



Rapport de visite :

29 novembre au 3 décembre 2021 – 1^{ère} visite
Etablissement de santé
mentale Portes de l'Isère – Site
de Vienne

(Isère)



SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite annoncée du site de Vienne de l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère (ESMPI) du 29 novembre au 3 décembre 2021.

Cette mission constituait un premier contrôle, l'ESMPI avait fait l'objet d'une première visite du 7 au 15 janvier 2019 mais uniquement sur le site de Bourgoin-Jallieu.

Un rapport provisoire a été adressé le 19 juillet 2022 à la directrice de l'établissement, au préfet du département de l'Isère, à la présidente et la procureure de la République du tribunal judiciaire de Vienne et au directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. La directrice de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier du 28 juillet 2022, le directeur général de l'ARS dans un courrier du 19 août 2022. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

L'ESMPI est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC), appartenant à la fondation Georges Boissel, exerçant des missions d'hospitalisation par délégation de service public. Depuis le 1^{er} janvier 2017, il comporte deux sites d'hospitalisation : le site de Vienne et celui de Bourgoin-Jallieu, site principal de son activité, distant de quarante kilomètres.

Le site de Vienne, situé au sein du centre hospitalier, comprend deux secteurs de psychiatrie adulte disposant chacun de 25 lits d'hospitalisation et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile dépourvu de lits d'hospitalisation.

L'établissement dispose d'atouts certains. Les restrictions à la vie individuelle sont rares et individualisées, les soins psychiatriques et somatiques assurés, les projets de soins individualisés, la sortie efficacement préparée et accompagnée, les événements indésirables suivis avec une particulière attention. L'intervention d'une pair-aidante au service qualité, et notamment sur les droits du patient, permet d'approcher cette question du point de vue du patient lui-même ce qui constitue une bonne pratique.

Néanmoins, des axes d'amélioration sont notés : l'information des patients en soins sans consentement nécessite d'être améliorée, les chambres d'isolement doivent être mieux équipées, le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre d'éviter le recours à ces pratiques et l'articulation avec le centre hospitalier doit être travaillée afin de lever les difficultés actuelles, identifiées de part et d'autre. Surtout le devenir de l'activité du site de Vienne est incertain, ce qui affecte la mobilisation des équipes et la rénovation des locaux. A ce titre, il serait opportun que des décisions soient prises pour éviter une dégradation de l'implication des personnels auprès des patients.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 29

L'intervention d'une paire-aidante au service qualité, et notamment sur les droits des patients, permet d'approcher cette question du point de vue du patient lui-même.

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 14

Les unités de soins maintenues sur Vienne doivent faire l'objet d'un plan de modernisation.

RECOMMANDATION 2 17

L'accès à une évaluation médicale psychiatrique aux urgences du centre hospitalier de Vienne doit être amélioré.

RECOMMANDATION 3 19

Le devenir de l'activité sur le site doit être partagé avec les équipes, décrit de façon claire et mieux pris en compte dans le management des ressources humaines pour éviter une dégradation de l'implication des personnels auprès des patients.

RECOMMANDATION 4 19

Les agents doivent bénéficier de formations régulières sur les droits des patients, les soins sans consentement, l'isolement et la contention.

RECOMMANDATION 5 20

Les cadres de santé doivent bénéficier de dispositifs d'accompagnement et de supervision d'équipe.

RECOMMANDATION 6 24

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement effectuée par les soignants.

RECOMMANDATION 7 25

La chambre d'isolement du service des urgences doit faire l'objet d'une remise à niveau et comporter un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention, un accès à un point d'eau, une horloge permettant se repérer dans le temps.

Le service de liaison doit retrouver la complète disponibilité de ses locaux.

RECOMMANDATION 8 27

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficiente sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement. A ce titre, la procédure élaborée par l'établissement datant de février 2021 relative aux soins psychiatriques en cas de péril imminent doit définir expressément les conditions de recherche du tiers et la traçabilité du résultat dans le certificat médical de 24H et dans le dossier du patient.

RECOMMANDATION 9	28
Les règles de vie des unités doivent être formalisées, remises aux patients et affichées.	
RECOMMANDATION 10	29
Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis impérativement au patient avec la décision elle-même lors de la notification.	
L'organisation de l'établissement doit permettre également la rédaction et la signature des décisions d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient (voir recommandation faite en 2019) et leur notification sans délai.	
La notification doit comprendre la date de signature effective du patient.	
RECOMMANDATION 11	32
L'établissement doit apposer des films occultants sur la moitié basse des fenêtres des chambres des patients afin que leur intimité soit préservée sans qu'ils soient privés de la vue extérieure. L'ouverture des fenêtres doit être possible bien au-delà de 10 cm pour permettre l'aération de la pièce.	
RECOMMANDATION 12	32
Un poste de télévision doit être installé dans chaque chambre.	
RECOMMANDATION 13	36
La fermeture d'une unité ne peut être générale. Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes admises sous le régime des soins libres n'ont aucune base légale et doivent cesser. S'agissant des patients en soins sans consentement, les restrictions doivent être justifiées médicalement. L'établissement doit mettre en place des dispositifs permettant la liberté d'aller et venir des patients qui y sont autorisés, tels la remise de badges magnétiques d'accès.	
RECOMMANDATION 14	40
Le <i>point-phone</i> de l'unité 15 doit être remplacé par une cabine ou une pièce permettant de préserver l'intimité et la confidentialité des conversations téléphoniques.	
RECOMMANDATION 15	41
L'établissement devrait faire en sorte que le débit du réseau wifi soit nettement augmenté afin que les patients puissent se connecter sans difficultés.	
RECOMMANDATION 16	44
Tout patient placé dans une chambre d'isolement doit pouvoir accéder librement aux toilettes et à un point d'eau, ouvrir sa fenêtre pour aérer et avoir une visibilité sur l'extérieur, allumer et éteindre la lumière librement. Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel qui fonctionne, accessible pendant les phases de contention.	
RECOMMANDATION 17	46
Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin n'ayant pas la plénitude d'exercice doit être validée dans un délai d'une heure par un psychiatre après un examen physique du patient.	
RECOMMANDATION 18	47
Le CGLPL rappelle que l'isolement ne peut être pratiqué que pour une durée réduite, sous un contrôle effectif des soignants et en dernier recours pour faire face à une situation de crise. Par ailleurs, conformément à l'art. L. 3222-5-1 du code de la santé publique, les mesures d'isolement ou de contention ne peuvent être prises que dans le cadre d'une hospitalisation en soins sans consentement.	

RECOMMANDATION 19 49

Le registre d'isolement et de contention doit être renseigné rigoureusement et faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre d'éviter le recours à ces pratiques.

RECOMMANDATION 20 50

La personne de confiance doit être systématiquement avertie de sa désignation et son accord doit être recueilli.

RECOMMANDATION 21 51

La commission départementale des soins psychiatriques doit mentionner dans son rapport annuel d'activité le nombre total, en le détaillant, des mesures de soins psychiatriques de plus d'un an même si elle ne les a pas examinées. Le rapport doit comporter un bilan des mesures de soins psychiatriques en cas de péril imminent ou en cas d'urgence et de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Elle doit demander à consulter plus régulièrement le registre portant sur les mesures d'isolement et de contention à l'occasion de ses visites dans l'établissement. Une sensibilisation sur son rôle pourrait être réalisée auprès des patients.

RECOMMANDATION 22 53

De façon à offrir les mêmes conditions d'information et de soutien de la part des associations aux patients du site de Vienne, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour que l'antenne de la maison des usagers prévue à cet effet ouvre rapidement.

La commission des usagers doit être saisie chaque année pour avis du rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention et de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques.

RECOMMANDATION 23 55

Les certificats médicaux initiaux doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECOMMANDATION 24 58

Les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours doivent être données par le juge et non par les soignants.

RECOMMANDATION 25 61

Le projet de diversification des activités thérapeutiques doit être poursuivi. Comme les activités occupationnelles, elles doivent être intégrées dans le projet de soins individualisé du patient quelle que soit la durée de son hospitalisation.

RECOMMANDATION 26 63

Les conditions de prise en charge des urgences psychiatriques ou somatiques de nuit doivent faire l'objet d'une réflexion corrective.

RECOMMANDATION 27 66

Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

L'avis du collège, notamment quand il conclut au maintien de la mesure, doit être notifiée au patient.

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 22

Le comité d'éthique doit davantage aborder les sujets relatifs à l'isolement, la contention, la sexualité. Il gagnerait par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures sans attachement institutionnel plus nombreuses pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques et l'indépendance de ses prises de position.

Les patients doivent être informés par écrit des conditions de saisine du comité d'éthique.

RECO PRISE EN COMPTE 2 33

Dans l'immédiat, l'établissement doit installer des abattants aux WC. Dans le cadre d'une restructuration future des locaux, une douche devra être prévue dans chaque chambre.

RECO PRISE EN COMPTE 3 39

Le port du pyjama ne doit pas être systématiquement imposé en chambre d'isolement, en sortie de chambre d'isolement ou pour les patients en risque de fugue, mais seulement prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

RECO PRISE EN COMPTE 4 42

La liste annexée au livret d'accueil doit comporter les coordonnées des représentants des cultes tant à Bourgoin-Jallieu qu'à Vienne ou dans leurs environs, coordonnées qui doivent en outre faire l'objet d'un affichage dans les unités.

RECO PRISE EN COMPTE 5 43

La question de l'accès des patients à une vie sexuelle de façon adaptée à leur profil, leur sensibilité, leur vulnérabilité ainsi que la prévention et la gestion des situations à risque doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel et intégrée dans les règles de vie des unités, au besoin avec le concours du comité d'éthique. Des formations pourraient être utilement proposées au personnel soignant sur ce sujet.

RECO PRISE EN COMPTE 6 45

Les pratiques de mise en isolement dans les chambres hôtelières doivent cesser.

Les mesures d'isolement et de contention, en ce qu'elles entraînent un risque d'atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des personnes concernées, doivent être exclusivement mises en œuvre dans des espaces spécifiques, adaptés à cet objectif afin de garantir la sécurité du patient et lui offrir un environnement apaisant.

RECO PRISE EN COMPTE 7 48

La trace des envois au juge des libertés et de la détention des informations concernant la poursuite des mesures d'isolement et de contention doit être conservée.

RECO PRISE EN COMPTE 8 54

Si le patient le souhaite, le questionnaire de satisfaction doit prévoir la possibilité pour lui de mentionner son nom et son prénom.

RECO PRISE EN COMPTE 9 55

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les mesures de protection judiciaire ainsi que la date de notification des décisions du juge des libertés et de la détention.

Les décisions d'admissions du directeur (à l'instar des arrêtés du préfet) doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	9
1. CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	11
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
3.1 Le devenir de l'activité du site de Vienne est incertain.....	12
3.2 Le budget consacré au site viennois ne permet structurellement pas d'assurer des investissements significatifs depuis son rattachement à la fondation Boissel	14
3.3 L'incertitude sur le devenir de l'activité affecte la mobilisation des équipes.....	15
3.4 Les événements indésirables sont suivis avec une attention particulière.....	20
3.5 Le comité d'éthique fonctionne et rend des avis argumentés mais reste mal connu des professionnels et encore plus des patients	22
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	24
4.1 La prise en charge à l'arrivée, notamment aux urgences, est actuellement en réorganisation et insuffisamment protocolisée	24
4.2 La part des soins sans consentement est maîtrisée mais le nombre d'hospitalisations pour péril imminent anormalement élevé.....	25
4.3 L'information des patients en soins sans consentement est lacunaire	28
5. LES CONDITIONS DE VIE	30
5.1 Les locaux ont des atouts indéniables mais manquent d'équipements de base pour répondre aux besoins des patients	30
5.2 Les chambres ne comportent pas de douche	32
5.3 Les patients peuvent mettre leurs biens en sécurité et une attention particulière est accordée à la remise régulière d'argent	33
5.4 La qualité de la nourriture, livrée par le centre hospitalier de Vienne, est très moyenne.....	34
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	36
6.1 La fermeture d'une unité, pour des raisons conjoncturelles, entraîne une restriction de la liberté d'aller et venir systématique	36
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont rares et individualisées, à l'exception du port du pyjama	38
6.3 Les communications avec l'extérieur sont assurées mais un <i>point-phone</i> ne permet pas la confidentialité des conversations et le réseau wifi a un débit très faible	39
6.4 L'accès au vote est possible par procuration ou permission de sortie	41
6.5 L'information sur l'accès aux cultes est insuffisante.....	41

6.6	La vie sexuelle des patients n'est pas un sujet de réflexion.....	42
7.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	44
7.1	Les chambres d'isolement sont en bon état mais insuffisamment équipées.....	44
7.2	Les mesures d'isolement ne sont pas très nombreuses, sauf pour un patient particulier.....	45
7.3	La traçabilité des mesures d'isolement est insuffisante pour être exploitée	49
7.4	Le consentement aux soins est recherché mais la désignation de la personne de confiance reste assez formelle	50
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	51
8.1	Les organes de contrôle ne sont pas assez effectifs.....	51
8.2	Le registre de la loi, tenu sans retard, n'est pas en tous points conforme aux prescriptions légales	54
8.3	Le contrôle du JLD porte davantage sur l'adhésion du patient aux soins que sur la procédure.....	56
9.	LES SOINS.....	59
9.1	Les soins psychiatriques sont assurés, le projet de soin individualisé établi et réévalué périodiquement mais les activités restent peu variées	59
9.2	Les soins somatiques sont désormais assurés de façon régulière malgré les difficultés de liaison avec le centre hospitalier	62
9.3	La sortie des patients est efficacement préparée et accompagnée	64
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	67
10.1	L'établissement ne comprend pas de lits d'hospitalisation complète pour les adolescents	67
10.2	L'établissement n'accueille pas de personnes détenues	67
11.	CONCLUSION.....	68

Rapport

Contrôleurs :

- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Gérard KAUFFMANN ;
- François KOCH ;
- Bénédicte PIANA ;
- Michel THIRIET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), cinq contrôleurs ont effectué une visite du site de Vienne de l'établissement de santé mentale Portes de l'Isère (ESMPI) du 29 novembre au 3 décembre 2021. Cette mission constituait un premier contrôle, l'ESMPI avait fait l'objet d'une première visite du 7 au 15 janvier 2019 mais uniquement sur le site de Bourgoin-Jallieu.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés sur le site de Vienne le 29 novembre 2021 à 13h30. Ils l'ont quitté le 3 décembre à 12h30.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement. Le préfet de l'Isère, le sous-préfet de Vienne, la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Vienne ainsi que la procureure de la République près ce tribunal, le directeur de la délégation départementale de l'agence régionale de santé (ARS) d'Auvergne-Rhône-Alpes et le bâtonnier de l'ordre des avocats de Vienne ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice des soins et le cadre supérieur de santé. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, mardi 30 novembre à 9h, en présence de la directrice de l'ESMPI, de la directrice des ressources humaines, de la directrice des soins, de la responsable des relations avec les usagers, du médecin chef de pôle du service de psychiatrie, de la médecin cheffe de pôle de la pédopsychiatrie, du médecin généraliste, du cadre supérieur de santé et des deux cadres de santé.

Une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir un accès au site intranet a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis rapidement et regroupés dans un dossier électronique alimenté tout au long de la visite. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs avaient 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. Ils se sont également entretenus avec la présidente du TJ.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs mais n'ont pas sollicité d'entretien.

Une réunion de restitution s'est tenue le 3 décembre 2021 dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation, à la réserve près que le président de la commission médicale d'établissement (CME), en congé pendant la visite des contrôleurs, y a assisté.

La qualité de l'accueil et la grande disponibilité des professionnels méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 19 juillet 2022 à la directrice de l'établissement, au préfet du département de l'Isère, à la présidente et à la procureure du TJ de Vienne ainsi qu'au directeur général de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes. La directrice de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier du 28 juillet 2022, le directeur général de l'ARS dans un courrier du 19 août 2022. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

S'agissant d'une première visite autonome du site de Vienne, les contrôleurs n'ont pas procédé à un suivi des recommandations à proprement parler.

Ils ont néanmoins, sur les sujets transversaux ayant trait à l'établissement, analysé le suivi des recommandations qui avaient été formulées dans le rapport rédigé à la suite de la visite qui s'est déroulée du 7 au 15 janvier 2019 sur le site de Bourgoin-Jallieu¹.

Il apparaît à cet égard que certaines recommandations n'ont pas été prises en compte, ce malgré les réponses que l'ESMPI avait alors adressées au CGLPL.

Ainsi :

- le comité d'éthique ne s'est toujours pas emparé du sujet des restrictions de liberté et ne s'est pas impliqué dans la réflexion institutionnelle sur l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement (cf. § 3.5) ;
- l'information des patients en soins sans consentement reste lacunaire (cf. § 4.3) ;
- les toilettes ne sont pas munies d'un abattant et d'une lunette et les patients ne peuvent pas ouvrir leurs fenêtres (cf. § 5.1 et § 5.2) ;
- le point-phone d'une unité ne garantit pas la confidentialité des conversations (cf. § 6.3) ;
- aucune réflexion n'a été menée sur la pratique de la sexualité par les patients (cf. § 6.6) ;
- les chambres d'isolement doivent être réaménagées et les patients n'ont pas à y être placés systématiquement en pyjama (cf. § 6.2 et § 7.1) ;

En revanche, comme constaté sur le site de Bourgoin-Jallieu, il n'existe pratiquement aucune restriction systématique de liberté dans la vie quotidienne, par exemple pour l'accès aux biens ou encore au tabac. Les restrictions individuelles sont très rares et individualisées, à l'exception du port du pyjama (cf. § 6.2).

Par ailleurs, un important travail a été mené sur les événements indésirables, suivis désormais avec une attention particulière (cf. § 3.4).

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « je vous informe que j'ai sollicité la directrice générale de la Fondation Boissel au sujet des recommandations formulées suite à la visite du site principal de l'ESMPI (janvier 2019) qui n'ont pas été prises en compte ».

¹ CGLPL, Rapport de visite de l'établissement de santé mentale de l'Isère (site de Bourgoin-Jallieu), janvier 2019.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LE DEVENIR DE L'ACTIVITE DU SITE DE VIENNE EST INCERTAIN

3.1.1 Présentation générale de l'établissement

L'ESMPI est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) exerçant des missions d'hospitalisation par délégation de service public. Depuis le 1^{er} janvier 2017, il comporte deux sites d'hospitalisation : le site de Vienne et celui de Bourgoin-Jallieu, distant de quarante kilomètres.

L'ESMPI appartient à la fondation Georges Boissel, créée en 1967. Cette fondation, reconnue d'utilité publique, s'est développée ces dix dernières années et gère, outre l'établissement de santé mentale, des équipements sociaux et médico-sociaux.

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

- site de Vienne : deux secteurs de psychiatrie adulte (G14 et G15) et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (38107) ;
- site de Bourgoin-Jallieu : trois secteurs de psychiatrie adulte (38G11, G12 et G13).

L'ESMPI dispose d'un projet d'établissement établi pour la période 2018-2022 qui prend en compte le site de Vienne. Daté du 13 novembre 2018, il est composé de plusieurs volets répartis par grands domaines d'activité : un projet médico-soignant, un projet des usagers, un projet du service social, un projet de gestion et d'investissement. Le projet d'établissement fait état d'une politique du moindre recours à l'isolement et à la contention et promeut également une politique des droits des patients (dignité, intimité, respect de la vie privée) investie et formalisée². Le projet d'établissement est en cours d'actualisation pour couvrir la période 2022-2026. L'établissement a été certifié avec recommandations d'amélioration (certification B) lors des visites de la haute autorité de santé (HAS) de juin 2018 et juin 2019.

3.1.2 L'offre de soins

Le site de Vienne comprend deux secteurs de psychiatrie adulte (G14 et G15) et le secteur de psychiatrie infanto-juvénile (cf. § 10.1).

La psychiatrie adulte comprend plusieurs structures ambulatoires : trois centres médico-psychologiques (CMP) à Vienne-Sud, Péage-de-Roussillon, Beaurepaire et un hôpital de jour (HJ) pour le secteur 15, deux CMP (Carmes à Vienne et Saint-Jean à Saint-Jean-de-Bournay), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). En juin 2020, les CMP adultes de Vienne sud et nord, le CATTP et l'hôpital de jour ont été regroupés sur un seul site dans le quartier de Malissol à Vienne.

Le service de psychiatrie adulte comprend 50 lits d'hospitalisation adulte répartis entre deux unités sectorisées :

² CGLPL, Rapport de visite de l'établissement de santé mentale de l'Isère (site de Bourgoin-Jallieu), janvier 2019, p.16.

- le service d'hospitalisation temps plein secteur 15, compétent sur les cantons de Vienne sud, Roussillon et Beurepaire, qui comprend 25 lits ;
- le service d'hospitalisation temps plein secteur 14, compétent sur les cantons de Vienne nord, Heyrieux et Saint-Jean-de-Bournay, qui comprend 25 lits également.

3.1.3 Le site de Vienne

Le site de Vienne est implanté au cœur du centre hospitalier (CH) de Vienne. En effet, en 2017, l'autorisation relative à la psychiatrie, qui était en difficulté du fait notamment que la DAF de la psychiatrie venait combler le déficit du CH, a été transférée du CH à l'ESMPI, en maintenant toutefois les unités d'hospitalisation à temps plein dans les locaux du CH. Le passage du public au privé a été complexe et a mobilisé les organisations syndicales. L'ARS a demandé à l'ESMPI de développer l'offre ambulatoire et d'orienter les patients chroniques. Depuis cette reprise, les unités 14 et 15 ont connu une évolution positive : abondement des budgets pour les unités, moindre recours à la fermeture, orientation de plusieurs patients chroniques dans des établissements adaptés permettant au service de retrouver des marges d'accueil qui lui évitent d'être suroccupé (suppression de lits en surnombre). Si le nombre de séjours est stable, la forte baisse de la durée moyenne de séjour (DMS) enregistrée en 2021 traduit une meilleure utilisation de lits d'hospitalisation (cf. § 4.2).

Néanmoins, la localisation du site au sein du CH entraîne des difficultés. En effet, le site dépend du CH pour ce qui concerne les locaux (l'ESMPI dispose d'une convention d'occupation) et la logistique (repas et entretien du linge, notamment). Or si l'ESMPI a engagé plusieurs améliorations sur le site de Bourgoin-Jallieu, il lui est plus compliqué de le faire sur le site de Vienne. Ainsi, l'offre de restauration a été revue à Bourgoin-Jallieu et des postes de télévision installés dans chaque chambre alors qu'à Vienne, les repas sont livrés par le CH et tous travaux nécessaires exigent d'obtenir des autorisations de la part du CH à qui le site appartient. Il en découle une disparité d'offre de prise en charge entre les deux sites, en particulier en ce qui concerne les locaux. Ceux de Bourgoin-Jallieu sont neufs, ceux de Vienne nécessiteraient d'être réhabilités. Par ailleurs, le recrutement de professionnels est rendu plus compliqué à Vienne et il n'y a pas d'astreinte de médecin de nuit.

L'éloignement géographique du site de Vienne de la structure « mère » située à Bourgoin-Jallieu entraîne également une logistique importante : les responsables des services supports ne sont pas sur place, l'existence de deux sites induit un dédoublement de services comme le bureau des entrées, les médicaments doivent être acheminés depuis le site de Bourgoin-Jallieu, des coursiers quotidiens se déplacent entre les deux lieux. Le site est plus isolé en matière de sécurité puisqu'il ne peut faire appel qu'à l'autre unité.

Par ailleurs, les modalités d'articulation avec le CH sont complexes et des points d'amélioration nécessaires sont notés de part et d'autre en ce qui concerne la prise en charge aux urgences et l'accès aux soins somatiques.

De fait, le site de Vienne est apparu assez isolé et l'arrivée d'un cadre supérieur à temps plein sur les unités adultes permettra de répondre à un besoin manifeste de coordination et de contrôle de l'ensemble du site, ce dans le cadre de l'élaboration actuelle d'un projet de service.

Un projet de délocalisation des deux unités de Vienne est évoqué depuis plusieurs années. Or, les contrôleurs s'interrogent sur la disparition totale de lits d'hospitalisation sur le site de Vienne en termes d'accès aux soins pour les patients, de visites pour leurs proches et de préparation à la sortie, l'état bâtiementaire ne pouvant justifier à lui seul cette réorganisation. Ce projet, qui

n'est pour l'heure pas validé, a en tous cas pour conséquence actuelle d'insécuriser les professionnels dont l'avenir est incertain et compromet l'implication et l'investissement de tous (s'agissant des locaux, des liens avec le CH, du recrutement rendu plus difficile par cette incertitude). Aussi, il apparaît important que des décisions soient rapidement prises.

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « l'établissement a émis un tel souhait (de délocalisation) auprès de l'ARS, mais ce projet complexe n'a pas été validé à ce jour ».

3.2 LE BUDGET CONSACRE AU SITE VIENNOIS NE PERMET STRUCTURELLEMENT PAS D'ASSURER DES INVESTISSEMENTS SIGNIFICATIFS DEPUIS SON RATTACHEMENT A LA FONDATION BOISSEL

La fondation Georges Boissel porte des activités sanitaires, médico-sociales (MAS Saint Clair) et sociales (Solidarité Femmes Miléna, ALPA, etc.). Le budget consacré à la psychiatrie est voisin de 32 millions et pèse pour 73 % dans les financements alloués à l'institution.

La construction budgétaire des deux années écoulées, traversées par la pandémie de Covid-19, a été particulièrement incertaine du fait des répercussions de cette crise difficilement prévisibles sur les activités d'hospitalisation à temps complet, à temps partiel et l'accueil des patients en fort reflux. On peut néanmoins s'interroger sur les prévisions optimistes qui avaient été envisagées pour 2021 alors que les facteurs de ralentissement de l'activité étaient pourtant identifiés. Il convient cependant de souligner la difficulté à piloter l'exécution budgétaire par les recettes, d'une part du fait de dotations de circonstances par nature tardives (financement des surcoûts Covid-19, des primes et indemnités Covid-19 et des accords du Ségur) mais également, d'autre part, par les dépenses (approvisionnements supplémentaires de prévention des infections, prévision des repas à servir, difficultés à recruter des personnels soignants engendrant le recours à un intérim aléatoire, etc.).

Malgré ces contraintes, le budget de la psychiatrie a pu dégager en 2020 un résultat net excédentaire d'un million d'euros dont près de la moitié provient des dotations liées à la Covid-19. Le résultat est annoncé très légèrement excédentaire en 2021 et à l'équilibre les années suivantes ; il le resterait dans l'hypothèse du plein emploi « médical ». La situation financière est donc saine, sans difficulté de trésorerie et sans endettement (dette financière nette positive). L'ESMPI, excédentaire depuis de nombreuses années, dispose par voie de conséquence d'une capacité à investir pour l'avenir.

En raison de l'usage locatif des unités intra-hospitalières installées à Vienne, les dépenses d'entretien sont limitées et consacrées à de simples travaux de peinture et de menuiserie financés sur une enveloppe résiduelle accordée en 2017, au moment du rattachement des secteurs de psychiatrie du CH de Vienne à la fondation Georges Boissel (sur 450 000 euros il restait au jour du contrôle 150 000 euros de crédits non consommés). Les unités devraient pouvoir être modernisées à l'instar de celles du site Berjalien (cf. § 5.1).

RECOMMANDATION 1

Les unités de soins maintenues sur Vienne doivent faire l'objet d'un plan de modernisation.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « un projet de relocalisation est en cours d'écriture pour soumission à l'ARS, qui en est d'ores et déjà informée.

Dans l'intervalle, nous avons des fonds dédiés par l'ARS et nous allons continuer à maintenir l'établissement dans des conditions décentes (120 000 euros utilisés sur les deux dernières années, 300 000 euros depuis 2017) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, tant qu'un projet de relocalisation est en cours et, en juillet 2022, non validé, des travaux d'ampleur ne pourront être ni programmés, ni réalisés.

Certaines économies sur le fonctionnement sont recherchées mais sans impact direct *a priori* sur la prise en charge (renégociation d'avantages en matière de ressources humaines, audit d'optimisation des charges sociales, économies d'énergie) et une approche comparée des tarifs est menée concernant les prestations restauration et blanchisserie servies au travers d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) par le CH de Vienne en prévision d'une réorganisation des activités du site de Vienne. Dans cette hypothèse, il serait intéressant d'avoir préalablement une idée beaucoup plus complète et plus précise de la performance médico-économique des unités installées à Vienne et à Bourgoin-Jallieu car, sans production de comptes de résultats analytiques au niveau des pôles ou des unités, le retraitement comptable présenté par types de prises en charge ne permet pas vraiment de le savoir.

L'entrée dans la réforme de la tarification en 2022 est préparée et l'établissement devrait, selon ses estimations, y être gagnant, notamment sur le champ populationnel du fait de sa sous-dotation (dépenses de soins psychiatriques par habitant en région inférieures à la moyenne des autres établissements).

S'agissant des projets autorisés après sélection de l'établissement par appels à projets régionaux, il est regrettable qu'ils n'obtiennent pas les financements nécessaires de l'ARS pour leur mise en œuvre (création d'hôpitaux de jour adultes et enfants sur Péage du Roussillon).

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « le financement des projets autorisés suite à un passage devant le comité régional de l'organisation des soins n'est pas automatique. Cependant, suite à la transmission d'un projet médical et d'un rapport socio-économique, l'ESMPI a bénéficié d'une aide à l'investissement d'1,5 millions d'euros, dans le cadre du Ségur de l'investissement, pour la construction de ces hôpitaux de jour. De plus, dès l'embauche de personnels pour l'activité d'HDJ de pédopsychiatrie, l'ARS s'est engagée à lui octroyer un financement complémentaire de 577.190€ en crédits reconductibles ».

Enfin, concernant les projets de moindre ampleur portés par les unités, ces dernières disposent d'un budget annuel pour leurs activités (fournitures, repas thérapeutiques, sorties). Il est pour Vienne de 25 000 euros pour les deux pôles (adultes et enfants) mais partiellement utilisé (à moins de 50 % au 31 octobre 2021). Répartie par unité fonctionnelle, l'enveloppe restante pour l'intra en psychiatrie générale (unités 14 et 15) représente par unité 1 800 euros par an.

3.3 L'INCERTITUDE SUR LE DEVENIR DE L'ACTIVITE AFFECTE LA MOBILISATION DES EQUIPES

3.3.1 Les effectifs et l'organisation du travail

Le site de Vienne compte 7,25 équivalents temps plein (ETP) médicaux pourvus, toutes spécialités confondues, sur un total de 24,68 pourvus sur l'ensemble de l'ESMPI³. On peut estimer sur Vienne, à la date du contrôle, que la psychiatrie générale était en sous-effectif de 0,45 ETP et la

³ Cf. note de service n°2021-010 du 5 novembre 2021.

pédopsychiatrie de 1,1 ETP, ce qui est particulièrement préoccupant pour la prise en charge des mineurs, ayant d'ailleurs entraîné une réduction de l'offre de soins (fermeture de l'hôpital de jour). Il n'y pas d'agrément pour recevoir des internes ce qui réduit les marges d'attractivité de l'établissement.

Les effectifs non médicaux s'élèvent à 122,35 ETP pourvus (91,85 ETP en psychiatrie générale et 30,5 ETP en pédopsychiatrie). Ces deux spécialités comptent deux ou trois postes vacants. Si l'évolution du nombre d'emplois est globalement stable sur les trois dernières années, c'est la nature du lien contractuel qui a changé avec une baisse régulière du nombre d'agents mis à disposition par le CH de Vienne (75 en 2019 contre 60 en 2021) et une augmentation des recrutements directs sous convention collective nationale 51, soit la convention de travail de l'ESPIC. Ce choix de la fondation Boissel n'aurait pas été correctement anticipé ni accompagné aux dires des agents concernés et de leur établissement d'origine.

Au plan paramédical, chaque unité (14 et 15) de 25 lits compte le même effectif : de jour 14 ETP d'infirmiers (IDE) dont 2 en appui, 5 ETP d'infirmiers de nuit (actuellement un aide-soignant (AS) « volant » faute d'infirmier suffisant pour les deux unités). Sur le planning de jour, 2 postes sont vacants.

L'effectif minimum (le minimum sécurité est passé de 2 + 1 à 3 + 1, ce qui fut positif sur le moral des agents) est théoriquement à :

- 3 IDE + 1 AS le matin de 6h30 à 14h00 ;
- 3 IDE + 1 AS de 13h30 à 21h00 ;
- 2 IDE la nuit de 20h45 à 6h45, en équipe fixe ;
- 1 agent d'entretien le matin et 1 l'après-midi.

Il existe un horaire complémentaire en journée de 8h30-16h00, rarement pourvu.

L'effectif soignant est estimé correctement dimensionné, sous réserve d'une bonne organisation des plannings mais, s'il est quantitativement adapté, l'établissement peine cependant à le maintenir dans la durée du fait d'un turn-over important.

Il faut y ajouter les ressources communes à l'intra-hospitalier sur le site de Vienne : 0,5 ETP d'ergothérapeute, 1 ETP d'éducateur spécialisé (occupé la moitié de son temps par la prise en charge d'un patient autiste), 0,5 ETP de psychomotricien (au jour du contrôle occupé par la prise en charge d'un patient autiste), 0,40 ETP pour l'activité physique adaptée (APA), 1 ETP de psychologue. La composition de ces équipes pluridisciplinaires est un point positif.

Par ailleurs, l'arrivée prévue d'un cadre supérieur à temps plein sur les unités adultes est à saluer, le cadre supérieur étant aujourd'hui positionné sur les deux secteurs et particulièrement mobilisé sur la pédopsychiatrie.

Au plan médical, les unités sont très correctement dotées. On compte 1,85 ETP de psychiatre sur l'unité 14 et 1,7 ETP sur l'unité 15 auxquels s'ajoutent, pour les deux unités, 0,60 ETP de médecin généraliste et 0,2 ETP d'addictologue. Les postes en psychiatrie générale sont pourvus par des médecins de plein exercice.

La permanence des soins est organisée comme suit :

- du lundi au vendredi de 17h à 20h : un référent psychiatre est désigné et présent pour la continuité des soins (gestion des entrées) ;
- à partir de 20h, les unités font appel à la garde de psychiatrie la nuit et le week-end ; elle est mobilisable sur Bourgoin mais les médecins ne se déplacent pas (validation de

prescriptions si besoin par téléphone) ; il y a eu quelques entretiens par visio *via* un ordinateur.

Le site de Vienne est donc insuffisamment couvert si on se réfère à l'activité d'urgence du centre de Vienne avec 45 000 passages par an.

RECOMMANDATION 2

L'accès à une évaluation médicale psychiatrique aux urgences du centre hospitalier de Vienne doit être amélioré.

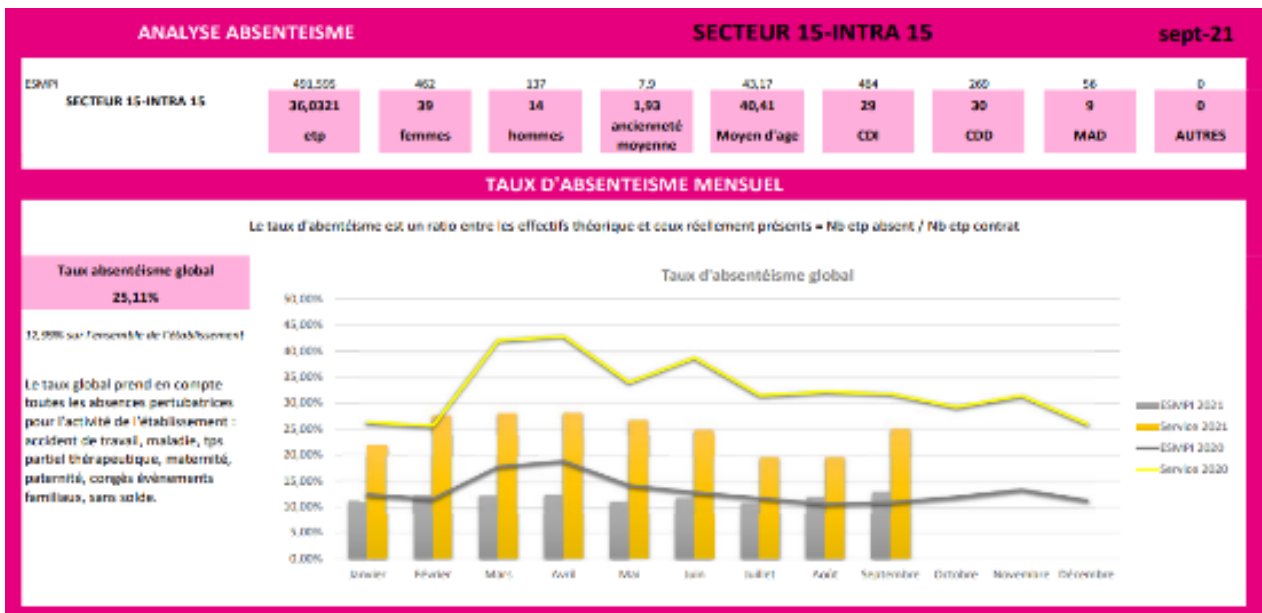
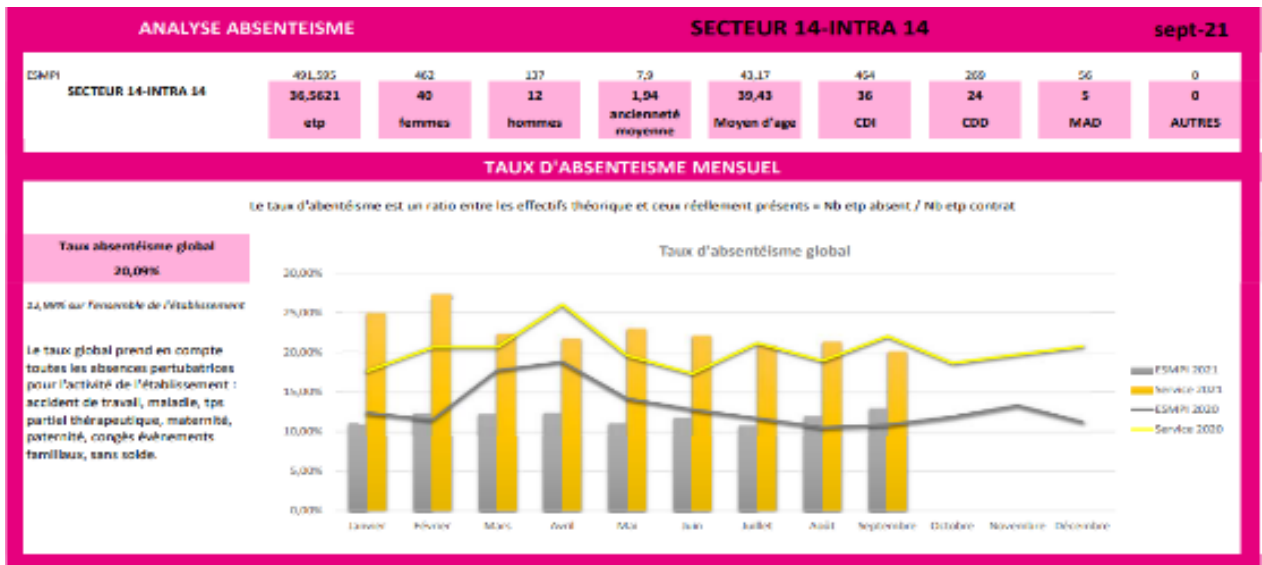
Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « au regard des effectifs médicaux actuels, nous assurons la continuité aux urgences du lundi au samedi matin en présentiel, et le dimanche par téléphone. Nous ferons plus lorsque nous aurons des moyens financiers et humains supplémentaires ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

L'analyse des plannings sur le dernier trimestre 2021, dont le format de roulement a évolué en 2020, montre que leur gestion est assez différente d'une unité à l'autre. Si on note une certaine recherche d'équilibre dans la répartition de la ressource en personnel sur l'unité 15, tant en semaine que le week-end, elle apparaît plus erratique dans l'unité 14, avec d'importants écarts certains jours entre effectifs du matin et de l'après-midi ; l'effectif d'après-midi se trouvant pénalisé alors même que les activités avec les patients et les temps institutionnels d'élaboration tels que décrits au projet commun de service nécessiteraient une présence d'agents plus nombreuse. Il est à noter que la direction s'est emparée de cette difficulté en mettant à disposition un cadre pour aider les cadres des unités à la gestion des plannings.

3.3.2 Les indicateurs sociaux

Les indicateurs sociaux ne sont pas bons. Le *turn-over* est élevé et, hormis les agents mis à disposition, aucun professionnel n'a plus de deux ans d'ancienneté. Ceci peut engendrer des difficultés dans les pratiques professionnelles malgré les modalités d'accueil et d'intégration organisées (*cf. infra*). S'agissant de l'absentéisme global sur les deux unités d'hospitalisation à temps complet, il est particulièrement important (du simple au double dans cette période particulière de pandémie) si on le compare à l'ensemble des unités de l'ESMPI. Il concerne particulièrement les infirmiers de l'unité 15, ce qui a conduit à délocaliser à Vienne une personne de la direction des ressources humaines spécifiquement en charge de gérer les remplacements.



La direction a lancé récemment une réflexion sur ce sujet au travers de la définition d'un projet de création d'une cellule d'analyse et d'amélioration des conditions de travail (étude d'activité, entretien de retour, etc.), a installé une fonction ressources humaines (RH) sur site et négocié en 2020 un volet d'intéressement indemnitaire au présentéisme (mis en place en 2021). Les déterminants de santé de cet absentéisme peuvent aussi être impactés par un manque d'attractivité du site de Vienne du fait de l'incertitude sur l'avenir de l'activité, très concurrencée par les autres offreurs de soins psychiatriques de Lyon et de l'agglomération lyonnaise (Saint-Jean de Dieu, Le Vinatier, Saint-Cyr-en-Mont-d'Or), par les niveaux de rémunération proposés, mais également du fait de l'éloignement des domiciles des professionnels affectés à Vienne et souhaitant vivre dans l'agglomération lyonnaise. Les conditions de travail pourtant améliorées ne suffisent pas à séduire les plus jeunes, d'autant que la transposition des accords du Ségur de la santé n'a pas été complète et que la convention collective en vigueur ne serait pas la plus favorable comparée à celles appliquées dans les établissements de même statut (ESPIC).

RECOMMANDATION 3

Le devenir de l'activité sur le site doit être partagé avec les équipes, décrit de façon claire et mieux pris en compte dans le management des ressources humaines pour éviter une dégradation de l'implication des personnels auprès des patients.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous en prenons note ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

3.3.3 La formation

L'établissement encourage largement la formation continue à laquelle il consacre un budget de l'ordre de 470 000 euros (personnel médical et non médical). En moyenne sur l'ensemble de l'ESMPI, les agents partent au moins une fois par an en formation et plus précisément :

- pour un effectif de 207 IDE au 30 novembre 2021, 171 ont eu au moins une formation entre 2020 et 2021 (effet Covid) soit 82 % ;
- pour un effectif de 46 AS, 35 ont eu au moins une formation entre 2020 et 2021 (effet Covid) soit 76 %.

La participation sur Vienne est cependant à nuancer. Les cadres estiment que les départs en formation ont tendance à se concentrer sur les mêmes personnes et quelques agents travaillant notamment de nuit, pour une dizaine d'entre eux, ne partent plus en formation depuis plusieurs années, par désinvestissement.

Les orientations et les actions de la formation viennent en appui d'une politique de moindre recours à l'isolement renforcée par la réforme des règles de gestion des mesures de contrainte, et en soutien d'une politique de respect des droits et de la dignité des patients, des familles et des aidants, quelque peu désorganisée par la pandémie.

En 2021, les agents ont suivi la formation « *Soclecare* », les plus jeunes ont bénéficié d'un tutorat et d'une consolidation des savoirs, d'autres se sont inscrits en formation de zoothérapie, de gestion des émotions, de prise en charge de la douleur, en addictologie, à l'autisme, en posture de self-sauvegarde-compatible ou en éducation thérapeutique du patient. Un temps est réservé le mercredi à formation interne « *clinique* ». Au départ, la formation interne est assurée par les médecins puis elle se prolonge par un *reporting* des formations suivies par les infirmiers qui partagent leurs acquis avec leurs collègues. La formation sur la prévention de la violence est assurée par des infirmiers de Bourgoin sur le site de Vienne. Des formations sur l'isolement et la contention, le droit des patients, les soins sans consentement existent, à raison de plusieurs sessions par an, depuis plusieurs années. Pour autant, la maîtrise de ces sujets est apparue perfectible.

RECOMMANDATION 4

Les agents doivent bénéficier de formations régulières sur les droits des patients, les soins sans consentement, l'isolement et la contention.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « au plan de formation 2021 et 2022, des formations sur ces thématiques ont été proposées aux agents. Il

existe plusieurs sessions par an pour ces formations. Ces formations feront parties du parcours d'intégration en construction pour la fin d'année 2022/début 2023 ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, si des formations régulières sont organisées, il est néanmoins apparu qu'un certain nombre d'agents méconnaissaient les règles précises encadrant ces sujets.

3.3.4 L'accueil de nouveaux agents

En matière d'accueil des nouveaux agents en contrat à durée indéterminée, l'établissement consent des efforts significatifs pour former les soignants dès leur arrivée dans le service. Plusieurs outils sont mobilisés : ceux déjà existants comme le tutorat pour les nouveaux agents (compagnonnage à raison de deux nouveaux agents par tuteur formé à ce rôle particulier) et ceux annoncés comme les formations accessibles du plan de développement de l'établissement jusqu'à la phase de consolidation des savoirs (10 jours) qui sera proposée en 2022 ; il en est de même pour les vacataires qui disposent dorénavant d'un temps d'accueil dédié et de tutoriels (utilisation du logiciel patient, d'un film mais qui est plus adapté à l'accueil de stagiaires ou d'étudiants en soins infirmiers que de professionnels remplaçants en psychiatrie).

Néanmoins, les cadres d'unité n'ont pas bénéficié de ce même dispositif d'accompagnement qui aurait été de nature à les soutenir dans leur prise de fonction.

RECOMMANDATION 5

Les cadres de santé doivent bénéficier de dispositifs d'accompagnement et de supervision d'équipe.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « des dispositifs d'accompagnement (ex: Codev) seront proposés aux cadres dès 2023 ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation**, la mise en œuvre effective de la recommandation étant prévue pour 2023.

3.3.5 La supervision d'équipe

Les agents peuvent bénéficier de supervisions d'équipe dans les CMP, les HJ et les deux unités d'hospitalisation du site de Vienne. Cette modalité figure au projet commun de service des unités 14 et 15. Elle est animée par une psychologue extérieure à l'institution, en principe une fois par mois le 1^{er} vendredi de chaque mois (10 séances par an). Il existe chaque année un budget pour les supervisions des pratiques. Le budget alloué aux supervisions pour l'ensemble des équipes soignantes de psychiatrie de l'ESMPI était de 32 000 € en 2021 (maintenu à même niveau en 2022). Pour les unités 14 et 15, chacune dispose d'un budget de 1 600 € permettant une dizaine de séances de supervision par an.

La supervision n'est pas obligatoire mais elle est largement conseillée et bien suivie par les soignants, même si plus difficile pour les agents mis à disposition.

Cependant, elle n'est pas proposée aux cadres, ce qui est regrettable et regretté.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT SUIVIS AVEC UNE ATTENTION PARTICULIERE

Les événements indésirables (EI), notamment les phénomènes de violence et les incidents, font l'objet d'une attention particulière et la gestion des risques est organisée.

3.4.1 Les faits de violence et les incidents

Un important travail a été mené par le service qualité sur leur recensement. A la faveur de la mise en place d'un nouveau logiciel « *Blue Kango* » le 1^{er} janvier 2021, recensant les EI, tous les professionnels de l'ESMPI, dont ceux du site de Vienne, ont été formés sur la manière de signaler un EI. Depuis la mise en place du nouveau logiciel, le signalement s'est amélioré : des incivilités ou de la violence sont déclarés alors qu'ils ne l'étaient pas précédemment, les fiches sont mieux renseignées.

Outre un traitement immédiat, tous les EI font l'objet d'un comité de retour d'expérience (CREX) qui, depuis janvier 2021, est plus régulier et se réunit tous les mois. Un compte-rendu est systématiquement élaboré et les déclarants ont accès à la suite apportée à l'incident.

Un référent sur les EI est systématiquement nommé par unité, chargé notamment d'accompagner les professionnels sur la déclaration. En 2022, il est prévu de mettre en place une fiche violence qui précisera notamment un seuil de gravité. Un groupe de travail portant sur les violences va être instauré à compter de décembre 2021 pour se réunir tous les mois et des formations diverses existent sur la prévention des violences (formation « *soft care* » organisée à deux reprises en 2020, formation « *self sauvegarde* » visant à donner aux personnels les moyens de se défendre et dispensé par une infirmière de l'établissement qui a lieu tous les mois). Toutes les protections de travailleurs isolés (PTI) ont par ailleurs été changées en septembre 2021 ce qui permis de sécuriser les équipes. Il serait néanmoins positif que l'ensemble des directeurs de l'ESMPI prennent connaissance des EI les plus graves.

Sur les unités de Vienne, trois décès ont été recensés depuis 2018 : un en 2018, un en 2019, un en 2020. Le patient décédé en 2020 a été accompagné dans sa fin de vie, qu'il a souhaitée dans l'établissement, par l'ensemble des médecins et professionnels. Une équipe mobile de soins palliatifs est intervenue, ses proches et sa tutrice ont pu venir. Un accompagnement a été organisé pour les patients de l'unité.

Dans le cas d'EI graves (suicide, tentative de suicide, erreur médicamenteuse entraînant un défaut de soin pour le patient, décès), une revue de morbidité/mortalité est organisée dans le mois qui suit l'événement. La méthode « *alarme* » visant à rechercher les causes profondes de l'incident est utilisée.

3.4.2 Les requêtes et les plaintes

Les plaintes et réclamations sont suivies avec attention. Les réclamations sont transmises par écrit (par mail ou courrier) à la directrice de l'ESMPI ou à la juriste, également responsable des relations avec les usagers. La juriste diligente systématiquement une enquête et, une fois les éléments recueillis, adresse une réponse écrite à l'utilisateur.

Un registre recensant de manière complète les plaintes et les réclamations est tenu de façon rigoureuse et comprend les noms et prénoms du patient, ceux du déposant, le lien avec le déposant si ce dernier n'est pas le patient, l'objet, la réponse de l'établissement et la date à laquelle a été apportée la réponse. L'examen du registre du 1^{er} janvier 2021 au 11 novembre 2021 témoigne que la réponse apportée par l'établissement est rapide, dans les deux jours maximum. La juriste peut également se déplacer dans l'unité si le patient le demande. Les réclamations proviennent majoritairement des familles des patients qui souhaitent connaître la pathologie de leur proche et la nature des traitements dispensés.

Les plaintes sont rares, une à deux par an selon les informations recueillies. Les soignants peuvent accompagner le patient si nécessaire et des permissions de sortie sont accordés si besoin.

Toutes les plaintes et réclamations sont présentées à la commission des usagers (CDU) qui se réunit quatre fois par an.

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE FONCTIONNE ET REND DES AVIS ARGUMENTES MAIS RESTE MAL CONNU DES PROFESSIONNELS ET ENCORE PLUS DES PATIENTS

Il existe depuis 2017 un comité d'éthique à l'échelle de l'établissement d'au plus douze membres accompagnés par un modérateur. Au moment de la visite, il est composé de neuf personnes de champs professionnels divers ayant tous, sauf la professeure de philosophie, des fonctions ou d'anciennes fonctions exercées auprès de la fondation Boissel. Il est présidé par un administrateur de la fondation. Depuis la visite des contrôleurs en 2019 sur le site de Bourgoin-Jallieu, le comité d'éthique n'a pas prospéré dans sa composition puisqu'il n'y a toujours pas de représentants extérieurs.

Doté d'un règlement intérieur, il doit se réunir quatre fois par an. Tout membre du personnel ou usager de la fondation peut le saisir par courrier ou à l'aide d'une fiche de saisine mais ses coordonnées ne figurent pas dans le livret d'accueil, ce qui permettrait au patient de le saisir directement. Les patients interrogés ainsi que les soignants n'en connaissent pas le rôle ni même l'existence.

Le comité d'éthique se réunit quatre fois par an. Les saisines portent sur les droits des patients (atteinte à la dignité des personnes, au maintien des liens familiaux, au respect du choix des patients en matière de soins somatiques, etc.). Les conditions d'isolement et de contention ainsi que la sexualité n'ont pas fait l'objet de saisine particulière et n'ont pas été abordées, malgré la recommandation du rapport de 2019 qui précisait que « le comité d'éthique doit s'emparer du sujet des restrictions de liberté et s'impliquer dans la réflexion institutionnelle sur l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement » et la réponse de l'ESMPI au rapport provisoire qui précisait que le comité d'éthique allait, d'ici décembre 2019, investir le sujet des restrictions de liberté, notamment celui de l'isolement et de la contention.

Si les avis bénéficient à l'ensemble des équipes et des patients, les contrôleurs n'ont pas identifié de saisine en provenance du site de Vienne.

En dehors du comité d'éthique de la fondation Boissel, il n'existe pas encore d'espace ou de relais du comité dans chaque établissement tel qu'inscrit au plan stratégique 2017-2021.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le comité d'éthique doit davantage aborder les sujets relatifs à l'isolement, la contention, la sexualité. Il gagnerait par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures sans attachement institutionnel plus nombreuses pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques et l'indépendance de ses prises de position.

Les patients doivent être informés par écrit des conditions de saisine du comité d'éthique.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « au cours de l'année 2021, le comité d'éthique s'est restructuré afin d'être plus organisé et plus attractif. Dans cette dynamique, des annonces ont été faites, notamment sur des réseaux sociaux tel que LinkedIn, et par sollicitation des réseaux de chacun. Une large diffusion a également été faite dans le journal périodique de la Fondation, le "Quoi de neuf Georges ?", distribué aux salariés de la Fondation ainsi qu'aux partenaires extérieurs. Dans cette dynamique, un médecin urologue

retraité, n'ayant jamais travaillé pour la Fondation Georges Boissel, a rejoint le Comité d'éthique au cours de l'année 2022. En outre, et notamment suite aux recommandations du CGLPL lors de sa visite, le comité d'éthique s'est saisi de la question de la sexualité des patients. Ce sujet a donc été traité lors de la réunion du 9 juin 2022 et la réflexion sur ce sujet se poursuivra lors de la prochaine séance, le 15 septembre 2022. Enfin, des affiches relatives au comité d'éthique, précisant notamment ses missions et ses modalités de saisine sont désormais présentes dans toutes les unités, depuis fin décembre 2021 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces améliorations et **considèrent la recommandation prise en compte.**

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LA PRISE EN CHARGE A L'ARRIVEE, NOTAMMENT AUX URGENCES, EST ACTUELLEMENT EN REORGANISATION ET INSUFFISAMMENT PROTOCOLISEE

Un peu plus de la moitié des patients admis en service psychiatrique proviennent des urgences du CH. Pendant plusieurs mois le service des urgences n'a pas disposé de médecin psychiatre, ce sont les médecins du service qui assuraient à tour de rôle une permanence. Bien que non formalisées par un protocole, les relations entre les urgences et le service étaient considérées comme bonnes. Dès que les médecins urgentistes suspectaient un cas de nature psychiatrique, un contact téléphonique était établi. Par téléphone, un premier tri était réalisé qui aboutissait soit à une admission en psychiatrie soit à la prise de rendez-vous pour une consultation ultérieure.

L'arrivée d'un médecin spécialiste (0,8 ETP) directement affecté aux urgences doit nettement améliorer la situation même si sa disponibilité temporelle ne sera pas totale (cf. recommandation § 3.3). L'équipe de liaison est composée de deux infirmiers spécialisés présents de 8h30 à 17h00. Le nouveau médecin affecté doit désormais assurer une permanence tous les matins et assurer la coordination et l'animation de l'équipe. Une concertation régulière et institutionnelle entre les urgences et le site de Vienne apparaît en effet nécessaire.

A son arrivée dans le service des urgences, lui-même en manque d'effectifs (16,5 ETP réalisés pour 22 prévus), le patient qui présente des troubles de nature psychiatrique est conduit dans une chambre d'apaisement où il peut être contenu (mais selon le chef des urgences ces contentions sont très rares) sans que ces contraintes ne fassent l'objet de quelque enregistrement que ce soit. Les admissions de patients de ce type représentent 6 à 7 % de l'activité des urgences (de l'ordre de 45 000 par an).

RECOMMANDATION 6

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement effectuée par les soignants.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « les urgences dépendent du CHV et non de l'ESMPI. Cette recommandation doit être transmise au CHV ».

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « le centre hospitalier de Vienne est un établissement qui n'est plus un établissement autorisé en psychiatrie. Je souhaite rappeler que le registre d'isolement et de contention n'est obligatoire que dans les établissements autorisés en psychiatrie donc pas au CH de Vienne ».

Les contrôleurs rappellent que le CGLPL peut émettre des recommandations au-delà des exigences légales. Par ailleurs, ils portent à la connaissance du centre hospitalier que les recommandations de bonne pratique clinique « prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences » émises le 31 mars 2021 par la Société Française de Médecine d'Urgence précise: « chaque établissement doit tenir un registre qui mentionne, pour chaque mesure d'isolement ou de contention, le nom du médecin ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée (article L. 3222-5-1 CSP loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). Ce registre doit notamment être présenté au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, à sa demande ». De plus, si les services des

urgences ne sont pas soumis à la certification de la Haute Autorité de Santé, néanmoins les recommandations émises par cette autorité, en particulier sur l'isolement, sont opposables au corps médical. L'ensemble du corpus de normes et recommandations (de l'isolement et contention) permet au CGLPL d'établir des recommandations dans les services d'urgences, sur les modalités de prise en charge des patients relevant de la psychiatrie.

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

En raison des contraintes immobilières et sanitaires (pandémie de Covid-19), les locaux d'accueil de l'unité de liaison ont été réduits. Il existe une chambre d'apaisement spécialement réservée pour les cas de nature psychiatrique. Cette chambre, qui peut être considérée comme une chambre d'isolement dans la mesure où des patients peuvent y être contentionnés, est dans un mauvais état et ne dispose pas des équipements estimés nécessaires pour ce type de situation : absence de point d'eau, sonnette d'appel, horloge. Le mobilier est disparate et peu fonctionnel. Les circonstances comme la montée en activité des urgences ou l'épidémie de Covid-19 peuvent expliquer une situation qui ne peut toutefois perdurer et doit faire l'objet d'une nette amélioration. Il faudrait sans doute une équipe de psychologues attirée au service des urgences.

Le transport des patients du site des urgences vers l'établissement nécessite le recours à des ambulances de Vienne, ce qui peut conduire à de longs et inconfortables délais d'attente, en particulier la nuit et les week-ends.

RECOMMANDATION 7

La chambre d'isolement du service des urgences doit faire l'objet d'une remise à niveau et comporter un dispositif d'appel accessible pendant les phases de contention, un accès à un point d'eau, une horloge permettant se repérer dans le temps.

Le service de liaison doit retrouver la complète disponibilité de ses locaux.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « les urgences dépendent du CHV et non de l'ESMPI. Cette recommandation doit être transmise au CHV ».

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « le centre hospitalier de Vienne est un établissement qui n'est plus un établissement autorisé en psychiatrie. Je souhaite rappeler (...) que la chambre (...) n'est pas conforme aux recommandations de la SFMU (société française de médecine d'urgence) pour accueillir les patients agités ayant des troubles mentaux. Ces recommandations ne concernent pas l'ESMPI ».

Les contrôleurs rappellent ce qu'ils ont indiqué supra en réponse à la recommandation précédente et **maintiennent leur recommandation**, aucune précision n'étant donnée sur le réaménagement de la chambre d'isolement aux urgences.

4.2 LA PART DES SOINS SANS CONSENTEMENT EST MAITRISEE MAIS LE NOMBRE D'HOSPITALISATIONS POUR PERIL IMMINENT ANORMALEMENT ELEVE

4.2.1 L'activité en psychiatrie générale sur le site de Vienne

Le site de Vienne compte cinquante lits d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie générale, soit 36 % de l'offre de l'ESMPI. Il réalise, en 2019, 22,1 % des séjours à temps plein de l'ESMPI et 26,7 % en 2020. La file active des patients hospitalisés à temps plein sur Vienne est en

augmentation en 2020 mais pèse pour moins d'un tiers dans la file active globale des patients hospitalisés (32,4 % contre 30,5 % en 2019).

Le virage ambulatoire amorcé depuis plusieurs années s'est trouvé majoré en 2020 sous l'effet de la pandémie avec une hausse de l'activité d'hospitalisation de jour et des consultations ambulatoires mais qui ne s'est pas vraiment traduite sur le site de Vienne à l'instar du reste de l'établissement. Ainsi, les patients de l'unité 15, dont la vocation est de préparer par le rétablissement la sortie des patients, sont restés hospitalisés plus longtemps.

Globalement le nombre de séjours est stable si on fait abstraction de l'année 2020 (autour de 500 séjours) et la forte baisse de la DMS enregistrée à nouveau en 2021 (- de 30 jours, ce qui est assez rare pour être souligné) traduit une meilleure utilisation des lits d'hospitalisation.

4.2.2 La gestion de la suroccupation

Les unités 14 et 15 reprises depuis 2017 par la fondation Boissel ont connu une évolution positive. L'unité 14 était plutôt dite d'admission et la 15 de long cours. Grâce à un important travail de déchronicisation, l'unité 14 (la 15 n'étant pas concernée) a retrouvé des marges d'accueil qui lui évitent d'être suroccupée (depuis juillet 2020 cette unité n'a plus dépassé 100 % de taux d'occupation moyen avec des taux comparativement bas en 2021 autour de 82 % - au jour du contrôle 92 %).

Ceci coïncide peu ou prou aussi avec la suppression d'un lit en surnombre jusqu'alors installé dans un bureau dans chaque unité, avec la mise en place en 2021 de nouvelles possibilités d'admissions directes à l'unité 15 et avec quelques orientations vers le site de Bourgoin-Jallieu pour les patients difficiles. C'est le cas notamment lorsque, sur le site de Vienne, il n'y a pas de chambre d'isolement disponible ou pour des entrées à partir de 20h ; cela se produit en moyenne une fois par mois.

A titre d'illustration, à l'unité 14, il y avait 75 % de patients hospitalisés depuis longtemps, il ne reste plus aujourd'hui que cinq patients présents depuis plusieurs années. Ce résultat est le fruit d'un travail avec les assistantes sociales, les familles et les tuteurs pour rendre possibles des retours à domicile ; certains sont également partis en EHPAD ou en appartements thérapeutiques.

4.2.3 L'activité relative aux soins sans consentement

La part des hospitalisations sans consentement sur le site de Vienne qui était de 22 % en 2018 et 2019 a légèrement augmenté en 2021 (24 %) mais reste en-deçà de chiffres plus alarmants rencontrés dans d'autres établissements (entre 40 et 60 %) mais également sur le site de Bourgoin-Jallieu. Ceci peut être analysé comme un signe d'amélioration de l'accès à l'hospitalisation pour des patients plus lourds sans nuire à celui de l'hospitalisation libre (à l'exception de l'atypie de l'année 2020 du fait des confinements), modalité d'hospitalisation qui progresse également (412 en 2018, 445 en 2019 et 454 sur 11 mois en 2021). Par ailleurs, en raison des locaux et de l'absence d'un médecin la nuit, l'ESMPI préfère transférer les patients en soins sans consentement (SSC) sur le site de Vienne.

La part des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat (SPDRE) est stable (moins d'une trentaine par an). Le nombre de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) est stable lui aussi.

		Mesures d'hospitalisation en psychiatrie											
		Nombre de mesures total				Nombre de mesures à Vienne				Nombre de mesures à Bourgoin-Jallieu			
		2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021	2018	2019	2020	2021
Patients hospitalisés à temps plein	Total	2285	2532	1856	1639	528	577	212	598	1757	1955	1644	1041
	en soins libres	1752	1688	1333	1173	412	445	63	454	1340	1243	1270	719
	en soins sans consentement	533	844	523	466	116	132	149	144	417	712	374	322
Totalité des soins psychiatriques sur décision du directeur	Total	443	735	440	381	94	111	125	115	342	624	315	266
	dont SDT ordinaires	139	188	91	86	41	35	46	46	98	153	45	40
	dont SDPU	190	335	215	168	25	30	29	18	165	305	186	150
	dont SPI	114	212	134	127	28	46	50	51	86	166	84	76
Totalité des soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état (SPDRE)	Total	90	109	83	81	22	21	24	29	68	88	59	56
	dont à la demande du maire	Données non connues											
	dont personnes détenues	Non concerné											
	dont décision judiciaire	5	7	7	8	1	1	1	2	4	6	6	6
	dont transformation SDT en SDRE	Données non connues											

Si on rapporte le poids des SPDT et les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) à l'ensemble des hospitalisations sur décision du directeur de l'établissement (SPDDE) marquant l'attention portée à disposer d'un tiers à la mesure, il est en 2021 à Vienne de 65,2 %, à Bourgoin-Jallieu de 71,4 %, ce dernier site faisant toujours mieux chaque année en la matière.

Le site de Vienne hospitalise proportionnellement moins de patients avec un seul certificat médical que le site de Bourgoin-Jallieu mais c'est en revanche celui dont la part des soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI), considérés comme le mode dégradé ne réunissant pas l'ensemble des conditions d'évaluation du bien-fondé des mesures de SSC (absence de tiers, un seul certificat médical), est la plus forte et en augmentation chaque année (35 % des patients en SSC).

RECOMMANDATION 8

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent doit rester exceptionnel. L'établissement doit rendre plus efficace sa recherche de tiers lorsqu'un patient nécessite des soins sans son consentement. A ce titre, la procédure élaborée par l'établissement datant de février 2021 relative aux soins psychiatriques en cas de péril imminent doit définir expressément les conditions de recherche du tiers et la traçabilité du résultat dans le certificat médical de 24H et dans le dossier du patient.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous prenons en compte votre recommandation et nous ajusterons nos pratiques. Nous veillerons au respect de la procédure existante ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la manière dont les pratiques vont être modifiées.

4.3 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST LACUNAIRE

4.3.1 L'information générale

L'information écrite et orale des patients est prévue et organisée mais n'est pas forcément exhaustive. En effet, l'information générale sur le fonctionnement de l'établissement est accessible : le livret d'accueil (qui intègre depuis un an le site de Vienne) est systématiquement remis aux patients. Il est clair et comprend toutes les informations utiles. Néanmoins, les règles de vie spécifiques des unités ne sont pas formalisées, remises aux patients et affichées.

RECOMMANDATION 9

Les règles de vie des unités doivent être formalisées, remises aux patients et affichées.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous avons pris en compte votre recommandation ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modalités pratiques choisies pour prendre en compte la recommandation.

Des panneaux d'affichage sont présents dans les unités. Ils sont clairs et bien tenus et comprennent toutes les informations utiles.

4.3.2 L'information des patients en soins sans consentement

En matière d'hospitalisation sous contrainte, plusieurs difficultés relevées sont les mêmes que celles constatées en 2019 sur le site de Bourgoin-Jallieu.

Il est en effet apparu que les décisions d'admission, préparées au bureau des entrées (BDE) après seconde vérification de la régularité des certificats médicaux⁴, sont parfois prises avec plusieurs heures de décalage par rapport à la prise en charge effective du patient, à l'exception des SPDRE. Deux éléments contribuent à ce défaut de concordance : dans certains cas, un retard dans l'information donnée au BDE de l'arrivée d'un patient en unité ; l'absence de signature à partir de la fermeture du BDE à 17h, la nuit et les week-ends, des administrateurs ayant délégation de la directrice (ainsi une décision d'admission pour une entrée le vendredi en fin d'après-midi ne sera signée - antidatée du vendredi - que le lundi matin) ; en outre les notifications peuvent être faites avec quelques jours de retard bien que mentionnant toujours la date de la décision du directeur. Or, la signature des décisions et la notification doivent être assurées sept jours sur sept, le week-end et les jours fériés pour tous les patients en SSC quel que soit leur statut. A ce titre, l'ESMPI devrait élaborer une procédure sur la marche à suivre dans ce cadre (fin de journée et week-end) et les rôles et places de chacun.

Les notifications semblent être réalisées dans les délais mais il est impossible de le vérifier avec exactitude car la date de signature du patient est pré-remplie et n'est pas corrigée lors de la notification effective. Enfin, les décisions accompagnées du certificat médical ne sont pas systématiquement remises aux patients lors de la notification alors même qu'elles ne sont motivées que par le visa du ou des certificats médicaux.

⁴ Un premier contrôle étant fait par les secrétaires des unités.

RECOMMANDATION 10

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

L'organisation de l'établissement doit permettre également la rédaction et la signature des décisions d'admission du directeur dès la prise en charge effective du patient (voir recommandation faite en 2019) et leur notification sans délai.

La notification doit comprendre la date de signature effective du patient.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « depuis la visite du CGLPL en 2019, la procédure interne prévoit que les certificats médicaux soient annexés aux décisions de directeur afin que les motifs de l'hospitalisation soient connus du patient lors de la notification. En outre, du personnel administratif a été recruté pour les week-ends et jours fériés. Celui-ci procédera à l'application des recommandations liées au placement en soins sans consentement (décisions de directeur, etc.) ».

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « la cellule « soins sans consentement de l'Arc Alpin » de l'ARS sera informée des retards que vous avez constatés dans l'élaboration des décisions administratives pour les soins sans consentement qui relèvent du ressort de la Direction de ce centre hospitalier ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et **maintiennent leur recommandation**.

Néanmoins, il est à souligner qu'une référente est nommée sur ce sujet, la référente des relations avec les usagers, qu'elle est bien identifiée des équipes, très disponible et qu'elle se déplace dans les unités pour former les professionnels. Elle projette d'élaborer en 2022 un guide sur les patients en soins sans consentement ce qui est une initiative à saluer positivement. Par ailleurs, l'établissement dispose de plusieurs outils très utiles : le logiciel *Planipsy* qui calcule automatiquement les échéances et réduit le risque d'erreur, le calendrier partagé qui rappelle pour chaque jour les démarches à suivre. Enfin, une paire-aidante intervient au service qualité notamment sur les droits des patients et elle est intervenue lors d'une journée dédiée à ce sujet en mai 2021.

BONNE PRATIQUE 1

L'intervention d'une paire-aidante au service qualité, et notamment sur les droits des patients, permet d'approcher cette question du point de vue du patient lui-même.

4.3.3 L'accès au dossier médical

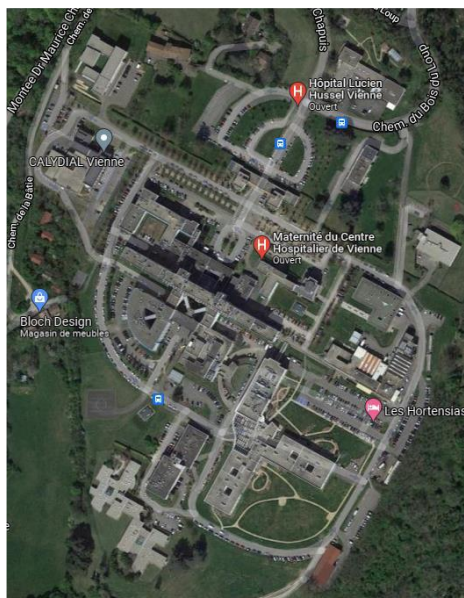
Pour accéder à son dossier médical, le patient doit adresser un courrier manuscrit à la référente des relations avec les usagers avec copie de sa carte d'identité. Celle-ci sollicite l'avis du médecin avant de faire droit à la demande.

En pratique, il y aurait peu de demandes des patients.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES LOCAUX ONT DES ATOUS INDENIABLES MAIS MANQUENT D'EQUIPEMENTS DE BASE POUR REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS

Les bâtiments du site de Vienne se situent à l'extrémité de l'entrée du CH. Faute de signalisation, il n'est pas aisé de les trouver.



Le site de Vienne comprend les bâtiments qui se trouvent en bas à gauche du CH

Les locaux disposent d'atouts mais nécessiteraient d'être réhabilités et réaménagés. Depuis 2017, l'ESMPI a effectué des travaux permettant que les locaux soient dans un état correct. Néanmoins, la configuration du bâtiment reste perfectible : beaucoup de chambres sont doubles, il n'y a pas de douches dans les chambres et, faute de système d'aération, il y fait très chaud en été (cf. recommandation § 3.2).

Les deux unités sont conçues suivant le même modèle : elles sont de plain-pied et comportent cinq ailes à partir d'un patio intérieur central, ce qui les rend lumineuses. Celui de l'unité 14 est doté de nombreuses plantes vertes, ce qui lui donne un aspect chaleureux, propice aux activités des patients.



Patio intérieure de l'unité 14



Patio de l'unité 15

Les unités sont constituées de différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants.



Couloir et salon

Chaque unité est dotée de 25 lits répartis en quatre ou cinq chambres doubles et quinze ou dix-sept chambres individuelles. Elles sont plutôt spacieuses et lumineuses et manifestement refaites à neuf il y a peu de temps.



Chambres individuelles et doubles

Les portes des chambres ne sont pas équipées de hublots, ce qui permet aux patients d'être à l'abri des regards depuis le couloir. En revanche, la plupart des fenêtres, qui donnent sur le jardin, n'ont pas de film occultant, ce qui expose les patients à la vue de ceux qui se promènent sur les pelouses extérieures, accessibles à tous.



L'intérieur de chambres de patients est visible de l'extérieur

L'ouverture des fenêtres est possible de 10 cm au maximum, ce qui est insuffisant pour assurer l'aération d'une chambre, surtout pendant les mois chauds.

RECOMMANDATION 11

L'établissement doit apposer des films occultants sur la moitié basse des fenêtres des chambres des patients afin que leur intimité soit préservée sans qu'ils soient privés de la vue extérieure. L'ouverture des fenêtres doit être possible bien au-delà de 10 cm pour permettre l'aération de la pièce.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous allons faire un devis pour installer des films occultants. S'agissant des fenêtres, nous ne pouvons procéder aux travaux ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

Les patients ont la possibilité d'utiliser un verrou de confort qui leur permet de se protéger des intrusions. Ils peuvent aussi fermer à clefs leur chambre lorsqu'ils en sortent.

Chaque chambre est équipée d'un placard fermant à clefs mais ces dernières sont souvent perdues par des patients. Des fermetures à code seraient préférables.

Aucune chambre n'est équipée de télévision, contrairement ce qui est offert dans l'établissement-mère de Bourgoin-Jallieu, une différence de traitement mal vécue par les patients transférés.

RECOMMANDATION 12

Un poste de télévision doit être installé dans chaque chambre.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « des devis ont été réalisés pour mettre un poste de télévision dans chaque chambre. Néanmoins, le coût de cette installation est prohibitif. Cependant, nous allons installer une seconde télévision dans chaque unité ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation** dans l'attente de l'installation d'une seconde télévision dans chaque unité.

La télévision peut être regardée dans des « salles TV », une de l'unité 14 étant attenante au patio (cf. § 6.3.3). Les patients ont aussi accès à des salles d'activités (dessin, peinture, jeux, etc.).

Les patients ont accès à des espaces extérieurs mais qui semblent insuffisamment investis et peu exploités.

5.2 LES CHAMBRES NE COMPORTENT PAS DE DOUCHE

Le patient dispose dans sa chambre d'un petit cabinet de toilette doté d'un lavabo, d'un miroir et d'un WC en porcelaine sans abattant (comme sur le site de de Bourgoin-Jallieu, ce qui avait donné lieu à une recommandation).



Cabinet de toilette en chambre et salle de bain collective

Les douches sont collectives. Pour 25 lits, l'unité 14 dispose de cinq douches individuelles et de deux baignoires, l'unité 15 d'une douche triple, de deux douches individuelles et d'une baignoire. Elles sont accessibles en permanence dans la première unité et de 7h à 21h dans la seconde.

Bien que l'ESMPI ne soit que locataire du CH de Vienne, et que l'installation d'une douche dans chaque chambre nécessite de casser des cloisons, l'établissement, s'il demeure encore plusieurs années à Vienne, devrait rapidement l'envisager.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Dans l'immédiat, l'établissement doit installer des abattants aux WC. Dans le cadre d'une restructuration future des locaux, une douche devra être prévue dans chaque chambre.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « les abattants de WC ont été installés. S'agissant des douches dans chaque chambre, cette installation est impossible. En outre, nous ne pouvons pas restructurer les locaux. Néanmoins, dans le projet de relocalisation, nous prévoyons des douches dans chaque chambre ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.

Les contrôleurs ont pu constater un bon état de propreté des locaux.

Le lavage du linge est fréquemment assuré par la famille, mais il peut être effectué sur place avec le concours des aides-soignants.

Les patients peuvent obtenir des habits de dépannage en s'adressant au CH de Vienne.

5.3 LES PATIENTS PEUVENT METTRE LEURS BIENS EN SECURITE ET UNE ATTENTION PARTICULIERE EST ACCORDEE A LA REMISE REGULIERE D'ARGENT

A l'arrivée d'un patient, l'inventaire contradictoire est réalisé par deux soignants, afin d'éviter toute accusation de vol. Il est alors proposé au patient de mettre l'argent liquide, sauf une petite somme, et les bijoux dans le coffre situé au premier étage du bâtiment, au bureau des entrées. En dehors des horaires d'ouverture de ce dernier, chaque unité dispose de son coffre-fort. Une

copie est faite des documents administratifs. Les patients disposent des clés de leurs placards ce qui leur permet d'accéder à leurs biens et de les mettre en sécurité (cf. § 5.1).

Sont interdits les couteaux ou autres objets tranchants, les produits toxiques, l'alcool, les bouteilles de parfum en verre, les rasoirs mécaniques à lames et, pour les personnes suicidaires, les ceintures.

Au 25 novembre 2021, on comptait cinq patients sous tutelle et quatorze sous curatelle.

L'implication des assistantes sociales (ASS) permet une identification satisfaisante des patients nécessitant une protection juridique. Néanmoins, les délais pour obtenir la désignation d'un tuteur ou curateur sont longs. La présence des ASS permet aussi la préparation de projets de sortie ou de retours à domicile, comme cela a pu être le cas dans le service 15 pour l'orientation des patients au long cours (cf. § 9.3).

Favorisés par les assistantes sociales, des versements sont effectués sur le compte « *argent de poche des patients* » au bureau des entrées. Ainsi, les patients concernés peuvent retirer de l'argent les lundis et jeudis de 9h à 12h. Pour un patient que sa pathologie ne rend pas apte à conserver de l'argent plus d'une journée, un versement de deux euros chaque jour effectué par les IDE a été mis en place avec succès.

Les patients qui disposent de cartes de retrait, et qui sont autorisés à sortir seuls ou accompagnés, peuvent se rendre à un distributeur automatique de billets du centre-ville, en bus ou grâce à une voiture du service.

Pour les patients en soins sans consentement sans tutelle ni curatelle, les assistantes sociales peuvent en proposer une. Qu'il y ait accord ou désaccord de l'intéressé, la procédure prend environ quatre à six mois.

5.4 LA QUALITE DE LA NOURRITURE, LIVREE PAR LE CENTRE HOSPITALIER DE VIENNE, EST TRES MOYENNE

Les repas sont pris sur quatre créneaux horaires : le petit déjeuner de 8h à 8h30, le déjeuner de 12h à 12h45, la collation vers 16h, le dîner de 19h à 19h45.

Chacune des deux unités dispose d'une salle à manger où se déroulent les repas. A titre exceptionnel, un patient peut manger avec un plateau dans sa chambre. C'est le cas dans les quatre premiers jours après son arrivée dans l'unité si le test Covid est négatif, avant un second test négatif. C'est le cas dans les dix premiers jours après son arrivée dans l'unité si le test Covid est positif. C'est le cas également si le patient éprouve de grosses difficultés à être en contact avec les autres, mais cette période de retrait demeure limitée dans le temps.

La nourriture est livrée par le CH de Vienne par camion frigorifique avant d'être mise en chauffe pendant trois quarts d'heure.

Les deux salles à manger sont organisées en tables de quatre patients. Dans l'unité 14, les plats sont disposés sur les tables afin que les patients s'organisent en autonomie pour le service. Des soignants sont présents en cas de difficultés, par exemple si un patient accapare une trop grosse proportion des aliments au détriment des trois autres. Lors du contrôle, l'unité 15 avait un autre fonctionnement : chaque patient était servi à l'assiette par les soignants. Mais la cadre de santé prévoyait d'adopter le même système « *autogéré* » que l'unité 14 à partir de janvier 2022, si possible.

La qualité des repas est très moyenne selon le ressenti des patients, ceux qui ont pu comparer préfèrent ceux servis à Bourgoin-Jallieu. La quantité de la nourriture semble un peu insuffisante,

surtout pour le dîner, mais le sentiment de satiété est altéré par certains médicaments en psychiatrie.

Les patients ont la possibilité de demander des menus spécifiques. Au moment du contrôle, on comptait sept régimes « *sans viande* » à l'unité 14, quatre menus « *sans viande* » et deux « *sans porc* » à l'unité 15.

Les repas sont programmés sur une plage horaire de 45 minutes mais ils se déroulent en fait plus rapidement, du fait des patients. Les contrôleurs ont observé que peu de patients restent à table plus de 15 à 20 minutes et qu'aucun ne dépasse 25 minutes.



Salles à manger des unités 14 et 15

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA FERMETURE D'UNE UNITE, POUR DES RAISONS CONJONCTURELLES, ENTRAINE UNE RESTRICTION DE LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR SYSTEMATIQUE

6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

Le principe est la liberté d'aller et venir, l'établissement ne liant pas le statut des patients en soins sans consentement à la fermeture des unités. Cependant, ce principe n'est pas actuellement mis en œuvre. En effet, si l'unité 15 est « ouverte », l'unité 14 est « fermée » depuis février 2021 en raison de la problématique de certains patients dits « difficiles ». Cette fermeture générale conduit à ce que des patients en soins libres soient hospitalisés dans une unité fermée. Ceux qui sont autorisés à sortir de l'unité 14 sont contraints de demander au personnel soignant l'ouverture de la porte. Le grand jardin extérieur clôturé reste en revanche ouvert à tous.

RECOMMANDATION 13

La fermeture d'une unité ne peut être générale. Les restrictions à la liberté d'aller et venir des personnes admises sous le régime des soins libres n'ont aucune base légale et doivent cesser. S'agissant des patients en soins sans consentement, les restrictions doivent être justifiées médicalement. L'établissement doit mettre en place des dispositifs permettant la liberté d'aller et venir des patients qui y sont autorisés, tels la remise de badges magnétiques d'accès.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « la fermeture d'une unité n'est jamais totale et elle reste très exceptionnelle (en fonction de la clinique des patients). Pour les soins sans consentement, toutes les restrictions sont justifiées médicalement. S'agissant des badges magnétiques, le coût d'installation de ceux-ci sur l'ensemble des locaux est trop important. Nous notons cette recommandation dans le cadre de la relocalisation des unités viennoises ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la réouverture de l'unité 14 et aucun autre dispositif, autre que les badges magnétiques d'accès, n'étant envisagé par l'établissement.

Lorsque les patients sont autorisés à sortir de la zone psychiatrie, ils peuvent marcher dans l'enceinte du CH de Vienne, par exemple pour se rendre à la cafétéria. Mais l'établissement est mal conçu pour la circulation piétonnière : bien des voies ne sont adaptées qu'aux véhicules automobiles et sont dépourvues de trottoirs.

Des patients en soins sans consentement sont parfois autorisés à sortir de leur unité sous conditions. Une jeune femme en SPDT ne peut quitter son unité qu'une heure par jour, accompagnée de l'un de ses parents. Un jeune homme en SPDTU ne peut se rendre à la cafétéria qu'avec sa mère. Un homme en SPPI peut sortir si son comportement le permet et s'il a pris ses médicaments. Une femme en SPDT peut sortir avec sa mère certains jours, décidés par le médecin.



Jardin extérieur d'une des deux unités de psychiatrie

6.1.2 La gestion de la sécurité

La zone des deux unités de psychiatrie n'est que partiellement clôturée. Chaque unité dispose d'une porte extérieure où il faut sonner pour se faire ouvrir. Au premier étage, il est possible d'accéder aux bureaux administratifs par un escalier extérieur : il faut sonner à une porte devant laquelle le palier est filmé par une caméra dont les images sont diffusées au secrétariat et au bureau des entrées. C'est la seule caméra de vidéosurveillance de la zone de psychiatrie.

En raison d'intrusions en soirée et du comportement de familles un peu violentes, ainsi que pour limiter le risque d'attentat, l'établissement a fait appel à une société de sécurité pour l'année 2021 : un agent surveillait la zone chaque jour de 19h à 7h. Mais le 31 décembre 2021, la direction n'a pas reconduit le contrat, estimant que payer 10 000 € par mois une société qui place un agent dormant dans son véhicule n'est guère utile.

Cette surveillance nocturne n'a eu aucun effet favorable pour juguler l'entrée de stupéfiants dans les unités de psychiatrie, puisque ces intrusions se déroulent surtout de jour. Le 15 octobre 2021, un signalement a été effectué concernant un patient vendant des stupéfiants à d'autres patients de l'unité 15, trafic repéré depuis plusieurs mois. Des *dealers* osent même se garer en Mercedes devant les unités de psychiatrie, ce qui a été signalé au PC sécurité du CH et à la police et a permis d'interrompre le trafic pendant une courte période.

En cas de doute, le personnel soignant propose au patient une fouille de sa chambre, ce qui est très généralement accepté par l'intéressé. Si des substances sont découvertes, elles sont d'abord mises au coffre de l'unité avant d'être transférées à l'établissement de Bourgoin-Jallieu.

Si un patient entre en crise violente, une alarme est déclenchée. Chaque soignant est équipé d'un dispositif de PTI qui alerte à la fois tout le personnel de la zone psychiatrie et le PC sécurité incendie du CH. Ce dernier, presque toujours, réalise une « *levée de doute* » en appelant le PTI qui a été déclenché. Cette procédure est estimée peu efficace puisque celui qui déclenche l'alerte est rarement disponible pour répondre au téléphone alors qu'il est confronté à une crise violente d'un patient.

Le 7 novembre 2021, un PTI a été déclenché, deux agents du PC sécurité du CH se sont déplacés et l'un des deux a ouvertement critiqué la décision prise de priver un patient de son tabac la nuit. Selon des soignants, une telle tension est parfois constatée entre eux et les agents de sécurité du CHV.

Il arrive que des agents de sécurité aident des soignants pour placer un patient en chambre d'isolement.

La réactivité du PC sécurité n'est pas toujours aussi forte que le souhaiteraient les soignants de psychiatrie : les agents sécurité ne sont que deux, rarement trois, 24 heures sur 24 pour l'ensemble du CH de Vienne avec pour mission principale la sécurité incendie, mais aussi le standard téléphonique et la sûreté.

Des vols sont parfois constatés au sein des unités de psychiatrie. Par exemples, les 16 et 17 octobre 2021, au sein de l'unité 15, ont été dérobés 30 € et 40 € dans les portefeuilles de deux soignants.

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT RARES ET INDIVIDUALISEES, A L'EXCEPTION DU PORT DU PYJAMA

6.2.1 Les horaires

Les portes de l'unité 15 sont ouvertes de 7h à 20h30, alors que l'unité 14 est placée sous le régime fermé depuis février 2021 (cf. § 6.1).

Quelle que soit l'unité, les restrictions dans la vie quotidienne sont individuelles et rares, toute fondées sur l'état clinique du patient. Les patients ont un accès libre à leur chambre ainsi qu'au jardin extérieur clôturé. Ce dernier est ouvert dès 6h afin de permettre aux « lève-tôt » de pouvoir fumer.

La fin de journée est généralement rythmée par le dernier programme du soir à la télévision. A l'unité 14, les patients peuvent rester devant la télévision collective jusqu'à 23h, avec une tolérance de 15 à 20 minutes s'il y a un « bon » film en cours. En revanche, la salle télé de l'unité 15 n'est ouverte que de 9h30 à 22h, avec une application souple selon des patients. A défaut de télévision dans chaque chambre, les horaires d'accès aux salles communes de télévision devraient être assouplies pour l'unité 15 et harmonisés entre les deux unités avec la garantie de pouvoir regarder le programme de première partie de soirée jusqu'à son terme.

6.2.2 L'accès au tabac

La règle générale est l'accès libre au tabac, ainsi qu'au briquet, sauf exceptions. Dans l'unité 14, un patient a demandé que les soignants conservent ses cigarettes, car il se faisait « taxer » par d'autres patients. Dans l'unité 15, au moment du contrôle, les soignants distribuent au compte-gouttes les cigarettes pour deux patients qui ne parviennent pas à réguler leur surconsommation. L'usage du tabac est interdit dans les chambres, notamment pour la sécurité incendie, règle régulièrement violée, surtout en saison froide et la nuit. Dans l'unité 15, si un patient fume dans sa chambre, après trois rappels de l'interdiction, les cigarettes sont récupérées par les soignants et distribuées à la demande pendant trois jours. Cette procédure mise en place fin 2020 donnerait de bons résultats.

Plusieurs abris pour fumeurs sont aménagés dans les jardins extérieurs clôturés.



Des abris pour fumeurs dans les jardins extérieurs clôturés

6.2.3 L'usage du pyjama

La mise en pyjama est systématique pour les patients en chambre d'isolement et pour ceux qui présentent un risque élevé de fugue. Les contrôleurs s'interrogent sur l'efficacité d'une telle indication, qui d'ailleurs ne l'a pas du tout été dernièrement, et estiment qu'il est préférable de privilégier la dignité de la personne et son estime d'elle-même, la mission des soignants étant de soigner, non de surveiller. Cette tenue, de couleur verte, est par ailleurs proposée aux patients démunis de vêtements propres.

Lors de leur arrivée, les contrôleurs ont pu voir une patiente en pyjama déambuler dans les couloirs, alors qu'elle est régulièrement placée à l'isolement.

Quelques jours avant le contrôle, un patient en SPPI de l'unité 14 a fugué alors qu'il se trouvait en permanence en pyjama.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le port du pyjama ne doit pas être systématiquement imposé en chambre d'isolement, en sortie de chambre d'isolement ou pour les patients en risque de fugue, mais seulement prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous avons pris en considération votre recommandation. Toutefois, notez que le maintien en pyjama n'est pas systématique. Il est lié à la clinique du patient ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité avoir davantage de précisions sur sa mise en œuvre dans la mesure où ils ont constaté des pratiques systématiques de mise en pyjama en chambre d'isolement.

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT ASSUREES MAIS UN POINT-PHONE NE PERMET PAS LA CONFIDENTIALITE DES CONVERSATIONS ET LE RESEAU WIFI A UN DEBIT TRES FAIBLE

6.3.1 L'usage du téléphone

L'usage du téléphone est libre, sauf exceptions. les patients sont autorisés à conserver leurs portables et leurs câbles de chargement.

Il peut être retiré au cas par cas pour certains patients qui utilisent l'appareil à des fins de harcèlement, ou ceux pour qui la téléphonie est une activité trop envahissante ou qui sont psychologiquement perturbés par certains appels.

Ceux qui ne possèdent pas de téléphone peuvent appeler et être appelés dans chacune des deux unités. Dans l'unité 14, une salle dite « *la bulle* » est prévue à cet effet, avec un téléphone fixe. Dans l'unité 15, le *point-phone* se trouve dans un couloir, donc il n'est pas possible d'avoir une conversation préservée des regards et des oreilles des autres. A titre exceptionnel, si un patient exprime le besoin d'une conversation intime, un téléphone sans fil du service peut être prêté pour un usage en chambre.



« *La bulle* » utilisée pour téléphoner (unité 14) et le *point-phone* (unité 15)

Au moment du contrôle, une patiente n'avait pas le droit d'utiliser un téléphone (unité 15), et une autre n'était autorisée à passer des appels que de 13h à 17h (unité 15). Dans les deux cas, la famille s'est plainte d'être importunée. Une troisième patiente dépose volontairement son téléphone portable auprès du personnel de 20h à 8h afin d'être préservée des appels de sa mère (unité 14).

RECOMMANDATION 14

Le *point-phone* de l'unité 15 doit être remplacé par une cabine ou une pièce permettant de préserver l'intimité et la confidentialité des conversations téléphoniques.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « réflexion menée sur la faisabilité en cours ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

6.3.2 L'organisation des visites

Les visites sont autorisées de 13h à 19h, selon les règles de l'ESMPI, la présence de mineurs devant être évoquée préalablement avec les soignants. En réalité, les deux unités pratiquent des horaires un peu plus restrictifs : de 13h à 18h30 pour l'unité 14 et de 14h à 18h30 pour l'unité 15.

Dans les deux unités, les visites en chambre sont possibles, même si elles ne sont pas recommandées lorsque deux patients partagent le même espace. D'autres lieux de rencontre sont possibles comme la bibliothèque, la salle télé, la « *bulle* » de l'unité 14, les espaces

extérieurs, sauf lorsque le patient n'est pas autorisé à s'y rendre. Il est aussi possible d'obtenir un bureau disponible dans la zone administrative (1^{er} étage).

6.3.3 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : presse, télévision, Internet

La presse écrite est peu diffusée dans les unités. Dans l'unité 14, un patient est abonné au *Dauphiné* et le prête. Dans l'unité 15, un exemplaire du *Dauphiné* est disponible chaque jour. La presse écrite est rarement demandée, les patients étant pour la plupart habitués à suivre l'actualité sur leur *smartphone*.

La télévision est peu utilisée comme pourvoyeuse d'informations. Il faut un accord entre patients sur le choix des programmes, or il y a parfois de graves altercations entre eux au moment d'opter pour tel ou tel programme de télé.

Il n'y a pas d'ordinateur à disposition des patients. Ceux qui ont un *smartphone* l'utilisent afin d'accéder aux réseaux sociaux mais le réseau wifi accessible dans les unités a un très faible débit.

RECOMMANDATION 15

L'établissement devrait faire en sorte que le débit du réseau wifi soit nettement augmenté afin que les patients puissent se connecter sans difficultés.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « le déploiement d'évasions Internet est en cours sur les sites hébergeant des patients/usagers, justement pour faciliter la navigation sur Internet pour les collaborateurs et les patients/usagers. Le site de Vienne fait partie des sites en cours de construction. Néanmoins, du fait de son hébergement au CHV, des études complémentaires sont faites pour valider avec l'informatique du CHV la faisabilité d'une évasion Internet dédiée à l'ESMPI ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et **maintiennent leur recommandation** dans l'attente du déploiement effectif d'internet.

6.4 L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE PAR PROCURATION OU PERMISSION DE SORTIE

Le vote par procuration est favorisé, en accompagnant le patient à la gendarmerie de Vienne (pour ceux qui y résident) afin d'accomplir les formalités administratives. Il peut y avoir aussi des permissions de sortie le jour de la consultation électorale.

Lors des dernières élections municipales, départementales et régionales, en 2020 et en 2021, le personnel ne se souvient pas qu'un patient ait manifesté son intention de voter malgré l'information dispensée.

Au moment du contrôle, les soignants prévoient de présenter les mêmes possibilités de participation à l'élection présidentielle d'avril 2022.

6.5 L'INFORMATION SUR L'ACCES AUX CULTES EST INSUFFISANTE

Conformément à l'engagement pris par la direction à la suite de la recommandation faite lors du rapport provisoire du site de Bourgoin-Jallieu, le livret d'accueil a été amélioré pour l'information donnée au patient sur l'accès au culte. Après la mention selon laquelle « *le personnel respecte les opinions et les croyances du patient qui peut demander, auprès du cadre de santé de l'unité, la visite d'un représentant du culte de son choix ou le contacter directement* », il est en effet noté

en rouge : « *la liste des numéros de téléphone des représentants des cultes est présentée en annexe* ».

Force est toutefois de constater que les numéros de téléphone et adresses figurant sur cette liste concernent pour l'essentiel des lieux de culte situés à Bourgoin-Jallieu (pour les églises catholiques, réformée protestante, évangéliste et la Mosquée) et Meyzieu pour la synagogue, informations peu utiles pour les patients hospitalisés à Vienne.

Aucune liste d'aumôniers susceptibles d'être contactés n'est affichée dans l'unité ni détenue par les soignants. Cette insuffisance d'information sur l'accès au culte est d'autant plus regrettable que le CH dispose d'une chapelle (dont l'accès est libre en journée) et d'une aumônerie catholique ouverte à tous (patients et visiteurs) lors de deux après-midis de permanence par semaine.

Il a été indiqué que les demandes pour contacter un aumônier sont rares (une seule en 2021 pour rencontrer un aumônier catholique).

RECO PRISE EN COMPTE 4

La liste annexée au livret d'accueil doit comporter les coordonnées des représentants des cultes tant à Bourgoin-Jallieu qu'à Vienne ou dans leurs environs, coordonnées qui doivent en outre faire l'objet d'un affichage dans les unités.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous avons pris en considération cette recommandation ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte même s'ils auraient souhaité avoir communication du livret d'accueil modifié.

6.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS N'EST PAS UN SUJET DE REFLEXION

La question de la vie sexuelle n'est pas abordée et ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle, malgré les recommandations des contrôleurs en 2019 et à la réponse de l'ESMPI qui avait indiqué que le comité d'éthique allait se saisir de la question et proposer une publication en 2020. Or, il n'existe aucune disposition faisant référence au respect de la vie sexuelle dans un cadre consenti et éclairé. Ce sujet n'est l'objet d'aucune saisine du comité d'éthique et aucun document interne n'évoque ce droit, ni dans le livret d'accueil ou le projet commun des unités 14 et 15, ni dans les formations.

En pratique, la vie sexuelle du patient est abordée au cas par cas au travers des messages de prévention (éducation sexuelle). Pourtant, les professionnels interrogés ne savent pas si le service dispose de préservatifs et quelques-uns renvoient sur la consultation du planning familial. Une demande de préservatifs a été envisagée mais n'a pas aboutie

En cas de relations sexuelles, les soignants s'attachent à la prise en compte de la vulnérabilité des personnes pour les protéger et ne sont pas dans l'interdit ni dans le non-dit. Ainsi, la fréquentation d'un couple qui s'est formé entre deux unités n'a pas été contrariée.

Il existe en 2021 deux évènements recensés mettant en cause le comportement de patients envers d'autres patientes (attouchements).

RECO PRISE EN COMPTE 5

La question de l'accès des patients à une vie sexuelle de façon adaptée à leur profil, leur sensibilité, leur vulnérabilité ainsi que la prévention et la gestion des situations à risque doit être abordée et débattue dans un cadre institutionnel et intégrée dans les règles de vie des unités, au besoin avec le concours du comité d'éthique. Des formations pourraient être utilement proposées au personnel soignant sur ce sujet.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « un groupe de psychoéducation se construit sur les unités 14 et 15, sur la sexualité, l'intimité et le consentement. Tel qu'indiqué précédemment, le comité d'éthique s'est emparé du sujet lors de sa réunion du 9 juin 2022 ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT EN BON ETAT MAIS INSUFFISAMMENT EQUIPEES

Chacune des deux unités possède une chambre d'isolement.

La chambre d'isolement de l'unité 15 fait environ 20 m² ; le sas d'entrée ouvre sur la douche, la chambre elle-même donnant sur un local WC sans point d'eau. Une horloge indique l'heure et la date (en anglais) mais elle n'est lisible que si le patient est couché dans le bon sens du lit. Le lit est fixé au sol et comporte une sonnette qui, le jour de la visite, ne fonctionnait pas mais a été réparée rapidement. La chambre est éclairée par une lumière extérieure assez sinistre. Il n'y a ni chaise ni table ; le déjeuner est pris sur un plateau posé sur un pouf en plastique. La fenêtre est large mais opaque ; on ne voit pas le ciel et elle ne peut pas être ouverte ce qui, en été, pose de vraies difficultés d'aération. L'ensemble est très propre mais gris et triste, dans une configuration inutilement austère.

La chambre d'isolement de l'unité 14 fait environ 30 m². Un sas d'entrée permet de pénétrer dans un local WC/douche et dans la chambre où il n'y a pas de point d'eau directement accessible ; le lit est fixe, avec une sonnette d'appel dont l'existence n'est pas connue de tous les patients. Il n'y a pas de meuble. Deux éclairages fixes sur les murs, cette fois plutôt aveuglants, ne peuvent être actionnés que de l'extérieur. La fenêtre est fixe, une pendule derrière un hublot permet de lire l'heure. Les patients ne peuvent ouvrir ou fermer librement leurs volets. L'ensemble est cependant calme et plutôt apaisant.

La situation des deux chambres d'isolement ne permet pas un accès aisé à l'air libre, le cas échéant pour fumer ou simplement se détendre. Elles ouvrent directement sur les espaces de vie, ce qui ne manque pas de créer des interférences avec les autres patients mais facilite aussi une réintégration progressive dans la vie collective. La localisation des chambres d'isolement au cœur du service facilite une bonne surveillance par les soignants. La fréquence des passages est fonction des indications cliniques. Cette surveillance semble régulièrement assurée.

RECOMMANDATION 16

Tout patient placé dans une chambre d'isolement doit pouvoir accéder librement aux toilettes et à un point d'eau, ouvrir sa fenêtre pour aérer et avoir une visibilité sur l'extérieur, allumer et éteindre la lumière librement. Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel qui fonctionne, accessible pendant les phases de contention.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « remarque prise en compte dans le cadre de la restructuration des unités ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

Les patients sont systématiquement mis en pyjama lorsqu'ils sont placés en chambre d'isolement (cf. recommandation § 6.2.3.). Il est regrettable à ce titre que l'établissement n'ait pas pris en compte la recommandation qui avait été formulée sur l'autre site en 2019.

Le patient placé en chambre d'isolement conserve sa chambre hôtelière.

Par ailleurs, à partir de 2022, un kit anti-suicide sera mis à disposition.

Quelques pratiques, rares, d'isolement sont adoptées dans des chambres hôtelières.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les pratiques de mise en isolement dans les chambres hôtelières doivent cesser.

Les mesures d'isolement et de contention, en ce qu'elles entraînent un risque d'atteinte grave à l'intégrité physique et psychique des personnes concernées, doivent être exclusivement mises en œuvre dans des espaces spécifiques, adaptés à cet objectif afin de garantir la sécurité du patient et lui offrir un environnement apaisant.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous ne réalisons pas d'isolement dans les chambres hôtelières ».

Les contrôleurs ont constaté pendant la mission des pratiques d'isolement en chambre hôtelière (en 2021, 13 mesures d'isolement ont été exécutées en chambre pour l'unité 15 et 4 pour l'unité 14 dont une avec un placement sous contention, cf. § 7.2). Ils prennent cependant acte de l'engagement de l'établissement et **considèrent la recommandation prise en compte.**

7.2 LES MESURES D'ISOLEMENT NE SONT PAS TRES NOMBREUSES, SAUF POUR UN PATIENT PARTICULIER

Selon les registres de l'isolement et de la contention, du 1^{er} janvier au 31 octobre 2021, l'unité 14 a pris 115 mesures d'isolement pour 8 patients et 8 mesures de contention.

L'unité 15, sur la même période, a pris 74 mesures d'isolement pour 10 patients et 4 mesures de contention.

En réalité, le contenu des mesures prises doit être apprécié par une analyse plus fine. En effet, ces mesures concernent inégalement un tout petit nombre de patients. A l'unité 14, trois patients ont eu plus de 300 heures d'isolement et, à l'unité 15, quatre patients ont eu plus de 300 heures d'isolement et deux entre 140 et 190 heures. Mais surtout, sur les près de 11 000 heures totales d'isolement de la période, plus de la moitié d'entre elles concernent un patient qui est passé d'une unité à l'autre.

La situation de ce jeune patient présente une gravité particulière et rend sa gestion difficile. Manifestement, son état clinique s'adapte mal aux conditions d'accueil du service. Il est présent le plus souvent en chambre d'isolement, mais la porte reste fréquemment ouverte, son comportement pouvant varier avec la plus grande rapidité de la convivialité – notamment dans ses rencontres avec les contrôleurs – à une violence très difficile à maîtriser. La chambre d'isolement paraît aux soignants « une solution » pour faire face à la situation humainement et cliniquement complexe. Des solutions ont été étudiées pour trouver à ce patient un lieu de vie plus adapté, elles n'ont pu aboutir à ce jour.

Pour faire face à cette situation, le service, chacune des unités à tour de rôle, a choisi une application décalée de la norme. Le signalement au juge est parfois fait jour après jour mais dans d'autres cas le juge n'est plus informé du tout. Initialement, il aurait été tenu au courant oralement de la situation. Les contrôleurs n'ont pas pu constater que cette situation ait fait l'objet d'un document d'information globale vers le tribunal ou d'autorisation écrite en provenance des autorités régionales. Clairement, la situation de ce patient reste très précaire sur le plan administratif et sur la protection de ses droits. Elle devrait être réglée d'une façon pérenne et plus conforme.

Quant aux mesures de contention, elles sont certes rares et le plus souvent courtes (une seule supérieure à 12 heures dans chacune des unités). On peut relever que suite à un incident qui a contraint les soignants de l'unité 15 à utiliser des sangles « *d'attache rapide* » pour immobiliser un patient en chambre d'isolement en mai 2021, le service a rapidement réagi pour mettre le matériel en conformité afin d'éviter que son utilisation ne mette le patient en contact direct avec des anneaux en métal. La réaction a été très positive mais il est étonnant qu'une telle situation se présente.

Il est manifeste qu'un certain nombre de décisions sont prises par des médecins qui ne disposent pas du pouvoir de décider en cette matière et rien n'indique clairement que le renouvellement des décisions, notamment d'isolement et parfois la nuit, souvent portant sur des durées assez longues (330 heures, 600 heures, 950 heures) font l'objet des supervisions nécessaires par des médecins spécialistes ou seniors. La décision de placement en chambre d'isolement est normalement prise par un médecin psychiatre. Or, il n'y a que deux médecins dans le service qui sont considérés comme ayant la compétence juridique de prendre cette décision. Il est donc clair que les décisions prises le sont – sous le contrôle d'un médecin sénior – par des médecins n'ayant pas cette compétence, voire par des internes. De nuit, il n'y a pas de médecin présent, c'est donc dans des conditions qui ne sont pas réglementaires que sont prises les décisions. Enfin, dans un certain nombre de circonstances, et pour faire face à des situations de crise aiguës, le placement en chambre d'isolement a été pris sur l'initiative des soignants mais chaque fois un compte rendu immédiat a été fait aux autorités médicales.

RECOMMANDATION 17

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin n'ayant pas la plénitude d'exercice doit être validée dans un délai d'une heure par un psychiatre après un examen physique du patient.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous entendons la recommandation ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la façon dont elle va être mise en œuvre.

Si l'entrée en chambre d'isolement (CI) est souvent brutale, la sortie est toujours progressive. La famille peut être prévenue du placement en isolement mais seulement si le patient en accepte le principe.

Le placement en CI est le plus souvent la marque de l'échec d'un entretien clinique, le patient est dans une position de refus systématique, manifeste une agitation ou un comportement qui ne permet plus aux soignants d'assurer sa sécurité, la leur et celles des autres patients. Il y a, selon les soignants, des retours positifs du passage en CI mais clairement, il manque dans les deux unités une chambre d'apaisement qui pourrait être une solution plus intermédiaire et moins traumatisante. Par ailleurs, des formations régulières sur l'isolement, la contention et les techniques de désescalade permettraient de renforcer le recours à des alternatives (cf. § 3.3.3).

Les repas sont pris en chambre, le plus souvent en présence des soignants, le cas échéant, la porte ouverte pour donner un sentiment de plus grande convivialité. Les douches sont très souvent fermées, les patients ne l'utilisent qu'accompagnés.

La cadre d'un service a pris l'initiative de proposer aux soignants (infirmiers arrivants) de tester eux-mêmes la situation d'un patient en chambre d'isolement et sous contention. L'expérimentation n'a duré que 15 minutes, elle fut très révélatrice de la pénibilité angoissante de la situation.

Selon les déclarations des soignants aucun patient n'est placé en chambre d'isolement et/ou sous contention s'il n'est pas en soins sous contrainte ; pourtant, plusieurs cas ont été relevés de placement en isolement de patients en soins libres qui dépassent 24 heures, dont durant 72 heures.

De même, peu d'isolements sont, selon les déclarations entendues, pratiqués en chambre hôtelière. Pourtant en 2021, 13 mesures d'isolement ont été exécutées en chambre pour l'unité 15 et 4 pour l'unité 14 dont une avec un placement sous contention⁵. Parfois, il peut être demandé aux patients de rester dans leur chambre dans le cas où le médecin estime que cette démarche peut conduire à apporter un apaisement. La porte n'est cependant pas fermée, *a priori*.

RECOMMANDATION 18

Le CGLPL rappelle que l'isolement ne peut être pratiqué que pour une durée réduite, sous un contrôle effectif des soignants et en dernier recours pour faire face à une situation de crise. Par ailleurs, conformément à l'art. L. 3222-5-1 du code de la santé publique, les mesures d'isolement ou de contention ne peuvent être prises que dans le cadre d'une hospitalisation en soins sans consentement.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous ne comprenons pas cette recommandation, puisqu'elle ne retranscrit pas notre pratique ».

Dans ses observations du 19 août 2022, le directeur général de l'ARS indique : « L'ARS demande aux établissements de respecter la loi et a encore récemment adressé un écrit à tous les établissements autorisés à recevoir des soins sans consentement pour la leur rappeler et leur demander de bien saisir le JLD pour toutes les mesures d'isolement ou de contention qui le nécessitent (...). Pour l'ARS, toutes les mesures doivent être enregistrées, toutes les mesures dépassant les délais réglementaires doivent faire l'objet d'une saisine du JLD. Il est, par contre, conseillé aux établissements lors de l'élaboration de leur rapport annuel sur l'isolement et la contention de faire ressortir les cas complexes qui peuvent être responsables d'un nombre ou de durée moyenne de mesures élevés (...). Votre rapport comporte plusieurs développements relatifs aux droits des patients, notamment en ce qui concerne l'isolement et la contention et le taux anormalement élevé de « périls imminents ». Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2020-2024 entre l'ESMPI et l'ARS comprend une fiche annexe 2.02 « garantir la qualité et la sécurité des soins - limiter le recours à l'isolement et à la contention ». Le suivi de cet objectif sera ré-abordé lors des échanges avec la directrice générale de la Fondation Boissel ».

Les contrôleurs prennent acte des mesures prises par l'ARS. Ils **maintiennent leur recommandation**, aucune précision n'étant apportée par l'établissement sur sa mise en œuvre effective et rappelle, comme indiqué supra, que plusieurs cas ont été relevés de placement en

⁵ Mais il s'agit du patient dont le cas a été évoqué au-dessus.

isolement de patients sous soins libres qui dépassent 24 heures, un cas de 72 heures ayant été relevé.

L'ensemble des dispositions réglementaires de protection concernant la mise en chambre d'isolement ou sous contention fait l'objet d'une série de *process* internes intitulée « *modalités administratives du renouvellement de mesures d'isolement et/ou de contention* » qui décrivent les différentes étapes des procédures.

Lorsque le délai de placement en chambre d'isolement dépasse les 48 heures, le médecin établit chaque jour avec le patient un document d'information avec l'identité, le type de mesure accompagné d'une attestation : « *je soussigné ... atteste avoir été informé (e) du renouvellement de ma mesure d'isolement (ou de contention) au-delà des durées légales ainsi que de mon droit à saisir le juge des libertés et de la détention* ». Ces documents sont enregistrés sous l'application *Cariatides* d'où sont extraits des documents papiers soumis à la signature des intéressés et conservés dans le dossier des patients. Un contrôle par sondage fait apparaître la bonne tenue des documents, même si des informations sont parfois insuffisamment prises en comptes (par exemple l'absence de mention de mise sous contention). La signature des patients est souvent absente et remplacée par la signature de deux soignants ou du docteur qui a décidé et d'un soignant. Cette situation, compréhensible compte tenu de la situation clinique, vide tout de même une partie de l'intérêt de la procédure.

Ces documents sont adressés au juge des libertés et de la détention (JLD), au procureur de la République ainsi qu'aux autres personnes prévues à l'article L. 3211-12 du code de la santé publique. Mais la traçabilité des envois au juge n'est pas assurée car l'envoi est fait par mails et ceux-ci disparaissent au bout de 30 jours.

De plus, le système informatique ne comporte pas d'alerte pour s'assurer que l'envoi au juge a été fait en l'absence d'une procédure de requête ou de récapitulation. Il n'a donc pas été possible de vérifier la régularité des envois au juge.

RECO PRISE EN COMPTE 7

La trace des envois au juge des libertés et de la détention des informations concernant la poursuite des mesures d'isolement et de contention doit être conservée.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « *les envois avec accusés de réception sont conservés dans les boîtes mails des personnes qui les envoient. Contrairement à ce qui est inscrit, ceux-ci ne disparaissent pas au bout de 30 jours. Notons également qu'une boîte mail générique, desservant les cadres de santé, les secrétaires médicales, les directeurs d'astreinte, est systématiquement mis en copie des envois, permettant à l'ensemble des professionnels concernés d'avoir une traçabilité des envois faits dans le cadre de la procédure isolement/contention* ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.

A signaler qu'en novembre 2021, une patiente a saisi le juge afin d'obtenir la mainlevée d'une mesure prise le 26 novembre à 10h20. Cette saisine était en fait très accompagnée par les soignants eux-mêmes ainsi que le médecin ; elle entrait ainsi dans une démarche de « *bonne volonté* » de l'équipe face à une patiente particulièrement virulente. Le jour même, à 17h30, le juge, au regard du certificat médical et de l'audition (par visioconférence) a refusé cette mainlevée au motif que la patiente « *présente une hétéro-agressivité qui été relevé également* ».

au sein de l'établissement... que le risque de mise en danger d'autrui est réel compte tenu de l'absence de critique de son comportement et du déni de ses troubles ». La patiente n'a pas fait appel.

7.3 LA TRAÇABILITE DES MESURES D'ISOLEMENT EST INSUFFISANTE POUR ETRE EXPLOITEE

Les contrôleurs ont analysé les registres de l'isolement et de la contention tenus par chaque unité et présentés selon des tableaux *Excel*. Ce registre a été comparé par sondage aux informations individuelles figurant dans l'application *Cariatides*.

Il résulte des constats faits les éléments suivants :

Les unités enregistrent de façon régulière les informations concernant l'isolement et la contention en faisant figurer le nom (qui avait été retiré pour les investigations des contrôleurs), le numéro du patient, le début de la mesure (date et heure), la fin de la mesure (date et heure), la durée en heures, le statut du patient, le lieu de l'isolement, le début et la fin de l'éventuelle contention associée et le nom du médecin « décideur ». Ce tableau permet de présenter une vision très globale de la pratique de l'isolement (et de la contention) ainsi que les éléments individuels d'appréciation.

S'agissant de la situation du jeune patient évoquée *supra*, l'enregistrement des décisions est fait de façon parfois journalière mais parfois globale pour une longue période.

Pour l'ensemble des mesures d'isolement, la vérification du tableau a fait apparaître dans un certain nombre de cas des oublis et surtout des « globalisations » regroupant sur une seule ligne une longue période de temps, ce qui ne permet pas de savoir quel médecin a pris la décision et suppose de revenir au dossier individuel. Ainsi le tableau ne suffit pas, comme il est prévu, pour tirer des éléments d'information sur la politique d'isolement et de contention. Ces erreurs rendent impossible une analyse des pratiques, qui n'est actuellement pas faite, sur une base fiable permettant d'initier une réflexion institutionnelle qui doit tendre vers la réduction de l'isolement et de la contention. Le rapport annuel relatif à la politique d'isolement et de contention n'a d'ailleurs pas été remis aux contrôleurs. Le registre est, par ailleurs, insuffisamment débattu avec les instances comme la CDU.

En outre, les durées affichées des mesures de contention 6 ou 12 heures ne retracent peut-être pas exactement la durée réelle subie par le patient compte-tenu de ce qui a été observé pour les mesures d'isolement (oublis, « globalisations »).

RECOMMANDATION 19

Le registre d'isolement et de contention doit être renseigné rigoureusement et faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre d'éviter le recours à ces pratiques.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « le registre se remplit automatiquement grâce aux informations complétées dans le dossier patient et extraite par le DIM, permettant ainsi d'être rigoureusement renseigné. Une analyse de ce registre est en cours de mise en place de manière plus régulière : sous la forme d'une instance dédiée ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les oublis et globalisation constatés dans le registre et l'analyse étant en cours de mise en place.

Au total, la politique de placement en isolement et, plus rarement, sous contention est réfléchi et les entretiens ont pu montrer que ces décisions étaient prises en derniers recours et avec le

souci de respecter les droits mais aussi la dignité du patient. Pour autant, le respect de la réglementation paraît plus formel que réel pour des raisons de fait (manque de médecins psychiatres) ou pour des raisons d'organisation (traçabilité des envois au juge). Ces dernières pourraient être assez facilement résolues.

7.4 LE CONSENTEMENT AUX SOINS EST RECHERCHE MAIS LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE RESTE ASSEZ FORMELLE

L'administration des médicaments s'effectue dans le respect de la confidentialité (cf. § 9.2.2) ce qui permet de développer l'éducation thérapeutique puisque le patient peut s'exprimer et poser des questions aux soignants.

Le principe de la personne de confiance est bien connu des services. Les documents sont signés par les patients de façon systématique au moment de leur arrivée ou au moins lorsqu'ils sont en état de comprendre la finalité de la démarche. Pour certains, qui sont des patients réguliers, la démarche est évidemment simplifiée et la désignation est reprise d'une hospitalisation sur l'autre. Les documents sont conservés au secrétariat administratif de chaque unité et une copie scannée figure dans le dossier numérique accessible aux équipes et aux médecins. Mais les personnes de confiance sont très rarement sollicitées pour contresigner le document.

RECOMMANDATION 20

La personne de confiance doit être systématiquement avertie de sa désignation et son accord doit être recueilli.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous le faisons dans la mesure du possible ».

Les contrôleurs maintiennent donc leur recommandation.

L'association de ces personnes de confiance est très variable. Dans certains cas, cette personne est en fait le seul membre de la famille disponible pour répondre aux questions ou accompagner le patient. Dans d'autres cas, la désignation est purement formelle et la personne n'est jamais associée aux réunions concernant le patient. La procédure joue en fait peu dans les contacts avec les familles et dans l'accompagnement concret des patients.

Sur dix dossiers administratifs pris au hasard dans l'unité 14, neuf patients avaient désigné une personne de confiance, dans quatre cas l'adresse ne figurait pas, un n'avait pas souhaité avoir une personne, une seule personne de confiance avait accepté cette charge et, dans plus de la moitié des cas, la personne de confiance était la même que la personne à prévenir.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LES ORGANES DE CONTROLE NE SONT PAS ASSEZ EFFECTIFS

8.1.1 La CDSP, sa composition et son fonctionnement

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de l'Isère a été recomposée en 2021 et comprend notamment un représentant d'une association de patients du groupe d'entraide mutuelle *Oxygem*, choix assez rare pour être relevé. Après plusieurs années de difficultés pour garantir une représentation des usagers, il manquait encore, au moment de la visite, le médecin généraliste pour que sa composition soit complète.

Le livret d'accueil et le site de l'ESMPI (rubrique charte de la personne hospitalisée) décrivent succinctement son rôle mais sans communiquer sa composition et les coordonnées pour la saisir. On retrouve cependant l'adresse de la CDSP et l'annonce de sa visite au tableau d'information des unités.

Le dernier rapport d'activité (2020), produit tardivement (le 8 décembre 2021,) n'avait donc pu être transmis à l'établissement au moment de la visite. Ce point avait déjà fait l'objet d'une recommandation en 2019 lors du contrôle du site de Bourgoin-Jallieu. Examiné *a posteriori*, il répond globalement aux dispositions réglementaires hormis sur deux points, absents, qui ne permettent pas de vérifier si la CDSP a examiné (ou n'a pas eu besoin de le faire) la situation des personnes hospitalisées depuis plus d'un an et les modalités d'accès des patients aux informations de santé qui les concernent. Il serait utile que les informations portant sur les SDT en péril imminent et en procédure d'urgence ne se résument pas à rapporter des données quantitatives mais permettent de dresser à partir des dossiers examinés (27 en 2020) un bilan sur l'utilisation de ces mesures en principe exceptionnelles et en réalité majoritaires.

Les visites biannuelles sont bien prévues mais en 2020 une seule a pu se faire (8 octobre 2020) en raison de la pandémie de Covid-19. Au cours de cette visite réalisée par deux membres de la CDSP dont un médecin, aucun patient n'a demandé à les rencontrer. Il n'y a pas de compte-rendu de visite spécifique mais un *reporting* très succinct dans le rapport d'activité constatant lors de cette dernière visite, à l'occasion du contrôle du registre de la loi, la caducité d'une mesure en l'absence de certificat médical.

Lors de ses visites, la CDSP s'attache à contrôler les conditions de respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes (visites des chambres d'isolement et réitération d'installation de dispositif d'appel, accès aux toilettes, etc.) mais ne demande pas à examiner le registre portant sur les mesures d'isolement et de contention comme la loi l'autorise à le faire.

En 2021, pour sa première visite de l'année annoncée aux patients pour le 22 novembre, il est regrettable qu'elle ait été annulée faute de pouvoir réunir les responsables des unités pour l'accueillir. Il apparaît que son rôle est insuffisamment expliqué aux patients par les cadres et les équipes.

RECOMMANDATION 21

La commission départementale des soins psychiatriques doit mentionner dans son rapport annuel d'activité le nombre total, en le détaillant, des mesures de soins psychiatriques de plus d'un an même si elle ne les a pas examinées. Le rapport doit comporter un bilan des mesures de soins psychiatriques en cas de péril imminent ou en cas d'urgence et de risque grave

d'atteinte à l'intégrité du malade. Elle doit demander à consulter plus régulièrement le registre portant sur les mesures d'isolement et de contention à l'occasion de ses visites dans l'établissement. Une sensibilisation sur son rôle pourrait être réalisée auprès des patients.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « cette recommandation doit être adressée directement à la CDSP ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, le rapport provisoire communiqué à l'ARS pouvant utilement être partagé avec la CDSP, sur les points qui la concernent.

8.1.1 La place des usagers et le fonctionnement de la commission des usagers

Au plan institutionnel, les familles des usagers sont représentées au conseil d'administration de la fondation par un membre de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques familles (UNAFAM) qui est invité et participe aux réunions de la CDU. C'est la seule association de familles ou d'usagers de la psychiatrie titulaire d'un siège d'administrateur au sein du conseil d'administration.

Au travers du fonctionnement de la CDU, on peut noter une présence assidue des représentants des usagers (UNAFAM et association *Advocacy*), en revanche, au cours des quatre dernières réunions, le médiateur médical n'a été présent qu'une fois sur deux. Cette instance est présidée par la déléguée générale de la fondation (ou par délégation par la responsable des relations avec les usagers) et vice-présidée par un représentant des usagers. Sa composition et son rôle sont identifiés dans le livret d'accueil, affichés dans les unités et connus des soignants.

La CDU se réunit quatre fois par an pour connaître des plaintes et réclamations des patients, pour analyser trimestriellement les résultats des questionnaires de satisfaction et examiner le bilan trimestriel et annuel des événements indésirables. Si elle a largement été informée des mesures de réorganisation des unités durant la période de la pandémie, elle n'a jamais eu à débattre du rapport annuel sur les pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention ni de la politique pour en limiter le recours.

On peut également apprécier la place des usagers ou de leurs représentants et leur participation à la vie de l'établissement à d'autres niveaux :

- d'une part, au niveau stratégique dans le projet d'établissement 2018-2020, et de ce point de vue, on rappellera que les représentants des usagers ont rédigé leur propre « *projet des usagers* », un projet centré sur la qualité attendue des parcours de soins, de la demande de soins inaugurale jusqu'au suivi post-crise en ambulatoire. Ils n'ont en revanche pas fait de propositions en matière de droits fondamentaux des patients laissant étonnamment ces questions aux professionnels. La prochaine itération du projet d'établissement semble être organisée de la même manière ;
- d'autre part, au niveau opérationnel : à travers, par exemple, le fonctionnement de la maison des usagers mais dans la réalité qui est tronquée faute de représentants disponibles autour de Vienne pour mettre en œuvre le projet de création de son antenne sur le site du CH de Vienne, malgré l'identification d'un local et la définition d'un programme de permanences. On observe que les représentants des usagers sont davantage mobilisés par le site de Bourgoin-Jallieu que par celui de Vienne où leur venue est rare ; les représentants des usagers sont aussi invités aux instances comme le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de lutte contre la douleur, le comité de liaison alimentation-nutrition ou la commission médicale d'établissement.

Enfin, on mentionnera l'existence de réunions soignants-soignés organisées en principe une fois toutes les deux semaines dans les unités d'hospitalisation, offrant l'opportunité pour les patients d'échanger sur la vie dans l'unité ou sur les sujets d'actualité qui peuvent être sources d'inquiétudes voire d'angoisses pour eux (cf. § 9.1.1).

Les représentants des usagers s'accordent pour dire que la prise en charge globale, notamment somatique, des patients a évolué de façon positive ces dernières années mais qu'une attention permanente doit être portée sur les liens ville-hôpital qui se délitent en raison d'une démographie médicale en tension.

RECOMMANDATION 22

De façon à offrir les mêmes conditions d'information et de soutien de la part des associations aux patients du site de Vienne, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour que l'antenne de la maison des usagers prévue à cet effet ouvre rapidement.

La commission des usagers doit être saisie chaque année pour avis du rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention et de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « la maison des usagers a ouvert en septembre 2021 à Vienne, où des permanences sont notamment effectuées par Madame Delphine GIRERD, coordinatrice de la MDU, et Madame Catherine SENTENAC, pair-aidante ». Concernant la CDU, celle-ci pourra en effet être saisie du rapport relatif à l'isolement et à la contention, ainsi que la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, comme les contrôleurs l'ont constaté, un programme de permanence existe mais, en pratique, la venue des représentants est rare. Sans précision sur ce qui a changé depuis la mission, les contrôleurs ne peuvent que maintenir leur recommandation. Par ailleurs, aucune observation n'est apportée sur le fait que la CDU doit être saisie chaque année pour avis du rapport rendant compte des pratiques d'isolement et de contention et de la politique définie par l'établissement pour limiter le recours à ces pratiques.

8.1.2 La mesure de satisfaction des patients

La fondation Boissel fait de la mesure de satisfaction des patients un outil de pilotage de la démarche qualité. Sa démarche consiste à relever les insatisfactions et les satisfactions du patient à l'entrée, durant le séjour, à la sortie, lors d'une consultation ambulatoire au moyen d'un questionnaire sous forme de cases à cocher mais aussi à d'autres moments comme dans la mise en place d'activités de groupe.

Elle décline ainsi cet engagement dans le règlement intérieur (article 46), dans la conduite du projet « qualité » et l'initie au moment de la remise du livret d'accueil au patient.

Le recueil par questionnaire semble très accompagné par les soignants et assez peu spontané. Dans les unités d'hospitalisation, on note ainsi que la remise du livret d'accueil, lequel comporte le questionnaire de satisfaction, est diversement réalisée. Ainsi le taux de remise du livret en 2020 était de 48,57 % à unité 14 et de 21,43 % à l'unité 15, ce qui n'a pas empêché de tripler le nombre de questionnaires renseignés entre 2019 et 2020. Cette tendance s'est encore accélérée

en 2021. Le taux de retour des deux unités d'hospitalisation sur le site de Vienne est supérieur à la moyenne de l'établissement bien que l'unité 15 reste en retard par rapport l'unité voisine.

Au plan qualitatif, les champs de mesure concernent l'accueil, les soins, les droits, l'information, la vie quotidienne et les locaux, la confidentialité et l'intimité. Ils couvrent donc assez largement les droits fondamentaux hormis les mesures restrictives de liberté.

Les scores sont particulièrement bons. L'indice de satisfaction globale était fin octobre 2021 à 95 % (unité 14) et 100 % (unité 15) et les items ne fléchissent dans les deux unités que pour la connaissance du règlement intérieur et les activités proposées.

Sans remettre en question la méthodologie de recueil, le caractère anonyme du questionnaire ne permet aucun contrôle interne sur le nombre de patients ayant répondu. Ainsi, le nombre de retours peut tout autant se répartir sur un panel large de patients comme sur un plus petit nombre d'entre eux ayant répondu de nombreuses fois durant le séjour. Ce biais pourrait être corrigé en offrant la faculté de pouvoir indiquer son nom ce qui aurait aussi le mérite de rendre moins impersonnelle l'expression des patients et conforterait leur place dans le processus.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Si le patient le souhaite, le questionnaire de satisfaction doit prévoir la possibilité pour lui de mentionner son nom et son prénom.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « cette recommandation a été prise en compte et la possibilité de mettre son identité sera intégrée à la prochaine mise à jour ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI, TENU SANS RETARD, N'EST PAS EN TOUS POINTS CONFORME AUX PRESCRIPTIONS LEGALES

Le site de Vienne dispose de son propre bureau des entrées qui tient et entrepose le registre de la loi. Comme à Bourgoin-Jallieu, ce registre, commun aux SDDE et aux SDRE, est tenu sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles numérotés correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission ; pour les patients dont la prise en charge se poursuit en hospitalisation complète ou programme de soins durant plusieurs mois voire années, le suivi se fait par renvoi aux folios et registres suivants avec mention en bas de page et référence sur la première page du nouveau folio du registre et des folios précédents. Un tableau de bord informatique, doublé d'un calendrier partagé, permet d'assurer le suivi des délais et le respect de la production des documents exigés par la loi.

Le registre est renseigné sans délai : les certificats médicaux comme les décisions et leur notification, collés par ordre chronologique, y sont reproduits dès leur transmission au bureau des entrées, celle-ci pouvant toutefois connaître des retards (cf. § 4.3).

Les documents insérés dans le registre permettent un suivi très complet de la prise en charge du patient, y compris en ce qui concerne les autorisations de sortie de courte durée dont la reproduction dans le registre n'est pourtant pas exigée par la loi ; la date de la levée de l'hospitalisation est bien notée mais celle d'un éventuel changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) ne l'est pas toujours. Lors d'une admission en SPI (péril imminent), est joint un document intitulé « *information sur la mesure de placement* » lequel

mentionne la personne prévenue dans les 24 heures ou l'impossibilité de le faire et les raisons de celle-ci. En revanche, le déroulement juridique de la procédure est moins bien tracé dans la mesure où, d'une part, la mesure de protection juridique dont peut faire l'objet le patient n'est pas renseignée et, d'autre part, la notification de la décision du JLD n'est pas reproduite (sont seulement retranscrits le contenu de la décision et sa date).

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné le registre en cours, paraphé et signé du maire le 24 août 2021 et dont quatre-vingts folios sont renseignés entre le 15 avril et le 20 novembre 2021, parmi lesquels soixante-quatorze concernent des nouvelles admissions.

Il ressort de l'examen de ce registre que : les arrêtés et décisions d'admission ne sont motivés que par renvoi au(x) certificat(x) médical(aux) qui sont certes joints en annexe mais non remis systématiquement aux patients (cf. § 4.3.2); les certificats médicaux initiaux et les décisions d'admission du directeur ne sont pas horodatés, rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ; les certificats médicaux initiaux, émanant très majoritairement des urgences, sont peu descriptifs sur les troubles et l'absence de consentement aux soins et, s'agissant des SPI, insuffisamment détaillés sur « *le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers* » ; les certificats ultérieurs sont plus détaillés, horodatés, datés, émanant de deux médecins distincts en cas d'urgence et de péril imminent, ils précisent que le patient a été informé de la forme de prise en charge ainsi que de ses droits, voies de recours et garanties et que ses observations ont été recueillies ; les avis motivés sont actualisés par un certificat de situation quand la date d'audience est trop éloignée de l'avis ; les certificats mensuels ne comportent pas de copier-coller ; les programmes de soins sont reproduits.

Il ressort enfin de l'examen du registre que les durées d'hospitalisations sont relativement brèves : sur les soixante-quatorze hospitalisations intervenues entre le 15 avril et le 20 novembre, quatre ont été levées à 24 heures et sept à 72 heures, huit avant le 12^{ème} jour (délai de comparution devant le JLD) dont un au cinquième jour à la demande du tiers, dix-huit dans le mois de l'admission et trois dans les deux mois (cf. § 9.3).

Sept caducités de la mesure, liées à l'absence de certificat médical rendu dans les délais, ont été prononcées en 2021 contre cinq en 2020.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, le registre de la loi doit mentionner les mesures de protection judiciaire ainsi que la date de notification des décisions du juge des libertés et de la détention.

Les décisions d'admissions du directeur (à l'instar des arrêtés du préfet) doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECOMMANDATION 23

Les certificats médicaux initiaux doivent être horodatés afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « depuis la visite du CGLPL en novembre 2021, le registre de la loi mentionne les mesures de protection judiciaire ainsi que la date de notification des décisions du JLD. S'agissant des certificats médicaux

initiaux, la plupart sont réalisés aux urgences du CHV, sur lesquels nous n'avons aucun pouvoir hiérarchique. Et pour ceux réalisés au sein de l'ESMPI, ils sont horodatés ».

Les contrôleurs considèrent la recommandation pleinement prise en compte par l'ESMPI. Ils maintiennent à destination du centre hospitalier la partie de la recommandation relative à l'horodatage des certificats médicaux, aucune observation ne leur ayant été transmise.

Les registres sont visés par la CDSP et le procureur de la République lors de leur passage, à l'exclusion de toute autre autorité : une fois par an par le procureur (sauf en 2019 et 2020), la dernière fois le 20 janvier 2021 ; tous les six mois par la CDSP de 2017 à 2019 inclus, une fois en 2020 le 8 octobre, pas de visite en 2020 mais celle-ci est prévue courant février 2022.

8.3 LE CONTROLE DU JLD PORTE D'AVANTAGE SUR L'ADHESION DU PATIENT AUX SOINS QUE SUR LA PROCEDURE

Le tribunal de Vienne dispose de deux postes budgétaires de JLD qui n'ont cependant jamais été pourvus. La charge de ce service – tant pour le pénal que pour le civil (contentieux des étrangers et des soins sans consentement) – est de fait assurée par tous les vice-présidents ; néanmoins, compte tenu de la spécificité particulière des soins sans consentement, et afin d'assurer une harmonisation de la jurisprudence, la présidente du tribunal a fait le choix de se réserver le suivi de ce contentieux et a établi un *vade-mecum* à l'attention de ses collègues lorsqu'un remplacement est nécessaire.

Une convention a été signée le 1^{er} juin 2017 entre les chefs de la juridiction de Vienne, le directeur de greffe, le bâtonnier de l'ordre des avocats et la directrice de l'ESMPI. Conclue pour une durée de deux ans renouvelables par tacite reconduction, cette convention prévoit l'organisation d'une audience une fois par semaine le vendredi et s'attache principalement à fixer les modalités et les conditions de consultations et d'échanges électroniques des documents et données relatifs aux procédures d'hospitalisation sans consentement.

8.3.1 Organisation de l'audience

Tous les lundis, un courriel planifiant les audiences est adressé par le bureau des entrées (BDE) au greffe du JLD. La saisine du JLD est faite par l'ARS s'agissant des SPDRE et par le BDE pour les SPDDE. En accord entre le greffe du JLD et le BDE, la saisine signée du directeur est préparée dès l'établissement du certificat médical des 72h et le dossier est ensuite complété de l'avis motivé et autres pièces utiles (certificat de situation dans certains cas, éventuellement certificat d'incompatibilité ou refus du patient de se présenter, nécessité d'un interprète). Quel que soit le statut du patient, les convocations pour l'audience sont envoyées par le greffe au BDE puis transmises à la secrétaire de l'unité pour notification au patient par la cadre de santé, et retournées avec l'accusé de réception signé selon le même parcours. La transmission de tous les documents entre le greffe et le BDE se fait par mail, sur des adresses structurelles, mais sans chiffrement (cryptage) des fichiers contrairement aux termes de la convention ci-dessus évoquée et à la pratique mis en place à Bourgoin Jallieu ; selon la présidente du tribunal, le logiciel *AXcrypt* n'a jamais pu être installé en raison d'une impossibilité technique.

Tous les intervenants (greffe, magistrat, BDE) se félicitent de la qualité de leurs relations.

8.3.2 Le déroulement de l'audience

Une salle d'audience est mise à disposition du JLD au sein du pôle de psychiatrie pour les audiences qui se tiennent le vendredi à 10h00. En l'absence de dossier pendant la semaine de

visite, les contrôleurs n'ont pu assister à l'audience mais se sont entretenus au tribunal avec la présidente.

La salle est de petite dimension, meublée simplement d'une table et de chaises et dotée de matériel informatique. Aux dires de la présidente du tribunal, cette configuration ne pose pas de difficulté et permet une certaine intimité.



Signalétiques de la salle d'audience

Salle d'audience du JLD

Non loin de la salle d'audience, une pièce est mise à disposition des avocats pour s'entretenir avec les patients avant l'audience, les dossiers étant consultés au tribunal la veille.

Les infirmiers qui accompagnent le patient (toujours un, voire deux si besoin) restent à l'extérieur de la salle pendant l'audience, la porte étant maintenue ouverte.

Le CH et l'ARS ne sont jamais représentés à l'audience. La famille et les tuteurs, convoqués à l'audience par le greffe, ne sont quasiment jamais présents.

Le magistrat et le greffier sont en civil, « *car la robe fait peur* ». De même la présidente indique : se présenter comme « *le juge* » sans prononcer les termes « *liberté et détention* » pour ne pas inquiéter le patient ; demander au patient d'évoquer les conditions et le déroulement de son hospitalisation ; le questionner sur son suivi médical et les projets de prise en charge. Elle précise ne prononcer que rarement une mainlevée de la mesure et ne pas relever d'office une éventuelle irrégularité dans la mesure où « *les certificats médicaux sont bien étayés, l'avis motivé actualisé la veille de l'audience avec la précision de la compatibilité ou non de l'audition du patient* » et où « *peu de patients demandent à sortir* ».

Les patients, même s'ils sont en pyjama dans l'unité, sont toujours dignement vêtus pour rencontrer le juge. Dans leur très grande majorité, ils sont présents à l'audience⁶. En cas d'absence du patient, le juge ne se rend pas dans les unités pour les rencontrer.

Très peu de patients font le choix d'un avocat. Dans la plupart des cas, l'avocat est donc désigné d'office, dans le cadre d'une permanence, et rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressources. Tous les avocats intervenants sont volontaires et formés à ce contentieux (formation organisée par le barreau). Peu de nullités sont soulevées.

⁶ En 2020 sur 76 patients convoqués à l'audience du JLD, 74 étaient présents et deux absents après délivrance d'un certificat médical d'incompatibilité. Du 1^{er} janvier au 1^{er} décembre 2021 sur 66 patients convoqués à l'audience, 63 étaient présents et trois absents après délivrance d'un certificat médical d'incompatibilité.

8.3.3 Les décisions

En fin d'audience, le JLD donne au patient une explication tant sur ce que sera sa décision que sur les voies de recours. L'ordonnance n'est cependant formalisée qu'après l'audience, envoyée au BDE puis transmise via la secrétaire au cadre de l'unité pour notification. La présidente a toutefois indiqué ne pas être hostile à l'idée de rendre la décision sur le siège afin de limiter les difficultés liées à une notification faite par un soignant.

RECOMMANDATION 24

Les explications sur les raisons de sa décision et les voies de recours doivent être données par le juge et non par les soignants.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « cette recommandation doit être adressée au JLD ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse effectivement pas à l'ESMPI, aucune observation n'ayant été communiquée par la présidente du tribunal judiciaire de Vienne à qui le rapport a été communiqué.

Le nombre de saisines du JLD est en constante augmentation : 73 en 2018, 78 en 2019, 90 en 2020 et 82 pour les dix premiers mois de 2021.

Les décisions de mainlevées sont rares : une chaque année pour 2018, 2019 et 2020 et trois en 2021 dont une avec effet différé (une décision motivée par la fugue du patient, une pour absence d'explication suffisante de l'avis motivé quant à la poursuite de la prise en charge, la troisième par la tardiveté du certificat médical des 72 heures).

Les appels sont peu nombreux : un en 2020 et trois en 2021 ; tous ont donné lieu à une décision de maintien. Pour les patients régulièrement suivis par le JLD, leur dossier est conservé au greffe du JLD et transmis à la cour en cas d'appel.

Aucune saisine du JLD n'a été présentée par le patient lui-même ou par le tiers. Quand le tiers n'est plus d'accord avec la mesure il retire sa demande et signe une décharge ce qui entraîne une levée de la mesure ; une décision a ainsi été prise en 2021 contre cinq en 2020.

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES, LE PROJET DE SOIN INDIVIDUALISE ETABLI ET REEVALUE PERIODIQUEMENT MAIS LES ACTIVITES RESTENT PEU VARIEES

9.1.1 La prise en charge

Une fois admis dans l'une des unités, le patient bénéficie d'un entretien avec un psychiatre, en général dans l'heure suivant son arrivée et, à défaut, dans un délai n'excédant jamais vingt-quatre heures. Lorsque cet examen, comme les suivants, est fait par un psychiatre n'ayant pas la plénitude d'exercice, les décisions médicales prises sont validées par la double signature du praticien senior, ce qu'a confirmé l'examen du registre de la loi ; cependant, de l'aveu de tous, ce médecin ne rencontre pas toujours le patient. Les patients sont répartis dans les unités selon les pathologies mais aussi en fonction des lits libres.

La continuité des soins est assurée de 9h à 20h : par les psychiatres des unités jusqu'à 17h, puis par un médecin de l'intra ou de l'extra. Un psychiatre basé à Bourgoin-Jallieu est d'astreinte la nuit, toutefois son éloignement rend la gestion de nuit plus compliquée ; les soignants se sentent isolés, voire en insécurité, malgré les capacités d'anticipation des équipes.

Pendant tout son parcours de soins, le patient est suivi par le même médecin qui assure également les rencontres avec les familles ce qui est de nature à créer un lien de confiance. Les consultations des psychiatres s'effectuent toujours en présence d'un infirmier. Sauf pour les activités, le patient n'a pas d'infirmier référent. Il bénéficie d'un suivi par une des assistantes sociales.

Dans chaque unité, des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu régulièrement. Tous les lundis, l'équipe (médecins, infirmiers, psychologue, éducateur spécialisé, secrétaire) se retrouve pour faire un point complet sur l'ensemble des patients : entrées programmées, projet de sortie, organisation des rendez-vous à l'extérieur et des permissions de sortie avec définition des objectifs de celles-ci ; chaque mercredi, une réunion dite « PPS (projet personnalisé de soins) » (à laquelle les contrôleurs ont pu assister) associe tous les acteurs de la prise en charge du patient⁷ à l'exception du médecin somaticien absent de l'établissement ce jour-là ; ces réunions PPS peuvent être suivies de concertation avec les partenaires extérieurs, les familles, les tuteurs ; lors des réunions institutionnelles quotidiennes se tenant de 13h45 à 14h15, outre le passage des consignes entre soignants, sont évoquées les formations internes pour les équipes, ce temps de relève permettant également de mener des réflexions sur les mesures de limitation de l'isolement ; des retours d'expérience sont mis en place après tout placement en isolement ou gestion d'une crise ; des réunions institutionnelles cadre-soignants, tous les huit ou quinze jours, permettent de faire le point sur les questions administratives et d'assurer un retour des formations pour les soignants qui n'ont pu y accéder ; enfin, une instance médico-cadres se réunit tous les deux mois pour travailler sur un projet de service commun aux deux unités.

Lors de leur visite dans les unités, les contrôleurs ont pu observer que l'ensemble des équipes soignantes et médicales étaient mobilisées pour apporter aux patients une prise en charge bienveillante, pour travailler sur le « projet du patient » avec l'intéressé mais aussi avec les familles et les assistants sociaux.

⁷ Chef de pôle, infirmiers, psychologue, assistantes sociales, aide-soignant, secrétaire médicale, infirmiers des CMP, équipe mobile pour les orientations en EHPAD.

Une fois toutes les deux semaines se tiennent des réunions soignants-soignés, animées par la psychologue, au cours desquelles sont notamment données les informations sur les activités en complément de celles portées sur les tableaux d'affichage.

9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités occupationnelles proposées aux patients associent télévision, jeux de société, scrabble, dessin et peinture, activités manuelles (confection de bracelet par exemple), baby-foot, ping-pong, sorties dans le parc et à la cafétéria. Elles sont animées par les éducatrices spécialisées auxquelles s'associent des soignants comme ont pu le constater les contrôleurs. Les activités en intérieur s'effectuent principalement dans le patio des unités et pour l'unité 15 dans une salle dotée d'un coin cuisine ; la bibliothèque est ouverte de 14h à 18h.



Patio Unité 14



Salle activités/cuisine Unité 15



Bibliothèque Unité 15

L'unité 14 dispose d'une salle « bien-être » ouverte aux patients des deux unités, atelier animé par une infirmière et une aide-soignante. Une activité « jardin » est encadrée par un infirmier. La salle de sports, située entre les deux unités, est accessible à tous les patients ; un moniteur de sport extérieur intervient le mardi matin dans cette salle et le vendredi matin en extérieur, accompagné d'un infirmier. Une pièce de l'unité 15 est réservée pour l'ergothérapie.

L'activité « repas thérapeutique », encadrée par une infirmière et une aide-soignante et permettant de travailler la transition et l'autonomie du patient, comprend la définition d'un menu et la réalisation des courses avant de préparer le repas.



Salle atelier bien-être



Salle de sport

Conscientes de l'insuffisance des activités (dont certains patients se sont plaints auprès des contrôleurs), les cadres des unités ont entrepris l'écriture d'un projet d'activités, encouragées en ce sens par le médecin chef de pôle : un tableau d'activités⁸ a été élaboré dans chaque unité en tenant compte du besoin des patients et des compétences des soignants ; un planning a été établi pour l'inscription des infirmiers volontaires sur une ou plusieurs activités, le nombre de séances prévues pour chacune d'elles résultant d'une réflexion d'équipe ; la mise en place de certaines activités (l'art-thérapie par exemple) a été précédée d'une formation des infirmiers. Au moment du contrôle, une réflexion des équipes était en cours afin d'établir la liste des patients potentiellement intéressés et d'organiser avec lui les modalités et fréquence de sa participation. Les activités ne sont pas toutes prescrites par le médecin. Le projet prévoit la rédaction après chaque activité d'une fiche d'évaluation à intégrer par l'infirmier dans le logiciel *Cariatides*.

RECOMMANDATION 25

Le projet de diversification des activités thérapeutiques doit être poursuivi. Comme les activités occupationnelles, elles doivent être intégrées dans le projet de soins individualisé du patient quelle que soit la durée de son hospitalisation.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « le projet personnalisé de soins comprend déjà des activités thérapeutiques adaptées à la clinique du patient et à la durée de séjour prévisible ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur le projet de diversification des activités thérapeutiques et leur intégration dans le projet de soins individualisé du patient quelle que soit la durée de son hospitalisation.

⁸ Activités préexistantes et déjà mise en place : esthétique, jardin, bien-être, gestion des émotions avec la psychologue, sport adapté, repas thérapeutique. Activités à venir : zoothérapie, « fais ton son », créativité en unité 14 et art-thérapie en unité 15, addiction avec un médecin addictologue, psycho-éducation.

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT DESORMAIS ASSURES DE FAÇON REGULIERE MALGRE LES DIFFICULTES DE LIAISON AVEC LE CENTRE HOSPITALIER

9.2.1 Les soins somatiques

Une médecin généraliste est affectée au service psychiatrique, dotée d'une solide expérience pour avoir exercé ce type de fonction dans un grand établissement du même type mais aussi connaissant bien Vienne pour y avoir effectué son internat. Elle y exerce à temps partiel (0,6 ETP) ce qui lui permet d'être présente chaque jour dans le service. En pratique, elle estime que les investigations somatiques ne sont pas totalement effectuées aux urgences. En effet, si l'on veut procéder à des investigations complètes il est nécessaire d'entrer dans un dialogue plus approfondi avec le patient, qui suppose du temps.

Lors de l'arrivée hors urgences, les principales constantes sont prises dans le service psychiatrique par un infirmier (poids, taille, périmètre abdominal, saturation, glycémie et surtout une évaluation de la douleur). Ce constat est exploité au travers d'un bilan standardisé et complété par un entretien qui a lieu en salle de soins de chaque unité, le plus souvent en présence du médecin. Les résultats sont établis et suivis sur un logiciel commun avec le CH et transmis par fax aux infirmiers et de façon numérique vers le médecin somaticien.

Ce constat conduit à l'élaboration d'un « plan de soins » établi en accord avec le patient.

Lorsque des examens complémentaires ou des soins doivent être poursuivis, les contacts avec les services du CH sont établis au travers d'une plateforme dont l'utilisation, d'abord difficile, est maintenant réglée. Dans un certain nombre de cas, il est nécessaire de contacter les médecins spécialistes en ville ; cette démarche est facilitée par un portail numérique qui fluidifie la circulation des demandes et la réception des messages. La coopération est considérée comme satisfaisante et permet de suivre un nombre important de patients complexes.

L'accès aux soins à l'extérieur du service psychiatrique est ainsi bien organisé avec un rôle efficace des secrétariats des deux unités, regroupés et pouvant intervenir en soutien l'un de l'autre. Si nécessaire, le médecin prend lui-même contact avec un spécialiste. Certains services de l'hôpital réagissent avec la plus grande rapidité : cardiologie, gynécologie ; d'autres rapidement, ophtalmologie (une semaine), d'autres enfin de façon très négative (la neurologie refuse pratiquement de recevoir des patients de psychiatrie, il faut s'adresser à Lyon). Un autre point difficile reste l'accès aux soins dentaires. Il n'existe pas de tableau complet permettant de suivre l'accès aux rendez-vous extérieurs ce qui serait indispensable pour réfléchir à l'ensemble des difficultés de consultation qui offrent un paysage complexe et de fait éclaté.

La présence du médecin somaticien dans les unités est régulière trois jours pleins par semaine de 9h à 17h. Ainsi, l'examen somatique obligatoire dans les 24h d'une hospitalisation en SSC est effectué mais cet examen n'est pas ensuite réalisé de façon régulière. Au-delà, les soins sont assurés par un médecin psychiatre. La nuit, les soignants doivent, pour les sujets psychiatriques, faire appel à un psychiatre de permanence à Bourgoin-Jallieu et pour les autres interventions urgentes, comme les internes du CH ne veulent pas intervenir, le service psychiatrique « *fait le 15* ». Cette situation est difficilement acceptable du point de vue des patients et de leur droit à être correctement et rapidement pris en charge.

Il en résulte que, dans chaque unité, l'accès aux soins est, de jour ou pour des besoins non urgents, facile et assez rapide. Mais, de nuit, la situation est très différente et présente des risques qui devraient être pris en compte d'une façon plus attentive.

RECOMMANDATION 26

Les conditions de prise en charge des urgences psychiatriques ou somatiques de nuit doivent faire l'objet d'une réflexion corrective.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « nous prenons en compte la recommandation ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modifications apportées aux conditions de prise en charge des urgences psychiatriques ou somatiques de nuit.

Enfin, la présence du médecin somaticien n'est pas possible en réunion staff du mercredi ce qui pourrait appeler à une réflexion sur les conditions calendaires de l'organisation de cette réunion. Les difficultés liées à l'addictologie sont prises en compte de façon systématique lors des entretiens d'arrivée qui portent sur tous les toxiques susceptibles d'être utilisés. Un médecin addictologue vient tous les mercredis. Le service initie un projet de tests auto-déclaratifs qui permettrait de responsabiliser les patients dans une perspective d'éducation thérapeutique. Mais la démarche est encore en projet et il faut reconnaître que la faible durée des séjours dans les unités, dont on peut se réjouir par ailleurs, ne permet pas vraiment de développer une démarche efficace de lutte contre les diverses drogues. Pour autant, des contacts sont souvent mis en place avec les médecins de l'extra-hospitalier pour assurer la continuité des prises en charge.

Dans cet esprit, la démarche d'éducation thérapeutique reste lacunaire : un atelier nutrition a été lancé en janvier. L'idée de s'appuyer sur le vécu des patients pour gérer de façon individuelle ou collective leurs pathologies ou leurs addictions est bien connue dans le service mais, faute de temps disponible, n'est pas largement mise en place à ce jour.

9.2.2 La pharmacie

Il n'y a pas de pharmacie sur place. La fourniture des médicaments est assurée par la pharmacie de Bourgoin-Jallieu qui est animée par deux pharmaciens et deux préparateurs. L'un d'entre eux fait une visite effective à Vienne le mardi matin.

Les médicaments sont adressés à Vienne tous les jours ouvrables le matin (en début d'après-midi le vendredi). Chaque unité est indépendante, reçoit les médicaments commandés et dispose d'une dotation de dépannage réévaluée chaque année notamment pour les médicaments somatiques. Dans chacune des deux unités un infirmier référent est plus particulièrement en charge du fonctionnement du circuit du médicament.

Tous les jours les ordonnances émises par les médecins des unités sont « validées » par la pharmacie centrale avec éventuellement des substitutions si nécessaires et ce, dans un très court délai. Mais il semble que des difficultés informatiques empêchent ces validations le week-end ce qui peut ralentir les délais de distribution. Les délais sont souvent contraints, les coûts parfois négociés avec l'ARS. L'équipe de la pharmacie est très largement impliquée dans la dimension logistique de la distribution médicamenteuse, elle a manifestement peu le temps de s'investir dans des approches plus critiques des pratiques et des effets des prescriptions.

La COMEDINS se réunit tous les quatre mois, ses ordres du jour portent notamment sur la composition des dotations de dépannage et sur les difficultés rencontrées dans la procédure d'administration qui seront évoquées plus loin. A cette occasion, sont évoqués les résultats des

audits menés chaque mois par les préparateurs sur un sujet particulier dont les résultats entrent dans un processus plus général de démarche de qualité.

Des formations existaient avant l'épisode du Covid notamment sur l'erreur médicale et les médicaments à risques. Deux à trois par an étaient suivis par les soignants qui étaient très demandeurs. Sont envisagés en particulier des retours sur expérience professionnelle.

L'administration individuelle des médicaments par les infirmiers est faite dans une pièce spéciale, dans la salle de soins ou dans la chambre individuelle si nécessaire, ce qui assure une confidentialité satisfaisante. Une équipe, par exemple celle de nuit, prépare les médicaments et une autre, après vérification, administre les produits, après enregistrement sur le dossier individuel.

Pour autant et malgré la mise en place d'un circuit rigoureux, rendu d'ailleurs plus ou moins nécessaire pour des raisons d'éloignement (les procédures régulières d'audit), des difficultés sont apparues ces derniers mois sur la gestion des médicaments relevés au travers de plusieurs événements graves rapportés en comités de retour d'expériences (CREX) : avril 2021, disparition de médicaments ; mai 2021, validations faites mais médicaments non administrés ; juin 2021, retour à Bourgoin-Jallieu d'une caisse de médicaments ouverte ; novembre 2021, découverte d'un stylo d'insuline, etc.

De tels incidents qui montrent peut-être autant le sérieux des contrôles effectués que des erreurs de fonctionnement ont été attribués au grand nombre d'infirmiers stagiaires ou en formation comme aux tensions sur les effectifs. Ils ont suscité des notes de rappels et des réunions de retour d'expérience et il ne semble pas que les droits des patients aient été précisément atteints.

9.3 LA SORTIE DES PATIENTS EST EFFICACEMENT PREPAREE ET ACCOMPAGNEE

Comme l'a confirmé l'examen du registre de la loi (cf. § 8.2), dans la majeure partie des cas les durées d'hospitalisation sont brèves, les médecins et l'ensemble de l'équipe soignante étant dans une même dynamique d'apprentissage de vie à l'extérieur et de « *réhabilitation* ».

9.3.1 Modalités de sorties de courtes durées, de levée de la mesure, des programmes de soins

Les médecins sont globalement ouverts aux sorties – autorisées de façon progressive – avec comme finalité de permettre aux patients de quitter les murs de l'unité, de faire le lien avec la ville et de faciliter leur autonomie.

L'examen du registre de la loi, dans lequel figurent les autorisations de sortie, démontre que celles-ci sont accordées assez rapidement après l'admission, sans différence de statut (SDDE ou SDRE). L'accompagnement du patient quand il est nécessaire ne pose pas de difficulté grâce à la mutualisation des équipes des deux unités et au fait que les sorties sont bien intégrées dans le planning de soignants. Dès lors que le certificat médical est bien circonstancié, le représentant de l'Etat ne s'oppose que très rarement à la demande faite par le médecin, y compris lorsque celle-ci n'entre pas dans le strict cadre légal (par exemple des sorties de moins de 12 heures non accompagnées).

La levée de la mesure fait l'objet d'une préparation en équipe élargie lors de réunions hebdomadaires (cf. § 9.1) qui peuvent accueillir également des infirmiers et psychologues du CMP de secteur (lieu de domicile du patient) ou des équipes mobiles lors d'orientation vers un EHPAD. Ces réunions peuvent être suivies de concertation avec les partenaires extérieurs. Les

familles sont associées le plus étroitement possible, de même que les tuteurs et curateurs. Le médecin traitant et, le cas échéant, le CMP, sont prévenus du projet de sortie du patient pour assurer les relais et organiser une prise en charge rapide.

La sortie du patient est accompagnée par les assistantes sociales et les éducatrices spécialisées du service ; outre leur aide pour les nombreuses démarches administratives et l'organisation de visites à domicile, elles œuvrent à permettre le maintien à domicile des patients sortants ou recherchent des places dans des structures de prise en charge d'aval.

La mainlevée de l'hospitalisation complète peut être assortie d'un programme de soins. La volonté du chef de pôle est de limiter au maximum ces programmes et à tout le moins d'en restreindre la durée. Ce changement de forme de prise en charge est assez fréquent pour les patients en SDRE sans toutefois être systématique, comme l'a démontré l'examen des dossiers de patients en programme de soins. Lors d'une demande de mainlevée de la mesure ou de l'hospitalisation, le préfet peut – au cas par cas – demander un second avis de psychiatre dont il suit toujours les conclusions quand elles confirment le premier certificat médical. Au moment de la visite, vingt-trois patients étaient en programme de soins parmi lesquels onze SPDRE, dont deux dits « judiciaires » (patients déclarés irresponsable pénalement). Certains suivis apparaissent anciens : trois patients sont en programme de soins depuis plus de trois ans⁹, un autre depuis deux ans et demi (17 juin 2019 après admission en SPDTU le 8 février 2019). Toutefois, tous les programmes de soins sont utilisés, conformément à la loi, comme de réelles alternatives à l'hospitalisation.

9.3.2 Modalités du collège des professionnels de santé

Le recours au collège des professionnels de santé est échéancé par le bureau des entrées qui alerte la juriste de l'établissement laquelle avise par mail l'équipe de la nécessité d'organiser un collège, d'en arrêter la composition et la date. Selon les informations recueillies, le collège composé de deux médecins dont un ne participant pas à la prise en charge du patient et d'un cadre de santé, se réunit effectivement et procède à un entretien avec le patient. L'avis du collège, qui n'est pas notifié au patient, est classé dans son dossier.

Le collège des professionnels n'est que peu souvent convoqué et sa réunion est la plupart du temps limitée aux SPDRE judiciaires pour lesquels l'avis du collège est très encadré et obligatoire avant toute décision du JLD (article L 3211-12 du CSP). Les échanges avec le BDE, les médecins, les cadres de santé, les secrétaires médicales ont révélé une méconnaissance des exigences légales¹⁰ et une confusion entre la durée de l'hospitalisation complète – et donc la privation de liberté – et celle de la mesure de soins sans consentement quelle que soit la forme de prise en charge. Il est ainsi apparu que pour les patients en programme de soins, placés en soins sans consentement depuis plus d'un an, l'avis du collège n'est jamais recueilli. Or cet avis est d'autant

⁹ Depuis le 18 septembre 2015 pour l'un placé en SPDRE le 20 mai 2015 ; depuis le 27 novembre 2017 pour le second admis en SPDT le 10 janvier 2017 ; depuis le 12 janvier 2018 pour le troisième après réintégration en SPRDE le 11 octobre 2017.

¹⁰ Aux termes de l'article L. 3212-7 alinéa 3 du CSP, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres dont un seulement participe à la prise en charge du patient, ainsi qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins ; cette évaluation est renouvelée tous les ans.

plus important pour ces patients en programme de soins que la mesure de soins sans consentement dont ils sont toujours l'objet échappe au contrôle de plein droit du JLD.

RECOMMANDATION 27

Dans le respect des dispositions de l'article L 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé soit réuni pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, et ce quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

L'avis du collège, notamment quand il conclut au maintien de la mesure, doit être notifiée au patient.

Dans ses observations du 28 juillet 2022, la directrice de l'établissement indique : « depuis la visite du CGLPL en novembre 2021, nous appliquons cette recommandation ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur ce qui a été mis en œuvre concrètement, par exemple la date à laquelle s'est réuni le collège des professionnels de santé.

9.3.3 Les prises en charge d'aval

La création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie et la signature d'une convention entre la direction de l'ESMPI et un EHPAD a permis, en novembre 2021, de diriger sept patients vers cet établissement. Dans le cadre de la convention, un retour en hospitalisation complète est prévu pour un temps limité en cas de crise.

Cinq à six patients relevant d'autres services (neurologique, médico-social, accueil spécialisé) restent toutefois présents dans les unités, le plus souvent par manque de place dans les structures adaptées mais parfois également en raison de l'opposition des familles à toute modification de la prise en charge.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 L'ETABLISSEMENT NE COMPREND PAS DE LITS D'HOSPITALISATION COMPLETE POUR LES ADOLESCENTS

Le site de Vienne ne comprend pas de lits d'hospitalisation complète pour les adolescents. Il arrive très rarement que les mineurs soient hospitalisés dans les unités adultes.

Le projet ambitieux du pôle de pédopsychiatrie doit être soutenu en ce qu'il consiste à développer une offre ambulatoire et de liaison adaptée.

10.2 L'ETABLISSEMENT N'ACCUEILLE PAS DE PERSONNES DETENUES

L'établissement n'accueillant pas des personnes détenues (les patients sont pris en charge par l'unité hospitalière spécialement aménagée de Lyon ou par le centre hospitalier Alpes-Isère à Saint-Egrève, à proximité de Grenoble), leurs conditions d'hospitalisation n'ont pas été contrôlées à l'occasion de cette visite.

11. CONCLUSION

L'établissement dispose d'atouts certains. Les restrictions à la vie individuelle sont rares et individualisées, les soins psychiatriques et somatiques assurés, la sortie efficacement préparée et accompagnée, les événements indésirables suivis avec une particulière attention.

Néanmoins, des axes d'amélioration sont notés : l'information des patients en soins sans consentement nécessite d'être améliorée, les chambres d'isolement doivent être mieux équipées, le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre d'éviter le recours à ces pratiques et les activités proposées pourraient être plus variées. Surtout le devenir de l'activité du site de Vienne est incertain, ce qui affecte la mobilisation des équipes et la rénovation des locaux. Enfin, l'articulation avec le CH doit être travaillée afin de lever les difficultés actuelles, identifiées de part et d'autre.

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