesure d'isolement levée, les patients détenus ont accès librement à tous les dispositifs accessibles aux autres patients (petit parc, activités). Une fugue rapportée aux contrôleurs dans l'unité Charmilles par franchissement du mur du petit parc s'est soldée par la récupération rapide du patient détenu dans le grand parc et son retour sans autre incident dans l'unité.

Pour avoir des précisions concernant les visites et les contacts téléphoniques avec la famille, certains soignants pensent pouvoir joindre le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), d'autres préfèrent se renseigner auprès de leurs homologues de l'USN1. Dans les faits, comme « *c'est très compliqué* », les contrôleurs constatent que le personnel du CPA ne dispose pas d'information préalable et privilégie le seul état clinique et l'intérêt en termes de soin.

Le personnel du CPA est réellement animé par le souci de « *remettre du soin et du cadre hospitalier* » et « *comme pour tout le reste, le cadre de prise en charge est totalement personnalisé* ». Mais cela ne devrait pas reposer sur ses seuls moyens et sa seule capacité d'initiative.

RECOMMANDATION 10

Les patients détenus doivent pouvoir se vêtir et disposer de leurs effets personnels, dont ils doivent se munir en quantité et en qualité suffisante avant de quitter l'établissement pénitentiaire. Cela doit inclure la possession de tabac et d'argent pour subvenir à leurs besoins.

En 2016, le CGLPL avait noté : « *Les contrôleurs se sont procuré un protocole en cours de finalisation et donc non diffusé, traitant de la prise en charge des patients détenus. Dans le paragraphe portant sur le passage devant le JLD, on peut lire : « Pour les patients qui auront fait l'objet d'une indication particulière de dangerosité par le centre pénitentiaire ou pour les patients contenus, le médecin psychiatre décidera sur l'avis simple, que le patient détenu est non entendable par le JLD. »* ». Il concluait : « *Aucun protocole ne saurait imposer à un médecin le sens de l'avis qu'il doit formuler sur l'état clinique d'un patient et les capacités de ce dernier, quelle que soit la nature des traitements ou des mesures dont le patient a pu être l'objet, sa*

situation pénale ou l'appréciation que peut porter l'administration pénitentiaire sur son comportement. » Cette pratique n'a plus cours ; la procédure actuelle prévoit simplement la convocation du patient détenu par le JLD. La durée moyenne de séjour des patients détenus rend leur présentation devant le JLD rare.

A la fin de l'hospitalisation, des agents pénitentiaires viennent chercher le patient détenu au CPA, la rencontre a lieu dans un espace non visible des autres patients, comme un bureau de la zone médico-sociale. Le patient est soumis systématiquement à une fouille à corps par le personnel pénitentiaire. L'hospitalisation est parfois prolongée pour des raisons administratives et logistiques indépendantes du CPA : ce fut le cas du dernier patient ayant séjourné à Ormet, dont l'hospitalisation n'était plus nécessaire à compter du 31 mai mais que l'administration pénitentiaire n'est venue chercher que le 3 juin vers 19h.

11. CONCLUSION

A la suite de la visite qu'il a effectuée en janvier 2016 au CPA, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a publié, en mars 2016, une recommandation en urgence alertant sur les nombreux dysfonctionnements observés dans l'établissement et les atteintes graves aux droits fondamentaux des patients et préconisant des modifications profondes des règles de fonctionnement et des pratiques. Ces recommandations ont été complétées par celles du rapport rédigé ultérieurement.

La visite de 2019 a permis de mesurer le travail collectif accompli pour mettre en œuvre ces recommandations, notamment par un travail institutionnel intense, qui se poursuit et auquel sont désormais associés les usagers et leurs proches.

Les unités ont été ouvertes et la liberté d'aller et venir est aujourd'hui respectée.

L'unité Pinel, pour malades agités et perturbateurs, a disparu.

Une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention ainsi que sur les techniques de désescalade a été engagée, conduisant à une diminution importante du recours à ces mesures.

Le dossier pour transformer Bourneville en MAS a été transmis à l'ARS, qui n'y a pas encore apporté de réponse.

L'individualisation de la prise en charge est devenue la règle, non seulement au regard de la clinique du patient mais également au regard de son environnement personnel (famille, travail). Aucune restriction autre que justifiée par l'état du patient n'est imposée et les restrictions sont réévaluées rapidement. L'intimité et de la sécurité des patients sont préservées (portes « palières » à chaque chambre, placards fermant à clef). Le respect des droits du patient est intégré dans tous les aspects de sa prise en charge, avec toutefois une insuffisance dans la notification des éléments de la procédure de soins sans consentement.

L'onde de choc de la publication des recommandations en urgence de 2016, aggravée par leur traitement par les médias, est encore perceptible. Mais l'amertume persistante témoignée par certains interlocuteurs est estompée par l'enthousiasme d'autres, majoritaires, qui soulignent les effets positifs de la secousse : « *un mal pour un bien* ». Ils saluent un vrai changement dans l'approche des soins, désormais très centrés sur le bien-être de la personne et favorisant la compliance, même s'ils ne minimisent pas les difficultés qu'ont fait apparaître l'ouverture des unités.

L'ouverture de l'hôpital à d'autres hôpitaux, qui viennent s'inspirer de la démarche, a contribué à rendre à l'ensemble des soignants la fierté de leur travail.

La volonté de ce changement, conduit dans un temps particulièrement court et porté par la mobilisation des personnels du CPA, a soudé les équipes dans une dynamique de réflexion collective sur des fonctionnements qui s'est substituée à la soumission passive aux règles établies.

La direction affirme des valeurs très soignantes, relayée dans les unités par des cadres qui portent l'institution. Par contraste ou conséquence, ces derniers font apparaître un certain désinvestissement des médecins – sur le fonctionnement mais pas sur la stratégie générale –, que l'établissement doit parvenir à inverser.

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