



---

## **Rapport de visite :**

31 mai au 4 juin 2021- 2<sup>ème</sup> visite

Centre hospitalier spécialisé de la  
Savoie à Chambéry

*(Savoie)*

## SYNTHESE

Sept contrôleurs, accompagnés d'une stagiaire, ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier spécialisé (CHS), sis à Chambéry (Savoie), du 31 mai au 4 juin 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite, la première ayant été effectuée du 16 au 18 septembre 2008, par quatre contrôleurs<sup>1</sup>.

Cette mission a fait l'objet d'un rapport provisoire adressé le 30 décembre 2021 au directeur du CHS, à l'agence régionale de santé, aux chefs de juridiction de Chambéry ainsi qu'au préfet de la Savoie.

Seul le directeur du CHS a fait valoir ses observations, précisant que les professionnels de l'établissement avaient été associés à l'analyse du rapport. Elles ont été intégrées à la présente rédaction.

Le CHS de Savoie est le seul établissement habilité à accueillir l'ensemble des patients savoyards hospitalisés en soins sans consentement (SSC). Depuis juillet 2016, l'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Savoie-Belley qui, autour du centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS), établissement support, associe sept autres hôpitaux.

L'établissement est sectorisé et organisé en trois pôles : un pôle de psychiatrie générale constitué des cinq secteurs du département (Aix-les-Bains, Chambéry Nord, Chambéry Sud, Maurienne et Tarentaise), d'activités et de dispositifs transversaux ; un pôle de psychiatrie infanto-juvénile constitué des trois inter-secteurs du département de psychopathologie de l'adolescent, de dispositifs transversaux et un pôle médico-technique regroupant les activités de médecine générale, le plateau de spécialités médicales somatiques, la pharmacie et l'hygiène.

Il dispose de 207 lits pour adultes répartis en huit unités sectorisées et de 8 lits au sein du service départemental pour adolescents. Outre ces unités, trente-neuf structures extrahospitalières sont réparties en centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 105 places en hôpitaux de jour (HJ) et 30 places d'accueil familial thérapeutique (AFT) qui s'étendent sur tout le territoire de la Savoie pour une prise en charge et un suivi de proximité.

**Les conditions matérielles de la prise en charge des patients en soins sans consentement sont globalement satisfaisantes, à l'exception de celles prévalant au sein des unités dont les locaux datent du 19<sup>e</sup> siècle.**

L'implantation de l'établissement dans un vaste parc arboré d'une quarantaine d'hectares ouvert sur la ville est un atout considérable. En revanche, l'état des locaux est hétérogène. Certains des anciens pavillons sont vétustes, d'autres rénovés ou plus récents. Toutefois, un projet immobilier est en cours, offrant des perspectives de modernisation de l'ensemble à court terme. Les locaux collectifs sont de bonne qualité.

Si le projet de l'établissement, au travers de fiches-projets, est très ouvert (ouverture de l'unité, libre circulation des patients en soins sans consentement dans le parc), la visite des contrôleurs en période de pandémie, alors que les unités étaient fermées, n'a pas permis d'en vérifier la réalité. La liberté d'aller et venir des patients était particulièrement contrainte même si à l'intérieur, la circulation et l'accès aux cours étaient facilités.

---

<sup>1</sup> <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2009/04/rapport-de-visite-bassens.pdf>.

**S'agissant des droits et libertés des patients, malgré la réflexion et les actions d'ores et déjà engagées par la direction de l'établissement, des axes d'amélioration sont identifiables.**

Un livret d'accueil, complet et pédagogique, est remis au patient dès son arrivée. Cependant, malgré une réelle amélioration de l'information apportée aux patients admis en soins sans consentement, notamment par la remise des décisions et des certificats médicaux, il reste que leur statut et les droits qui y sont attachés sont insuffisamment rappelés à chaque étape de leur parcours de soins.

**L'organisation générale de la prise en charge médicale est efficiente malgré des points de fragilité.**

Comme dans nombre d'établissements visités, le recours massif à des mesures de soins sans consentement et à des procédures d'urgence pour l'hospitalisation des patients doit être interrogé en lien avec les services d'urgence. En outre, ces derniers n'assurent pas la traçabilité des mesures d'isolement et de contention dans leurs services en amont de l'admission au CHS.

L'insuffisance du nombre de médecins psychiatres perdure mais, compensée par l'embauche de praticiens attachés, de médecins étrangers et d'internes, un temps de présence est effectif tous les jours dans chaque unité. Les activités thérapeutiques sont nombreuses, en grande partie effectuées à l'extérieur des unités par des équipes dédiées.

L'absence d'examen somatique à l'arrivée est à déplorer. Si certains patients ont bénéficié de cet examen en amont, au sein du service des urgences, d'autres ne rencontrent pas le médecin somaticien, hormis en cas de pathologie spécifique. Par ailleurs ces praticiens ne se rendent pas auprès des patients placés en isolement et/ou sous contention.

Le port du pyjama est régulièrement imposé aux patients en unités pour adultes quand est supposé un risque de fuite, comme au sein de l'unité d'hospitalisation des adolescents, pratique qui doit cesser.

La suroccupation chronique du service de psychopathologie de l'adolescent a fortement préoccupé les contrôleurs dans la mesure où elle conduit à l'admission de mineurs en unités pour adultes. Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur a indiqué que les deux lits supplémentaires, sollicités de longue date, ont été accordés après la visite.

**S'agissant des pratiques d'isolement et de contention, l'établissement est engagé dans une démarche encourageante, qu'il doit poursuivre et approfondir.**

Un service d'accompagnement pour les situations à risque (SASR) intervient en prévention des situations à risque de violence, qui peuvent conduire à l'isolement du patient. Il s'agit d'une équipe de six aides-soignants formés à la contention non violente en cas d'agitation. Cette équipe de professionnels spécialisés, alliée à l'équipement de boîtiers d'alarme, sécurise le personnel et contribue à l'apaisement des tensions.

Toutefois, si diverses instances mènent des réflexions sur les pratiques d'isolement et de contention et que ces pratiques font l'objet d'une traçabilité élaborée, elles restent trop fréquentes et contreviennent aux objectifs de moindre recours affichés dans le projet d'établissement. Elles concernent notamment des patients mineurs, dans des conditions et des proportions préoccupantes. En outre, il est fréquemment recouru à des mesures d'isolement en espaces non dédiés. Les personnes détenues sont toujours maintenues en isolement, sans justification clinique, uniquement en raison de leur statut. Il convient sans aucun doute de prendre les précautions nécessaires mais le placement en chambre d'isolement ne peut être fondé sur un objectif sécuritaire sans rapport avec le diagnostic thérapeutique.

Le registre d'isolement et de contention, sous forme électronique, est particulièrement bien maîtrisé. Il est disponible sur l'intranet aux fins de consultation par l'encadrement soignant et permet de fournir aux équipes des éléments d'évaluation de leurs pratiques.

Lors de la mission et malgré ce contexte, la direction et l'ensemble du personnel se sont montrés extrêmement attentifs aux questionnements des contrôleurs, ce qui apparaît encourageant quant à la portée de leurs recommandations. La réponse du directeur au rapport provisoire, faisant déjà état d'avancées, atteste de cet état d'esprit.

Certains constats liés à l'immobilier ou encore à l'enfermement dans les unités sont donc désormais obsolètes.

## 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'instauration et la tenue régulière d'une commission « laïcité » permet de coordonner le fonctionnement des aumôneries et de répondre à leurs questions pratiques, mais surtout de créer un lieu de réflexions, d'échanges et de propositions concrètes sur les questions sensibles liées à ce sujet d'actualité.

#### **BONNE PRATIQUE 2 ..... 45**

Le service de restauration est engagé dans démarche d'amélioration continue et propose aux patients des repas de bonne qualité gustative, fabriqués avec des produits de qualité. Tous les menus spécifiques sont possibles respectant les préférences alimentaires ou confessionnelles des patients ainsi que les allergies et les prescriptions médicales.

#### **BONNE PRATIQUE 3 ..... 56**

L'activité de soins dentaires est particulièrement importante car les soins dentaires peuvent s'initier pendant l'hospitalisation, même courte, et se poursuivent en ambulatoire.

#### **BONNE PRATIQUE 4 ..... 64**

Le registre d'isolement et de contention est disponible sur l'intranet et consultable, globalement et par requête, par l'encadrement soignant. Cette faculté permet à tout moment au cadre d'une unité de fournir aux équipes des éléments d'évaluation de leurs pratiques.

### 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..... 22**

L'établissement et la commission départementale de soins psychiatriques doivent analyser les motifs conduisant au recours à un taux extrêmement élevé des mesures de soins sans consentement, et particulièrement des procédures d'admission en urgence. A cette analyse doivent être associés leurs partenaires afin de mener une réflexion commune sur la nature des changements à opérer. Le recours à ces procédures dérogatoires d'urgence doit être exceptionnel.

#### **RECOMMANDATION 2..... 23**

Bien que les unités ne soient que très rarement saturées, on constate de fréquents transferts d'un secteur à l'autre, notamment en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Cette situation doit faire l'objet d'interrogations.

#### **RECOMMANDATION 3..... 24**

Le comité d'éthique doit être remis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion autour de situations posant des problèmes éthiques et pour confronter les principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés pratiques.

L'ensemble du personnel de l'hôpital doit pouvoir prendre connaissance des sujets traités.

**RECOMMANDATION 4..... 25**

Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours des soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits. De plus, le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.

**RECOMMANDATION 5..... 28**

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être explicitée au patient qui doit être invité à y procéder, à son admission puis dans le cadre de son suivi médical. La personne de confiance désignée doit être systématiquement contactée afin d'obtenir son assentiment et être effectivement associée au projet de soins, selon les souhaits du patient.

**RECOMMANDATION 6..... 31**

La confidentialité sur la présence des patients à l'hôpital doit être respectée et des instructions précises doivent être rédigées et affichées.

**RECOMMANDATION 7..... 32**

Les patients en soins sans consentement en programme de soins après une hospitalisation complète au CHS doivent être informés de la visite de la CDSP dans cet établissement. Par ailleurs, la CDSP doit reprendre de façon pérenne ses visites semestrielles au CHS.

**RECOMMANDATION 8..... 34**

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet de Savoie, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Chambéry ainsi que le maire de Chambéry ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

**RECOMMANDATION 9..... 39**

Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction, ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

**RECOMMANDATION 10..... 39**

Un espace doit être aménagé dans toutes les unités pour permettre aux familles de rendre visite aux patients dans de bonnes conditions.

**RECOMMANDATION 11..... 40**

Les *points-phone* doivent être aménagés de manière à garantir la confidentialité des conversations lors de leur utilisation.

**RECOMMANDATION 12..... 40**

Une réflexion sur la sexualité doit être conduite à l'échelle institutionnelle afin d'unifier les approches des différentes unités et favoriser la discussion avec les patients. Le comité d'éthique devra se saisir de cette question.

**RECOMMANDATION 13..... 42**

Il doit être procédé à la rénovation des locaux des unités les plus anciennes et au remplacement du mobilier dégradé ou manquant dans les unités qui le nécessitent.

**RECOMMANDATION 14..... 49**

L'isolement et la contention de personnes hospitalisées dans les services d'urgence doivent être tracés dans les dossiers médicaux et dans un registre selon les recommandations de bonne pratique clinique de la Société française de médecine d'urgence.

**RECOMMANDATION 15..... 49**

La psychiatrie adulte doit être représentée dans les instances par un chef de pôle, si telle est la configuration fonctionnelle choisie par l'établissement. Il est impératif que l'ensemble des professionnels médicaux résolve cette situation.

**RECOMMANDATION 16..... 50**

Le droit à la confidentialité des soins s'applique à la distribution des traitements qui doit s'effectuer dans un endroit fermé, à l'abri des regards afin de permettre les échanges entre patients et soignants en toute quiétude.

**RECOMMANDATION 17..... 56**

Un examen somatique complet doit être réalisé par un médecin pour toute personne hospitalisée en soins sans consentement dans les 24 heures suivant son hospitalisation. Le compte rendu de l'examen doit figurer dans le dossier du patient.

**RECOMMANDATION 18..... 60**

L'enfermement, et *a fortiori* la mise sous contention, de patient en chambre ordinaire doivent être proscrits.

**RECOMMANDATION 19..... 62**

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée dans le délai d'une heure par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier. La traçabilité de cette validation doit être assurée et doit permettre, notamment, d'apprécier le délai dans lequel cette confirmation est opérée.

**RECOMMANDATION 20..... 62**

Les mesures d'isolement et de contention dont les durées dépassent les délais respectifs de 48 heures et 24 heures doivent être notifiées au juge des libertés et de la détention et aux personnes mentionnées à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique afin que le contrôle juridictionnel puisse s'effectuer conformément à ces dispositions.

**RECOMMANDATION 21..... 63**

La décision de mise en pyjama des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et revue lorsque l'isolement est prolongé. La mise à nu des patients suicidaires placés en chambre d'isolement doit être proscrite ; des vêtements sécurisés comme y ont recours d'autres établissements doivent être acquis et fournis.

**RECOMMANDATION 22..... 63**

Les visites du médecin auprès des personnes isolées doivent avoir lieu toutes les 12 heures et non à un rythme de 24 heures.

**RECOMMANDATION 23..... 63**

La mise en chambre d'isolement avec ou sans pose de contention nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet. Cet examen relève de la compétence du médecin généraliste et le résultat doit figurer dans le dossier du patient.

**RECOMMANDATION 24..... 66**

Les pratiques d'isolement et de contention justifient la politique de réduction qui est mise en œuvre par l'établissement mais l'importance du recours à ces mesures, les conditions matérielles dans lesquelles elles sont mises en œuvre, surveillées et suivies, appellent une stimulation rapide de cette politique, les données qui la motivent pouvant s'appuyer sur un outil statistique d'une rare qualité.

**RECOMMANDATION 25..... 68**

La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement doit être réfléchi en équipe, dans le cadre du projet médical. Le CGLPL considère, d'une manière générale, que les chambres d'isolement doivent être exclues des unités recevant des enfants de moins de 13 ans.

Le contexte de transition que connaît l'unité (arrivée d'une nouvelle cadre de santé, hébergement dans de nouveaux locaux) devrait permettre une réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles – particulièrement dans le cadre de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à l'isolement et à la contention

**RECOMMANDATION 26..... 73**

La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur des considérations cliniques et faire l'objet d'une réévaluation constante. Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction, ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement.

**RECOMMANDATION 27..... 75**

L'adolescent placé en chambre d'isolement doit conserver son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement. Par ailleurs, l'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits.

**RECOMMANDATION 28..... 75**

L'isolement et la mise sous contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évité par tout moyen. A cette fin, le département de psychopathologie de l'adolescent doit se doter d'une stratégie explicite ainsi que d'outils de pilotage et de suivi visant à les limiter. En tout état de cause, ces mesures de contrainte physique ne peuvent intervenir que s'il existe un risque sérieux et imminent pour le mineur ou pour autrui et après que des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, se soient révélées inefficaces. Leur durée doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise.

**RECOMMANDATION 29..... 76**

Les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques doivent prioritairement être pris en charge par des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

**RECOMMANDATION 30..... 77**

Conformément aux dispositions légales, le placement en isolement des patients détenus, qui doit être une pratique de dernier recours, ne peut être motivé que par l'état clinique du patient, sans considération de son statut pénal.

**RECOMMANDATION 31..... 77**

Un protocole doit être rédigé entre le centre hospitalier spécialisé de Savoie, la préfecture et les centres pénitentiaires de Chambéry et d'Aiton pour définir les droits et devoirs des personnes détenues lors de leur admission en service de psychiatrie. Leur séjour ne doit en aucun cas s'accompagner de la violation des droits attachés à leur statut pénal.

**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 ..... 19**

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être dispensée à tous les soignants amenés à prendre en charge de tels patients.

**RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 42**

Un document d'inventaire plus exhaustif et lisible pour les patients devrait être conçu.

**RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 60**

Les baies permettant la surveillance des chambres d'isolement doivent être réaménagées de façon à assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients isolés.



**RECO PRISE EN COMPTE 4 ..... 70**

Malgré le souci constant porté aux mineurs hébergés dans les unités adultes et leur suivi par une équipe de la pédopsychiatrie, le CGLPL recommande que les mineurs ne soient pas accueillis dans un service de psychiatrie pour adultes<sup>2</sup>. La situation de suroccupation de l'unité doit faire l'objet d'une concertation impliquant l'ensemble des acteurs de la filière de la psychiatrie infanto-juvénile de la Savoie.

**RECO PRISE EN COMPTE 5 ..... 71**

Le contexte de transition que connaît l'unité (arrivée d'une nouvelle cadre de santé, hébergement dans de nouveaux locaux) devrait permettre une réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles – particulièrement dans le cadre de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à l'isolement et à la contention.

**RECO PRISE EN COMPTE 6 ..... 71**

L'accès au téléphone doit être garanti aux mineurs hospitalisés dans des conditions satisfaisantes de discrétion et de confidentialité.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE.....</b>	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS .....</b>	<b>5</b>
<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>10</b>
<b>RAPPORT.....</b>	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE .....</b>	<b>12</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>14</b>
2.1 Le centre hospitalier de Savoie tient une place prépondérante dans l'offre de soins psychiatriques du département.....	14
2.2 Les ressources budgétaires permettent de répondre aux besoins de fonctionnement .....	16
2.3 La tension sur les effectifs infirmiers est contenue mais le déficit de psychiatres impacte la régularité de la surveillance des isolements et des contentions .....	17
2.4 Les patients admis en soins sans consentement, majoritairement selon une procédure d'urgence, constituent 50 % de la file active des personnes hospitalisées à temps plein .....	20
2.5 Le comité d'éthique a cessé son activité.....	23
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....</b>	<b>25</b>
3.1 les patients en soins sans consentement sont informés de façon claire sur les modalités de leur séjour et sur leurs droits mais manquent d'explications orales lors des notifications des décisions individuelles.....	25
3.2 Au sein des unités pour adultes, la prise en charge des violences est mesurée et le processus de traitement des événements indésirables est formalisé.....	26
3.3 Le dispositif de désignation de la personne de confiance n'est pas effectif .....	27
3.4 L'exercice du droit de vote est respecté et facilité .....	28
3.5 L'accès au culte est facile et les questions de laïcité sont traitées avec attention.....	28
3.6 La protection juridique est assurée de manière rigoureuse.....	29
3.7 Les agents sont soucieux de respecter la confidentialité sur la présence et l'état de santé des patients mais les instructions doivent être écrites et affichées .....	30
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS .....</b>	<b>32</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques (cdsp), malgré des difficultés organisationnelles, s'efforcé d'exercer <i>a minima</i> sa mission .....	32
4.2 La bonne tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement mais les contrôles extérieurs sont réduits au minimum .....	33
4.3 Les sorties de courte durée sont facilement accordées avec pour objectif de préparer la levée de la mesure ou le passage en programme de soins .....	34
4.4 Le juge des libertés et de la détention exerce sa fonction dans des conditions matérielles et relationnelles qui n'appellent pas d'observation .....	35
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES .....</b>	<b>38</b>

5.1	La liberté d’aller et venir est drastiquement réduite par les mesures liées à la crise sanitaire .....	38
5.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont fortement amplifiées par les mesures liées à la crise sanitaire .....	38
5.3	Les modalités d’accueil des visiteurs présentent des disparités .....	39
5.4	Aucune réflexion institutionnelle n’est menée sur la sexualité .....	40
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>41</b>
6.1	L’agencement et l’état des locaux ne sont pas homogènes.....	41
6.2	L’hygiène n’appelle pas d’observation.....	42
6.3	Un inventaire des biens du patient est réalisé mais il est peu lisible .....	42
6.4	Une attention particulière est portée à la qualité des repas.....	43
<b>7.</b>	<b>LES SOINS .....</b>	<b>46</b>
7.1	La majorité des personnes admises en soins sans consentement transitent par les urgences et voient leurs droits insuffisamment respectés .....	46
7.2	La vacance de la chefferie de pôle de psychiatrie adulte pénalise l’organisation des soins psychiatriques.....	49
7.3	Les soins somatiques, bien que largement proposés, ne satisfont pas à l’obligation d’examen médical d’admission.....	54
7.4	Le service de la pharmacie est fortement impliqué dans la prise en charge des patients et dans la vie institutionnelle .....	57
<b>8.</b>	<b>L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>58</b>
8.1	L’architecture des locaux d’isolement fait prévaloir la sécurité sur le respect de la dignité et de l’intimité des patients .....	58
8.2	Les modalités d’exécution des mesures d’isolement et de contention ne traduisent pas encore la politique volontariste de la direction de l’établissement de réduire le recours à ces mesures.....	60
8.3	Pour diminuer le recours particulièrement important à l’isolement et à la contention, la politique de l’établissement peut être précisément éclairée par l’outil d’observation des pratiques dont il est doté .....	64
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES .....</b>	<b>67</b>
9.1	L’unité de prise en charge des adolescents dispose de nombreux atouts mais recourt à la contrainte de manière très importante.....	67
9.2	Durant tout leur séjour, les patients détenus sont maintenus en chambre d’isolement.....	76
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>79</b>

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

- Chantal Baysse, cheffe de mission ;
- Dominique Bataillard, contrôleure ;
- Marie-Agnès Crédoz, contrôleure ;
- Anne Lecourbe, contrôleure ;
- Estelle Royer, contrôleure ;
- Jean-Christophe Hanché, contrôleur ;
- Gérard Kauffmann, contrôleur ;
- Laure Jolivet, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs, accompagnés d'une stagiaire, ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier de Savoie sis à Chambéry (Savoie) du 31 mai au 4 juin 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite, la première ayant été effectuée du 16 au 18 septembre 2008 par quatre contrôleurs.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 31 mai 2021 à 14h20. La visite n'avait été annoncée que deux heures auparavant. Elle s'est achevée le 4 juin à 14h10.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec la directrice de cabinet du préfet de Savoie, avec le directeur de la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) de Savoie. La présidente du tribunal judiciaire de Chambéry et le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement, accompagné du secrétaire général, du directeur financier, de la directrice des ressources humaines, de la directrice du lien sanitaire médico-social, du directeur des services techniques, de la directrice des systèmes d'information, de la directrice des soins, du président de la commission médicale d'établissement et de deux psychiatres chefs de service. Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site.

Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et ont eu un entretien avec lui à l'issue de l'audience ainsi qu'avec les avocats présents.

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 4 juin à 13h en présence des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation ainsi que de deux cadres supérieurs de santé.

En raison de l'ancienneté de la première visite (treize ans) et du contexte lié à la crise sanitaire, les contrôleurs ont considéré devoir réexaminer la totalité des points de contrôle.

Un rapport provisoire a été adressé le 30 décembre 2021 au directeur du centre hospitalier spécialisé, à l'agence régionale de santé, aux chefs de juridiction de Chambéry ainsi qu'au préfet de la Savoie. Seul le directeur du CHS a fait valoir ses observations, par courrier du 18 février 2022, précisant que les professionnels de l'établissement avaient été associés à l'analyse du rapport. Celles-ci sont intégrées au présent rapport en caractères italiques.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ÉTABLISSEMENT

### 2.1 LE CENTRE HOSPITALIER DE SAVOIE TIENT UNE PLACE PREPONDERANTE DANS L'OFFRE DE SOINS PSYCHIATRIQUES DU DEPARTEMENT

#### 2.1.1 La place de l'établissement dans la prise en charge psychiatrique départementale

Le CHS de Savoie est le seul établissement psychiatrique public du département. Il assure ainsi les soins d'une population de 432 716 habitants, nonobstant l'implantation d'une clinique privée dont l'activité est réservée à la prise en charge de patients en soins libres. Il dispose d'une habilitation à accueillir l'ensemble des patients savoyards hospitalisés en soins sans consentement (SSC).

Depuis juillet 2016, l'établissement est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Savoie-Belley qui, autour du centre hospitalier Métropole Savoie (CHMS), établissement support, associe sept autres hôpitaux. Outre le CHS de Savoie, en sont membres les centres hospitaliers d'Albertville-Moutiers, de Bourg-Saint-Maurice, de Saint-Jean-de-Maurienne, de Modane, ainsi que les centres hospitaliers de Saint-Pierre d'Albigny et de Belley.

Cette collaboration se concrétise notamment par sa participation au service des urgences du CHMS de Chambéry et le déploiement d'activités de psychiatrie de liaison au sein des hôpitaux du secteur et des structures médico-sociales.

Le partenariat avec le CHMS est également renforcé à travers le fonctionnement partagé sur le site Chambéry d'une unité post urgence (UPU) comprenant dix lits réservés à la psychiatrie (cf. *infra* § 7.1).

Le projet d'établissement du CHS de la Savoie pour la période 2018-2023 s'appuie sur le projet médical partagé du GHT et s'accompagne d'un projet médico-soignant partagé. La filière psychiatrique de ce projet médical partagé est assurée par le CHS de Savoie, seul établissement psychiatrique du GHT<sup>2</sup>.

Le projet d'établissement comporte quatre-vingt-treize fiches-projet qui concernent notamment la sécurisation des soins en hospitalisation complète (soins sans consentement, isolement et contention, risque suicidaire), le développement de transversalités par la formalisation d'un centre intersectoriel de réhabilitation, le déploiement d'un projet de pédopsychiatrie en particulier autour des troubles du spectre de l'autisme ou encore le déploiement de l'équipe mobile de gérontopsychiatrie.

Il développe également des projets concernant les droits des patients dans un programme d'actions formalisé et priorisé (prévention de la maltraitance, moindre recours aux mesures d'isolement et de contention, respect de la dignité, etc.). Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2019 prévoit de mettre en œuvre des axes d'amélioration relatifs à l'hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit.

La direction du CHS de la Savoie constate par ailleurs le surcoût induit par l'utilisation de locaux du site historique de La Livettaz, en termes d'entretien et de maintenance notamment. Aussi, un des enjeux peut consister à privilégier une localisation des unités de soins, en particulier les unités d'hospitalisation, dans les locaux les plus récents sur le site du Nivolet.

Un schéma directeur immobilier est en cours, offrant des perspectives de modernisation à très court

---

<sup>2</sup> Le centre hospitalier de Belley, associé au GHT de Savoie est situé dans l'Ain et n'est pas concerné par la prise en charge croisée par le CHS de Chambéry. Il relève du centre psychothérapeutique de Bourg-en-Bresse (Ain).

terme. Les locaux restant vacants sur le site pourront faire l'objet d'une valorisation patrimoniale auprès de partenaires publics ou privés (cf. *infra* § 2.2).

Le CHS s'inscrit également dans son territoire de santé grâce à la formalisation, en juin 2020, d'un projet territorial de santé mentale.

### 2.1.2 Les relations sociales

Les instances représentatives du personnel ont été renouvelées à la suite des dernières élections professionnelles. Les représentations syndicales ont été modifiées avec la montée en puissance de la CGT, l'affaiblissement de la CFDT et la disparition du syndicat FO.

La représentation au sein des instances de l'établissement a en conséquence été remaniée, seule la CGT représentant le personnel à la commission médicale d'établissement (CME) comme au conseil de surveillance.

Le comité technique d'établissement (CTE) s'est réuni sept fois en 2020 et le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) cinq fois.

### 2.1.3 La configuration de l'établissement et son organisation interne

#### a) Les trois sites

Le CHS est situé sur la commune de Bassens à 3 km du centre de Chambéry. Il est composé de trois sites : Nivolet, Bressieux et Livettaz, ce dernier étant séparé des deux autres par une route départementale assez passante. Les unités de soins se répartissent dans un vaste espace arboré d'une quarantaine d'hectares ouvert sur la ville. Aucun mur ne cerne les trois sites et une partie du parc est ouverte au public.

Le parc immobilier est hétérogène : des locaux contemporains cohabitent avec des édifices du 19<sup>ème</sup> siècle qui, sur le site historique de Livettaz, sont vétustes et peu adaptés à la prise en charge des patients. Les bâtiments contemporains ont été construits entre les années 1960 et 1980 et font à tour de rôle l'objet de travaux de rénovation depuis le début des années 2000.

L'accès à l'établissement est facilité grâce à une bonne signalétique des voies routières et une desserte par les transports en commun. En outre, un parking vaste et gratuit est à la disposition de tous.

#### b) L'organisation du CHS et ses unités

Le CHS est sectorisé et organisé en trois pôles : un pôle de psychiatrie générale constitué des cinq secteurs du département (Aix-les-Bains, Chambéry Nord, Chambéry Sud, Maurienne et Tarentaise), des activités et des dispositifs transversaux ; un pôle de psychiatrie infanto-juvénile constitué de trois inter-secteurs du département de psychopathologie de l'adolescent et des dispositifs transversaux ainsi qu'un pôle médico-technique regroupant les activités de médecine générale, un plateau de spécialités médicales somatiques, la pharmacie et l'hygiène.

Il dispose de 207 lits pour adultes répartis en huit unités sectorisées et de 8 lits au sein du service départemental pour adolescents :

- le secteur 73 G 01 de Chambéry Sud dispose des unités d'hospitalisation Lambert et Ey ;
- le secteur d'Aix-les-Bains 73 G 02 comprend les unités Bachelard et Pinel ;
- le secteur de Chambéry Nord 73 G 03 compte les unités Tosquelles et Pussin ;
- le secteur Maurienne 73 G 04 dispose d'une unité d'hospitalisation Racamier ;
- le secteur Tarentaise 73 G 05 compte une seule unité Belledonne ;

- l'intersecteur pour adolescents dispose d'une unité d'hospitalisation.

Il n'existe pas d'unité de gérontopsychiatrie mais des patients âgés sont accueillis dans les unités.

Les unités pour adultes sont équipées de vingt-quatre à vingt-six lits. Chacune dispose d'une chambre d'isolement y compris l'unité réservée aux adolescents.

Toutes ces unités ont été visitées par les contrôleurs.

Si l'établissement a posé le principe de l'ouverture de ses unités d'hospitalisation pour les adultes, recevant toutes des patients en soins libres et sans consentement, les unités étaient fermées au moment de la visite des contrôleurs, en raison de la situation épidémique. Lors de la cellule hebdomadaire de crise du 3 juin – cellule regroupant les membres des directions de tous les hôpitaux du GHT depuis le début de la pandémie -- la réouverture des unités a été entérinée à compter du 9 juin (cf. *infra* 5.1).

Outre les unités d'hospitalisation complète (adultes et adolescents) sur le site de Bassens, les services proposent une offre de soins diversifiée. L'organisation extrahospitalière respecte la même logique polaire sur tout le département. Ainsi, trente-neuf structures extrahospitalières sont réparties en centres médico-psychologiques (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), 105 places en hôpitaux de jour (HJ) et 30 places d'accueil familial thérapeutique (AFT) qui s'étendent sur tout le territoire de la Savoie pour une prise en charge et un suivi de proximité. Pour faciliter au mieux l'orientation des patients, le CHS de la Savoie a mis en ligne sur son site un moteur de recherches, à partir de la commune de domiciliation des patients.

Enfin, le CHS est l'établissement support pour les soins en milieu pénitentiaire. Une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) est implantée au centre pénitentiaire d'Aiton, une seconde à la maison d'arrêt de Chambéry. Une équipe constituée de médecins, cadre, infirmiers, psychologues et secrétaire y intervient.

## 2.2 LES RESSOURCES BUDGETAIRES PERMETTENT DE REPONDRE AUX BESOINS DE FONCTIONNEMENT

Selon les prévisions connues lors de la visite, la situation budgétaire de l'établissement sera, cette année, légèrement bénéficiaire après une série de résultats négatifs. Pour 2021, les charges sont estimées à hauteur de 64,4 M € et se répartissent pour l'essentiel entre les charges de personnel (84 %), les charges à caractère hôtelier (9 %) et les dotations aux amortissements (6 %), ce qui est un montant faible traduisant l'absence d'endettement. Les dépenses de personnel ont récemment fortement progressé ; elles se sont accrues en trois ans de + 8 % du fait, pour cette dernière année notamment, de la prise en compte des mesures résultant du « Ségur de la Santé » et de l'absence de plusieurs cadres médicaux qui ont dû être remplacés par des intérimaires à un coût élevé pour l'hôpital. D'autres charges de moindre importance ont, par ailleurs, augmenté sensiblement : les pertes sur créances irrécouvrables, la contribution au Groupement hospitalier de territoire (X2) et les charges exceptionnelles (X3).

Les ressources sont pour l'essentiel constituées par la dotation annuelle de financement, pour près de 60 M €. Cette dotation a été fortement augmentée sur un an (+ 12 %) ce qui explique pour une large part le rétablissement de l'équilibre budgétaire alors que les autres paramètres ont été constants. Avec pour 2021 un excédent supérieur à 113 K €, l'hôpital estime être en mesure de pouvoir répondre à ses missions au service des patients. Cet équilibre, qui a été obtenu par l'application de nombreuses mesures d'économie et notamment la fermeture de deux pavillons en cinq ans, reste menacé par la vétusté des locaux de l'ancien hôpital dont l'entretien est onéreux et le coût de fonctionnement élevé.



Dans l'avenir, l'établissement devra faire face à deux événements majeurs pour ses finances : la réforme du mode de financement de la psychiatrie dont la mise en œuvre a été reportée au budget de 2023 et les conséquences financières de la vaste opération immobilière lancée cette année avec la vente de la partie ancienne, le site de Livettaz. Ce site, qui représente une surface de plus de 95 000 m<sup>2</sup>, doit être cédé pour qu'y soit réalisé, tout en respectant les contraintes de classement, un ensemble immobilier composé de logements (dont des logements sociaux) ainsi que des activités culturelles et commerciales. La décision prise en avril 2021 en conseil de surveillance ouvre une longue procédure devant aboutir à une cession de l'ordre de 20 M €. Cette ressource doit permettre de reconstruire et développer le centre hospitalier avec notamment la réalisation de services administratifs et techniques et celle de l'unité Pinel, aujourd'hui installée dans d'anciens bâtiments coûteux à entretenir et difficilement adaptables aux normes modernes et sûres pour l'accueil des patients. Une telle opération peut permettre de dégager des ressources permettant à l'établissement d'investir sans emprunter. Les autres recettes d'investissement serviront alors aux programmes de renouvellement des biens affectant plus directement la situation des patients. Globalement, sur une dizaine d'années, le centre prévoit d'investir plus de 17 M € sur des « opérations majeures d'investissement » dont 800 000 € pour le service adolescents, 1 M € pour la rénovation de Pussin et 13,6 M € pour la reconstruction des services actuellement à Livettaz. Ces projets maintiendront la qualité des conditions d'accueil des patients mais dégageront un besoin d'amortissement financier qui risque de peser sur l'équilibre des comptes à partir de 2024. En dehors de ce financement public, on doit relever que, s'il n'existe pas de budget affecté à chaque pôle, une association (*Transition*) contribue à l'organisation d'activités dans les unités avec un financement réduit, entre 500 et 1000 € par unité, mais fortement apprécié par la liberté qu'il donne aux cadres organisateurs.

### 2.3 LA TENSION SUR LES EFFECTIFS INFIRMIERS EST CONTENUE MAIS LE DEFICIT DE PSYCHIATRES IMPACTE LA REGULARITE DE LA SURVEILLANCE DES ISOLEMENTS ET DES CONTENTIONS

#### 2.3.1 Le personnel non médical

##### a) Le fonctionnement des équipes

Un cadre de santé est affecté à chacune des unités d'hospitalisation temps plein. L'effectif de base de l'équipe soignante de chaque unité est constitué par quatre soignants le matin et trois l'après-midi ou trois matin et après-midi – dont au moins un infirmier dans chaque équipe – et un soignant de journée avec un minimum de trois matin et après-midi.

L'unité Pussin, qui accueille des patients aux pathologies lourdes et complexes, dispose d'une équipe plus étoffée avec cinq soignants le matin et quatre l'après-midi dont, pour chacune, au moins deux infirmiers.

Les équipes de nuit sont spécifiques, constituées de deux soignants dont un infirmier.

Dans toutes les unités, les horaires sont les mêmes : 6h10-14h10 ; 13h20-21h20 ; 21h-7h, ce qui permet un temps de transmission cohérent, notamment entre les deux équipes de jour.

La question de la masculinité des équipes est un moindre problème depuis qu'un service d'accompagnement des situations à risques (SASR) a été constitué ; en revanche, les médecins de Tosquelles souhaiteraient qu'il y ait toujours une femme dans ces équipes, ce qui n'est pas le cas. La présence masculine reste une préoccupation à Pussin, dont un patient au long cours nécessite deux hommes pour sa prise en charge.

Les soignants absents sont remplacés prioritairement par le soignant de journée, puis par des soignants de l'unité sollicités en renfort et enfin par ceux d'autres unités. Cette dernière solution ne permet pas toujours au remplaçant d'avoir une bonne connaissance des patients. Pour ce motif, le recours à des infirmiers intérimaires ne concerne que les équipes de nuit. Enfin, il peut être recouru, surtout pour les remplacements de durée plus longue, au pool de suppléance constitué de 5,30 équivalents temps plein (ETP) pour les infirmiers de jour, de 1,30 ETP pour les aides-soignants de jour, de 7,90 ETP pour les infirmiers et /ou aides-soignants de nuit, de 8,60 ETP pour les agents des services hospitaliers et de 1,10 ETP pour les secrétaires médicaux.

En 2020, l'établissement a enregistré une diminution du taux d'absentéisme du personnel médical et une forte augmentation de celui du personnel non médical en raison de l'impact majeur des arrêts de maladie lors de la crise sanitaire.

Globalement, le taux d'absentéisme pour l'ensemble du personnel médical et non médical est passé de 6,70 % en 2019 à 7,75% en 2020.

Certaines unités ne se plaignent pas d'une pénurie d'effectif et parviennent à faire face, en interne, aux éventuelles absences car elle y sont peu nombreuses. Dans d'autres, l'effectif de soignants est juste suffisant ; l'accumulation de services partiels à 80 %, 90 % et de congés « maternité » apporte une réelle tension sur les effectifs et impose donc un appel fréquent à l'équipe de renfort.

À chaque unité est affecté 0,60 à 1 ETP d'assistant de service social et 0,3 à 1 ETP de psychologue, en effectif budgété. En pratique, aucune unité ne bénéficie d'un psychologue à temps plein, le maximum étant de 0,80 ETP (Tosquelles). 4 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH) sont également prévus.

Une supervision pour les équipes est possible, ainsi que l'intervention de psychologues pour des démarches d'analyse des pratiques professionnelles.

### *b) Le recrutement*

Au jour de la visite, l'effectif infirmier était arrêté à 263,6 ETP pour les deux pôles, adultes et enfants et adolescents, couvrant les unités d'hospitalisations et les structures ambulatoires. Il était pourvu à hauteur de 231,45 ETP, laissant 32,15 ETP vacants.

L'établissement est en recrutement permanent d'infirmiers. Il a développé une politique de recrutement et de fidélisation attractive. Un contrat à durée indéterminée (CDI) est proposé au bout de six mois de contrat à durée déterminée (CDD), sauf évaluation professionnelle défavorable. L'avancement de grade est accordé dès que l'agent en remplit les conditions, une prime annuelle est versée à tous, le personnel a accès à un système de garde d'enfants et un prêt de logement est proposé aux soignants qui arrivent en mutation. Cette politique porte ses fruits et le *turn-over* reste limité à moins de 10 % des ETP : 2019 a compté trente-deux départs et vingt-sept arrivées (en ETP). Le CHS dispose d'un vivier de candidatures présentées au cours de l'année outre les sorties d'institut de formation en soins infirmiers (IFSI). La période d'été est la plus tendue, les plannings sont au minimum, sans infirmier de journée. Il est déjà prévu que l'effectif des équipes y sera au minimum pendant 16 jours en juillet 2021, situation qui va être aggravée par le maintien en activité de toutes les unités alors qu'une était fermée les années précédentes.

### *c) La formation*

Le plan de formation s'inscrit dans le dispositif national de développement professionnel continu. Le CHS s'est donné pour objectif, dans les plannings, que tout agent puisse suivre au moins une formation par an, étant précisé que chaque infirmier doit avoir suivi, dans le meilleur délai après sa prise de fonction, les trois formations suivantes : entretien infirmier, prévenir la violence et moindre

recours à la contention et à l'isolement, self-sauvegarde. Cette dernière formation est dispensée par équipe ce qui assure une bonne coordination collective des gestes appréciée des professionnels. Par ailleurs, outre les formations à la sécurité incendie et aux gestes d'urgence, les formations suivantes sont également mentionnées comme obligatoires sur le plan annuel 2020 : soins sans consentement, prise en charge du risque suicidaire.

Un module intitulé « *Liberté et sécurité des soins : quelle conciliation possible ?* » figure également dans la liste de l'offre proposée par l'établissement mais celle-ci ne mentionne aucune formation spécifique sur les droits des patients en soins sans consentement.

Pour les sortants d'école sont prévus des consolidations des savoirs en psychiatrie : pathologies, signes cliniques, bibliographies. Elles sont en parties assurées par des psychiatres et des pairs. Cette formation s'étale sur deux ans. Un tutorat d'intégration est également assuré par des professionnels volontaires pour être tuteurs ; le tutorat se déroule sur une année avec des rendez-vous initiés par le tuteur – qui n'appartient pas nécessairement à la même unité – puis par le tutoré. Les cadres n'ont aucun retour sur le tutorat, les relations tuteur-tutoré restent confidentielles. Enfin, dans la mesure du possible, l'arrivant est doublé, pendant une semaine, les effectifs ne permettant pas une durée plus longue.

Le CHS va financer la formation d'un ou deux infirmiers de pratique avancée dont les fiches de poste sont en phase de finalisation.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Une formation aux droits des patients en soins sans consentement doit être dispensée à tous les soignants amenés à prendre en charge de tels patients.

*Dans ses observations, en réponse à l'envoi du rapport provisoire, le directeur de l'établissement fait valoir qu'a débuté, le 24 janvier 2022, la formation Soclecare « Droits des patients en psychiatrie » incluant les soins sans consentement. Elle sera dispensée pour toutes les unités suivant un plan pluriannuel de formation 2022/2023.*

*Les contrôleurs considèrent donc que cette recommandation est mise en œuvre.*

#### *d) Les situations à risque*

Le service d'accompagnement pour les situations à risque (SASR) intervient en prévention des situations à risque de violence. Il s'agit d'une équipe de six aides-soignants formés à la contention non violente en cas d'agitation. L'équipe est facilement accessible en effectuant le 12, numéro d'appel téléphonique enregistré, et la permanence est assurée par trois agents avec un effectif de sécurité de deux.

#### *e) Les incidents*

Aucun problème disciplinaire ou de conduite inappropriée n'a été signalé depuis un an.

### 2.3.2 Le personnel médical

L'organigramme de l'établissement prévoit un total de 36,99 ETP de praticiens hospitaliers (PH) psychiatres pour le pôle de psychiatrie adulte (23,62 ETP effectués par 28 PH) et de psychiatrie enfants et adolescents (13,31 ETP effectués par 17 PH). Au jour de la visite, 9,50 ETP – soit le quart de l'effectif théorique – n'étaient pas pourvus, 7,40 pour les adultes et 2,50 pour les enfants et adolescents. Cet effectif médical est complété par, respectivement pour chaque pôle, 2,50 et 0,20

ETP de praticien attaché/assistant. Enfin, cinq internes sont affectés au CHS au 1<sup>er</sup> juin 2021. Deux médecins à diplôme étranger interviennent.

La répartition de cet effectif permet d'assurer la continuité des soins (cf. *infra* § 7.2) et conduit à la présence d'un psychiatre dans chaque unité chaque jour de la semaine et le samedi matin, avec une mutualisation si nécessaire entre les deux unités du secteur. Cependant, pour les unités Belledonne et Racamier, le déficit de médecins est réel, avec de nombreux postes vacants et des médecins extérieurs aux unités doivent palier cette insuffisance en prenant en charge des patients à la dernière minute ou des permanences le week-end.

Dans cette situation, le contrôle des isolements toutes les douze heures et celui des contentions chaque six heures sont considérés comme impossibles à réaliser par des praticiens répondant aux critères médico-légaux et, de fait, ils ne sont pas faits. (cf. *infra* § 8.2).

L'établissement n'a pas une pratique courante de recours aux contrats intérimaires. Néanmoins, la pénurie de ressources médicales, notamment pour les secteurs de la Tarentaise, a conduit à une augmentation de ce poste de dépenses pour le personnel médical, passant de 55 730 € en 2019 à 528 000 € en 2020.

Pour des raisons à la fois idéologiques et institutionnelles, les médecins n'ont pas souhaité nommer un chef de pôle pour la psychiatrie adulte (cf. *infra* § 7.2). Dans les instances, la représentation de la psychiatrie adulte est réalisée de manière informelle selon un tour de rôle des différents chefs de service de psychiatrie.

Un médecin somaticien passe chaque jour dans chaque unité (cf. *infra* § 7.3.1).

## **2.4 LES PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, MAJORITAIREMENT SELON UNE PROCEDURE D'URGENCE, CONSTITUENT 50 % DE LA FILE ACTIVE DES PERSONNES HOSPITALISEES A TEMPS PLEIN**

### **2.4.1 L'activité générale**

Les rapports d'activité de l'établissement, pour les années 2019 et 2020, font apparaître une diminution de la file active globale incluant les prises en charge intra et extra hospitalières alors qu'elle avait augmenté les précédentes années. En 2019, elle représentait encore 14 760 patients mais la pandémie de Covid-19 a infléchi cette tendance la ramenant, en 2020, à 14 192 patients répartis en 10 025 adultes et 4 287 mineurs.

En hospitalisation à temps plein, on note une légère diminution de la file active : 1 226 patients hospitalisés en 2019 pour 1 186 en 2020.

La durée moyenne d'hospitalisation globale (DMH) annuelle par patient se situait à 57,2 jours en 2019 et a diminué à 56,4 jours en 2020. Elle est toujours fortement influencée par les hospitalisations longues (séjours supérieurs à 292 jours). En 2019, soixante et un patients ont été hospitalisés plus de 292 jours, soit 5 % des patients hospitalisés pour lesquels manque une offre de lieux de vie et de soins médico-sociaux adaptés et dignes. En excluant ces patients, la DMH passe à 42,1 jours en 2019 et 40 jours en 2020.

Durant ces deux années, l'établissement a déploré le décès de trois patients en 2019 et de cinq en 2020, dont deux de la Covid associée à des comorbidités. Aucun décès par suicide n'a été recensé.

### **2.4.2 Les spécificités de l'activité générale liées au contexte sanitaire de 2020**

Durant la première période de confinement, un faible taux de patients et de professionnels ont été touchés par la Covid-19 (deux patients et douze professionnels au 15 avril 2020) mais le taux d'absentéisme global était très élevé. En hospitalisation complète, le premier confinement a conduit

à reconsidérer certains séjours hospitaliers et à suspendre les hospitalisations séquentielles, entraînant une légère diminution de l'activité (-7,50 % en moyenne adultes et adolescents confondus).

Une unité réservée à l'accueil des patients Covid-19 avec des professionnels susceptibles d'être mobilisés dans la demi-journée a été constituée pour accueillir tout patient répondant aux critères de cette unité (cf. *infra*7.3.3).

Une plate-forme téléphonique réservée à la santé mentale-Covid-19 a été mise en place.

Durant la deuxième période, alors que le département de la Savoie était le plus touché de France avec un taux d'incidence de 1 100 pour 100 000 habitants, la situation du CHS s'est fortement dégradée. Au 30 octobre, quatorze patients en hospitalisation complète étaient touchés ainsi que trente-cinq professionnels, ne permettant plus d'isoler les patients dans une unité réservée et nécessitant de faire appel à des renforts en unités d'hospitalisation complète. L'isolement a été réalisé dans l'ensemble des unités par quatorze jours de fermeture pour chaque unité lorsque deux patients au minimum étaient positifs.

Au 6 novembre, onze patients hospitalisés étaient positifs et deux décès ont été constatés sur le site ; deux unités restaient épidémiques et un adolescent était positif. Les patients nécessitant une oxygénothérapie, qui étaient orientés au CHMS lors du premier confinement, ont été pris en charge au CHS de la Savoie. Au total, à cette période, soixante-deux professionnels ont été contaminés en moins d'un mois.

La troisième phase de la pandémie s'est révélée moins problématique, néanmoins la moitié des patients hospitalisés étant fragiles somatiquement, les unités sont restées fermées.

Lors de la visite des contrôleurs, un patient a été admis alors qu'il était positif à la Covid-19 mais asymptomatique ; il a été isolé dans sa chambre durant sept jours.

### 2.4.3 Les admissions en soins sans consentement

#### a) Les statistiques relatives aux années 2019 et 2020

Selon les rapports d'activité fournis aux contrôleurs, le CHS a dénombré 621 nouvelles mesures de soins sans consentement (SSC,) tous statuts confondus, au cours de l'année 2019 pour 600 en 2020. Si le nombre de mesures de contrainte a diminué entre les deux années de référence, leur part dans la file active globale en hospitalisation à temps complet est restée stable à 50,2 %. Ainsi, pour la deuxième année consécutive, plus d'un patient sur deux a été hospitalisé sous contrainte. En 2019 comme en 2020, la majorité des patients en soins sans consentement avaient été admis à plus de 90 % sur décision du directeur de l'établissement (SDDE).

- Parmi l'ensemble des mesures de SSC, le taux de recours aux mesures de soins psychiatriques en cas de péril imminent<sup>3</sup> (SPI) est élevé : 41 % de la totalité des admissions en SSC en 2019 et 38,5 % en 2020. Durant ces deux années, malgré un infléchissement des admissions en SPI, elles restent le premier mode d'admission en soins sans consentement. Ce ratio est alarmant puisque ce mode d'admission est fondé sur l'avis d'un seul médecin qui n'est pas toujours psychiatre. En outre, il est précisé dans les rapports remis aux contrôleurs que, sur l'ensemble des mesures en soins sans consentement, 100 ont duré moins de 72 heures, il s'agissait pour la moitié de mesures de SPI ;

---

<sup>3</sup> Article L.3212-1 II 2° du code de la santé publique.

- les admissions en soins à la demande d'un tiers en procédure d'urgence<sup>4</sup>(SDTU) ont représenté 36,71 % de la totalité des admissions en SSC en 2019 pour atteindre 37,5 % en 2020.

Il en résulte que le cumul des admissions dans le cadre de procédures d'urgence (en SPI et en SDTU) a représenté 77,7 % en 2019 et 76 % en 2020 de l'ensemble des SSC.

- La proportion des admissions sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) représentait 9,1 % de l'ensemble des SSC en 2019 et 9,6 % en 2020. Parmi ces patients, en 2019, vingt-quatre étaient des personnes détenues et, en 2020, vingt-huit, admis dans l'attente d'une prise en charge en unité hospitalière spécialement aménagée (cf. *infra* § 9.2). Huit étaient des patients admis dans le cadre de l'article 122-1 du code pénal relatif à l'irresponsabilité pénale<sup>5</sup> et trois en 2020 ;
- en 2019 comme en 2020, les rapports d'activité mentionnent la présence d'un adolescent dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP)<sup>6</sup>.

De l'ensemble de ces données, il ressort que la proportion d'admissions en soins sans consentement est conséquente et particulièrement s'agissant des admissions sur le fondement d'un seul certificat médical dans le cadre du péril imminent.

Le personnel des urgences des hôpitaux généraux ne semble pas suffisamment sensibilisé à l'obligation de recherche d'un tiers avant l'hospitalisation pour péril imminent.

La durée annuelle d'hospitalisation des patients admis en SSC était, en 2020, de 74,8 jours (48,2 jours hors longs séjours). Elle varie selon les modes légaux : 72 jours en SDT-SDTU, 66 jours en SPI, 81 jours en SDRE (porté à 157 jours pour les personnes admises dans le cadre de l'article 122.1 du code pénal).

#### *b) Les patients admis en soins sans consentement du 1er janvier au 31 mai 2021*

Du 1<sup>er</sup> janvier jusqu'au jour de la visite des contrôleurs, en cinq mois, 36 patients ont été admis en SDT, 104 en SPDTU, 114 en SPI, 9 en SDRE outre 14 patients détenus et 4 admis suite à une décision d'irresponsabilité pénale. Les levées de moins de 72 heures concernent un 1 patient en SDT, 18 en SDTU et 30 en SPI.

A l'instar des données des deux années précédentes, ces chiffres confirment à la fois la part importante de personnes admises en urgence ainsi que des levées non négligeables dans un court délai. Par ailleurs les pratiques d'admission et l'accueil des personnes détenues n'est pas sans poser de difficultés (cf. *infra* § 9.2). Au 2 juin, jour de la visite des contrôleurs, 94 patients étaient en cours de placement : 10 en SDT, 36 en SDTU, 36 en SPI, 4 en SPDTU, 2 patients détenus et 6 dans le cadre de l'irresponsabilité pénale.

### **RECOMMANDATION 1**

L'établissement et la commission départementale de soins psychiatriques doivent analyser les motifs conduisant au recours extrêmement élevé à des mesures de soins sans consentement, et

<sup>4</sup> Article L.3213-3 du code de la santé publique).

<sup>5</sup> Article 122-1 du code pénal relatif à l'irresponsabilité pénale « *N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes.* »

<sup>6</sup> Une ordonnance de placement provisoire (OPP) est une mesure de protection des mineurs prise par un juge des enfants.

particulièrement des procédures d'admission en urgence. A cette analyse doivent être associés leurs partenaires afin de mener une réflexion commune sur la nature des changements à opérer. Le recours à ces procédures dérogatoires d'urgence doit être exceptionnel.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre acte de cette recommandation.*

#### 2.4.4 La gestion de la suroccupation

Le taux d'occupation des lits a été de 82 % en 2019 pour atteindre 88 % en 2020, ne traduisant pas de tension sur l'ensemble de la structure. Il est toutefois variable selon les secteurs. Celui de la Tarentaise a été, sur ces deux années, le plus touché par la suroccupation, nécessitant d'héberger ses patients dans un autre secteur. Par ailleurs, l'unité de pédopsychiatrie est régulièrement amenée à héberger des adolescents dans une unité d'adultes (cf. *infra* § 9.1).

Dans le cadre de la mutualisation entre les services, la situation éventuelle de suroccupation d'une unité peut être compensée par les secteurs voisins. Dans ce contexte, les patients sont suivis par le secteur de rattachement et non celui de prise en charge et les psychiatres référents doivent prendre l'engagement de réintégrer les patients dès que des places se libèrent dans leurs unités. Au total, 374 patients en 2019 et 336 en 2020 ont eu une partie ou la totalité de leur prise en charge en hospitalisation en dehors de leur secteur.

### RECOMMANDATION 2

Bien que les unités ne soient que très rarement saturées, on constate de fréquents transferts d'un secteur à l'autre, notamment en ce qui concerne la pédopsychiatrie. Cette situation doit faire l'objet d'interrogations.

*Le directeur de l'établissement, dans sa réponse au rapport provisoire, demande que soit retirée de cette recommandation, la mention concernant la pédopsychiatrie. Il indique qu'elle est mal proportionnée au regard du nombre d'adolescents en unités adultes (quinze en 2021). Il ajoute que l'augmentation de la capacité des lits est une réponse pour éviter ce type de transfert.*

*Les contrôleurs maintiennent la recommandation, aucun mineur ne doit être admis en unité de majeurs.*

## 2.5 LE COMITE D'ETHIQUE A CESSÉ SON ACTIVITÉ

Le comité d'éthique du CHS a été installé en 2013. Son fonctionnement a pris des formes diverses au fil des ans. A l'origine, le règlement intérieur proposait de développer chez les professionnels, individuellement et en équipe, la capacité à s'interroger sur le plan éthique mais le comité n'adressait un avis qu'au seul auteur de la saisine, privant ainsi la communauté de ses réflexions.

Par la suite, lors de l'adhésion de l'établissement au GHT, le comité s'est adossé à l'établissement support et s'est alors recentré sur l'organisation de conférences par des psychiatres, des sociologues ou philosophes. Le renouvellement des membres en 2017 a, une nouvelle fois, ramené le comité à un fonctionnement confidentiel. En 2020, le comité éthique qui n'était plus composé que de quatre personnes s'est attaché à reprendre une activité autour de conférences éthiques centrées sur diverses formes de violence. Prévues pour avril 2021, ces conférences ont été annulées en raison de l'incertitude liée à la crise sanitaire et de tensions internes. En mars 2021, à la suite de la démission de son président, le comité d'éthique a cessé de fonctionner.

Un appel à candidatures a été publié par la direction sur le site intranet de l'établissement afin d'en assurer la reprise en septembre.

### RECOMMANDATION 3

Le comité d'éthique doit être remis en place pour accompagner les professionnels dans leur réflexion et confronter les principes déontologiques guidant leurs fonctions aux difficultés pratiques.

L'ensemble du personnel de l'hôpital doit pouvoir prendre connaissance des sujets traités.

*Dans sa réponse en retour du rapport provisoire, le directeur indique que cette recommandation est en cours de mise en œuvre. En raison de la crise sanitaire, la composition a été différée mais est en cours et la rencontre de lancement est prévue au premier trimestre 2022. Dans cette attente, les contrôleurs maintiennent la recommandation.*



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

#### 3.1 LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT INFORMES DE FAÇON CLAIRE SUR LES MODALITES DE LEUR SEJOUR ET SUR LEURS DROITS MAIS MANQUENT D'EXPLICATIONS ORALES LORS DES NOTIFICATIONS DES DECISIONS INDIVIDUELLES

L'établissement dispose d'un règlement intérieur actualisé au 4 novembre 2020 et opposable à tous les usagers, patients, visiteurs et professionnels. Toutefois, les unités n'en possèdent pas toutes un exemplaire ; dans l'hypothèse où un patient souhaite le consulter elles peuvent s'en procurer un aisément.

Un livret d'accueil, complet et pédagogique, est remis au patient dès son arrivée, soit en mains propres, le plus souvent par dépôt dans la chambre. Ce document comporte des informations exhaustives sur l'organisation de l'hôpital, les services à disposition des patients, le parcours spécifique de l'hospitalisation sans consentement, les droits et les devoirs de chacun, le fonctionnement des unités, la commission des usagers, les modalités de sortie et les poursuites éventuelles des soins.

Un questionnaire de satisfaction et une notice nécessaire à la désignation de la personne de confiance sont joints au livret.

Si chaque unité est censée disposer de règles spécifiques, celles-ci ne sont pas systématiquement affichées ; selon les informations recueillies, les règles sont expliquées oralement par le soignant lors de l'admission et, dans la plupart des cas, reprises et discutées individuellement tout au cours du parcours d'hospitalisation.

Conformément à l'article L 3211-3 du code de la santé publique exigeant que chaque personne hospitalisée sans son consentement soit informée des raisons motivant son statut et des droits qui en découlent, la décision d'admission, à laquelle est jointe le certificat médical, est remise, contre émargement, au patient. L'ensemble des droits et des recours figure au dos de cette décision.

Cependant les contrôleurs ont constaté que si, certes la remise des différentes décisions et certificats médicaux était effective, rien n'était relu ni explicité au patient pas plus que l'identité du tiers demandeur n'était révélée.

Le personnel soignant a dit regretter n'avoir qu'une connaissance imparfaite des droits des patients ; il a toutefois précisé s'efforcer de prendre le temps d'expliquer « *au mieux* » la particularité du statut juridique des soins sans consentement.

Les médecins rencontrés ont assuré être attentifs à donner des explications faciles et compréhensibles par le patient lors de la rédaction des certificats médicaux tout en admettant ne pas tracer ou, au mieux de manière très lacunaire, les observations de ce dernier.

C'est ainsi qu'à l'examen des registres et des dossiers, il n'a pas été trouvé traces d'observations qui permettraient d'être certain de la complète information du patient, de ses droits et de ses souhaits quant à son parcours de soins.

#### RECOMMANDATION 4

Lors de chaque notification des décisions jalonnant le parcours de soins sans consentement, il est nécessaire de s'assurer que le patient est suffisamment et explicitement informé de son statut et de ses droits. De plus, le recueil de ses éventuelles observations doit être tracé.

*Dans sa réponse, le directeur du CHS indique que l'information est donnée par le médecin qui retranscrit les échanges dans le certificat médical. Concernant la décision d'admission, des*

*explications sont données par l'équipe soignante avant la signature par le patient et la formalisation éventuelle d'une observation de sa part.*

*En raison des entretiens effectués sur place et des témoignages des soignants, les contrôleurs maintiennent cette recommandation.*

### **3.2 AU SEIN DES UNITES POUR ADULTES, LA PRISE EN CHARGE DES VIOLENCES EST MESUREE ET LE PROCESSUS DE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST FORMALISE**

#### **3.2.1 La gestion des violences et des incidents**

Selon les témoignages recueillis, les situations de violence sont rares et ne constituent pas un sujet de préoccupation majeure au sein des unités pour adultes. Les « indisciplines » font l'objet d'un rappel aux règles – si besoin en concertation avec le médecin – et, lorsqu'un patient est agité, les soignants prennent le temps d'un entretien à l'issue duquel il peut lui être proposé des mesures de désescalade complémentaires (repas en chambre, massage, etc.). Pour faire face aux rares cas de violence aiguë, les équipes ont indiqué être formées à la mise en place de contention et peuvent faire appel, en dernier ressort, au service d'accompagnement des situations à risques (SASR).

Le SASR, créé en janvier 2007, est opérationnel tous les jours de 6h45 à 21h30. L'équipe est composée d'hommes exclusivement – six infirmiers et six aides-soignants – qui ont tous travaillé précédemment au sein d'une unité de soins et ont été recrutés sur la base du volontariat. Les agents, qui ont en principe bénéficié de formations spécifiques (« urgences vitales », « contention non violente », etc.), interviennent systématiquement en cas de déclenchement de l'alarme, avec les soignants les plus proches du lieu de l'incident. Le SASR participe également à des missions de prévention programmées au sein des unités afin de sécuriser les sorties des personnes mises en chambre d'isolement, en particulier lorsqu'il s'agit de patients détenus. Selon le nombre d'événements indésirables (EI) déclarés, le nombre d'agressions verbales et physiques était de 74 en 2019 et 103 en 2020, soit une augmentation de 39 %. Les faits de violences donnent lieu à signalement à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS). Dix-huit fugues ou non-retours de permission ont eu lieu en 2020, contre neuf en 2019. Lorsqu'une fugue est constatée, des recherches sont effectuées par les soignants – si besoin avec l'aide du SASR – et lorsque celles-ci s'avèrent infructueuses, il est fait appel au médecin qui évalue le risque au regard de la situation clinique du patient. Le cas échéant, la police est sollicitée. La famille et les tuteurs sont systématiquement prévenus.

Les consommations d'alcool et de toxiques (quatorze EI en 2020, zéro en 2019) font l'objet d'un signalement au PC sécurité et d'un rappel, auprès du patient, de leur incompatibilité avec le traitement, voire de l'illégalité des produits stupéfiants. Il arrive que des tests urinaires soient prescrits.

Au total, 583 EI ont été déclarés en 2020 contre 448 en 2019, soit une augmentation de 30 % durant l'année. Cette augmentation a été expliquée par une meilleure connaissance de la procédure de déclaration par le personnel « qui s'est saisi de cet outil ». La répartition des signalements est cependant très inégale selon les services, les EI étant encouragés dans certains d'entre eux et manifestement sous-déclarés dans d'autres. Tout le personnel du CHS a la possibilité de déclarer des événements indésirables via un dispositif de signalement aisément accessible sur le portail interne du CHS. Le déclarant peut choisir de conserver l'anonymat ; il évalue également la gravité de l'événement. Les EI sont examinés une fois par semaine par la délégation qualité qui décide des suites à leur donner : classement sans suite, demande d'informations complémentaires adressée au cadre de l'unité, demande d'un rapport circonstancié – lorsque la compréhension de l'incident

nécessite une description chronologique des étapes de la prise en charge d'un patient – ou d'une analyse des causes. En 2020, huit rapports circonstanciés, dont deux spontanés, ont été adressés à la délégation qualité. Une analyse des causes a été demandée en mars 2020 mais n'a pas été mise en œuvre en raison de la survenue de la crise sanitaire qui est « devenue la priorité à ce moment-là ». Le comité de suivi des événements indésirables (CSEI), auquel participent les cadres de santé, a pour mission d'analyser une partie des EI, de proposer d'éventuelles actions correctives et, le cas échéant, d'interpeller les acteurs institutionnels sur les situations ou dysfonctionnements récurrents. Il s'est réuni à neuf reprises en 2020 et a traité vingt-neuf EI.

### 3.2.2 Les requêtes et les plaintes

Les patients sont informés, dans le livret d'accueil, de la possibilité « *de faire part de toute difficulté* » ou d'adresser des « *remarques* » auprès du directeur et/ou de la commission des usagers (CDU) – dont il est précisé qu'elle examine toute plainte ou réclamation. Il est indiqué aux patients que « *pour établir ces recommandations [à l'établissement], la CDU s'appuie, en particulier, sur vos plaintes, réclamations, éloges, remarques ou propositions : c'est pourquoi, il est très important de nous en faire part soit directement soit par l'intermédiaire des questionnaires de satisfaction* ».

Toutes les réclamations adressées à la direction sont enregistrées, quelle que soit leur forme – les appels téléphoniques faisant l'objet d'un compte rendu. Elles sont ensuite attribuées aux personnes ou au service compétents à qui il est demandée une réponse écrite dans un délai de deux à trois jours. Une réponse définitive, rédigée au niveau de la direction, est systématiquement adressée à chaque réclamant. Le délai moyen de traitement d'une réclamation, entre sa réception et la clôture du dossier, est de onze jours. Selon la teneur de la doléance, l'usager peut être invité à se rapprocher de la personne en charge des relations avec les usagers (PCRU) afin de bénéficier d'une procédure de médiation. Celle-ci est cependant rare ; aucune médiation n'a eu lieu en 2020 et une seule en 2019 – à la suite d'un « *problème de communication* » avec le médecin psychiatre. Le nombre de réclamations est plutôt faible : soixante-dix-neuf réclamations ont été comptabilisées en 2020 dont vingt-neuf portaient sur la contestation du mode d'hospitalisation. Les principaux motifs sont les relations avec les médecins (dix), la gestion des rendez-vous (sept), l'information du malade ou de la famille (sept), la contestation du diagnostic médical (cinq), le traitement médicamenteux (cinq) et la perte, vol ou dégradation de bien (cinq). Quatre réclamations ont fait l'objet d'un échange avec la PCRU de l'établissement qui s'est déplacée au sein de l'unité concernée. Aucune plainte n'a été déposée contre l'établissement en 2020. Un contentieux était cependant toujours en cours à la suite d'une plainte déposée par une famille d'un patient décédé. A leur sortie, les patients sont invités à renseigner le questionnaire de satisfaction. En 2020, 23 questionnaires ont été remplis, pour 1 182 personnes hospitalisées, soit un taux de retour de 2 %.

### 3.3 LE DISPOSITIF DE DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE N'EST PAS EFFECTIF

Bien que l'information relative à la personne de confiance figure dans le livret d'accueil à la rubrique « vos droits et devoirs » et que le formulaire prévu à cet effet soit remis au patient, le processus de désignation est peu effectif au sein des unités. Les soignants connaissent le rôle et la fonction de la personne de confiance mais n'en voient pas nécessairement l'intérêt et n'en font pas une priorité considérant que, soit la famille est présente et un lien s'établit entre elle et les soignants, soit il n'y a pas de famille – ou celle-ci est elle-même en situation de fragilité – et il n'y a pas d'intérêt à désigner en son sein une personne de confiance. Dans certaines unités, le formulaire de désignation n'est que marginalement renseigné par les personnes hospitalisées qui « *ne sont pas en*

état », refusent d'y procéder ou « ne comprennent pas la distinction avec la personne à prévenir ». Dans d'autres, une infirmière ou le cadre le fait systématiquement remplir à chaque patient à son arrivée dans l'unité. Dans tous les cas, la personne désignée n'est jamais sollicitée pour lui faire accepter son rôle et recueillir son accord écrit. En 2020, le département d'information médicale (DIM) a répertorié 1 204 désignations de personnes de confiance pour l'ensemble des unités adultes. Ce nombre, qui ne correspond pas à la réalité, pourrait traduire une confusion au sein du CHS entre les personnes de confiance et les personnes à prévenir. Il est ainsi mentionné que le pôle de pédopsychiatrie a procédé à 198 désignations alors que la loi ne prévoit pas qu'un patient mineur puisse désigner une personne de confiance et que, de fait, le département pour adolescents n'y recourt jamais.

#### RECOMMANDATION 5

La possibilité de désigner une personne de confiance doit être explicitée au patient qui doit être invité à y procéder, à son admission puis dans le cadre de son suivi médical. La personne de confiance désignée doit être systématiquement contactée afin d'obtenir son assentiment et être effectivement associée au projet de soins, selon les souhaits du patient.

*Depuis la visite des contrôleurs, déclare le directeur, l'encadrement a procédé à une sensibilisation des équipes. Cet item fait partie des indicateurs évalués par la délégation qualité de l'hôpital dans le cadre de la « méthode du patient traceur » de la HAS.*

*Les contrôleurs maintiennent cependant la recommandation considérant qu'elle n'est qu'en cours de mise en œuvre.*

### 3.4 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST RESPECTE ET FACILITE

Le livret d'accueil rappelle que les patients disposent du droit de vote. Bien que peu d'entre eux s'intéressent aux questions politiques et que la demande de participation aux élections reste très minoritaire, l'exercice concret du droit de vote est respecté et facilité. Lors du contrôle, le secrétaire général du centre a diffusé une note organisant le vote pour les élections départementales et régionales des 20 et 27 juin 2021. Cette note demandait aux responsables de pôles de recenser les patients susceptibles de vouloir voter par procuration en précisant que les patients sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice, conservaient leurs droits dans ce domaine. Il était prévu de donner des autorisations de sortie pour voter quand ce serait possible. Dans les autres cas, les demandes de vote par procuration devaient être centralisées, accompagnées d'un certificat médical attestant que le patient ne pouvait pas se déplacer. Un officier de police judiciaire du commissariat de Chambéry devait se déplacer pour compléter les documents et poursuivre la procédure. Lors des élections précédentes, seuls une dizaine de patients ont effectivement eu recours à cette procédure.

### 3.5 L'ACCES AU CULTE EST FACILE ET LES QUESTIONS DE LAÏCITE SONT TRAITES AVEC ATTENTION

En raison de l'engagement et de la motivation des différents aumôniers, les conditions d'accès au culte s'avèrent particulièrement faciles.

Dans la plupart des unités, des affiches indiquent les coordonnées des trois aumôneries présentes : catholique, israélite et musulmane. Les aumôniers sont connus des soignants et leurs passages sont réguliers. Ils sont donc en mesure de répondre à une demande qui n'est pas négligeable, sans que des éléments chiffrés de pratique ou de contacts soient recensés. Une aumônière catholique anime

une équipe de bénévoles assistés par un prêtre référent. Leur passage est régulier dans les services. Depuis la pandémie et en raison de travaux de sécurité à la chapelle de l'hôpital, il n'y a plus de célébrations liturgiques et l'équipe qui se réunit chaque semaine privilégie les contacts individuels (« visites fraternelles »). L'aumônerie israélite est confiée à un ancien médecin spécialiste très connu au sein de l'hôpital et très impliqué dans les relations entre les équipes soignantes et la communauté israélite locale dont une fraction de tradition conservatrice apprécie son rôle de médiateur. L'aumônier musulman est lui-même très engagé dans la réflexion sur l'intégration de la communauté musulmane au regard des valeurs de la République. Il dispose également de bénévoles qui interviennent auprès des patients. Son intervention résulte le plus souvent de sollicitations téléphoniques. Ce contexte historique et l'investissement des aumôneries a conduit le directeur à ouvrir en janvier 2018, dans le bâtiment de la direction, une salle de recueillement disponible pour tous les cultes et largement accessible aux patients. Par ailleurs, depuis trois ans a été instaurée une commission *neutralité laïcité* qui traite à la fois du fonctionnement des aumôneries, de leur coordination et de leur insertion dans la vie du centre hospitalier, et de façon très approfondie des questions plus générales liées à la laïcité. Ont ainsi été traités en 2018 le port d'insignes à caractère religieux au sein du restaurant du personnel, en 2019 l'accompagnement des bénévoles, en 2021 le fonctionnement des aumôneries en période d'épidémie. L'existence d'une telle commission, la qualité de ses travaux comme le caractère opérationnel des décisions qui y sont prises méritent d'être soulignés.

#### BONNE PRATIQUE 1

L'instauration et la tenue régulière d'une commission « laïcité » permet de coordonner le fonctionnement des aumôneries et de répondre à leurs questions pratiques, mais surtout de créer un lieu de réflexions, d'échanges et de propositions concrètes sur les questions sensibles liées à ce sujet d'actualité.

### 3.6 LA PROTECTION JURIDIQUE EST ASSUREE DE MANIERE RIGOREUSE

Dans les différentes unités, le nombre de personnes protégées varie de neuf à quatorze, ce qui représente environ un bon tiers des patients, la majorité d'entre eux étant placés sous tutelle. Les principales dispositions qui s'appliquent ont été rappelées dans un document très clair établi en 2016 et actualisé en 2020, en partenariat entre le centre hospitalier, l'union départementale des associations familiales de Savoie (UDAF) et l'association tutélaire des majeurs protégés de Savoie (ATMP). Le repérage des patients susceptibles de devoir bénéficier d'une mesure de protection reste cependant empirique. Les assistantes sociales ne voient pas tous les arrivants et c'est aux soignants que revient la responsabilité d'initier la procédure devant conduire à une mesure de protection. Pour autant, chez les soignants, la question de la protection juridique des malades est très présente. La grande majorité des patients sont d'ailleurs déjà placés avant leur arrivée sous mesure de protection. Une fois désignés, les mandataires extérieurs sont plutôt réactifs mais ne semblent joignables que le matin par téléphone ce qui peut entraîner parfois des délais pour répondre aux besoins des patients. Les mandataires institutionnels sont moins disponibles que ceux qui appartiennent au cercle familial. En pratique, quel que soit leur lien avec eux, les mandataires visitent très peu les patients. On relève cependant, selon les déclarations des soignants, une bonne participation aux réunions cliniques de synthèse et une présence très régulière lorsque la sortie des patients doit être organisée. Pour autant, le fort turn-over des mandataires institutionnels, qui peuvent brutalement quitter leurs fonctions, ne facilite pas le suivi des dossiers (ils gèrent chacun de l'ordre de quatre-vingts dossiers), ni l'établissement de contacts aisés avec les équipes

soignantes. En 2020, la difficulté de contacter une tutrice, absente un week-end, a conduit à différer une intervention chirurgicale pourtant considérée comme urgente par le chef de service de chirurgie. A la connaissance des contrôleurs, l'événement indésirable signalé n'a pas conduit à l'élaboration d'un protocole particulier pour ce genre de situation. L'ensemble de ce dispositif est animé par une agente mandataire judiciaire à la protection des majeurs en place depuis de nombreuses années. Cette agente, elle-même en charge d'une cinquantaine de dossiers individuels, peut être sollicitée pour des sujets de tutelle à la personne, c'est-à-dire autoriser des soins. Dans chaque cas, le recueil de l'avis personnel du patient est recherché et les autorisations lorsqu'elles sont données par le mandataire le sont au terme d'une procédure stricte et écrite. Cependant une difficulté particulière est apparue concernant l'autorisation à donner pour l'injection du vaccin contre la Covid-19. La solution retenue a été hésitante, la mandataire judiciaire s'estimant incompétente pour accepter ou non ce type d'injection. La protection des patients, dans une circonstance complexe de ce type, suppose une concertation technique et juridique qui semble avoir manqué en des circonstances incontestablement difficiles pour l'établissement. Le sujet méritera une réflexion collective au bon niveau.

Pour faire face aux besoins sociaux, le service des assistantes de service social comporte vingt-trois agents pour l'ensemble des malades en extra comme en intra hospitalier. Le nombre de leurs interventions est croissant. Une réunion de coordination mensuelle assure la cohérence des pratiques et la résolution des cas complexes. Les démarches d'ouverture des droits à la couverture santé comme, le cas échéant, à la couverture complémentaire (complémentaire santé solidaire) sont fluides grâce à la mise en œuvre d'une convention entre le centre hospitalier et la sécurité sociale et en particulier l'accès direct numérisé au service responsable de l'ouverture des droits. Moins de dix dossiers étaient en attente le jour du contrôle. Ce partenariat est efficace même si le centre hospitalier regrette la disparition d'un interlocuteur spécifique auprès de la caisse d'allocations familiales (CAF). La dématérialisation des opérations fiscales a paradoxalement facilité le soutien aux patients, les assistantes sociales pouvant intervenir, avec leur autorisation et en toute confidentialité, sur les comptes individuels. Mais ces interventions seraient à la fois facilitées et sécurisées si les services sociaux en charge de personnes « à protéger » pouvaient disposer d'un accès particulier et adapté auprès des services fiscaux. En dépit d'un fort investissement des médecins et des responsables d'unité, les admissions dans diverses structures de logement en sortie de longs séjours restent difficiles (plusieurs mois) et complexes à mettre en œuvre. Quatre ou cinq « projets » sont tout de même réalisés par an.

Les personnes hospitalisées et relevant d'une mesure de protection peuvent disposer d'un compte à la régie de recette pour les dépenses de la vie quotidienne. Le suivi de ce compte est assuré par le régisseur. Les patients déposent et retirent leur argent facilement mais la mise en place initiale des fonds à la recette du CHS, pourtant bien suivie, peut prendre parfois deux à trois semaines. Par ailleurs, il existe un dispositif de bons d'achats qui peuvent être utilisés auprès d'un commerçant proche. Dans le cadre juridique complexe qui le caractérise, le régime de protection judiciaire des patients est suivi avec attention et humanité mais il doit s'insérer dans un réseau aux multiples intervenants qui ont chacun leurs propres exigences et leur propre rythme.

### **3.7 LES AGENTS SONT SOUCIEUX DE RESPECTER LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE ET L'ETAT DE SANTE DES PATIENTS MAIS LES INSTRUCTIONS DOIVENT ETRE ECRITES ET AFFICHEES**

Les documents qui sont remis aux patients à leur arrivée mentionnent clairement que si des informations peuvent être communiquées à leur entourage, cette communication se fait dans le respect du secret médical et qu'ils peuvent refuser que cette information soit donnée. Par ailleurs,

il est demandé aux patients, à l'admission, s'ils souhaitent des visites et/ou des appels téléphoniques. Cette interrogation est faite par les soignants mais est également évoquée lors des entretiens d'accueil avec les médecins. Les hospitalisés peuvent ainsi demander qu'aucune indication ne soit donnée sur leur présence et leur état de santé. Le diagnostic et l'évolution de la maladie ne peuvent être donnés, quand cela est nécessaire, que par un médecin. Enfin, il est possible mais très rare de se faire admettre sous un nom d'emprunt « alias ».

Les appels téléphoniques sont reçus par le standard qui est situé dans l'immeuble de la direction et joue le rôle de centre de sécurité pour l'ensemble de l'établissement. Les agents présents sont sensibilisés au respect des règles de confidentialité et à la réception d'un appel les agents interrogent le service où le malade est présent avant de transmettre l'appel. La règle est connue mais ne fait pas l'objet, semble-t-il, d'une instruction écrite précise qui pourrait être affichée ou incluse dans des instructions permanentes. La question peut par ailleurs être soulevée de la conciliation entre la volonté d'un patient de ne pas donner d'information sur son état de santé et les futures dispositions relatives à l'information des proches en cas de « prolongation à titre exceptionnel » des mesures de contention ou d'isolement.

#### RECOMMANDATION 6

La confidentialité sur la présence des patients à l'hôpital doit être respectée et des instructions précises doivent être rédigées et affichées.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre acte de cette recommandation, la thématique sera travaillée dans le cadre du comité d'identité et de vigilance de l'établissement.*

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP), MALGRE DES DIFFICULTES ORGANISATIONNELLES, S'EFFORCE D'EXERCER A MINIMA SA MISSION

L'agence régionale de santé (ARS) de la région Auvergne-Rhône-Alpes a mis en œuvre une organisation du service des soins psychiatriques sans consentement dans laquelle la gestion de la CDSP est assurée par la délégation départementale de Haute-Savoie en charge, donc, des deux départements, Savoie et Haute-Savoie.

Lors de la visite des contrôleurs, le rapport de 2020 était en cours de rédaction tandis que celui de 2019 venait d'être transmis au CGLPL. Sa lecture fait ressortir une activité réduite de cette instance qui n'a visité qu'une seule fois le CHS de Chambéry, le 16 décembre 2019, jour où elle a, de plus, tenu une séance de travail. Elle a ainsi procédé à l'examen des dossiers tel que réglementairement prévu, vérifié les registres de la loi sans y consigner d'observations. Elle n'a pas auditionné de patients, aucun n'étant demandeur, bien que la visite de la CDSP ait été annoncée dans les unités.

Aucune demande de mainlevée n'a été proposée au juge des libertés et de la détention à la suite de l'examen des sept réclamations de patients dont elle avait été saisie.

Au jour du contrôle, la composition de la CDSP n'était pas complète, le renouvellement triennal d'octobre 2020 s'étant heurté à la difficulté de recruter un médecin généraliste et de nommer un nouveau président. En effet, la représentante des usagers qui assurait cette fonction depuis six ans avait émis le souhait d'y mettre un terme tout en proposant la participation d'un autre représentant à cette instance.

La dernière venue de la CDSP au CHS de Chambéry date du 7 septembre 2020. Elle y a visité les deux unités de Chambéry Sud, alors que le 3 février 2020 elle s'était rendue dans l'unité de Chambéry Nord.

Il a été indiqué aux contrôleurs que la CDSP s'est toujours efforcée de sensibiliser les médecins à l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux.

Favorable à la mise en œuvre des registres d'isolement et de contention, elle a examiné le 7 septembre 2020 la situation d'un patient détenu placé en isolement.

A l'instar des années précédentes elle n'a décelé, au cours de ses deux dernières venues, aucune irrégularité ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des patients.

La CDSP ne se préoccupe pas des patients en programme de soins ; ainsi elle ne les informe pas de son passage dans l'établissement.

#### RECOMMANDATION 7

Les patients en soins sans consentement en programme de soins après une hospitalisation complète au CHS doivent être informés de la visite de la CDSP dans l'établissement. Par ailleurs, la CDSP doit reprendre de façon pérenne ses visites semestrielles au CHS.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur demande que soit retirée cette recommandation arguant que l'établissement a diffusé des notes d'information en amont de la visite de la CDSP, le 3 février et le 7 septembre 2020, auprès des équipes et responsables des unités visitées.*

*Les contrôleurs maintiennent toutefois la recommandation s'agissant de la nécessité d'une information directe des patients en programme de soins et de la reprise des visites semestrielles de la CDSP.*



Il a enfin été signalé aux contrôleurs combien les membres de la CDSP regrettaient la modification législative du 23 mars 2019 supprimant la présence d'un magistrat judiciaire dans sa composition. Concernant les représentants des usagers, les contrôleurs ont constaté leur réelle intégration au sein de l'établissement puisque, outre à la CDSP, ils participent à toutes les réunions de la commission des usagers et sont membres du conseil de surveillance. Toutefois ils ne se déplacent pas dans les unités pour y rencontrer les patients.

#### **4.2 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT MAIS LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM**

Ces registres, dits livres de la loi, sont renseignés et conservés au bureau des admissions. Dans ce service, dirigé par une attachée d'administration secondée par une adjointe des cadres, travaillent cinq agents polyvalents en charge de la gestion administrative de l'ensemble des patients admis au CHS. Il s'y ajoute une agente d'accueil dont l'une des tâches est de remplir les registres de la loi.

Les registres sont renseignés dans un délai identique à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de soins sans consentement.

D'un modèle standard et de couleur rouge, ces registres comportent 100 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation et ne sont pas paraphés à l'ouverture par le maire de la commune. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le code de la santé publique. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et les décisions de protection juridique des majeurs. Sur la remarque des contrôleurs, il a immédiatement été répondu que ces omissions seraient, sans délai, réparées.

Les certificats médicaux et l'avis motivé au juge des libertés et de la détention (JLD) sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi constaté que leur contenu est, sauf exception, suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat type ou de « copier-coller ». En revanche, aucune mention n'est tracée quant aux éventuelles observations des patients recueillies par le médecin lors de l'entretien préalable à la rédaction du certificat ; seule est parfois mentionnée (ou cochée) la formule « *le patient donne son accord pour le maintien de la mesure.* »

Les certificats concernant les programmes de soins sont dûment joints aux registres.

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, tous motivés, font état des voies de recours judiciaires et administratives (devant la CDSP).

Au jour du contrôle, le dernier registre pour les patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat avait été ouvert le 30 novembre 2020. Il était rempli jusqu'au folio numéro 36 au 2 juin 2021. Parmi ces trente-six situations, vingt-six patients étaient en provenance d'un établissement pénitentiaire.

Cinq registres, en moyenne, sont ouverts annuellement pour l'inscription des mesures d'hospitalisation sur décision du directeur (SDDE) ; celui en cours au moment de la visite avait été ouvert le 28 mai 2021 et comptabilisait quinze admissions à la date du 2 juin 2021.

La consultation de ces registres, qui regroupent sans retard et de façon soignée l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement, permet un contrôle immédiat et aisé qui évite d'aller

consulter le dossier administratif du patient. A titre d'exemple il a ainsi été constaté que les transferts en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) étaient réalisés dans des délais rapides, que le préfet ne sollicitait pas systématiquement de deuxième avis quand il était saisi d'une demande de main levée.

Depuis 2018, il n'a pas été trouvé trace de visa attestant du contrôle annuel du procureur de la République ou de son représentant. En revanche les membres de la CDSP (cf. *supra* § 4.1) contrôlent les registres lors de chacun de leur déplacement à l'établissement. De plus, il n'a pas été constaté de contrôles des autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé.

### RECOMMANDATION 8

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet de Savoie, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Chambéry ainsi que le maire de Chambéry, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre acte de cette recommandation.*

## 4.3 LES SORTIES DE COURTE DUREE SONT FACILEMENT ACCORDEES AVEC POUR OBJECTIF DE PREPARER LA LEVEE DE LA MESURE OU LE PASSAGE EN PROGRAMME DE SOINS

### 4.3.1 Les sorties de courte durée

Il ressort des informations recueillies que la prise en charge du patient en SSC est orientée, dès que son état est stabilisé, vers sa réinsertion sociale. Concernant les patients en SSC sur décision du directeur et hors l'enceinte de l'établissement, les sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont régulièrement demandées et toujours accordées pour maintenir les liens familiaux et réaliser des démarches extérieures à caractère médico-social. La demande est rédigée par le psychiatre et transmise au bureau des admissions pour accord tacite du directeur. la sortie est alors tracée dans le dossier administratif puis dans le logiciel. Compte tenu des délais généralement très courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel notamment) sont généralement informés par courrier électronique ou par téléphone. Dans certains cas et plus particulièrement dans l'hypothèse de courtes sorties accompagnées d'un soignant pour faire des achats, la famille n'est pas systématiquement avisée. En 2021 et jusqu'au 1<sup>er</sup> juin, soixante-quinze patients avaient bénéficié d'une ou plusieurs sorties de moins de 12 heures (145 au total) tandis que vingt-quatre patients avaient été autorisés à sortir seuls, sur une durée maximum de 48 heures pour un nombre de quarante sorties accordées. Aucune doléance n'a été rapportée à ce sujet aux contrôleurs.

Au sein des unités autant qu'au bureau des admissions, avant avril 2020 début de la mise en œuvre des mesures sanitaires, une vigilance avait été mise en place pour que la demande d'autorisation des patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à 48 heures ; cette pratique est devenue inopérante aucune demande de sortie n'ayant été formulée au cours de l'année 2020.

Toutefois, trois patients hébergés de longue date au CHS et connus des services de l'ARS, ont bénéficié au premier semestre 2021 de sorties de courte durée et ce sans difficulté pour obtenir l'autorisation préfectorale.

#### 4.3.2 Les programmes de soins

Les soixante-dix-huit programmes de soins (PDS) sont menés en ambulatoire et les retours séquentiels à l'hôpital sont exceptionnels.

Le passage en PDS correspond donc à une réelle sortie d'hospitalisation du patient, certes toujours suivie et contrôlée, pour favoriser une reprise optimale de sa vie en société. L'effectivité du suivi des patients en PDS est bien réelle : au cours de l'année 2020, cinquante-cinq réintégrations de patients en hospitalisation complète ont été réalisées tandis qu'en 2021 et jusqu'au 1<sup>er</sup> juin dix-neuf patients ont dû réintégrer l'hôpital. La plupart du temps, la durée de la nouvelle hospitalisation est restée inférieure à trois semaines.

#### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

Le collège des professionnels de santé se réunit sur convocation du directeur. Le bureau des admissions veille scrupuleusement au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres. Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège est appelé à se réunir beaucoup plus pour les patients en programmes de soins (PDS) que pour ceux, très peu nombreux, en hospitalisation complète depuis plus d'un an.

Au cours de l'année 2020, le collège a examiné 110 situations, la plupart pour des patients en SDDE, tous en programme de soins, mais aussi pour analyser le parcours de soins de huit personnes reconnues irresponsables pénalement, dont trois étaient en PDS.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionnait dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 du code de la santé publique, qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations parfois floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contenterait, au moins dans quelques cas, de travailler sur dossier du patient sans juger utile de recevoir le patient pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait communiquer dix avis, la mention « *l'avis du patient a été recueilli* » était toujours présente.

### 4.4 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA FONCTION DANS DES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES QUI N'APPELLENT PAS D'OBSERVATION

Une convention a été signée le 10 avril 2015 entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Chambéry, la direction de l'établissement et l'ordre des avocats du barreau de Chambéry afin que des locaux spécialement aménagés soient affectés à la tenue d'audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) sur le site hospitalier.

Ainsi une pièce lumineuse, située dans le pavillon du Nivolet, près du bureau des admissions, est utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoutent un hall d'attente, une petite pièce voisine réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés de mobilier moderne, en excellent état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se passe ainsi dans des conditions de confort favorisant un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Un fléchage, situé à l'extérieur de l'enceinte et à l'intérieur de l'établissement, permet de localiser facilement la salle d'audience.

Les audiences se tiennent deux fois par semaine, le mardi et le jeudi. Elles débutent vers 9h par l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi, les dossiers enrôlés étant de l'ordre de cinq à six par audience.

#### 4.4.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre les agents du bureau des admissions et le greffe du tribunal judiciaire de Chambéry sont, selon les dires, d'excellente qualité. Les modalités d'organisation avaient été discutées au préalable entre les protagonistes ; elles sont actualisées, voire modifiées à la suite de la tenue annuelle du comité de suivi départemental des hospitalisations en soins sans consentement dont le dernier a eu lieu le 30 septembre 2020.

Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision de JLD, ces situations étant de l'ordre de soixante-dix annuellement. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du tuteur sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux de 24 h et 72 h ;
- l'avis motivé ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- la précédente décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des admissions avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

#### 4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du jeudi 3 juin 2021.

Un vice-président du tribunal judiciaire de Chambéry nommé juge des libertés et de la détention par décret, assisté d'une greffière, a présidé cette audience. Ni l'un ni l'autre n'avait revêtu leur habit professionnel ; la porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Neuf dossiers étaient enrôlés à cette audience. Le père d'un des patients s'est présenté à la différence des tuteurs qui, bien que convoqués, étaient absents.

Les patients sont arrivés, en tenue de ville, accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a donc été de très courte durée. Ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur avocat désigné en aide juridictionnelle.

Pour chaque affaire, le magistrat a expliqué le rôle du JLD, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos. Il a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. Les neuf patients se sont exprimés ; trois ont insisté sur leur souhait de voir la mesure levée.

Les décisions n'ont pas été rendues immédiatement, le JLD expliquant à chacun qu'il avait besoin d'un temps de réflexion. Il a ainsi annoncé que les ordonnances seraient transmises en fin d'après-midi au bureau des admissions avant envoi dans les unités pour être notifiées. Des propos d'encouragement ont été prononcés à l'égard de tous sans que les voies de recours n'aient été expliquées. Le temps consacré à chaque affaire a été de l'ordre de la demi-heure.

Les contrôleurs étaient présents lors de trois notifications faites par le cadre de l'unité avec un souci évident d'explicitations et d'informations complètes sur les modalités de voies de recours ; il a de plus été précisé que le médecin référent n'hésitait pas à notifier lui-même la décision quand il considérait qu'elle pouvait être difficile à comprendre par le patient.

A l'issue de cette audience le JLD a levé une mesure avec effet différé à 24h aux motifs que la description des troubles mentaux était insuffisante pour établir la nécessité de recourir à une hospitalisation sans consentement alors même que l'adhésion du patient n'avait pas été recherchée.

#### 4.4.3 Les décisions rendues

L'activité juridictionnelle générée par l'établissement pour le contrôle des mesures d'admissions en soins sans consentement est stable depuis plusieurs années même si on peut noter une très légère augmentation enregistrée en 2019 ; elle est de l'ordre de 600 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- en 2019, 511 décisions ont été rendues par le JLD, dont 412 concernaient un contrôle à douze jours, 79 un contrôle à six mois et 20 sur requête du patient ;
- en 2020 sur les 510 décisions prononcées, 419 sont intervenues à douze jours dont 55 après réintégration, 76 à six mois et 15 à la suite d'une requête du patient ;
- en 2021 et jusqu'au 6 juin, date du contrôle, 226 patients ont été convoqués par le JLD, dont 195 pour l'audience à 12 jours et 31 après 6 mois d'hospitalisation complète.

Les refus du patient de se présenter à l'audience sont peu nombreux puisque leur nombre est inférieur à 10 % et les médecins ne s'opposent que très exceptionnellement à la comparution.

Ainsi et à titre d'exemple, du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juin 2021, 193 patients se sont présentés à l'audience alors qu'ils étaient 226 à avoir été convoqués.

Il doit être précisé que pendant la période de confinement d'avril et mai 2020 des dispositions dérogatoires ont été prises pour organiser l'audition des patients par audioconférence.

Le juge a prononcé quarante-quatre mainlevées en 2020 dont quatre à effet immédiat. La proportion est inférieure en 2021 (jusqu'au 3 juin) puisqu'on relève onze décisions de mainlevées (une à effet immédiat). Il résulte de la lecture de ces ordonnances une attention rigoureuse du juge à contrôler la réalité des troubles psychiatriques au regard des éléments qui lui sont soumis.

Il a pu être constaté que, dans cet établissement, le contrôle judiciaire s'exerçait pleinement dans l'esprit de la loi sans négliger la concertation avec les différents intervenants. Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement faisaient l'objet de réflexions communes ; il y a lieu de préciser que par décision du 29 avril 2021 le JLD a mis fin à une mesure d'isolement après avoir constaté son impossibilité à connaître les éléments chronologiques se rapportant à cette mesure.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST DRASTIQUEMENT REDUITE PAR LES MESURES LIEES A LA CRISE SANITAIRE

Si en période de pandémie de Covid les unités sont fermées, le site de l'établissement n'est pas clos, l'accès aux différentes unités peut se faire aisément depuis l'extérieur et aucun système de vidéosurveillance ne peut englober la totalité des entrées et sorties sur un tel périmètre non circonscrit.

Au moment de la visite l'ensemble de l'établissement avait organisé une fermeture de toutes les unités pour limiter les sorties des patients dans le cadre de la crise sanitaire et de la lutte contre la pandémie de Covid. Cette restriction appliquée de manière globale et systématique à tous les patients, quel que soit leur statut d'hospitalisation, a entraîné des conséquences importantes sur la prise en charge. En effet, nombre de patients, et particulièrement ceux n'ayant pas de visite, se sont vus dans l'impossibilité de se procurer des biens de consommation courante qu'ils achetaient en ville eux-mêmes. Si dans certaines unités le dévouement du personnel, qui a su trouver le temps nécessaire pour réaliser les achats de certains patients, a pu pallier la fermeture générale de toutes les unités, il n'en a pas été de même pour toutes les unités du CHS. A titre d'exemple, les contrôleurs ont pu rencontrer un patient qui était dans l'attente de pouvoir se procurer la colle pour son dentier depuis plusieurs semaines, sans savoir qu'il lui était possible de demander à un membre du personnel d'en faire l'acquisition pour son compte.

Ainsi qu'indiqué *supra*, la réunion de crise qui s'est tenue durant la visite des contrôleurs a entériné la réouverture des unités. Pour cette raison, il n'a pas été possible de déterminer précisément quelles étaient les unités ouvertes et fermées avant la crise.

### 5.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT FORTEMENT AMPLIFIEES PAR LES MESURES LIEES A LA CRISE SANITAIRE

#### 5.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces des unités

Selon les unités, le petit déjeuner est servi de 8h30 à 9h, le déjeuner de 12h à 12h30 et le dîner de 19h à 19h30. Sauf décision médicale, il n'est pas possible de prendre ses repas en chambre.

En journée, dans toutes les unités les patients peuvent circuler librement et accéder aux espaces de vie commune. Les patients des unités Ey, Lambert, Racamier, Belledonne disposent d'un verrou de confort pour leur chambre.

#### 5.2.2 Le tabac

L'usage du tabac est autorisé dans toutes les unités et celles-ci possèdent toutes un espace extérieur clôturé pour les fumeurs. Le tabac est laissé en possession des patients, sauf avis médical contraire. Dans ce cas c'est le personnel qui conserve le tabac dans le bureau infirmier et le distribue aux patients concernés selon les indications du médecin. Les patients qui le souhaitent peuvent aussi demander la conservation de leur tabac dans le poste de soins infirmier.

Pour l'achat du tabac ce sont les équipes dans les unités qui s'organisent pour regrouper les commandes et procéder aux achats.

Les patients peuvent accéder à l'espace fumeur le soir jusqu'à l'heure du coucher et le matin après le petit déjeuner.

### 5.2.3 Le port du pyjama

Dans l'unité Pinel, le port du pyjama est imposé à certains patients, sur décision médicale, pour lutter contre les possibilités de fugue, alors que dans les autres unités il n'est pas fait recours à ce type d'obligation.

Dans l'ensemble des unités de l'établissement, le port du pyjama est systématiquement imposé lors du placement d'un patient en chambre d'isolement.

#### RECOMMANDATION 9

Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction, ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement mais être prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

*Le directeur du CHS, dans sa réponse, indique que la prescription d'une chambre d'isolement fait suite à une évaluation clinique médicale à laquelle est liée la mise en pyjama. Une réflexion sur ce thème sera amenée au comité « moindre recours ».*

*Les contrôleurs maintiennent néanmoins la recommandation dans la mesure où le port de pyjama peut également être imposé dans l'une des unités en cas de risque de fugue.*

## 5.3 LES MODALITES D'ACCUEIL DES VISITEURS PRESENTENT DES DISPARITES

### 5.3.1 Les visites

Les visites des familles sont autorisées l'après-midi dans toutes les unités. Du fait des restrictions liées à la crise sanitaire, les familles doivent prendre rendez-vous auprès du personnel du service ou de la cadre de santé. Les visites sont interdites dans les chambres dans toutes les unités. Si dans les unités ayant bénéficié de travaux de rénovation (par exemple Racamier) ou celles ayant été ouvertes récemment (par exemple l'unité Bachelard), les conditions d'accueil des familles sont bonnes, elles sont en revanche inexistantes dans l'unité Ey et Lambert qui ne disposent pas de salon d'accueil pour les visites. Dans l'unité Pinel, l'espace réservé aux familles est si exigu et encombré que les visites se font dans l'espace extérieur de l'unité ou dans le couloir.

#### RECOMMANDATION 10

Un espace doit être aménagé dans toutes les unités pour permettre aux familles de rendre visite aux patients dans de bonnes conditions.

*Le directeur, dans sa réponse au rapport provisoire, indique que le CHS prend d'ores et déjà en compte la recommandation dans le cadre de son projet de restructuration immobilière en cours.*

*Les contrôleurs, dans cette attente, maintiennent la recommandation.*

### 5.3.2 Le téléphone

Sauf avis médical contraire, le téléphone portable est laissé aux patients.

Dans l'unité Bachelard, en dépit d'une politique affichée de conservation du téléphone, seul un quart des patients y ont réellement accès, les trois quarts en étant dépourvus, sur prescription médicale.

Pour les personnes ne disposant pas de téléphone portable un poste est disponible dans chaque unité mais la confidentialité des appels n'est pas toujours possible en raison de l'implantation du combiné dans les espaces de vie commune, comme dans l'unité Pussin.

#### RECOMMANDATION 11

Les *points-phone* doivent être aménagés de manière à garantir la confidentialité des conversations.

*Le directeur, dans sa réponse au rapport provisoire, indique que le CHS prend d'ores et déjà en compte la recommandation dans le cadre de son projet de restructuration immobilière en cours qui prévoit des espaces permettant la confidentialité.*

*Les contrôleurs, dans cette attente, maintiennent la recommandation.*

#### 5.4 AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE N'EST MENEES SUR LA SEXUALITE

La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion collective. Elle est traitée de manière hétérogène entre les unités, selon les sensibilités des soignants et varie entre occultation et interdiction sous-entendue.

La vulnérabilité et la sécurité des patients sont les premières des justifications au refus du personnel soignant de s'interroger sur l'atteinte à la liberté constituée par l'entrave à la sexualité. Lorsque la question leur est posée, s'agissant de l'éventualité de relations entre couples légitimes lors des visites, l'argumentation devient celle du lieu de soins opposé au lieu de vie.

Toutefois, dans deux des unités pour adultes, il a été indiqué aux contrôleurs que les rapprochements entre les patients faisaient l'objet d'une attention particulière sur la vulnérabilité mais sans obstruction pour autant. En revanche, si dans l'une les patients peuvent discrètement utiliser leur chambre, dans l'autre, il a été déclaré qu'ils étaient renvoyés vers les espaces extérieurs, autrement dit le parc. Les médecins somaticiens, en revanche, sont amenés à prescrire des contraceptifs en renouvellement ou en première intention.

#### RECOMMANDATION 12

Une réflexion sur la sexualité doit être conduite à l'échelle institutionnelle afin d'unifier les approches des différentes unités et favoriser la discussion avec les patients. Le comité d'éthique devra se saisir de cette question.

*Le directeur du CHS indique que dans l'objectif d'harmoniser les approches et de dessiner une politique institutionnelle sur la sexualité, un professionnel de l'établissement a débuté une formation dans le cadre d'un diplôme interuniversitaire sur « Etudes de la sexualité humaine » à l'université Claude Bernard de Lyon.*

*Les contrôleurs approuvent cette initiative mais maintiennent leur recommandation.*



## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 L'AGENCEMENT ET L'ETAT DES LOCAUX NE SONT PAS HOMOGENES

Le bâtiment principal accueille au rez-de-chaussée la partie administrative, la cafétéria, le coiffeur, la buanderie des patients, l'unité Racamier ; au premier étage l'unité Ey et l'unité Lambert et au deuxième étage l'unité Tosquelles.

L'unité Racamier a bénéficié de travaux de rénovation en 2019 et est dans un état d'usage proche du neuf. Située à proximité de la cafétéria, l'unité Racamier est particulièrement bien agencée puisqu'il s'agit du service le plus récemment rénové. Complètement intégrée dans le bâtiment principal, cette unité est accessible depuis ce dernier par une porte s'ouvrant avec un badge donnant sur un couloir menant à la cafétéria des patients. Une deuxième entrée, depuis un accès extérieur donnant sur le parking de l'établissement, est accessible pour les visiteurs.

Les chambres sont spacieuses et comportent des fenêtres procurant une grande luminosité, le mobilier est récent et en très bon état. Les salles d'eau comportent une douche, un lavabo intégré dans un meuble permettant le rangement des affaires de toilette, un WC et deux patères.

Une salle à manger, dotée d'un mobilier récent et en bon état, est pourvue de grandes baies vitrées. Un local permettant la réchauffe des plats jouxte la salle à manger, une pièce servant à la préparation et à la délivrance des médicaments est accessible aussi depuis la salle à manger pour la distribution des traitements aux heures des repas.

Le salon télévision est mitoyen de la salle à manger et ouvre sur un espace extérieur, ceint de grillages, équipé de deux bancs et d'un abri pour les intempéries.

Le bureau de la cadre de santé, à proximité du poste de soins du personnel soignant situé au centre du service, permettent un accès rapide aux chambres et aux espaces de vie commune du service.

Un salon d'accueil des familles lumineux est implanté à proximité de la porte d'entrée, meublé de fauteuils et d'une table basse.

La chambre d'isolement est aux normes actuelles (cf. *infra* § 8.1), elle jouxte deux bureaux servant pour les consultations des médecins et des psychologues.

Les autres unités sont réparties à l'arrière du bâtiment principal. Les différences de vétusté entre les unités sont importantes et, selon les unités dans lesquelles les patients sont hospitalisés, la qualité hôtelière de la prise en charge varie considérablement : l'unité Bachelard datant de 2018 est en parfait état et offre des locaux récents et parfaitement adaptés pour une bonne prise en charge, l'unité Racamier a été complètement rénovée et agencée en 2019. En revanche, l'unité Pinel est vétuste et inadaptée pour une bonne prise en charge des patients. Les unités Belledonne, Ey ou Lambert accusent le poids des années d'usage et présentent des signes de vétusté manifestes, tant dans l'agencement des locaux que dans leur état global. Toutes les unités possèdent un espace extérieur fermé plus ou moins arboré et plus ou moins bien équipé selon son ancienneté de mise en service.

A l'intérieur des unités de fortes disparités existent dans l'attention portée aux espaces de vie commune. Si l'unité Lambert bénéficie d'une décoration particulièrement soignée et agréable, l'unité Pinel apparaît tristement délaissée et dépourvue d'agrément.

Les différences d'organisation de l'hébergement en fonction des unités sont également nombreuses : par exemple l'unité Pussin offre uniquement des chambres individuelles alors que Tosquelles et Bachelard comportent des chambres doubles et des chambres simples. De même si certaines unités offrent un hébergement et des espaces de vie commune de plain-pied, l'unité

Bachelard, pourtant récente, ainsi que l'unité Belledonne, possèdent une majorité de chambres à l'étage et les espaces de vie commune au rez-de-chaussée.

Les espaces de vie commune sont eux aussi sujets à de fortes disparités d'agencement et d'équipement. La partie réservée aux visiteurs est agréable à l'unité Racamier ; en revanche, le lieu est inadapté aux visites dans l'unité Pinel obligeant les familles à rendre visite aux patients à l'extérieur ou dans le couloir ; l'unité Ey et Lambert ne disposent pas de salon d'accueil des familles. Le mobilier est également dans un état dégradé dans les unités les plus anciennes, voire parfois manquant dans certains espaces de vie commune ou dans certaines chambres.

### RECOMMANDATION 13

Il doit être procédé à la rénovation des locaux des unités les plus anciennes et au remplacement du mobilier dégradé ou manquant dans les unités qui le nécessitent.

*Le directeur, dans sa réponse au rapport provisoire, indique que le CHS prend d'ores et déjà en compte la recommandation dans le cadre de son projet de restructuration immobilière en cours.*

*Les contrôleurs, dans cette attente, maintiennent la recommandation.*

## 6.2 L'HYGIENE N'APPELLE PAS D'OBSERVATION

De manière générale les unités étant dotées de douches dans les salles d'eau et de salles de bains à usage collectif, l'hygiène ne pose pas de difficultés pour les patients. L'entretien des locaux, en dépit de la vétusté de certaines unités, est bien assuré et procure une impression de propreté générale pour l'ensemble des unités visitées.

Les patients peuvent faire entretenir leur linge par leur famille. Ceux n'ayant pas de visite peuvent accéder à une buanderie payante située dans le bâtiment principal. Les personnes sans famille ni ressources suffisantes se voient offrir des jetons pour en bénéficier gratuitement. L'établissement propose un service de blanchisserie gratuite mais les délais sont tellement longs que les patients n'utilisent principalement que la buanderie à leur disposition.

Une coiffeuse, dont les prestations sont gratuites, tient son salon dans une aile du bâtiment principal et se déplace dans les unités à la demande des patients.

## 6.3 UN INVENTAIRE DES BIENS DU PATIENT EST REALISE MAIS IL EST PEU LISIBLE

Un inventaire des effets de chaque arrivant est réalisé dans toutes les unités et signé par le patient et par un soignant – ou par deux soignants si l'état clinique du patient ne lui permet pas de signer ou qu'il exprime un refus de signer. Les effets de linge n'y sont cependant pas détaillés et le document est peu lisible, mentionnant à côté des effets, biens et valeurs retirés les règles qui s'appliquent, voire la référence de ces dispositions (« cf. procédure classeur rouge réf PRC ADM 001... »). Il a par ailleurs été indiqué que les patients ne comprenaient pas toujours qu'une partie de leurs biens étaient conservés à la régie de l'établissement.

### RECO PRISE EN COMPTE 2

Un document d'inventaire plus exhaustif et lisible pour les patients devrait être conçu.

*En réponse au rapport provisoire, le directeur fait valoir que les agents du service de la régie-recette en lien avec les équipes de soins sont en cours d'actualisation des procédures et d'amélioration des*

*pratiques notamment sur la lisibilité et l'exhaustivité de l'inventaire. Le CHS considère que la recommandation est en cours de mise en œuvre.*

Les objets considérés comme dangereux sont retirés et conservés dans le poste de soins : les couteaux, les rasoirs, des médicaments, l'alcool et parfum, etc.

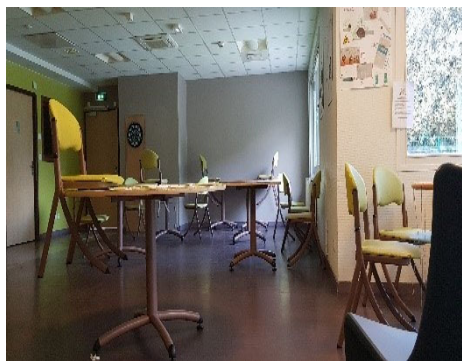
Les biens de valeur, bijoux, papiers d'identité, clefs, argent ou moyens de paiement sont remis à la régie de l'établissement. Les pratiques diffèrent cependant avec, selon les unités, la possibilité de conserver sa carte vitale et sa carte d'identité, de garder de grosse somme d'argent « à ses risques et périls » ou juste de petites sommes permettant de procéder aux achats courants. Les valeurs remises à la régie sont placées dans une enveloppe portant le nom et la signature de l'agent déposant. La régie établit un récépissé d'inventaire signé par l'agent dépositaire, dont il conserve un exemplaire et remet un autre au service. Les patients peuvent se présenter seuls ou accompagnés à la régie, munis d'une pièce d'identité, pour déposer ou retirer de l'argent pendant les heures d'ouverture (du lundi au vendredi, de 8h à 12h et de 13h à 16h30). Lorsque le patient ne peut se déplacer lui-même, la régie les remet à un soignant sur présentation d'une procuration. La régie vérifie quotidiennement la liste des patients qui ont quitté l'hôpital et, dans le cas où l'un d'entre eux est sorti sans ses valeurs, un courrier lui est adressé. La « personne à prévenir » peut également être sollicitée.

#### **6.4 UNE ATTENTION PARTICULIERE EST PORTEE A LA QUALITE DES REPAS**

La cuisine centrale du CHS emploie 23 ETP et confectionne 1 400 repas chaque jour – fournissant également des repas aux résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et aux scolaires avoisinants.

Les menus sont élaborés selon un cycle de cinq semaines, distinct l'hiver et l'été et allégés en plats chauds durant les mois de juillet et d'août. La cuisine propose quatre grands types de régimes (normal, sans porc, diabétiques et mixé) mais répond également à toutes les demandes spécifiques, prenant en compte les préférences alimentaires ou confessionnelles, les aversions, allergies ou prescriptions médicales. Les deux diététiciens, l'un à plein temps et l'autre à mi-temps, peuvent être sollicités par les unités sur des situations particulières ce qui permet, notamment, de délivrer des doubles apports à certains patients. Un apport de 150 grammes supplémentaire est prévu dans tous les cas pour les adolescents. La livraison des unités a lieu en liaison froide, deux fois par jour, en barquette de quatre portions si le menu est ordinaire et en barquettes individuelles pour les menus particuliers. Un potage est livré tous les soirs, en liaison chaude.

Au sein des unités, les repas se prennent dans les salles à manger collectives et peuvent également être servis dans la cour, lorsque le temps le permet. Les patients ont la possibilité de choisir leur place à table, dans le respect des règles de distanciation liées à la crise sanitaire. L'état clinique de certains peut néanmoins justifier que les placements soient indiqués par les soignants et, exceptionnellement, qu'un patient soit autorisé à prendre son repas dans sa chambre. Le moment des repas est un temps assez calme. Certains patients participent à la mise en place des tables et, en cas de besoin, les soignants aident les patients à prendre leurs repas. Il n'y a pas de repas thérapeutique au sein des unités pour adultes. Des collations sont prévues entre 16h et 17h et une tisane est servie le soir, à 21h. Les familles peuvent apporter des compléments de nourriture faciles à conserver mais il est indiqué que cela est rare.



*Salles à manger de l'unité Bachelard et de l'unité pour adolescents*

A quelques exceptions près, les repas sont considérés comme « bons » voire « excellents » par les patients. La cuisine centrale a fait l'objet d'une rénovation complète à la suite d'un incendie survenu en novembre 2016. Elle est en fonctionnement depuis janvier 2019. L'établissement s'est d'emblée inscrit dans les objectifs fixés par la loi EGalim7, interdisant l'utilisation du plastique et proposant aux patients une alimentation « saine et durable ». D'importants investissements ont été réalisés afin de fournir à la cuisine un matériel de qualité et pour la doter de moyens permettant le tri et la réduction des déchets. Il est indiqué que ceux-ci ont diminué de 70 % au niveau de l'unité de production et qu'un projet est à l'étude afin de favoriser également le tri des déchets organiques et la lutte contre le gaspillage alimentaire au sein des unités de soins.

La cuisine centrale propose aux patients de nombreux produits locaux, bénéficiant de signes d'origine et de qualité et/ou issus de l'agriculture biologique, ainsi que des viandes labellisées. Sous l'impulsion d'un responsable de la restauration, attaché à son métier et particulièrement impliqué dans sa mission, le personnel est apparu soucieux des plats servis aux patients, souhaitant continuer à développer les plats « faits maison » et l'approvisionnement en produits de qualité (Bio, IGP, label rouge, produits du terroir, etc.), dans une démarche éco-responsable.



*Produits bénéficiant de signes d'origine et de qualité et/ou issus de l'agriculture biologique*

Les deux dernières réunions du comité de liaison alimentation nutrition (CLAN) se sont tenues les 24 septembre 2020 et 28 janvier 2021, sous la présidence d'un médecin somaticien et la vice-présidence d'une diététicienne et en présence, respectivement, de huit et onze professionnels du CHS. Aucun psychiatre, ni psychologue n'y a participé. Les réunions ont principalement porté sur un projet d'audit interne « syndrome métabolique et nutrition », les questions de dénutrition, la texture semi-hachée proposée au CHS et les dispositions de la loi EGalim. Le comité nutrition restauration ne s'est réuni qu'à une seule reprise en 2020 en raison de la difficulté à mobiliser des volontaires. Six personnes uniquement étaient présentes au comité du 11 juin parmi lesquelles un seul soignant. De même à la réunion du 4 mars 2021, où cinq personnes étaient présentes dont un

---

<sup>7</sup> Loi n°2018-938 du 30 octobre 2018 pour l'équilibre des relations commerciales dans le secteur agricole et alimentaire et une alimentation saine, durable et accessible à tous.

aide-soignant. Cette situation ne permet pas un retour qualitatif et exhaustif des services même s'il est relevé que les patients sont satisfaits des repas servis « *y compris la langue de bœuf* » et que « *les pâtisseries maison sont également très appréciées* ».

#### BONNE PRATIQUE 2

Le service de restauration est engagé dans une démarche d'amélioration continue et propose aux patients des repas de bonne qualité gustative, fabriqués avec des produits de qualité. Tous les menus spécifiques sont possibles respectant les préférences alimentaires ou confessionnelles des patients ainsi que les allergies et les prescriptions médicales.

## 7. LES SOINS

### 7.1 LA MAJORITE DES PERSONNES ADMISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT TRANSITENT PAR LES URGENCES ET VOIENT LEURS DROITS INSUFFISAMMENT RESPECTES

Si certaines admissions peuvent se faire directement au CHS, soit en soins libres pour des patients chroniques, connus des services de psychiatrie et à la demande de psychiatres traitants, des CMP ou des médecins généralistes, soit par le biais du SAMU pour une entrée en soins sans consentement le plus souvent, le parcours de soins débute au niveau des urgences du CHMS où le personnel du CHS intervient depuis les années 1990. Il existe au niveau départemental un accueil téléphonique d'écoute et d'orientation (ATEO) qui s'adapte au mieux aux demandes de soins.

Cette permanence téléphonique de 9h à 12h30 et de 13h à 17h, du lundi au vendredi, est tenue par du personnel infirmier qui au cours d'un entretien va pouvoir proposer une orientation : information, prise de rendez-vous et proposition de rappel. Cette plate-forme téléphonique ne gère pas les urgences mais, si besoin, oriente vers le service des urgences.

#### 7.1.1 Le circuit de soins psychiatriques à partir du centre hospitalier général Métropole Savoie

Le premier accueil se fait par l'évaluation de l'infirmière d'accueil et d'orientation qui va déterminer le lieu de soin en fonction de l'état clinique. Rapidement l'équipe psychiatrique présente sur le site prend le relais. Dix psychiatres dépendant des secteurs Chambéry Nord et Sud assurent une permanence de 8h30 à 13h par roulement hebdomadaire pour les urgences et la réanimation.

L'équipe médicale et soignante de l'unité post-urgence (UPU) et de liaison sont rattachées au secteur psychiatrique de Chambéry Nord dont la chefferie est collégiale depuis deux ans. La présence médicale de 1,5 ETP repose sur trois praticiens de 9h à 17h et le samedi de 9h30 à 13h.

Trois unités peuvent recevoir, selon leur état clinique, des patients en demande de soins psychiatriques : la psychiatrie de liaison au service des urgences ; les urgences avec le service d'accueil, l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et le service de réanimation ; l'unité post urgence de dix lits (UPU) créée en 2012 accueillant les patients en soins libres pour une durée maximale de cinq jours.

#### a) La psychiatrie de liaison

Elle est assurée par l'équipe médicale et infirmière qui intervient aux urgences. Il existe également un service de psychiatrie de liaison au centre hospitalier d'Aix-les-Bains où se trouvent deux services de médecine. Les premiers soins psychiatriques proposés se font sur le mode des soins libres, après une évaluation qui conduit toutefois à plusieurs propositions d'orientation :

- hospitalisation vers le CHS en soins libres ou en soins sans consentement ;
- orientation vers la clinique du Sermay en soins libres ;
- retour à domicile avec la poursuite des soins sur le mode ambulatoire auprès d'un médecin généraliste, d'un psychiatre ou d'un CMP.

Les certificats relatifs aux soins sous contrainte sont rédigés par les médecins urgentistes sous formulation de soins avec péril imminent (SPI) et, si la famille est présente, par le psychiatre sous la formulation de soins en urgence (SPTU). Il y a très peu de certificats émanant de médecins généralistes, dans ce cas le certificat est souvent incomplet ou ne respecte pas le formalisme demandé. L'information est donnée aux patients par le médecin, la recherche de la famille se fait

par téléphone. Les accompagnants sont reçus lorsqu'ils sont présents dans un espace spécifique (salon famille).

### *b) Le fonctionnement des urgences*

Une équipe psychiatrique (médecin psychiatre et infirmier) intervient à la demande de l'infirmière d'accueil et d'orientation selon les modalités de présence suivantes : le psychiatre est présent du lundi au samedi de 8h30 à 13h et l'infirmier de 13h à 20h.

L'orientation se fait selon l'état clinique après un bilan somatique systématiquement réalisé aux urgences. Plusieurs orientations sont envisagées :

- une simple consultation pour une personne venue spontanément, accompagnée par sa famille ou adressée par un médecin généraliste. Il s'agit d'un premier avis qui peut être une consultation avec retour à domicile et poursuite de soins en ambulatoire selon les réseaux de soins externes ou une orientation vers les autres lieux de soins : UPU, CHS ou clinique du Sermay ;
- les personnes agitées : si elles n'ont pas été conduites directement au CHS par le SAMU elles sont installées dans les boxes des urgences afin de procéder aux examens et à l'orientation. Elles sont alors contenues et un premier certificat est réalisé par le médecin urgentiste ou le psychiatre si l'accord de la famille est obtenu ;
- les patients en état d'ébriété ou présentant des troubles de la vigilance ne permettant pas un entretien psychiatrique restent aux urgences en box ou à l'UHCD (une seule nuit) somatique pour 24 à 48h ou sur brancard dans la salle commune. Un 2<sup>ème</sup> avis psychiatrique sera donné le lendemain par le psychiatre de l'UPU ou la personne est dirigée vers le CHS pour consultation et avis auprès du psychiatre de garde.

Un avis psychiatrique peut également être demandé pour certains patients venant du service de réanimation ou d'autres services par orientation interne.

### *c) L'unité post urgence (UPU)*

C'est une unité avec une double équipe psychiatrique et somatique qui accueille les soins des deux catégories : une équipe paramédicale somatique assure la permanence de soins 24 heures sur 24 et une équipe psychiatrique intervient cinq jours sur sept.

Au moment de la visite des contrôleurs, il y avait seulement cinq lits de psychiatrie, avec en perspective un passage à dix lits, plus vingt lits de soins somatiques UHCD. Les durées d'hospitalisation ne dépassent pas cinq jours.

Les indications sont axées vers des admissions en soins libres pour les syndromes anxiodépressifs, les suites « simples » de tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, les patients refusant l'hospitalisation en hôpital psychiatrique mais acceptant les soins en milieu hospitalier général, les suivis du post partum selon les indications de l'unité de psychiatrie périnatale.

Les équipes sont formées au dépistage et à la prévention du risque suicidaire. La formation s'adresse aux équipes du centre hospitalier Métropole Savoie, au centre hospitalier spécialisé de Chambéry et à la clinique du Sermay. Les équipes restent fortement marquées par la défenestration d'un patient survenue il y a quelques années. Depuis, les fenêtres des chambres et salle de bains sont fermées mais le service reste néanmoins ouvert. Les visites y sont autorisées de 11h30 à 20h et les règles de vie affichées. La nuit, le service est fermé de 20h30 à 6h. Un protocole PRS (prévention risque suicidaire) implique le retrait de différents objets supposés dangereux : chargeur, couteau,

pas de verre ni carafe. En revanche, il n'y a ni mise en pyjama ni literie spécifique. Un lit est disponible pour un sevrage en addictologie.

Une psychologue de la cellule d'urgence médicopsychologique (CUMP) propose des consultations de psycho traumatisme et des consultations de médecine légale sont réalisées.

Le personnel rattaché à l'hôpital psychiatrique se compose de 4 ETP d'infirmiers, et d'un cadre de santé présent à 0,10 ETP (sous forme d'une demi-journée par semaine), d'un psychologue et d'une assistante sociale à 0,75 ETP pour quarante-deux lits (UPU, le service de l'UHCD de soins somatiques et d'autres services de soins somatiques) ainsi que du secrétariat.

### 7.1.2 La contention dans les services d'urgence

Elle se pratique au centre hospitalier Métropole Savoie dans les différents lieux d'accueil. La contention se fait par sédation chimique surveillée par le personnel soignant et contention mécanique. Un protocole détaille avec précisions les différentes phases et les différents intervenants. Il est indiqué que la surveillance des constantes toutes les heures est réalisée par les équipes infirmières, les résultats étant tracés dans le dossier de soin infirmier. Il n'y a pas d'indication quant à la durée de la mesure, ni du moment du renouvellement. La contention sur brancard se fait dans un box débarrassé des objets mobiles et potentiellement dangereux. La porte reste ouverte. Il n'y a pas de chambre d'isolement et la seule chambre fermée est la chambre « carcérale » qui n'est pas utilisée pour les troubles psychiatriques car elle est destinée aux soins somatiques des personnes détenues.

Deux systèmes existent pour la contention mécanique : sur brancard de manière classique avec des aimants ; sur brancard équipé de système FIXEO 8 avec trois bandes qui permettent le maintien au niveau du corps.

Il n'existe aucune traçabilité mais les décisions font toujours l'objet de prescriptions dont la durée très variable peut aller jusqu'à 48 heures. Aux urgences ou à l'UHCD, les patients sont contenus pour des délais inférieurs à 6 heures.

Au sein de l'UPU les seules contentions utilisées sont réservées aux patients âgés qui bénéficient d'une prescription fauteuil antichute mais également de contentions avec aimants au lit ou au fauteuil. Mais selon différents témoignages des contentions sont réalisées, y compris à l'UPU (unité qui n'accueille que des patients en soins libres), ceci parfois en attente de transfert vers le centre hospitalier spécialisé. Un appel malade mobile est remis dans la main du patient contenu.

Une réflexion sur la contention a été engagée dans le cadre d'un groupe de travail par le service des urgences du centre hospitalier général en y associant des membres de la direction, des usagers, le personnel soignant et le médecin chef de pôle des urgences. Il n'existe actuellement pas de registre de la contention. Seuls des protocoles d'utilisation des contentions contribuent à coordonner, uniformiser des pratiques qui restent encore souvent dénaturées par les conditions d'urgence contextuelles du service. La société française de médecine d'urgence émet des recommandations sur la traçabilité dans les dossiers médicaux dans l'article sur « *la prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgence* » du 31/03/2021<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Système de fixation complet d'une seule pièce qui permet de ne jamais détacher le malade du début à la fin de la prise en charge.



**RECOMMANDATION 14**

L'isolement et la contention de personnes hospitalisées dans les services d'urgence doivent être tracés dans les dossiers médicaux et dans un registre selon les recommandations de bonne pratique clinique de la Société française de médecine d'urgence.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHS prend acte de cette recommandation et précise que ce point devra être discuté dans le cadre des filières de soins du GHT Savoie-Belley.*

**7.2 LA VACANCE DE LA CHEFFERIE DE POLE DE PSYCHIATRIE ADULTE PENALISE L'ORGANISATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES**

Les grands courants de pensée fondateurs de la psychiatrie ont fortement marqué l'histoire de l'établissement et restent d'actualité en influençant l'organisation des soins et les prises en charge individuelles au sein de l'établissement comme en témoignent l'existence d'unités de thérapie institutionnelles.

**7.2.1 L'organisation de la psychiatrie adulte**

Les cinq secteurs de psychiatrie adulte ont une orientation idéologique différente, certains privilégiant les neurosciences, d'autres se référant plus aux différents courants psychanalytiques mais tous proposent une large offre de soins qui s'appuie, dans chaque secteur, sur des CMP, des CATTP et des hôpitaux de jour.

Depuis 2016, dans un mouvement de contestation lors de la mise en place de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » (HPST), les psychiatres du secteur adulte se sont opposés à la nomination d'un chef de pôle de psychiatrie adulte. Pendant quelques années, un trio de pôle formé de trois chefs de service se partageant la chefferie de pôle a permis de poursuivre le dialogue avec la direction. Puis la rupture a été consommée après une tentative de nomination par la direction, en dehors de toute concertation, d'un praticien comme chef de pôle. Cette absence de chef de pôle à la tête de la psychiatrie adulte pénalise désormais la communication et la conduite d'une politique de soins avec l'équipe de direction de l'établissement.

Actuellement le directoire est composé du chef de pôle de pédopsychiatrie (quatre services), du président de la CME et de deux chefs de service adultes. Les quatre à cinq postes médicaux non pourvus ne facilitent pas la résolution de cette problématique. Il n'y a pas de bureau de pôle et l'absence de représentation de la psychiatrie adulte dans les instances laisse la direction s'orienter vers une réorganisation des pôles avec une augmentation de la taille des secteurs afin de partager ou de lisser le sous-effectif médical. La fermeture de certaines structures extra hospitalières serait également envisagée.

L'absence de chef de pôle entraîne un manque de temps institutionnel formalisé. Paradoxalement cette situation ne paraît que très peu affecter la qualité des soins dans les unités.

**RECOMMANDATION 15**

La psychiatrie adulte doit être représentée dans les instances par un chef de pôle, si telle est la configuration fonctionnelle choisie par l'établissement. Il est impératif que l'ensemble des professionnels médicaux résolve cette situation.

*Le directeur du CHS, au travers de sa réponse au rapport provisoire, prend acte de cette recommandation.*

### *a) Les soins psychiatriques dans les unités*

Si l'équipe du contrôle a constaté la fermeture de certains services, cette fermeture avait été décidée pour toutes les unités en raison de la crise sanitaire. En période ordinaire, il arrive qu'une unité soit fermée lorsque son effectif soignant est insuffisant pour accompagner les patients. L'ouverture des portes des services a été annoncée pour la semaine suivant le passage des contrôleurs au vu de l'amélioration de la crise sanitaire.

L'accueil des patients se fait selon la sectorisation dans des unités de vingt-cinq lits avec un effectif de sécurité de soignants dont deux infirmiers le matin et l'après midi et deux soignants dont un infirmier pendant la nuit. Un infirmier en continuité à la journée est la configuration avec un effectif à taux plein soit 19,2 TP pour une unité. Dans le service des adolescents un éducateur en journée assure cette continuité et complète l'équipe soignante.

La prise en charge de nuit dépend d'une équipe spécifique.

Les soins apportés sont classiques avec des entretiens médicaux et infirmiers réguliers. Les médecins sont quotidiennement présents dans les unités et les patients sont vus en consultation au moins une fois par semaine. Dans la plupart des services les familles sont reçues par les médecins et les équipe de soins et participent à la prise en charge. Il n'y a pas d'infirmiers référents.

Les psychologues ont une forte implication institutionnelle avec la création du collège des psychologues depuis 1981 et un département de psychologie depuis 2012. La profession s'est structurée avec une participation au niveau du comité d'éthique et des groupes de réflexion sur le port du pyjama, du fonctionnement et de l'utilisation des chambres d'isolement. Dans les unités ils animent certaines activités groupales comme un groupe conte ou un groupe centré sur des jeux, ainsi que les réunions soignants-soignés dans certaines unités. Ils participent également aux prises en charges individuelles et aux soins apportés en chambre d'isolement. Certaines unités proposent une analyse des pratiques.

Des réunions de service où les prises en charge sont élaborées et discutées, avec des synthèses de dossiers, se tiennent toutes les semaines et tous les acteurs de la prise en charge y sont conviés. Une des infirmières de l'unité USATI, où s'effectuent les activités thérapeutiques, s'y associe afin de connaître le projet de soin du patient et les objectifs des soins demandés ou pour apporter le bilan une fois le cycle d'activités réalisé.

### *b) La délivrance des médicaments*

Dans environ la moitié des services, la distribution des traitements s'effectue de manière confidentielle, individuellement et dans un espace clos pour avoir la possibilité de dialoguer avec l'infirmier qui dispense le traitement.

Dans d'autres la délivrance se fait soit à table au moment des repas, de manière collective soit dans l'office infirmier, porte ouverte à l'issue d'une longue file d'attente. Les patients ne paraissent pas particulièrement sédatisés par les traitements et interagissent sans difficulté.

#### **RECOMMANDATION 16**

Le droit à la confidentialité des soins s'applique à la distribution des traitements qui doit s'effectuer dans un endroit fermé, à l'abri des regards afin de permettre les échanges entre patients et soignants en toute quiétude.

*Le directeur du CHS prend en compte la recommandation dans le cadre du projet de restructuration immobilière en cours.*

### c) La sismothérapie

Le secteur de Chambéry Sud est le service référent, avec un médecin psychiatre et une infirmière affectés à cette activité. A la demande du psychiatre traitant du patient, le médecin psychiatre responsable de la sismothérapie pose l'indication. Le consentement de la personne est recueilli par écrit<sup>9</sup>. L'infirmière accompagne et reste dans le service avec le patient afin d'en assurer la surveillance puis elle ramène le patient le soir après les séances. Les patients en soins sous contrainte peuvent bénéficier de ce type de soins et le consentement écrit est également recueilli. Si la personne refuse, le consentement de l'entourage est demandé en cas de risque vital avéré. Si une mesure de protection à la personne existe, le juge des tutelles peut être sollicité. Le traitement comprend une série d'électro convulsivothérapie tous les jours ou tous les deux jours pendant une douzaine de séances, puis il est proposé des soins sous forme de séances de rappel à raison, par exemple, d'une séance tous les mois. Ensuite, la limite dans le temps est floue car il est parfois difficile d'arrêter le traitement par crainte des rechutes ou après avoir constaté antérieurement des rechutes. Il s'agit d'une thérapeutique de dernier recours.

#### 7.2.2 Les activités thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont nombreuses et font l'objet d'une prise en charge en grande partie effectuée à l'extérieur des services par des équipes spécifiques. Les infirmiers organisent également des activités occupationnelles qui ont été plus fréquentes pendant la crise sanitaire du fait de la fermeture des unités et en raison de la forte diminution des activités thérapeutiques habituellement externalisées. Néanmoins certaines activités thérapeutiques incluant parfois des sorties ont pu être maintenues. Elles sont nombreuses et regroupées selon deux entités :

- la fédération des médiations thérapeutiques qui regroupent de nombreuses activités accessibles pour les personnes suivies en intra ou extra hospitalier ;
- l'unité de soins et d'activités thérapeutiques intersectorielles (USATI) dénommée « la Passerelle » qui est un hôpital de jour intra hospitalier réservé uniquement aux personnes hospitalisées.

La grande majorité des activités sont accessibles à tous les patients, sur prescription médicale et font l'objet d'une synthèse. Les personnes en soins sous contrainte y ont accès et sont accompagnées par du personnel soignant quand il s'agit d'une personne admise sous le statut de SDRE. C'est le professionnel de soin qui va chercher la personne dans le service.

#### a) La fédération des médiations thérapeutiques

Cette fédération rassemble de nombreuses activités qui proposent des soins sur prescription médicale quel que soit le statut du patient. Les soins s'adressent aux patients de l'intra hospitalier ou de l'extra hospitalier, y compris en provenance de prescripteurs libéraux. Seuls l'ergothérapie et le sport ne sont pas ouverts aux patients en programme de soins.

##### i) Un hôpital de jour

Sa mission est l'insertion professionnelle. Il est situé en centre-ville et comporte des ateliers thérapeutiques très spécifiques : rénovation de meubles, couture, informatique avec constitution de *curriculum vitae*, démarches administratives, travaux d'impression pour des entreprises privées et des associations. Les patients reçoivent une indemnité forfaitaire de déplacement de 3,5 euros

---

<sup>9</sup> Le consentement de la personne en soins sans consentement ne manque pas d'interroger.

par demi-journée. L'association Transition gère l'aspect financier et reçoit des subvention du CHS. L'association est constituée d'un bureau avec différents membres dont un secrétaire, un président, un vice-président et des usagers. Le financement est fait par secteur et l'association anime un loto, une journée festive sur le site du CHS, des spectacles, etc.

#### ii) Un service d'ergothérapie

Destiné aux personnes hospitalisées ou suivies en ambulatoire, sur prescription médicale, ses deux salles sont localisées au sein du bâtiment « le château » dans le parc du CHS. Un pool d'ergothérapeutes de 2,3 ETP propose différentes activités qui font l'objet d'évaluations pour les patients hospitalisés et les patients de l'extra hospitalier dans les suites d'hospitalisation. Un projet d'unité de réhabilitation est en réflexion.

#### iii) Un service sport pour adulte et pour les patients suivis en pédopsychiatrie

Un infirmier et un éducateur sportif y sont présents du lundi au vendredi. Les activités comme le tir à l'arc, l'escalade, le renforcement musculaire, les randonnées pédestres, les sorties de ski et raquettes, les sports collectifs en gymnase, se font sur prescription médicale. Par un contrat de soin, le patient s'engage à un certain nombre de séances. Un groupe de relaxation est également proposé.

#### iv) Une cafétéria

La cafétéria offre aux patients, outre sa fonction première, les soins d'une esthéticienne et d'une coiffeuse.

#### v) L'équipe mobile ESPLOR

Cette équipe travaille sur l'accès au logement. Elle est composée de quatre infirmiers, deux éducateurs, un chargé de gestion éducatif, un aidant et un psychiatre régulateur. Les demandes se font par prescription médicale qui donne lieu à l'ouverture d'un dossier d'inscription. Une commission se réunit une fois par mois pour étudier les dossiers. La personne est rencontrée pour un entretien conduit avec un outil spécifique ELADEV10 pour l'évaluation des besoins en termes d'habilité sociale et réinsertion. Les personnes en soins sous contrainte sont acceptées. L'objectif est la recherche d'un logement par le biais d'une « capteuse »<sup>11</sup> de logement qui organise les contacts avec les bailleurs sociaux et privés : douze logements ont été loués, soit en individuel soit en collectif avec possibilité de bail glissant. Un partenariat est établi avec le réseau de personnes en situation de handicap psychique (ReHPSY), quarante patients sont suivis en appartement associatif.

#### vi) Une équipe accueil thérapeutique familial

Quinze familles pour trente places sont régulièrement visitées par l'équipe de soin en charge de cette activité.

#### vii) Les thérapies institutionnelles

Il s'agit des thérapies qui trouvent leur fondement dans les différents mouvements de psychothérapie institutionnelle. Elles sont au nombre de quatre :

---

<sup>10</sup> ELADEV: Echelle Lausannoise d'Autoévaluation des Difficultés Et des Besoins qui permet d'évaluer rapidement les difficultés psychosociales de la personne.

<sup>11</sup> Membre du personnel qui recherche des logements.

- thérapies dans le cadre de l'unité de thérapie d'inspiration analytique : sous la forme de psychodrame avec infirmier, psychologue et psychiatre ;
- thérapies de l'unité de thérapie psychocorporelle : infirmier, psychiatrie, ergothérapeute dans des prises en charge individuelles ou groupales ;
- thérapies de l'unité de thérapie EDEN : écoute et dialogue avec les entendeurs de voix : psychiatre, ergothérapeute et 0,1 ETP d'infirmier : les prises en charge sont individuelles à la mise en œuvre de l'activité, puis groupales ;
- thérapies familiales systémiques réalisées par infirmier, psychologue et psychiatre.

L'organisation repose sur un médecin référent par unité, plus un médecin coordonnateur qui est le médecin responsable des thérapies psychocorporelles. L'offre de soin n'est pas quotidienne et les rencontres se font sur rendez-vous. Le public concerné est constitué de l'ensemble des personnes prises en charge par l'établissement, par les structures externes comme les CMP mais également la patientèle des praticiens libéraux. Les patients en soins sans consentement ont également accès à ce type de soin.

#### *b) L'unité de soins et d'activité thérapeutique intersectorielle (USATI)*

L'unité de soins et d'activité thérapeutique intersectorielle la « Passerelle » est en réalité un hôpital de jour intra hospitalier. Les soins sont externalisés des services et les prises en charge individualisées, quel que soit le statut d'hospitalisation. L'USATI est composée de six soignants pour 5 ETP. Il s'agit essentiellement d'activités groupales telles la marche, l'art-thérapie ou la danse, même s'il existe quelques prises en charges individuelles. La structure est nouvelle et une évaluation est prévue au bout de six mois de fonctionnement.

Un groupe de parole est réservé aux personnes traitées pour des addictions. Les activités sont réservées uniquement aux patients hospitalisés. Ses locaux sont situés au rez-de-chaussée du pavillon Belledonne.

La prescription des soins est faite par le psychiatre à partir d'objectifs de soins selon la pathologie de la personne et le type de médiation envisagé, le consentement du patient est requis quel que soit le mode d'hospitalisation. Les quelques patients irresponsables pénaux (article 122 du code pénal) détiennent un certificat de sortie de courte durée et sont accompagnés par un soignant. Le service se veut très réactif en répondant à toute demande dans la semaine. Différents projets sont en réflexion et élaboration avec la participation d'un attaché culturel : photos, percussion, chorale, poésie.

Les infirmiers d'USATI se rendent chacun une demi-journée par semaine dans les unités d'hospitalisation afin de proposer des activités dans le service. La file active, hors les prises en charge au sein des unités, est de quatre-vingt-dix-huit patients par semaine. Le fonctionnement de la Passerelle a été fortement affecté par la crise sanitaire même si son activité s'est poursuivie *a minima* ; elle reprenait au moment du contrôle.

Une à deux formations d'infirmier en pratique avancée (IPA) sont financées, à moyen constant, pour cette unité.

#### *c) Les appartements thérapeutiques*

Le service est en difficulté car peine à recruter des familles. Les personnes en soins sous contrainte ou en programme de soins ne peuvent bénéficier de ce type de prise en charge. Leur statut est une contre-indication.

### 7.2.3 Les équipes mobiles et les soins ou dispositifs spécifiques

#### *a) L'équipe mobile de psychiatrie précarité*

Elle oriente ses soins vers les migrants, nombreux dans une région frontalière. Un accueil de jour et des maraudes sont organisées. Les autres équipes mobiles interviennent en gérontopsychiatrie et pour l'accompagnement des personnes atteintes d'autisme.

#### *b) L'équipe mobile de prise en charge de l'autisme*

La prise en charge de l'autisme repose sur le principe d'un accompagnement tout au long de la vie avec le service d'accompagnement médicosocial aux personnes handicapées (SAMSAH) et le centre de diagnostic et d'accompagnement. La prise en charge commence pour les enfants et adolescents avec des thérapies spécifiques et se poursuit par un accompagnement au long cours dans les différentes entités : équipe mobile de prise en charge (EMP) et SAMSAH.

Il y a très peu d'hospitalisations en soins sans consentement mais beaucoup de situations avec des problèmes somatiques rendus difficiles à traiter du fait de l'autisme. L'équipe est pluridisciplinaire. Le soin est organisé sur l'accompagnement, la discussion permettant d'éviter beaucoup d'hospitalisation sous contrainte. La file active est de 170 adultes et enfants. Les soins et les prises en charge de ces personnes reposent en grande partie sur le service public car il n'y a qu'une seule pédopsychiatre en libéral et qui n'exerce qu'à 40 % d'ETP.

#### *c) La plate-forme référentielle pour le soin destiné aux auteurs de violence sexuelle*

Elle travaille en lien avec le centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles (CRIAVS) de Grenoble (Isère) et apporte son aide aux praticiens engagés dans cette prise en charge.

#### *d) L'équipe de liaison d'accompagnement éducatif ELAE*

Il s'agit d'une équipe pour les patients hospitalisés au long cours. Elle a été constituée par la transformation d'un poste infirmier en un temps d'éducateur spécialisé, poste inexistant en psychiatrie. L'objectif est de « dépoussiérer » et soulager les équipes de dossiers de demandes d'orientation et de réactiver les demandes auprès de la MDPH (maison départementale des personnes handicapées) et des services du secteur médico-social. C'est un autre regard avec une analyse portée sur le versant éducatif du projet du patient pour sa sortie de l'hôpital. Le projet de soin est individualisé et permet de mesurer l'adéquation entre l'état du patient et la structure proposée. Des visites, un bilan des capacités d'adaptation sont refaits pour des patients hospitalisés au long cours, soit une durée supérieure à trois mois d'hospitalisation. La prise en charge pour les personnes en soins sans consentement est possible. Selon la référente des hospitalisations au long cours, ce dispositif concerne soixante patients présentant surtout des déficits cognitifs.

## **7.3 LES SOINS SOMATIQUES, BIEN QUE LARGEMENT PROPOSES, NE SATISFONT PAS A L'OBLIGATION D'EXAMEN MEDICAL D'ADMISSION**

### 7.3.1 L'équipe de soins somatiques

Elle se compose de quatre médecins généralistes présents chacun à mi-temps. Chacun est référent de deux ou trois pavillons d'hospitalisation. Le chef de service est praticien hospitalier. L'équipe infirmière est composée de quatre infirmiers pour 3,2 ETP. Deux praticiens en soins dentaires interviennent trois jours par semaine de 9h à 17h et sont accompagnés au fauteuil par un des infirmiers. De nombreux spécialistes interviennent sous forme de vacation : un cardiologue, un ophtalmologue, un radiologue, un kinésithérapeute, un pédicure en détachement du centre

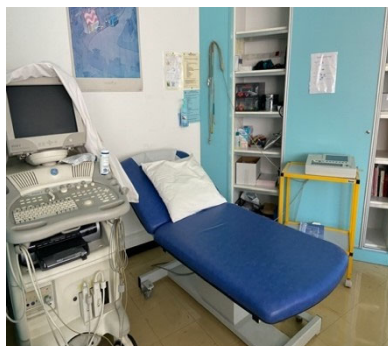
hospitalier Métropole Savoie, comme le neurologue et le gynécologue. Toutes les consultations et soins se font sur prescription des psychiatres. La prise de rendez-vous est faite par les infirmiers sur le logiciel CORTEX à partir de l'intra ou l'extra hospitalier.

### 7.3.2 L'organisation des soins dans le service de soins somatiques

Les consultations sont réalisées en priorité dans le service de soins somatiques situé dans une des ailes du bâtiment principal, au premier étage. Il reste facilement accessible par une autre entrée se trouvant au rez-de-chaussée du fait de la configuration du terrain. En cas de nécessité, les praticiens se déplacent dans les services dont ils sont référents. Les patients sont accueillis quel que soit leur statut légal avec un accompagnement si nécessaire. De nombreuses salles de consultations permettent de prodiguer l'ensemble des soins somatiques avec différents équipements pour des soins spécialisés : salle d'examen cardiologique avec échographie, salle de radiologie, salle d'examen gynécologique, matériel d'examen ophtalmologique. Le vaste cabinet dentaire a été récemment refait.



*Salle d'ophtalmologie*



*Salle échographie*



*Salle de kinésithérapie*

Il n'y a pas de consultation en addictologie. La problématique est traitée dans le cadre d'une prise en charge globale de la personne avec dans les activités groupales des thématiques concernant les addictions. La permanence de soin est organisée par la commission médicale de la permanence des soins (COMPS) avec une ligne de garde et une ligne d'astreinte. En cas d'urgence vitale il est fait appel au centre 15.

Le suivi des patients chroniques est programmé par les infirmiers : consultations pour les différents dépistages, déclarations de médecin traitant pour les personnes en hospitalisation prolongée et suivis gynécologiques.

#### *a) L'examen à l'arrivée*

Le psychiatre du service ou l'interne réalise l'accueil du patient lorsqu'une hospitalisation est prononcée.

L'examen somatique n'est pas systématique.

Seule la prise des constantes est réalisée : pouls, température, TA, état de conscience, SaO<sub>2</sub><sup>12</sup>, glycémie. Le médecin généraliste est sollicité en cas d'anomalie des constantes ou sur demande du psychiatre. Pour les week-ends et jours fériés c'est le praticien de garde qui assure la continuité des soins somatiques. Pour les soins sans consentement, il n'est pas prévu d'examen somatique complet tel que le stipule l'article L3211-2-2 modifié par la loi du 27 septembre 20131.

---

<sup>12</sup> SaO<sub>2</sub> : saturation artérielle en oxygène.

### RECOMMANDATION 17

Un examen complet doit être réalisé par un médecin somaticien pour toute personne hospitalisée en soins sans consentement dans les 24 heures suivant son hospitalisation. Le compte rendu de l'examen doit figurer dans le dossier du patient.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre acte de cette recommandation*

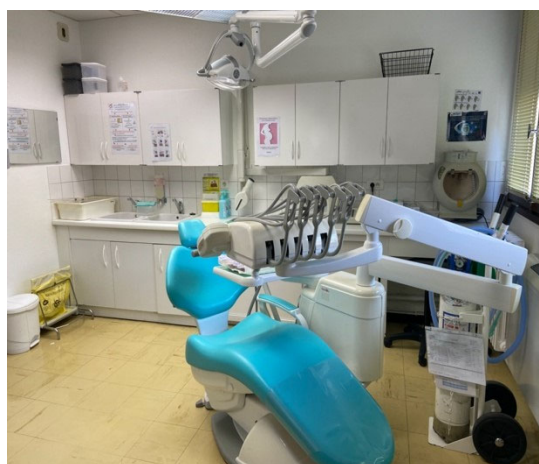
#### *b) L'unité de soins dentaires*

Les soins dentaires commencés durant l'hospitalisation peuvent se poursuivre au-delà dans le cadre de rendez-vous programmés par les infirmiers des CMP.

Une infirmière assiste le praticien comme aide au fauteuil et permet la réalisation de soins sous MEOPA<sup>13</sup>. Chaque praticien consacre un temps pour les consultations externes et un temps pour les soins des personnes hospitalisées. Une adhésion au réseau bucco-dentaire Rhône-Alpes<sup>14</sup> permet la mise à disposition d'une journée par semaine d'un fauteuil pour les adhérents au réseau.

### BONNE PRATIQUE 3

L'activité de soins dentaires est particulièrement importante car les soins dentaires peuvent s'initier pendant l'hospitalisation, même courte, et se poursuivre en ambulatoire.



*Cabinet dentaire*

#### *c) La diététique*

Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN) sensibilise les soignants sur la dénutrition fréquente chez les patients hospitalisés en participant à différents projets, notamment le dépistage et la prévention du diabète avec fond d'œil et réalisation d'électrocardiogrammes. Des

<sup>13</sup> Le mélange équimolaire oxygène-protoxyde d'azote 50%/50% (souvent abrégé en MEOPA) est un mélange gazeux, à concentrations fixes, utilisé en analgésie.

<sup>14</sup> Le réseau bucco-dentaire et handicap en Rhône Alpes (SBDH) est une association loi 1901 qui vise à faciliter l'accès aux soins buccodentaires pour les personnes en situation de handicap.



diététiciennes à hauteur de 1,4 ETP interviennent dans les services sur la restauration collective et participent à l'animation d'un groupe d'éducation thérapeutique.

### 7.3.3 La gestion de la crise sanitaire

Une unité Covid a été créée dès le 4 mai 2020, unité « tiroir » en quinze jours pour les patients Covid positifs porteurs de troubles psychiatriques. Elle a été positionnée dans l'unité centre diagnostic de l'autisme pour le temps de la crise sanitaire. En effet l'activité du centre diagnostic a été interrompue alors que l'accompagnement s'est poursuivi à distance. Dans l'unité Covid, l'isolement sanitaire était de vingt-huit jours ; les soignants étaient protégés par des tenues *ad hoc* et la déambulation des patients était autorisée dans les couloirs et dans le jardin intérieur. Cinq patients ont été accueillis et trois décès ont été déplorés dont deux liés à la Covid lors de la deuxième vague. L'unité a été fermée en août 2020 sur avis de la cellule de crise et du service d'hygiène et elle peut de nouveau être opérationnelle, si besoin, en quelques jours. La vaccination a été organisée sur site. Au jour de la visite, 150 patients étaient vaccinés et 65 % du personnel. L'ouverture des services était programmée la semaine suivant la visite du contrôle (cf. *supra* § 5.1).

## 7.4 LE SERVICE DE LA PHARMACIE EST FORTEMENT IMPLIQUÉ DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET DANS LA VIE INSTITUTIONNELLE

La pharmacienne est cheffe du pôle médico-technique. L'équipe est composée de trois pharmaciens pour 2,8 ETP et 5 ETP de préparateurs en pharmacie : malgré l'agrément, l'absence d'interne depuis plusieurs années est déplorée. Le service assure une permanence 24 heures/24, 7 jours sur 7. La conciliation médicamenteuse est pratiquée depuis cinq ans au coup par coup, un projet de montée en charge est en préparation.

L'ensemble des ordonnances est validé sur le logiciel CORTEX et les prescripteurs sont interpellés personnellement en cas de nécessité. La dispensation des traitements est journalière, individuelle, nominative et automatisée. Un livreur passe tous les jours, week-end compris, dans les services avec un transport en caisse scellée et des casiers nominatifs par patient. Une distribution est effectuée tous les 15 jours dans les familles d'accueil et dans la MAS (maison d'accueil spécialisée) qui dépendent de l'établissement. Il existe un livret du médicament confectionné et actualisé par le COMEDIMS (commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles), qui se réunit trois fois par an. Pour la vaccination organisée par le GHT, il a été procédé à la livraison de chambres froides avec enregistrement de température. Un CREX (comité de retour d'expérience) spécifique au circuit du médicament est actif.

Le service de la pharmacie participe à différentes actions de formation :

- du personnel, avec la journée d'accueil deux fois par an pour les arrivants, une formation spécifique de deux jours sur les traitements psychiatriques pour les infirmiers, une formation « informelle » en passant régulièrement au moment des temps de relève infirmières dans les services ;
- des patients, avec l'organisation d'un programme d'éducation thérapeutique depuis 8 ans. Il s'agit de la troisième autorisation donnée par la Haute Autorité de Santé. C'est un module spécifique thérapeutique de six à sept séances. L'activité est groupale, la participation se fait sur prescription médicale et fonctionne sur l'extra hospitalier avec comme animateurs un pharmacien, un préparateur et un infirmier de la structure (hôpital de jour et centre médico-psychologique). Il n'y a pas d'équivalent en intra hospitalier mais il existe un projet avec l'hôpital de jour intra hospitalier, l'unité Passerelle ( cf. *supra* § 7.2).

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 L'ARCHITECTURE DES LOCAUX D'ISOLEMENT FAIT PREVALOIR LA SECURITE SUR LE RESPECT DE LA DIGNITE ET DE L'INTIMITE DES PATIENTS

Chaque unité est dotée d'une chambre d'isolement (CI) référencée comme telle, soit neuf CI pour l'ensemble du CHS.

Les CI sont identiques dans leur conception et leur organisation. Elles sont précédées d'un sas dans lequel peuvent être entreposés les affaires personnelles de la personne isolée, du matériel médical ou d'hygiène ainsi que des éléments qui peuvent être mis à disposition de l'occupant : cylindre en mousse dense recouvert de plastique utilisé comme table, « oreiller » du même acabit qui permet de relever le haut du dos en position allongée. La porte d'entrée est à deux battants de largeur inégale, permettant de manœuvrer un brancard. La surface de la chambre est de l'ordre de 16 m<sup>2</sup>.

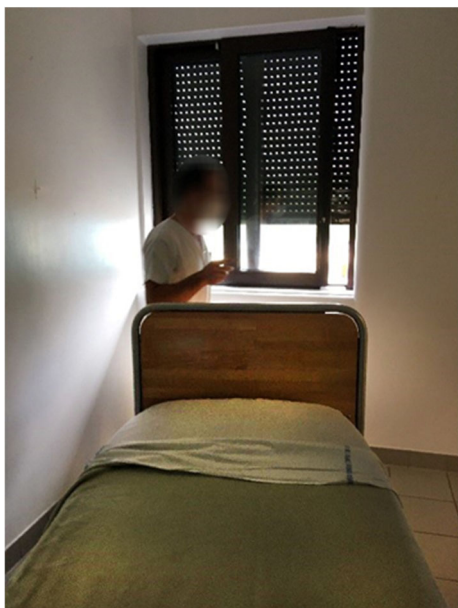


*Sas de la CI de l'unité Tosquelles*

Le lit, seul meuble de la chambre, est fixé au sol, recouvert d'un matelas, de draps et d'une couverture. Sur le milieu d'un des montants est installé un bouton d'appel accessible pour le patient même s'il est contentonné allongé.

Un espace sanitaire est aménagé dans un recoin de la pièce. Il comporte un WC en inox suspendu, un lavabo surmonté d'un miroir et une douche à l'italienne. N'étant séparé par aucune cloison de la partie occupée par le lit, il est librement accessible à l'occupant.

Une fenêtre aux battants coulissants peut être partiellement ouverte et occultée par des volets électriques. Elle donne un éclairage naturel agréable.



*Lit dos à la fenêtre*



*Espace sanitaire*

Depuis le sas, trois fenestrons permettent de visualiser l'intérieur de la chambre : un oculus percé dans la porte d'entrée de la chambre et une baie dans la cloison supportant la porte donnent tous deux vue sur le lit ; une autre baie, dans la cloison perpendiculaire, permet de voir les WC et la douche. Ces fenestrons ne sont pas occultables de sorte que n'importe quelle personne entrant dans le sas peut voir l'occupant où qu'il se tienne et quoi qu'il fasse, y compris lors de ses occupations les plus intimes. De plus, la chambre d'isolement est contiguë au poste de soins d'où deux autres fenestrons, occultables par des moyens artisanaux, donnent vue l'un sur la douche et le WC, l'autre vers le lit.



*Fenestrons depuis le poste de soins*

Une pendule à affichage digital est installée dans chaque chambre. Dans certaines CI, son emplacement la rend difficilement visible par une personne attachée.

La température est régulée par une climatisation réversible. L'éclairage artificiel est assuré par un plafonnier, une veilleuse et un spot dans l'espace sanitaire.

L'occupant ne peut contrôler lui-même ni l'éclairage ni la température ni la chasse d'eau des WC dont les commandes sont situées hors de la chambre.

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Les baies permettant la surveillance des chambres d'isolement doivent être réaménagées de façon à assurer le respect de la dignité et de l'intimité des patients isolés.

*Dans sa réponse, le directeur indique qu'à la suite à la visite des contrôleurs, des stores ont été fixés.*

En raison de sa spécificité historique – la prise en charge de patients chroniques dont certains à pathologies complexes – l'unité Pinel comporte quatre chambres spécialement aménagées pour quatre patients qui y sont constamment enfermés, sauf moments de sortie spécifiquement encadrés. Ils y disposent de mobilier particulier, notamment d'un téléviseur enfermé dans un caisson. Ces chambres sont des lieux d'isolement qui s'ajoutent aux CI décrites ci-dessus.

L'isolement, et même la contention, en chambre ordinaire est loin d'être rare. Dans ce cas, une chambre proche du poste de soins est préférablement utilisée.

### RECOMMANDATION 18

L'enfermement, et *a fortiori* la mise sous contention, de patient en chambre ordinaire doivent être proscrits.

*Le directeur prend en compte la recommandation. Il mentionne que la création d'une chambre d'apaisement par unité est en cours de mise en œuvre et pourrait limiter l'isolement ou la contention en chambre ordinaire.*

*Les contrôleurs maintiennent la recommandation.*

## 8.2 LES MODALITES D'EXECUTION DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE TRADUISENT PAS ENCORE LA POLITIQUE VOLONTARISTE DE LA DIRECTION DE L'ETABLISSEMENT DE REDUIRE LE RECOURS A CES MESURES

Le recours à l'isolement est considéré, à juste titre, par les responsables de l'établissement comme important. En réponse à ce constat, une politique de réduction a été initiée. Dès l'année 2012, trois thèmes de réflexion ont été retenus, chacun réunissant un groupe pluridisciplinaire : les procédures et les pratiques, l'architecture et les équipements, la formation des agents. Une procédure a été rédigée pour préciser les rôles de chacun avant et après ce qui était alors la « prescription », puis, une évaluation des pratiques professionnelles a été conduite sur la conformité des pratiques de l'établissement aux bonnes pratiques ; elle a fait apparaître que la question du débriefing de l'équipe et du patient après l'isolement n'étaient pas formalisées et que la traçabilité des différents actes était nécessaire.

Des formations ciblées, théoriques et pratiques, ont été organisées, visant notamment l'élaboration de la pensée sur la mesure d'isolement, le travail sur la situation, la question des alternatives à l'isolement. Des exercices coordonnés ont montré la nécessité de la formation par équipe.

Il demeure que le *turn-over* des soignants constitue un frein à la bonne coordination des actes lors d'un isolement, frein accentué par la faible disponibilité des soignants pour les formations.

Singulièrement, les soignants arrivants doivent suivre d'autres formations obligatoires et attendent deux ou trois ans avant de pouvoir suivre celle portant sur l'isolement.

En 2020, un comité pérenne sur l'isolement et la contention a remplacé les trois groupes de travail ; il a pour mission de conduire la réflexion sur ces questions notamment au regard des évolutions législatives. Il est composé de dix-neuf membres : dix infirmiers dont un de nuit, un aide-soignant, le cadre supérieur de santé référent pour l'isolement et la contention, un cadre de santé, deux membres de la commission des usagers (au titre de l'UNAFAM<sup>15</sup> et de l'UDAF), un psychiatre, deux psychologues et le médecin du département de l'information médicale.

Au titre de la recherche d'alternatives à l'isolement, une chambre d'apaisement a été aménagée dans l'unité Belledonne depuis janvier 2021. L'accès pour les patients relève de leur volonté mais les soignants peuvent le suggérer. L'espace dispose de mobilier spécifique (fauteuil, canapé confortables), accès à des jeux de lumière ou de la musique apaisants. Une charte définit les conditions d'utilisation de cet espace (indications, contre-indications, évaluations) et son usage fait l'objet d'une réflexion institutionnelle continue ainsi que d'un règlement en cours d'élaboration et d'amélioration après une première phase d'essai avec les patients.

Dans le même esprit, l'établissement, qui utilise un module de formation « self-sauvegarde » pour la prise en charge des situations de violence, est à la recherche d'une formation moins orientée vers la défense que vers l'apaisement et la désescalade.

Les contrôleurs ont constaté que cette politique volontariste pour améliorer les conditions de recours à l'isolement et à la contention n'as pas encore eu les effets amélioratifs attendus.

### 8.2.1 La mise en chambre d'isolement

Les mises en chambre d'isolement (MCI) font l'objet d'une décision médicale. La loi prévoit que cette décision doit être prise par un psychiatre. Or, il est constaté que dans bien des cas la décision de MCI est prise par un interne. Le logiciel de gestion du dossier patient informatisé (DPI) ne peut pas faire apparaître la validation ultérieure par un senior, il n'est donc pas possible de savoir si cette validation est réelle ni dans quel délai et selon quelles modalités elle intervient.

#### **Les prescriptions d'« isolement si besoin » n'ont pas cours.**

Selon les témoignages recueillis, les alternatives à l'isolement qui peuvent être envisagées consistent essentiellement en un entretien médical – facilité par une présence importante des psychiatres – ou infirmier. Si un patient demande à aller séjourner dans la CI, un infirmier s'entretient avec lui pour comprendre sa motivation et, s'il estime que l'isolement est éventuellement effectivement nécessaire, un psychiatre est appelé pour évaluer la situation et prendre la décision.

Faute de CI disponible dans l'unité dans laquelle il est admis, un patient peut être transféré dans une autre unité. Dans ce cas, c'est le psychiatre de son unité qui vient faire les visites mais c'est l'équipe soignante de l'unité d'accueil qui assure le suivi selon les prescriptions et consignes du médecin décideur de la mesure.

Le « lit miroir » est conservé dans 98 % des cas et identifié comme tel, de sorte que la sortie de la chambre d'isolement n'est pas conditionnée à la disponibilité d'un lit ordinaire.

---

<sup>15</sup> UNAFAM : union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques.

### RECOMMANDATION 19

Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée dans le délai d'une heure par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier. La traçabilité de cette validation doit être assurée et doit permettre, notamment, d'apprécier le délai dans lequel cette confirmation est opérée.

*Dans sa réponse le directeur du CHS souligne que dans le cas où la décision est prise par un interne, ce dernier est en lien avec un psychiatre senior qui peut intervenir et valider la décision si besoin. Pour autant, un travail avec le fournisseur du logiciel reste à mener pour retrouver la validation informatique dans le dossier du patient informatisé.*

*Les contrôleurs maintiennent leur recommandation et insistent sur la nécessité non pas d'intervenir et de valider « si besoin » mais d'une rencontre entre le sénior et le patient.*

Pour tirer les conséquences de l'entrée en vigueur de l'article 3222-5-1 dans sa rédaction du 12 décembre 2020, l'établissement a établi un projet de protocole de contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD. Y est associé un document-type d'information de « la poursuite d'une prescription [sic] médicale d'isolement et/ou de contention ». Ce document mentionne le nom du patient concerné, la date et le régime juridique de la décision le plaçant en soins sans consentement, l'existence d'une mesure de contention associée. Il est précisé au destinataire de ce document qu'il a la possibilité de saisir le JLD pour solliciter la levée de la mesure, l'adresse électronique à laquelle cette requête doit être adressée est indiquée. Il est également mentionné que « l'envoi de la saisine demandée par le patient sera assurée par le CHS de Savoie ». En pratique, ce protocole est resté lettre morte, les médecins refusant de respecter leur obligation de déclaration des isolements et contention dont la durée dépasse respectivement 48 heures et 24 heures, refus acté par une motion de la commission médicale en date du 25 mars 2021. Seule l'unité Pierre Lambert remplit les obligations de déclaration.

### RECOMMANDATION 20

Les mesures d'isolement et de contention dont les durées dépassent les délais respectifs de 48 heures et 24 heures doivent être notifiées au juge des libertés et de la détention et aux personnes mentionnées à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique afin que le contrôle juridictionnel puisse s'effectuer conformément à ces dispositions.

*Dans sa réponse, le directeur mentionne qu'à la suite de la mise en application de la loi du 22 janvier 2022, une information a été faite à la commission médicale d'établissement (CME) du 27 janvier. Les réorganisations et adaptations des pratiques font l'objet d'un groupe de travail en lien avec le JLD.*

*Dans l'attente de la mise en application effective de ces dispositions, les contrôleurs maintiennent la recommandation.*

#### 8.2.2 Les conditions de vie

Les patients isolés sont toujours mis en pyjama institutionnel sans que la nécessité de cette pratique n'ait jamais été interrogée. En cas de risque suicidaire, le pyjama peut être enlevé ainsi que les draps, seule une couverture est laissée. Un sédatif est la plupart du temps (90 % selon les soignants) associé au placement en CI.

Selon les unités, des journaux peuvent être fournis, ou de la musique diffusée par un haut-parleur intégré dans la maçonnerie.

### RECOMMANDATION 21

La décision de mise en pyjama institutionnel des patients isolés doit être individualisée, justifiée au regard de la clinique du patient et revue lorsque l'isolement est prolongé. La mise à nu des patients suicidaires placés en chambre d'isolement doit être proscrite ; des vêtements sécurisés comme y ont recours d'autres établissements doivent être acquis et fournis.

*Le directeur de l'établissement rapporte que dans le cadre des réflexions relatives au risque suicidaire et à l'isolement, l'acquisition, le changement de pratiques et le recours à des vêtements sécurisés vont être étudiés.*

Selon les unités, le patient isolé peut être conduit à l'extérieur pour fumer. En revanche, les patients détenus – qui sont systématiquement enfermés dans une chambre d'isolement quel que soit leur état clinique – ne peuvent pas fumer. Tel a été le cas d'un patient détenu qui a séjourné trois semaines dans l'unité Récamier. Des substituts nicotiniques (patchs) leur sont proposés.

Selon les consignes médicales, les repas sont pris en chambre (isolement strict) ou dans le réfectoire avec les autres patients. Dans le premier cas, seule une cuiller-fourchette en matière plastique est fournie comme couvert et les plats sont servis coupés. En principe, un soignant reste auprès du patient pendant le repas mais, en pratique, faute de personnel disponible, certains patients isolés restent seuls pendant ces moments.

L'accès au téléphone est possible (unité Pussin) à raison d'une communication par jour.

L'isolement « séquentiel » est utilisé, notamment pour évaluer le patient lorsque la sortie de la CI est envisagée.

La surveillance des personnes isolées est assurée par un passage physique d'un soignant au moins toutes les heures. Le médecin visite le patient une seule fois par jour ; selon les informations recueillies, dans la mesure du possible cette visite est conduite le matin pour permettre, en cas de levée de la mesure, une sortie de la CI dès le début de la journée. Enfin, il a été indiqué que si un patient demande à voir un psychologue pendant son isolement et que le médecin l'autorise, le psychologue se rend en CI.

### RECOMMANDATION 22

Les visites du médecin auprès des personnes isolées doivent avoir lieu toutes les 12 heures et non à un rythme de 24 heures.

*Le CHS déclare prendre en compte la recommandation.*

La surveillance somatique par un généraliste des patients placées en en chambre d'isolement n'est pas prévue ; les généralistes indiquent que leur charge de travail ne leur permet pas de l'assumer. Le suivi est assuré par le psychiatre ou les internes, il n'est fait appel au médecin généraliste qu'en cas de nécessité. Dans le protocole des isolements, il est simplement fait mention de la prise des constantes.

### RECOMMANDATION 23

La mise en chambre d'isolement avec ou sans pose de contention nécessite une surveillance médicale avec un examen somatique complet. Cet examen relève de la compétence du médecin généraliste et le résultat doit figurer dans le dossier du patient.

*Le CHS déclare prendre en compte la recommandation.*

### 8.3 POUR DIMINUER LE RECOURS PARTICULIEREMENT IMPORTANT A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION, LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT PEUT ETRE PRECISEMENT ECLAIREE PAR L'OUTIL D'OBSERVATION DES PRATIQUES DONT IL EST DOTE

#### 8.3.1 Le registre d'isolement-contention

Le registre prévu à l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique est tenu sous forme électronique, élaboré, dans sa forme actuelle, en 2018. Il comporte diverses rubriques : numéro d'identification du patient, unité d'hébergement, dates et heures du début et de la fin de la mesure, durée en heures, statut légal au début de la mesure et 24 heures après, lieu de l'isolement (en CI ou hors CI), les dates et heures du début et de la fin d'une éventuelle contention et leur durée, le nom du médecin décideur.

Le logiciel de confection du registre est bien maîtrisé par le département d'information médicale (DIM) et peut enregistrer des isolements successifs pour en apprécier la durée réelle selon les critères de la loi, même lors d'un changement de CI. Hormis les rares erreurs de saisies, imparables mais parfois corrigées notamment en ce qui concerne les durées lorsqu'elles sont décelables, ce registre est fiable.

Le registre est consultable sur l'intranet de l'établissement et accessible aux médecins de garde, aux administrateurs de garde, à l'encadrement soignant et au service sécurité.

Il est également possible d'en consulter les données par une requête permettant, par exemple, de détailler à un moment donné le nombre de patients relevant de telles mesures d'exception, et de les localiser.

#### BONNE PRATIQUE 4

Le registre d'isolement et de contention est disponible sur l'intranet et consultable, globalement et par requête, par l'encadrement soignant. Cette faculté permet à tout moment au cadre d'une unité de fournir aux équipes des éléments d'évaluation de leurs pratiques.

#### 8.3.2 La politique de réduction du recours à l'isolement

L'analyse des données d'isolement et de contention par DIM dépasse la seule exploitation du registre et prend en compte des données du dossier patient qui ne sont pas reportées dans ce registre, comme le sexe, la pathologie ou l'âge. Les produits de ces analyses donnent des éléments d'une rare richesse pour alimenter une réflexion sur les pratiques.

Ce travail fait apparaître qu'en 2020, 25,5 % des patients hospitalisés ont connu une période d'isolement et 8,8 % une période de contention. Parmi les premiers, 68,3 % sont des hommes dont l'âge moyen est de 40 ans et l'on constate une proportion identique d'hommes dans les patients attachés.

Il est constaté que les patients « au long cours », hospitalisés plus de 292 jours par an, représentent 5,4 % des patients mais 58 % des journées d'isolement. Aussi importe-t-il de disposer de données distinguant ces patients des autres pour engager une réflexion pertinente sur les pratiques d'isolement, ce que fournit le DIM.



Évolution de l'isolement et de la contention durant les trois dernières années :

ISOLEMENT	CHS			<i>hors hospitalisations</i>		
	2018	2019	2020	>292 jours		
File active en Isolement	286	301	<b>303</b>	244	252	<b>264</b>
Total File Active Temps plein	1258	1226	<b>1186</b>	1197	1165	<b>1122</b>
% de patients en Iso	22,7 %	24,6 %	<b>25,5 %</b>	20,4 %	21,6 %	<b>23,5 %</b>
Nombre de mesures Iso	-	609	<b>720</b>	-	-	<b>543</b>
Nombre de mesures par patient	-	2,02	<b>2,38</b>	-	-	<b>2,06</b>
Durée moyenne par mesure (en heures)	-	324	<b>304</b>	-	-	<b>161</b>
Durée médiane en heures	-	-	<b>97</b>	-	-	<b>91</b>

CONTENTION	CHS			(1)*
	2018	2019	2020	2020
File active en contention	101	137	<b>105</b>	<b>85</b>
Total file active temps plein	1258	1226	<b>1186</b>	<b>1122</b>
% de patients en contention	8 %	11,2 %	<b>8,9 %</b>	<b>7,6 %</b>
Nombre de mesures Iso	160	238	<b>193</b>	<b>117</b>
Nombre de mesures par patient	1,58	1,74	<b>1,84</b>	<b>1,38</b>
Durée moyenne par mesure (en heures)	-	-	<b>201</b>	<b>55</b>
Durée médiane en heures	-	-	<b>19</b>	<b>18</b>

(1)\* : hors hospitalisations d'une durée supérieure à 292 jours.

Ces données montrent que près du quart (23,5 %) des patients en séjour « court » subissent une mesure d'isolement et que la durée d'isolement de la moitié d'entre eux est supérieure à 91 heures, soit près de quatre jours.

Tous patients confondus, la durée moyenne d'une mesure d'isolement est de 97 heures. À l'échelle nationale, en 2019, 11,6 % des patients en hospitalisation complète ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement ; la durée moyenne d'une mesure d'isolement a été de 30,5 heures et la durée médiane de 24 heures. À cette aune, le recours à l'isolement apparaît comme deux fois plus important en nombre et trois fois plus long en durée.

La situation en ce qui concerne la contention est du même ordre d'importance : 8,9 % des patients hospitalisés au CHS subissent une mesure de contention qui dure en moyenne 201 heures (5 jours) – étant précisé que les barrières au lit n'y sont pas considérées comme de la contention – alors qu'à l'échelle nationale, en 2019, ces nombres sont respectivement de 3,4 % de patients attachés pour une durée moyenne de 18,6 heures.

Par ailleurs, les isolements hors d'une CI, qui sont cités comme anecdotiques par les soignants, sont en réalité fréquents : En 2020, les 720 mesures d'isolement ont été réalisées en espace dédié pour 359 d'entre elles (49,8 %) et en chambre « normale » pour les 361 autres. De plus, ces mesures hors d'une chambre d'isolement sont particulièrement longues : 411 heures en moyenne pour 196 heures en moyenne en CI.

Un rapport est élaboré chaque année sur l'isolement et la contention, présenté, comme la loi le prévoit, à la CME et il est incorporé au rapport annuel d'activité. Ce rapport est d'une exceptionnelle richesse, fournissant de nombreux éléments d'analyse des circonstances des mesures pratiquées ou de leur répartition en fonction de critères comme la durée d'hospitalisation, l'unité d'accueil, le jour de la semaine de la décision, le motif de la décision ou encore la pathologie du patient.

Outre les démarches mentionnées plus haut déjà engagées pour réduire le recours à l'isolement et à la contention, notamment la formation des soignants, l'établissement dispose ainsi d'un outil d'une rare précision pour alimenter la réflexion et accentuer la sensibilisation les intervenants laquelle devrait déjà passer, à tout le moins, par l'abandon de la terminologie « *isolement thérapeutique* » qui, pourtant, émaille à tort l'ensemble des documents institutionnels sur la question.

#### RECOMMANDATION 24

Les pratiques d'isolement et de contention justifient la politique de réduction qui est mise en œuvre par l'établissement mais l'importance du recours à ces mesures, les conditions matérielles dans lesquelles elles sont mises en œuvre, surveillées et suivies, appellent une stimulation rapide de cette politique, les données qui la motivent pouvant s'appuyer sur un outil statistique d'une rare qualité.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du CHS souligne qu'à la suite de la publication de la loi du 2 janvier 2022 venant préciser les dispositions concernant les mesures d'isolement et de contention, les réorganisations et adaptations des pratiques en cours, contribueront à tendre vers le moindre recours à l'isolement.*

*Dans cette attente, les contrôleurs maintiennent la recommandation.*

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 L'UNITE DE PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DISPOSE DE NOMBREUX ATOUTS MAIS RECOURT A LA CONTRAINTE DE MANIERE TRES IMPORTANTE

#### 9.1.1 L'organisation de l'unité d'hospitalisation pour adolescents

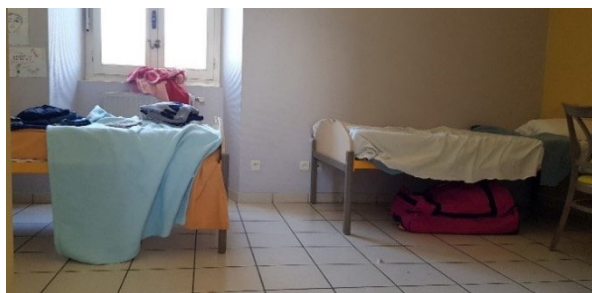
Le département de psychopathologie de l'adolescent (DPA) dispose de huit lits d'hospitalisation complète pour des enfants de 12 à 18 ans et d'une chambre d'isolement. Lors de la visite, ils étaient tous occupés, par neuf adolescentes dont une en exécution d'une ordonnance de placement provisoire (OPP).

##### *a) Les locaux*

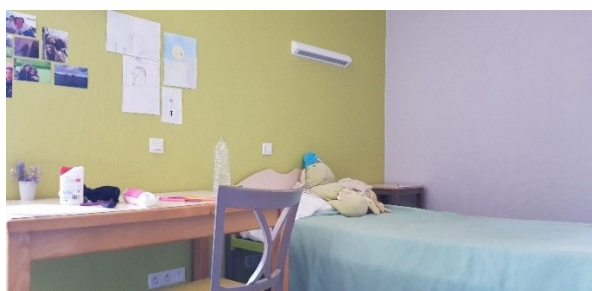
Depuis le 9 mars 2021, l'unité d'hospitalisation pour adolescents fait l'objet d'une réhabilitation complète et a été provisoirement installée dans l'unité de Boigne, sur le site historique de la Livettaz.

Les locaux provisoires comprennent quatre chambres individuelles et deux chambres doubles, situées à l'étage du bâtiment. Chaque chambre dispose d'un espace sanitaire séparé et est meublée de manière complète mais rudimentaire – la disposition des placards, en particulier, ne permet pas aux adolescents de ranger convenablement leurs vêtements. Les fenêtres sont fermées par des cadenas et ne peuvent être ouvertes par les adolescents. Quatre douches communes se trouvent à l'étage et l'unité dispose également d'une salle-de-bains dotée d'une baignoire.

La présence de deux seuls agents des services hospitaliers (ASH) ne permet pas un nettoyage quotidien, surtout lorsque l'un d'entre eux est en congés. Les locaux sont cependant maintenus en bon état et, bien que l'ensemble soit quelque peu austère, les chambres sont lumineuses et peuvent être décorées de dessins et de photos. Les adolescents ont par ailleurs la possibilité de conserver de nombreux objets personnels.



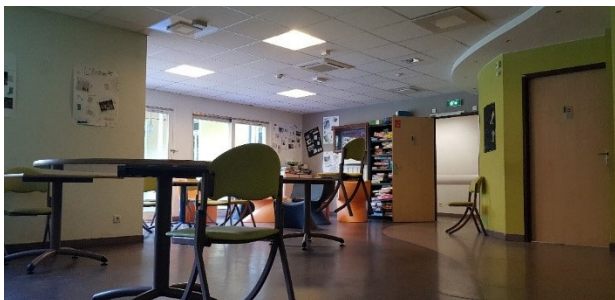
*Chambres doubles*



*Chambres individuelles*

Le réfectoire et la salle d'activités sont regroupés dans un seul et même espace, au rez-de-chaussée du pavillon. Ils donnent accès à une vaste et belle cour extérieure – partagée et séparée

symboliquement avec l'hôpital de jour du DPA – dans laquelle se tiennent les activités lorsque la météo le permet.



*Espace collectif servant à la fois de réfectoire et de salle d'activités*



*Cour extérieure*

Selon le calendrier des travaux, le service d'hospitalisation pour adolescents devrait réintégrer ses anciens locaux à la fin de l'année 2022. Il a été indiqué que l'hébergement provisoire dans l'unité de Boigne, dans un premier temps redouté par les équipes, s'est avéré extrêmement bénéfique pour l'ensemble du service. Les soignants rencontrés ont fait part d'une forme de bien-être à travailler dans un lieu certes ancien et obsolète, mais offrant un bâti de qualité et un cadre apaisant. Il est indiqué que les tensions et les actes d'agressivité, récurrents dans les anciens locaux, ont diminué de façon remarquable depuis le déménagement. Ces constats ont conduit à revoir le projet initial de conception et de réhabilitation des futurs locaux en prévoyant, notamment, moins d'espaces cloisonnés au sein de la future unité.

Les travaux de réhabilitation prévoient une augmentation de la superficie de l'unité de 200 m<sup>2</sup> comprenant une salle polyvalente de plus de 90 m<sup>2</sup> ainsi que trois salles d'activités distinctes – dont une réservée au sport et une multimédias. Il est prévu la création de sept chambres individuelles et d'une chambre double d'une superficie allant de 15 à 20 m<sup>2</sup>, toutes pourvues d'une salle d'eau avec douche de 4 à 5 m<sup>2</sup>, ainsi que la création d'une chambre d'apaisement – permettant une mise à l'écart sans enfermement et dans des conditions de confort – et le maintien d'une chambre d'isolement.

Les professionnels du département de psychopathologie de l'adolescent ont été conviés à participer à la conception de la nouvelle unité d'hospitalisation complète, apportant une analyse réfléchie sur l'architecture et l'agencement des futurs locaux.

#### **RECOMMANDATION 25**

La nécessité de disposer d'une chambre d'isolement doit être réfléchie en équipe, dans le cadre du projet médical. Le CGLPL considère, d'une manière générale, que les chambres d'isolement doivent être exclues des unités recevant des enfants de moins de 13 ans.

*Le directeur indique que l'unité a besoin d'une chambre adaptée pour des troubles de comportement avec crise clastique majeure. Depuis la visite des contrôleurs, les locaux ont été aménagés avec la suppression de la double entrée et l'installation d'un lavabo avec vrai coin salle de bains. L'appellation a été changée en « chambre de soins intensifs ». Son utilisation a été discutée autour, en particulier, de la durée et de la possibilité de travailler avec la porte non fermée à clé.*

*Les contrôleurs maintiennent la recommandation s'agissant d'une unité recevant des enfants de 12 à 18 ans.*

### b) L'activité

L'unité accueille des jeunes âgés de 12 à 18 ans, les enfants de moins de 12 ans étant pris en charge dans les services de pédiatrie du CH de Chambéry ou d'Albertville et, le cas échéant, dans les départements limitrophes (Rhône, Isère et Haute-Savoie).

En 2020, cinquante-huit adolescents ont été admis en hospitalisation complète, représentant vingt-sept garçons et trente et une filles, dont 83 % étaient âgés de 15 ans et plus. Si les jeunes sont très majoritairement originaires de la Savoie, l'unité a cependant accueilli, en 2020, deux adolescents domiciliés dans la région Rhône-Alpes.

Les cas d'admission sur le fondement d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) sont rares : trois au cours des quatre dernières années. Quant aux admissions sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE), elles sont encore plus exceptionnelles, la dernière datant de 2018.

Le service connaît régulièrement des situations de suroccupation. Pour l'année 2020, le service des adolescents a eu besoin de faire héberger neuf patients dans un autre service, pour quatre-vingt-onze journées d'hospitalisation. Par ailleurs, au sein de l'unité, la chambre d'isolement est fréquemment utilisée comme chambre ordinaire et des matelas au sol ont dû parfois être installés.

En 2020, le taux d'occupation de l'unité est de 94 %. Il était de 86 % en 2018 et de 93 % en 2019. La durée moyenne d'hospitalisation hors séjours longs s'élève à 38,7 jours en 2018, 41,3 jours en 2019 et 41,5 jours en 2020.

Au moment du contrôle, dix jeunes filles étaient hospitalisées, huit en chambres ordinaires, une en chambre d'isolement et une en unité « adultes ». Il a en outre été indiqué que plusieurs adolescents étaient en attente d'hospitalisation complète, dont deux en « *situation préoccupante* ».

Cette situation de suroccupation chronique fait l'objet d'une préoccupation constante de la part du DPA et explique la survenue régulière d'événements indésirables (EI). Désormais, le service refuse d'installer des matelas au sol mais la chambre d'isolement est encore largement utilisée comme une chambre ordinaire. En 2020, vingt-sept EI déclarés par le DPA ont concerné la suroccupation des lits et trente-sept l'indisponibilité de la chambre d'isolement ou de « lit miroir ».

Pour répondre à cette situation, deux lits supplémentaires ont été demandés à l'agence régionale de santé (ARS), sans réponse favorable au jour de la visite. Un projet de création d'une équipe pluridisciplinaire de soutien adolescents (EPSA) a été déposé par le CHS pour pallier les insuffisances psychiatriques au sein du service des urgences, mais n'a pas été retenu par l'ARS. La fermeture des structures ambulatoires de la pédopsychiatrie plusieurs semaines par an, ainsi qu'une forme de banalisation du recours à l'hospitalisation des adolescents – provenant parfois de foyers d'hébergement suroccupés – ont également été évoquées comme source de difficultés.

Lors de la visite des contrôleurs, une jeune fille est arrivée au CHS à 21h, conduite par les pompiers. L'unité étant déjà en état de suroccupation avec neuf mineurs accueillis, elle a été conduite à l'unité Pinel. Le lendemain, souhaitant « *recupérer l'adolescente au plus vite* », il a dans un premier temps été envisagé de l'admettre durant la permission de sortie d'une autre patiente puis, celle-ci ayant été annulée, de l'accueillir pendant la journée tandis qu'elle retournerait dormir chez les adultes. En définitive, faute d'effectif suffisant et de lit disponible pour qu'elle puisse se reposer en journée, l'adolescente est restée deux jours chez les adultes à « *pleurer toute la journée* », en pyjama et enfermée dans sa chambre. L'adolescente a bénéficié de la visite d'un médecin psychiatre du DPA, accompagné d'une infirmière de l'unité adolescents.

Les titulaires de l'autorité parentale sont informés de la prise en charge de leur enfant en unité adultes et invités à signer un formulaire d'« *autorisation d'hospitalisation de mineurs en service adultes* ».

## RECO PRISE EN COMPTE 4

Malgré le souci constant porté aux mineurs hébergés dans les unités adultes et leur suivi par une équipe de la pédopsychiatrie, le CGLPL recommande que les mineurs ne soient pas accueillis dans un service de psychiatrie pour adultes. La situation de suroccupation de l'unité doit faire l'objet d'une concertation impliquant l'ensemble des acteurs de la filière de la psychiatrie infanto-juvénile de la Savoie.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique qu'à la suite de la visite des contrôleurs, l'établissement a bénéficié fin 2021 de l'autorisation d'augmenter la capacité d'hospitalisation à dix lits soit deux lits supplémentaires. Il ajoute : « Cette évolution est une véritable réponse à la problématique de la suroccupation que connaissait l'hôpital ».*

### *c) Le personnel de l'unité*

L'équipe médicale est composée d'un chef de pôle – exerçant depuis près de 20 ans au DPA et également président de la CME – et de trois psychiatres praticiens hospitaliers qui partagent leur temps entre l'unité et les structures ambulatoires. Une présence médicale est assurée tous des jours de la semaine, du lundi au vendredi, et une permanence est organisée le samedi matin.

Outre la cadre de santé arrivée dans le service en septembre 2020, l'équipe non médicale comprend deux éducateurs, un psychologue, un assistant de service social, deux agents des services hospitaliers (ASH) ainsi que 14,29 ETP d'IDE. Au jour de la visite, 5,15 postes sont déclarés vacants.

Le planning des soignants est prévu pour assurer au minimum la présence de deux IDE en journée, l'effectif cible étant néanmoins de trois, en sus de l'éducateur présent à plein temps. La nuit, deux agents sont présents – dont au moins un IDE – de 20h45 à 6h45. La journée, les soignants travaillent en huit heures, de 6h17 à 14h10 et de 13h20 à 21h20. Un temps de transmission d'une demi-heure est prévu entre les équipes.

Outres les transmissions journalières, une réunion clinique a lieu tous les mercredis et des réunions de synthèse sont parfois organisées sur une situation particulière.

Des tensions ont été relevées au sein de l'équipe soignante. Des allégations d'inobservation du cadre médical, en particulier lors de séjours en chambre d'isolement, de propos déplacés et de comportements inappropriés à l'égard des mineurs, de la part d'un ou plusieurs soignants, ont été portés à la connaissance des contrôleurs. Si ces assertions n'ont pu être vérifiées lors de la visite, il a cependant été observé que les adolescents identifiaient clairement des différences de traitements selon les soignants présents dans l'unité.

A la demande de l'équipe, des séances de supervision animées par un médecin psychiatre ont été mises en place, à la fin de l'année 2020, réunissant l'équipe soignante une fois par mois. Les formations, délivrées par l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH), sont par ailleurs favorisées au sein de l'unité.

## RECO PRISE EN COMPTE 5

Le contexte de transition que connaît l'unité (arrivée d'une nouvelle cadre de santé, hébergement dans de nouveaux locaux) devrait permettre une réflexion sur l'évolution des pratiques professionnelles, particulièrement dans le cadre de l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à l'isolement et à la contention.

*Le directeur indique qu'à la suite de la visite des contrôleurs, les professionnels médicaux et non médicaux ont engagé une réflexion sur le sujet : attention soutenue pour éviter la crise, temps de concertation, rencontre avec l'équipe du SASR pour être en cohérence et dans la même dynamique, réflexions autour des formations pour accompagner l'équipe dans cette évolution des prises en charge.*

### 9.1.2 Les modalités de la prise en charge

#### a) La vie quotidienne

Les adolescents arrivent généralement en ambulance et avec leurs parents, après un passage aux urgences ou depuis les services de pédiatrie de l'hôpital général de Chambéry ou d'Albertville. Il n'est quasiment jamais recouru aux contentions durant les trajets.

Les adolescents sont reçus dès leur arrivée par un médecin psychiatre.

Le temps de l'admission comprend ensuite une visite des locaux au cours de laquelle des explications sont données sur le fonctionnement de l'unité. Un livret d'accueil spécifique aux adolescents, clair et complet, existe mais il n'est pas remis systématiquement aux patients. Dans le contexte de la pandémie, l'inventaire des effets personnels est réalisé 48 heures après l'arrivée. Il n'est pas signé par le patient. Les objets et les produits qui sont considérés comme dangereux sont retirés et placés dans des casiers individuels nominatifs qui sont situés dans le bureau des soignants. Dans la mesure du possible, les objets de valeur (bijoux, clés, téléphones portables, etc.) sont rendus aux parents ou aux éducateurs accompagnants.

Au moment de la visite, un isolement sanitaire de 24 heures peut être mis en œuvre, à l'arrivée, dans l'attente du résultat du test PCR. Celui-ci est toutefois généralement réalisé en amont, à l'hôpital général.

Pendant une durée pouvant varier de 2 à 5 jours suivant son arrivée, les liens du mineur avec sa famille sont interrompus afin de « marquer la séparation » et permettre un temps d'observation et d'évaluation. Par la suite, les modalités des visites et des communications téléphoniques sont fixées par le médecin psychiatre référent. Nombre de communications téléphoniques se déroulent en présence d'un soignant afin, selon les propos recueillis, « de contrôler que le jeune ne donne pas le téléphone mobile à un autre patient » et/ou de « vérifier que tout se passe bien ».

## RECO PRISE EN COMPTE 6

L'accès au téléphone doit être garanti aux mineurs hospitalisés dans des conditions satisfaisantes de discrétion et de confidentialité.

*Le CHS a déjà pris en compte cette recommandation dans le cadre du projet de restructuration immobilière en cours. Dans la nouvelle unité, une pièce sera opérationnelle pour que le jeune puisse téléphoner en toute confidentialité à proximité du bureau des soignants, sous la surveillance à distance et sans désagréments pour les professionnels qui œuvrent dans le bureau.*

Les repas sont pris en commun dans le réfectoire – sauf avis contraire du médecin et/ou de l'équipe soignante – entre 8h et 9h15, 12h et 13h, 19h et 20h. Un goûter est servi à 16h30. Un temps de repos d'une heure en chambre est imposé à chaque adolescent en fin de journée et les douches sont prises quotidiennement, le soir.

Les patients ont accès librement à leur chambre en journée, les portes étant ouvertes en permanence. La nuit, il est demandé aux jeunes de laisser les portes des chambres ouvertes, la surveillance étant assurée par un passage régulier de l'IDE. Les chambres disposent de placards qui peuvent être fermés ou librement accessibles, selon l'état clinique du patient. Il n'a pas été signalé de problème de vol au sein de l'unité.

Un moniteur-éducateur est en charge des animations de la journée. Les IDE sont également présents auprès des patients, proposant des activités individuelles ou en petit groupe. L'inscription aux activités est décidée lors des réunions pluridisciplinaires et ne font pas l'objet de prescription médicale. Un partenariat a été passé avec l'association culture du cœur mais toutes les sorties culturelles ont été interrompues en raison de la pandémie, comme celles qui avaient lieu hebdomadairement à la piscine.

Aucun enseignant détaché par l'Education nationale n'intervient à l'hôpital. Un bénévole de l'association « L'Ecole à l'hôpital en Savoie » intervient tous les mardis matin au sein du DPA dans le cadre de l'école à l'hôpital en Savoie.

La consommation de tabac et la cigarette électronique sont normalement interdites, cette interdiction étant formalisée dans les règles de fonctionnement de l'unité. Il a cependant été indiqué qu'elles pouvaient être tolérées, dans la cour de l'unité, sur autorisations parentale et médicale et dans la limite de quatre cigarettes par jour.

Les règles de fonctionnement de l'unité précisent également que « *la proximité entre patients doit être adaptée* ». Dans les faits, les adolescents n'ont pas droit à la sexualité au sein du DPA et les rapprochements et les embrassades sont également proscrits. Lors de la visite, un contrôleur a été témoin d'un rappel à la règle, à la suite d'un geste d'affection entre deux adolescentes.

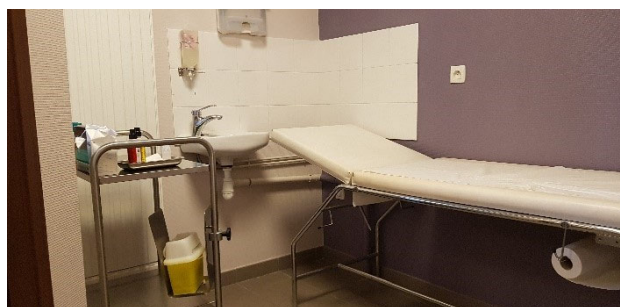
### *b) Les soins*

Une présence médicale est assurée tous les jours de la semaine ainsi que le samedi matin. Chaque adolescent est suivi par un psychiatre référent et bénéficie de deux consultations psychiatriques hebdomadaires. Tous les entretiens médicaux ont lieu en présence d'un IDE.

Les psychiatres sont présents et impliqués auprès de leurs patients et dans la vie de l'unité. Il existe des prescriptions « *si besoin* » d'injectables pour les cas où les patients refuseraient le traitement par voie orale mais il est indiqué que les médecins sont dans les faits toujours disponibles et qu'ils peuvent être sollicités à tout moment. Un médecin somaticien est présent au DPA les mardis et jeudis toute la journée ainsi que le vendredi après-midi. En dehors de ces créneaux et en cas d'urgence médicale, les adolescents sont pris en charge par le médecin présent sur le site du CHS.

Les familles sont étroitement associées au projet de soins, « *les deux parents, si possible* », constamment informés des soins entrepris et de l'évolution de l'état de santé de leur enfant. Ils sont habituellement reçus toutes les semaines par le médecin psychiatre référent. L'alliance des parents est également activement recherchée dans les situations d'OPP, dès lors qu'ils continuent à avoir l'exercice de l'autorité parentale.





*Salle de soins affectée aux examens somatiques*

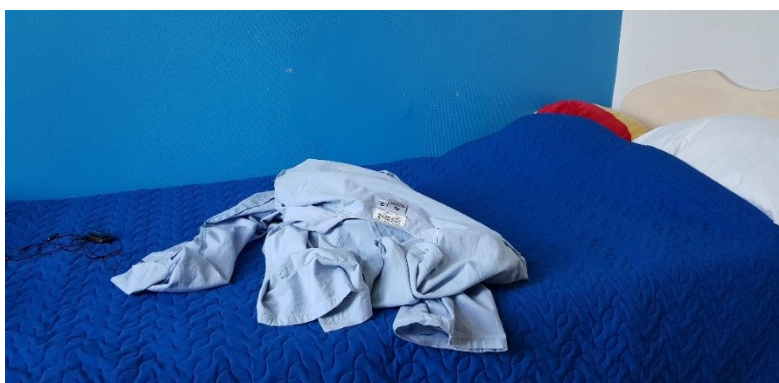
Les adolescents ont accès aux différents spécialistes présents sur le site du CHS et peuvent bénéficier de soins en ergothérapie, en individuel, à l'hôpital de jour. En revanche, aucun orthophoniste n'intervient sur le site malgré des besoins identifiés pour certains patients.

Tous les mercredis, des réunions soignants-soignés sont organisées au sein de l'unité, animées par le psychologue.

### *c) La mise en pyjama*

Tandis que l'imposition d'un pyjama de l'hôpital tend à disparaître dans nombre d'établissements, cette pratique est largement admise au sein de l'unité d'hospitalisation des adolescents.

D'après les informations recueillies, le port du pyjama est systématique lors d'une mise en chambre d'isolement et amplement utilisé, soit à l'arrivée de l'adolescent dans l'unité, soit en réponse à un passage à l'acte, voire une « *indiscipline* ».



*Pyjama bleu de l'hôpital – veste et pantalon*

Lors du contrôle, sur les dix mineures présentes, cinq portaient des pyjamas : trois parce qu'elles avaient fugué quelques jours auparavant, une après une tentative de suicide et la dernière, nouvellement admise et prise en charge dans une unité adultes en raison, lui aurait-on indiqué, « *d'un risque de fugue* ».

## **RECOMMANDATION 26**

La mise en pyjama constitue une mesure dégradante qui porte atteinte à la dignité du patient. Sa prescription, à titre très exceptionnel, doit être fondée sur des considérations cliniques et faire l'objet d'une réévaluation constante. Le port du pyjama ne doit jamais être décidé à titre de sanction, ni être systématiquement imposé durant le placement en chambre d'isolement.

*Le directeur indique que, tout comme l'isolement et la contention, le port et la prescription du pyjama sont mis à la réflexion et discussion de l'équipe médicale et paramédicale.*

*Les contrôleurs maintiennent la recommandation.*

### 9.1.3 Les pratiques d'isolement et de contention

Le DPA dispose d'une chambre d'isolement, aussi appelée « chambre d'apaisement », située au rez-de-chaussée, à côté du bureau infirmier et en face de la salle de soins et du bureau du cadre de santé. Il s'agit d'une pièce sans aucune décoration, dotée d'une horloge analogique, d'un double matelas – qui a remplacé le lit scellé – et d'un cylindre à base de mousse servant de table de nuit. Elle dispose d'une douche carrelée et d'un WC en inox. Dès lors que leur état clinique ne l'interdit pas, une bouteille d'eau est remise aux patients isolés.



*La chambre d'isolement de l'unité*

L'accès à la chambre d'isolement s'effectue *via* un sas dans lequel sont entreposés les effets personnels de l'adolescent. Deux vitres permettent d'avoir une vue sur la chambre, d'une part, et sur la douche d'autre part. La fenêtre, derrière laquelle se trouve l'horloge, donne directement sur le bureau infirmier.

En fonction de leur état clinique, les adolescents peuvent être autorisés à garder des affaires personnelles durant leur séjour en chambre d'isolement. Outre les objets autorisés, le médecin « *prescripteur* » de l'isolement renseigne, informatiquement et de manière individuelle, les droits et les restrictions qui doivent être mis en œuvre lors du séjour en chambre d'isolement : possibilités de sorties dans la cour, participation à des activités, repas en commun, etc. Le médecin définit également le passage horaire des infirmiers et la surveillance des paramètres physiologiques.

Les titulaires de l'autorité parentale sont systématiquement informés de la mise en chambre d'isolement de leur enfant.

Pour pallier des situations de suroccupation des lits, la chambre d'isolement est couramment utilisée comme une chambre ordinaire : « *9 adolescents accueillis, ce qui impose à un des patients de dormir en chambre d'apaisement. La chambre est maintenue ouverte mais ne dispose pas d'un couchage correct. Le matelas est peu confortable et les adolescents se plaignent de manière récurrente de maux de dos et d'inconfort. Les toilettes et la douche sont ouvertes et ne permettent pas une intimité* ».

Il est par ailleurs souvent impossible de conserver la chambre hôtelière des patients isolés et de nombreuses mesures d'isolement et de contention sont, de surcroît, très largement pratiquées dans des espaces non dédiés.

### RECOMMANDATION 27

L'adolescent placé en chambre d'isolement doit conserver son lit dans une chambre ordinaire pendant toute la période de l'isolement. Par ailleurs, l'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits.

*Le directeur indique que depuis l'augmentation de la capacité de lits, le lit dit miroir est conservé. Il n'est utilisé qu'exceptionnellement, pour éviter l'hospitalisation d'un jeune en milieu adulte. L'isolement et la contention en chambre ordinaire ne sont plus pratiqués depuis la visite du CGLPL. Faute de pouvoir s'en assurer, les contrôleurs maintiennent la recommandation.*

Plus généralement, le nombre et la durée des placements à l'isolement et sous contention, de même que le caractère fractionné et répétitif d'une partie de ceux-ci, sont préoccupants et témoignent d'une utilisation à la fois disproportionnée et banalisée de ces mesures au regard de ce qui se pratique dans d'autres établissements disposant d'un service de psychiatrie infanto-juvénile. Selon le rapport d'activité, soixante mesures d'isolement ont été prises en 2020, représentant vingt-quatre adolescents, soit 41 % des patients accueillis. La durée moyenne de la mesure est de 169 heures. Durant la même période, dix mineurs ont été placés sous contention, soit 17 %, pour un total de quarante-six mesures. La durée moyenne d'une mesure de contention est de 79 heures. Il est indiqué que l'unité pour adolescents a connu des moments « éprouvants ». Les équipes, en difficulté face à l'agitation et la violence d'adolescents, ont fréquemment recouru au SASR, à la mise en chambre d'isolement et au placement sous contention avec un appel *a posteriori* des médecins pour validation de la mesure. Désormais, la décision est prise par le médecin psychiatre de l'unité – ou par le médecin de garde la nuit et le week-end – et il est indiqué que les contentions ne sont plus utilisées « *en cas de grande agitation ou de gestes d'automutilation* », qu'une heure ou deux, le temps que le médicament fasse effet. Cependant, la persistance d'un nombre élevé de mesures coercitives prises au 1<sup>er</sup> semestre 2021 témoigne d'un défaut d'approches alternatives pour prévenir les crises ou y répondre par d'autres moyens que le placement en chambre d'isolement. Elle révèle l'insuffisance de réflexions, de concertations et de démarches collectives – institutionnelles, cliniques, médicales et infirmières – permettant à la fois de mener une politique de réduction du recours à l'isolement et d'apporter des réponses clairement soignantes aux situations individuelles complexes.

### RECOMMANDATION 28

L'isolement et la mise sous contention d'un enfant ou d'un adolescent doivent être évités par tout moyen. A cette fin, le département de psychopathologie de l'adolescent doit se doter d'une stratégie explicite ainsi que d'outils de pilotage et de suivi visant à les limiter. En tout état de cause, ces mesures de contrainte physique ne peuvent intervenir que s'il existe un risque sérieux et imminent pour le mineur ou pour autrui et après que des mesures alternatives différenciées, moins restrictives, se soient révélées inefficaces. Leur durée doit être la plus courte possible et ne saurait dépasser la situation de crise.

*A la suite de la visite des contrôleurs, assure le directeur, une politique de moindre recours a été immédiatement mise en œuvre : réécriture du projet de salon d'apaisement, réactualisation de l'utilisation de la chambre de soins intensifs, programmation de formations, accompagnement de l'équipe, rencontre avec équipe du SASR.*

*La recommandation, en cours de mise en œuvre, est maintenue.*

Le département psychopathologie de l'adolescent doit engager une démarche proactive de limitation du recours aux mesures de contrainte physique, dans le cadre d'une stratégie explicite, et se doter d'outils de pilotage et de suivi à cette fin.

La décision médicale d'une mesure de contrainte physique ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif du patient mineur. Elle doit être motivée afin de justifier du caractère « *adapté, nécessaire et proportionné* » de la mesure et préciser ce qui a été vainement mis en œuvre préalablement afin de justifier qu'elle est prise en dernier recours.

Dès la prise de la mesure, les professionnels de santé concourant à la prise en charge de l'adolescent doivent rechercher, dans un cadre pluridisciplinaire, les moyens de la lever dans les plus brefs délais.

Toute contention doit être déclarée comme un événement indésirable et faire l'objet d'une revue systématique.

## 9.2 DURANT TOUT LEUR SEJOUR, LES PATIENTS DETENUS SONT MAINTENUS EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

Le CHS de la Savoie participe au fonctionnement des unités sanitaires de la maison d'arrêt de Chambéry et du centre pénitentiaire d'Aiton, placées sous la coordination du centre hospitalier métropole Savoie (CHMS). Les professionnels, médecins et soignants, y interviennent les jours ouvrables conformément aux conventions signées entre les deux établissements hospitaliers et l'agence régionale de santé (ARS), successivement en novembre 2013 et mai 2016.

Par ailleurs, le CHS reçoit des patients détenus en provenance de ces deux établissements, en SDRE au titre de l'article L3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale.

Ils sont hospitalisés selon le principe du tour « hors secteur ». La répartition entre les secteurs tient compte du jour de naissance de ces patients : du 1<sup>er</sup> au 6 secteur Aix-les-Bains ; du 7 au 12 secteur Chambéry Nord ; du 13 au 18 secteur Chambéry Sud ; du 19 au 24 secteur Maurienne et du 25 au 31 secteur Tarentaise.

Dans l'attente d'une prise en charge en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA)<sup>16</sup>, un nombre important d'entre eux y sont admis : vingt-quatre en 2019 et vingt-huit en 2020. Durant les cinq premiers mois de 2021, quatorze personnes détenues ont été hospitalisées au CHS.

### RECOMMANDATION 29

Les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques doivent prioritairement être prises en charge par des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA).

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre acte de cette recommandation et mentionne que toutes les demandes sont effectuées auprès de l'UHSA et renouvelées durant l'hospitalisation de la personne détenue.*

Les fiches de prise en charge éditées par le CHS en novembre 2018 démontrent l'aspect sécuritaire relatif à ces admissions. Il y est mentionné « Démarches à accomplir depuis le CHS : dans tous les cas, le transport sera réalisé dans une ambulance « *transport allongé* » sur brancard avec contention ». Ainsi, dès le transport organisé par le CHS en présence de deux à trois soignants, une contention

<sup>16</sup> L'UHSA de référence est celle de Bron (Rhône) située au sein du centre hospitalier spécialisé du Vinatier.

est systématiquement mise en place, quels que soient la pathologie et l'état clinique du patient, sans décision médicale préalable.

A l'arrivée, alors que leurs pathologies sont identiques à celles des autres patients des unités, les patients détenus sont systématiquement, et durant tout leur séjour, maintenus en chambre d'isolement. Il est noté sur la fiche de prise en charge : « *Les personnes détenues sont hospitalisées dans une chambre d'isolement, et relèvent d'une application stricte du cadre (pas d'introduction de biens dont l'usage est susceptible d'être détourné)* »).

Lors de la visite des contrôleurs, l'un des deux patients détenus présents a quitté l'établissement pour être conduit par une escorte de l'administration pénitentiaire à l'UHSA de Bron après un mois de séjour en chambre d'isolement.

Le second, que les contrôleurs ont rencontré en chambre d'isolement, s'est longuement plaint de cette situation arguant du fait que lorsqu'il est en liberté, son hospitalisation dans ce même établissement se déroule sans placement en isolement. Son médecin a confirmé ses déclarations, soulignant cependant sa propre impossibilité de déroger aux protocoles locaux.

La majorité des membres du personnel médical et soignant rencontrés justifie cet enfermement par des risques supposés d'agression. Le fait que des patients admis dans le cadre de l'irresponsabilité pénale circulent, ailleurs, dans et hors des unités n'est pas suffisant pour ébranler leurs certitudes et leurs préoccupations sécuritaires envers les personnes détenues.

### RECOMMANDATION 30

Conformément aux dispositions légales, le placement en isolement des patients détenus, qui doit être une pratique de dernier recours, ne peut être motivé que par l'état clinique du patient, sans considération de son statut pénal.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique prendre en compte cette recommandation et précise qu'un groupe de travail est engagé sur cette thématique, issu du comité « moindre recours à l'isolement et la contention ».*

Ce double enfermement, dans le statut de détenus et dans les chambres d'isolement, engendre des atteintes supplémentaires pour ces patients à leurs droits, leur dignité et leurs conditions de vie. Ils ne bénéficient pas des droits attachés à leur statut pénal s'agissant des promenades, des parloirs, des communications téléphoniques ou encore de l'achat et de la consommation de tabac.

Si la fiche de prise en charge intitulée « *règles et droits applicables aux patients détenus* » mentionne que les appels téléphoniques sont possibles à destination des personnes dont les coordonnées sont transmises par l'administration pénitentiaire, et que les demandes de visites sont soumises à l'autorisation des directeurs des établissements pénitentiaires, rien n'est organisé au motif de l'absence d'informations transmises en amont par ces derniers.

### RECOMMANDATION 31

Un protocole doit être rédigé entre le centre hospitalier spécialisé de Savoie, la préfecture et les centres pénitentiaires de Chambéry et d'Aiton pour définir les droits et devoirs des personnes détenues lors de leur admission en service de psychiatrie. Leur séjour ne doit en aucun cas s'accompagner de la violation des droits attachés à leur statut pénal.

*Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur indique qu'un protocole est établi mais qu'il doit faire l'objet d'une concertation avec les différentes entités.*

Ainsi, nombre de ces patients demandent à retourner en détention en raison de la dégradation de leurs conditions de vie.

La durée moyenne d'hospitalisation des patients détenus était en 2020 de 16,3 jours.

Seul point positif, un livret d'accueil spécifique a été édité pour cette catégorie de patients.

## 10. CONCLUSION

L'ancienneté des observations antérieures et le contexte de crise sanitaire a conduit les contrôleurs à réexaminer la totalité des thèmes liés à leur mission, sans les juxtaposer avec les précédentes. Toutefois, ils ont observé certains errements qui se perpétuent mais aussi des modifications qu'il est utile d'indiquer.

L'insuffisance du nombre de médecins perdure : en 2021, le quart de l'effectif théorique de psychiatres n'est pas pourvu. Si la suroccupation observée en 2008 n'est plus de même intensité et le taux d'occupation global inférieur à 88 %, il reste que deux des unités en sont particulièrement affectées, notamment l'unité de pédopsychiatrie qui est régulièrement amenée à devoir faire héberger des adolescents dans une unité d'adultes.

Les personnes détenues sont toujours maintenues en isolement sans justification thérapeutique, uniquement en raison de leur seul statut.

En revanche, il est procédé aux notifications des arrêtés et décisions dans les délais les plus brefs permettant aux patients d'exercer des recours. Le manque d'activités collectives souligné en 2008 n'est plus à déplorer. En 2021, nombreuses, elles reposent sur de véritables projets de réadaptation des patients. Le fonctionnement d'une équipe (le SASR) susceptible d'intervenir dans les unités en cas d'incident perdure et contribue à l'apaisement des tensions.

Le droit de s'enfermer le soir dans sa chambre a été pris en compte au sein des unités rénovées dont les portes de chambres sont équipées de verrous de confort. Il a été indiqué qu'il en sera de même lors des futures rénovations.

L'usage du tabac, diversement autorisé antérieurement, l'est maintenant dans toutes les unités qui possèdent un espace extérieur clôturé pour les fumeurs.

Le contrôle s'est déroulé dans de bonnes conditions, les professionnels et différents intervenants s'y sont prêtés avec transparence et attention.

Trois sujets doivent être rapidement interrogés :

- le fort taux d'admission en soins sans consentement et notamment en procédure d'urgence mérite une attention particulière au sein du GHT et les droits qui en découlent doivent être mieux explicités aux patients ;
- si une relation respectueuse des professionnels avec les patients a pu être observée, les réflexions, tant institutionnelles qu'au sein des équipes pluridisciplinaires, doivent se poursuivre et aboutir sur le sujet de l'isolement et de la contention. Ces mesures n'apparaissent pas encore limitées au seul « *dernier recours* » prévu par la loi et sont fréquentes et d'une durée conséquente. Faute de lui être signalées, elles échappaient au contrôle du JLD prévu par la loi. Elles concernent également des patients mineurs dans des conditions et des proportions préoccupantes. En tout état de cause, les soignants doivent renoncer aux pratiques d'enfermement en chambre ordinaire ;
- le CHS a l'avantage de disposer de médecins généralistes et d'équipements de soins spécialisés récents mais les somaticiens ne pratiquent pas d'examen somatique systématique à l'arrivée et ne se rendent pas auprès des patients placés en isolement et/ou sous contention.

Selon les témoignages téléphoniques recueillis ultérieurement à la visite, la réouverture prévue des unités serait effective. La liberté d'aller et venir des patients était en effet particulièrement contrainte alors que les unités étaient fermées, même si à l'intérieur, la circulation et l'accès aux cours étaient facilités.