



Rapport de visite :

6 au 10 mars 2023 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé
mentale de La Roche-sur-Foron

(Haute-Savoie)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite, annoncée la semaine précédente, de l'établissement public de santé mentale 74 (EPSM 74), sis à La Roche-sur-Foron, du 6 au 10 mars 2023. Cet établissement avait été contrôlé une première fois en août 2014.

L'EPSM 74, qui est l'un des deux établissements du département de Haute-Savoie autorisés en psychiatrie adultes et habilités à accueillir des patients en soins sans consentement, compte au moment du contrôle 151 lits alors qu'avant la crise sanitaire sa capacité était de 208 lits, soit une perte de 27 % de sa capacité d'hospitalisation à temps plein (57 lits). Il comporte trois unités d'admission sectorisées de 25 lits (Brévent, Les Aravis et Les Voirons), trois unités spécialisées (une unité de soins intensifs en psychiatrie, Salève et Bionnassay) et une unité délocalisée, Les Rives du Léman, à la suite de la fermeture des unités d'hospitalisation à temps plein de Thonon-les-Bains. Presque toutes ces unités étaient occupées à 100 %, voire plus.

Sur une file active de 1 021 patients en 2022, 60% des patients étaient hospitalisés sous contrainte dont 86 % sur décision du directeur (dont 37 % dans le cadre d'un péril imminent et 40 % à la demande d'un tiers en urgence) et 14 % sur décision du représentant de l'Etat.

L'établissement est confronté à des vacances de postes qui représentent en 2022 un écart de 17 % entre l'effectif réel et l'effectif cible global. S'agissant plus particulièrement des infirmiers et des aides-soignants, les taux de vacance de poste au moment du contrôle sont disparates, allant de 49 % à 4,5 % selon les unités. La même année, le turn-over du personnel a été de 60% pour le personnel médical et de 24,7 % pour le personnel non médical. Pour y faire face, l'EPSM 74 a eu recours massivement à l'intérim.

Le manque de lits et les pénuries en personnel entraînent les répercussions suivantes pour les patients :

- la moitié d'entre eux connaît deux unités différentes au cours de leur hospitalisation, la sectorisation des unités d'admission n'étant plus respectée, avec pour conséquence la perte de repères dans les soins ;
- des patients sont directement admis en chambre d'isolement en l'absence de chambre d'hospitalisation disponible et des sorties sont anticipées pour libérer un lit ;
- des délais sont longs pour accéder aux psychiatres en soins ambulatoires.

Les inter-secteurs de pédopsychiatrie ont uniquement une offre de soins en ambulatoire, à l'exception des cliniques privées. De ce fait, en 2022, 13 mineurs ont été hospitalisés en secteur adultes.

Des patients peuvent être amenés dans l'établissement par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) sans être passés par un service d'urgence. De façon générale, il n'existe aucun schéma d'organisation des urgences psychiatriques pour les mineurs et les adultes établi par l'agence régionale de santé.

Malgré ces difficultés, les contrôleurs ont constaté que les soins psychiatriques et somatiques sont dispensés de manière adaptée, sauf en matière d'addictologie.

Par ailleurs, sur le plan des ressources humaines, plusieurs initiatives ont des répercussions positives sur les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement, à savoir le recrutement d'un médiateur de santé pair au mois de janvier 2023 et son implication aux côtés des équipes, la mise en place d'une supervision, l'instauration d'un tutorat, le recrutement d'un animateur sportif et d'un responsable culturel ainsi que la présence de deux éducateurs. A la

différence des constats du CGLPL lors du contrôle effectué en 2014, de nombreuses activités thérapeutiques sont désormais proposées aux patients et un véritable projet culturel est désormais développé à l'échelle de l'établissement.

Les locaux, construits en 2012, sont parfaitement adaptés à la prise en charge des patients. Leurs larges ouvertures vitrées sur le parc et les montagnes ainsi que les couleurs chaudes qui habillent les couloirs confèrent un sentiment de sérénité. Les bâtiments sont globalement bien entretenus, sans dégradation majeure et ce, grâce à un service technique réactif.

Les chambres individuelles comportent une salle d'eau avec WC, elles sont bien équipées mais elles ne disposent pas toutes de verrou de confort.

Le linge des patients, dont le lavage est confié à un prestataire extérieur, est régulièrement égaré et traité sous un délai de trois semaines. Un autre prestataire retourne à l'établissement moins de couvertures et de pyjamas que ceux qui lui ont été confiés ce qui amenuise les stocks. Des patients se plaignent de ne pas obtenir de couverture supplémentaire. Les repas, préparés par des professionnels en relation avec une diététicienne investie, sont appréciés en quantité comme en qualité par les patients et font partie intégrante des soins.

La liberté d'aller et venir est fonction des unités. Brévent, Les Rives du Léman et l'USIP sont fermées. Salève est ouverte. Les Aravis et Les Voirons, qui disposent d'une partie fermée et d'une autre ouverte, ouvrent leurs portes d'accès à des horaires déterminés. Nombreux sont les patients qui circulent librement dans l'établissement, en sortent et y rentrent. Les autorisations de sortie sont accordées largement.

Les informations sur les règles de vie données dans les unités se limitent à des horaires très précis, au quart d'heure près. Toutefois, les patients ne disposent d'aucune information relative au lavage de leur linge, à l'usage du téléphone ou la gestion du tabac. Les restrictions dans la vie quotidienne (accès au tabac, téléphone, briquet) sont globalement effectuées de façon individualisée sauf à l'USIP où elles sont systématiques et indifférenciées.

La cafeteria permet aux familles de partager une boisson ou une collation avec leur proche hospitalisé et constitue un espace de convivialité et de socialisation, comme le parc. Depuis la crise sanitaire, il n'existe plus dans toutes les unités de salon de famille spécialement aménagé pour ces visites. Les personnes de confiance sont rarement désignées et dans la plupart des cas, cette désignation n'est pas effective, ladite personne ne l'ayant pas signée et donc acceptée.

La commission départementale des soins psychiatriques, réunie pour la dernière fois en janvier 2023 après trois ans d'inactivité, est inopérante de fait, ne comptant plus que deux membres.

L'établissement compte sept chambres d'isolement, seules celles de l'USIP permettent un accès à l'air libre et surtout 40 % des mesures se déroulent en espace non dédié. Si les mesures sont toutes tracées, aucune analyse systématique du registre n'est rapportée dans les unités ou ne semble être prévue alors que la proportion de la file active de patients concernée par le recours à l'isolement est de 30,9 % chez les adultes et, toujours chez les adultes, celle concernée par le recours à la contention est de 12,3 %. Au surplus, un certain nombre d'entre eux étaient en soins libres. L'USIP et Les Aravis disposent d'un espace d'apaisement mais aucun outil ne permet de mesurer leur impact sur les mesures d'isolement et de contention.

Au regard des durées d'isolement comptabilisées en 2022, le juge des libertés et de la détention aurait dû être saisi 239 fois alors que son contrôle était encore inexistant lors de la visite. L'établissement est dans une situation d'illégalité manifeste dans la mesure où, depuis la loi du 22 janvier 2022, cette voie de recours est un droit pour les patients et leurs proches.

Malgré la forte implication du personnel dans la préparation à la sortie, le manque de structures d'aval adaptées contraint de nombreux patients à attendre à l'hôpital plusieurs mois, voire plusieurs années, avant qu'une place ne se libère. Ainsi, sur les 151 lits que comptait l'EPSM 74 au moment du contrôle, 50 étaient occupés depuis plus de 292 jours par des patients très majoritairement hospitalisés par défaut de structure d'aval contre 66 au mois de juillet 2022.

L'établissement a accueilli 21 détenus en 2022. Ceux-ci sont souvent extraits sans avoir été mis en mesure de prendre suffisamment d'effets personnels ni de cigarettes et d'argent pour subvenir à leurs besoins. La fiche de liaison pénitentiaire – à laquelle la fiche pénale ne devrait pas être jointe – est lacunaire, ne comportant pas d'information sur les droits de visite et les communications à l'extérieur.

La visite s'est déroulée dans d'excellentes conditions, marquée par des échanges de qualité et très fluides. Les observations livrées en réunion de fin de visite ont été bien accueillies par l'ensemble des interlocuteurs.

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 36

L'affichage hebdomadaire des menus dans les unités par la diététicienne permet non seulement de connaître l'état de satisfaction des patients quant à l'alimentation proposée mais aussi d'inciter à leur prise en charge dans le cadre de consultations.

BONNE PRATIQUE 2 61

Lors des audiences du juge des libertés et de la détention, l'accueil des proches par un agent du bureau des entrées qui leur explique la procédure et les accompagne jusqu'à la salle d'audience permet d'informer et de rassurer les familles.

BONNE PRATIQUE 3 62

La traduction, à l'initiative du juge des libertés et de la détention, de l'ordonnance rendue concernant un patient non francophone garantit le respect de ses droits, notamment celui de comprendre les décisions prises à son endroit.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 18

Pour garantir la continuité et la qualité des soins, la durée d'emploi d'un médecin psychiatre intérimaire, si elle est inévitable, ne doit pas être inférieure à trois mois.

RECOMMANDATION 2 23

Les patients en crise et agités doivent bénéficier, avant d'être hospitalisés dans un service de psychiatrie, d'un examen clinique par un urgentiste au sein du plateau technique spécialisé.

RECOMMANDATION 3 24

L'agence régionale de santé doit élaborer avec l'ensemble des partenaires impliqués un dispositif territorial de prise en charge des urgences psychiatriques.

RECOMMANDATION 4 25

Un registre doit permettre d'analyser les pratiques d'isolement et de contention de psychiatrie aux urgences.

RECOMMANDATION 5 25

Un protocole devra être mis en place entre le CHAL et l'EPSM 74 afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.

RECOMMANDATION 6 27

L'agence régionale de santé doit garantir un nombre de lits d'hospitalisation complète permettant de répondre aux besoins de santé des patients.

RECOMMANDATION 7 28

Chaque patient en soins sans consentement doit recevoir dès son arrivée un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant ses droits ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

RECOMMANDATION 8 31

Afin de protéger l'intimité des patients, toutes les portes des chambres doivent être équipées d'un verrou de confort.

RECOMMANDATION 9 32

Afin de parfaire le confort des patients, les cuvettes de WC doivent être équipées d'une lunette et d'un abattant.

RECOMMANDATION 10 33

Afin de garantir l'hygiène des patients, l'entretien du linge personnel et hospitalier doit être garanti.

RECOMMANDATION 11 38

Seul le personnel soignant d'un établissement de santé mentale peut intervenir dans la maîtrise physique des patients, sauf en cas de force majeure.

RECOMMANDATION 12 38

L'inspection de la chambre d'un patient, qui ne peut être que visuelle, doit être consentie par celui-ci, informé de ses modalités, et réalisée en sa présence. Cette pratique doit rester exceptionnelle, justifiée et appropriée à une circonstance de fait.

RECOMMANDATION 13 39

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement et les restrictions imposées à ceux hospitalisés sans leur consentement doivent être nécessaires et justifiées par leur état clinique.

RECOMMANDATION 14 40

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement et à l'arrivée à l'USIP doit être individualisé plutôt que systématique.

Les délais pour faire laver son linge personnel ne doivent pas conduire des patients à porter le pyjama institutionnel en journée et les pratiques sur ce point doivent être harmonisées.

RECOMMANDATION 15 41

Les communications téléphoniques doivent s'effectuer dans le respect de la confidentialité et toute restriction au contact avec les proches doit résulter d'une décision individualisée fondée sur l'état du patient.

RECOMMANDATION 16 42

L'accès des patients à leurs proches ne peut être limité que sur des considérations médicales individuelles et temporaires et non de façon générale et systémique au sein d'une l'unité.

RECOMMANDATION 17 43

Les visites doivent être d'une durée et d'une fréquence raisonnables, adaptées à la durée de l'hospitalisation. Seul un motif médical, judiciaire, ou la nécessité de protéger l'intégrité physique ou morale des personnes concernées peuvent motiver une mesure de restriction à l'exercice de ce droit. Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite permettant aux patients de recevoir leurs proches de manière confidentielle et respectueuse de l'intimité.

RECOMMANDATION 18 43

Les patients doivent bénéficier d'un accès à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, ainsi qu'à des journaux et des magazines de presse.

RECOMMANDATION 19	45
Les unités doivent être dotées d'un réseau Wifi spécifique pour les patients.	
RECOMMANDATION 20	45
Le droit à l'anonymat de l'hospitalisation d'un patient consacré par l'article R. 1112-45 du code de la santé publique et le secret médical doivent être pleinement garantis et les soignants être formés sur ce point. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.	
RECOMMANDATION 21	47
L'établissement doit s'assurer que le local dédié à la pratique religieuse ne comporte pas des signes religieux distinctifs propres à un seul culte.	
RECOMMANDATION 22	49
Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel à portée de main du patient, d'une horloge visible y compris en cas de contention et d'un espace extérieur.	
RECOMMANDATION 23	49
Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique adapté, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.	
RECOMMANDATION 24	50
Le registre d'isolement et de contention doit faire l'objet d'une analyse régulière pour permettre de réduire le recours à ces pratiques.	
RECOMMANDATION 25	52
Les pratiques d'isolement et de contention ne peuvent concerner que des patients en soins sans consentement, le mode d'hospitalisation de ceux en soins libres doit faire l'objet d'une transformation dans les délais les plus brefs.	
Le placement en chambre d'isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles.	
Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.	
Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention qui doivent être explicitées dans le protocole de mise en isolement.	
RECOMMANDATION 26	53
Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique et tout patient contenu d'une évaluation médicale et de l'analyse de la pertinence d'une prescription d'un traitement anticoagulant préventif d'un risque thrombo-embolique.	
RECOMMANDATION 27	54
L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision de placement et de renouvellement et à défaut dès que son état clinique le permet. En cas de renouvellement de la mesure, les personnes de son choix, avec son accord, doivent être informées.	
RECOMMANDATION 28	55
Le juge des libertés et de la détention doit opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.	

RECOMMANDATION 29 57

L'agence régionale de santé doit tout mettre en œuvre pour que la commission départementale des soins psychiatriques, obligatoirement composée de deux psychiatres et d'un médecin généraliste, puisse remplir son rôle de garant des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

RECOMMANDATION 30 59

Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et mentionner dans les 24 heures, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, outre les éléments d'identité du patient et du tiers, toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions ainsi que les droits et voies de recours et garanties.

RECOMMANDATION 31 60

Les décisions d'admissions du directeur et les arrêtés du préfet doivent mentionner l'heure d'admission effective du patient afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

RECOMMANDATION 32 61

Les soignants doivent veiller à la tenue vestimentaire, chaussures comprises, des patients qui comparaissent à l'audience du juge des libertés et de la détention.

RECOMMANDATION 33 67

L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé en faveur des patients hospitalisés.

RECOMMANDATION 34 69

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

RECOMMANDATION 35 70

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formée spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence, physique ou morale.

RECOMMANDATION 36 72

Pour la prise en charge d'une personne détenue pendant son hospitalisation, la fiche de liaison doit être un document opérationnel : elle doit comporter des éléments compréhensibles, utiles et complets de façon à mettre en œuvre son droit aux liens familiaux et les droits de la défense. Rien ne justifie que les informations portant sur sa situation pénale soient communiquées au personnel soignant par l'envoi de la fiche pénale.

RECOMMANDATION 37 72

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

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	12
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	13
3.1 L'établissement affiche des ambitions alors qu'il a perdu 27 % de sa capacité d'hospitalisation	13
3.2 La situation budgétaire de l'établissement est fragilisée par un poids de l'intérim beaucoup trop lourd	16
3.3 Les difficultés de recrutement impactent la prise en charge des patients et les conditions de travail du personnel	17
3.4 Les événements indésirables font tous l'objet d'une analyse et de mesures correctives	20
3.5 Le comité d'éthique est actif et connu mais peu sollicité par les soignants	21
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	22
4.1 L'absence d'organisation de la filière des urgences psychiatriques entre médecins urgentistes et psychiatres à l'échelle du territoire affecte la prise en charge	22
4.3 Les informations sur les règles de vie sont sommaires mais les écrits remis à l'occasion des notifications des décisions administratives et judiciaires permettent au patient de connaître l'étendue de ses droits	27
5. LES CONDITIONS DE VIE	30
5.1 Les unités d'hospitalisation sont récentes, fonctionnelles et propres	30
5.2 Les prestations de lavage du linge sont critiquées	32
5.3 Les biens des patients sont le plus souvent placés en sécurité tout en restant accessibles	34
5.4 Les repas sont appréciés grâce à l'action de professionnels engagés	35
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	37
6.1 La liberté d'aller et venir est restreinte pour les patients en soins libres	37
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne concernent principalement la gestion du tabac et le port du pyjama institutionnel	39
6.3 La restriction des communications avec l'extérieur et la confidentialité des échanges sont insuffisamment individualisées	40
6.4 L'accès au vote est facilité	46
6.5 L'information sur l'accès aux cultes est insuffisante	46
6.6 La vie sexuelle des patients ne donne pas lieu à une réflexion institutionnelle	47

7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	48
7.1 Les chambres d'isolement méritent des améliorations et plus du tiers des mesures d'isolement se déroulent en chambre hôtelière	48
7.2 Les mesures d'isolement et de contention ne se limitent pas à une pratique de dernier recours et le registre n'est pas exploité	50
7.3 Le juge des libertés et de la détention n'exerce aucun contrôle sur les décisions d'isolement et de contention	54
8. !LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	57
8.1 A la différence de la commission des usagers, la commission départementale des soins psychiatriques ne remplit plus sa principale mission.....	57
8.2 Le registre de la loi ne comporte pas toutes les mentions prescrites par la loi..	58
8.3 Le contrôle du JLD sur les mesures de soins sans consentement est effectif.....	60
9. LES SOINS.....	64
9.1 L'accès aux soins psychiatriques est assuré	64
9.2 Les somaticiens sont intégrés dans la prise en charge globale mais l'accès à l'addictologie n'est pas organisé	66
9.3 Les équipes sont fortement investies dans la préparation à la sortie mais les solutions d'aval sont insuffisantes.....	67
9.4 Le consentement du patient aux soins prodigués n'est pas toujours recherché	68
10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	70
10.1 Des mineurs sont hospitalisés dans les unités pour adultes	70
10.2 La qualité de la prise en charge des patients détenus, assimilés aux autres patients en soins sans consentement, est limitée par des questions matérielles qui ne sont pas résolues en amont.....	71

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Isabelle Servé, cheffe de mission ;
- Luc Chouchkaïeff ;
- François Goetz ;
- Bénédicte Piana ;
- Michel Thiriet ;
- Fabienne Viton.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale 74 (EPSM 74) du 6 au 10 mars 2023, contrôlé une première fois en août 2014¹.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 6 mars à 14h. Ils l'ont quitté le 10 mars à 10h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction. Le préfet de la Haute-Savoie, l'agence régionale de santé (ARS) Auvergne Rhône-Alpes, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Bonneville, ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement pour une réunion de présentation en présence d'une quarantaine de professionnels.

Une salle de travail et un équipement informatique permettant l'accès à l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir avec de nombreux patients, des membres du personnel médical et non médical ainsi qu'avec des intervenants extérieurs.

Ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

Une réunion de restitution présentielle et distancielle a eu lieu le 10 mars, devant une assemblée largement composée.

Un rapport provisoire a été adressé le 11 juillet 2023 à la direction de l'établissement, au directeur général de l'Agence régionale de santé, au préfet de Haute-Savoie, au président du tribunal judiciaire de Bonneville et au procureur près ledit tribunal. Seuls le président du TJ et la directrice de l'EPSM 74 ont adressé, respectivement le 14 août 2023 et le 15 septembre 2023 leurs observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

¹ <http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/07/Rapport-de-visite-de-l%C3%A9tablissement-de-sant%C3%A9-mentale-de-La-Roche-sur-Foron-Haute-Savoie.pdf>.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue du contrôle effectué du 4 au 8 août 2014, six points essentiels avaient été relevés :

- l'important turn-over du personnel renouvelé chaque année du tiers de l'effectif total. Les causes avaient été identifiées comme complexes et impossibles à réduire au seul attrait pécuniaire présenté par la proximité avec la Suisse ;
- la suroccupation quasi-permanente des 165 lits que comportait alors l'établissement. Elle se traduisait par une déssectorisation en l'absence de lits disponibles dans l'unité d'admission correspondant au secteur dont le patient dépendait et le recours aux lits des permissionnaires et par des décisions du directeur d'ajouter un ou des lits supplémentaires ;
- l'existence de carences en matière de notification des décisions de placement et des droits inhérents ainsi que la nécessité de repenser le processus d'accueil et d'admission des nouveaux patients pour ne jamais reposer après 17h30 sur un agent de sécurité, faute de cadres de santé présents sur le site ;
- les patients subissaient le plus souvent un quotidien terne, rythmé par la télévision ou la cigarette, et peu animé par une offre d'activités thérapeutiques ou occupationnelles, notamment culturelles et sportives ;
- le suivi somatique était lacunaire avec la présence d'un seul médecin généraliste pour suivre l'ensemble des patients ;
- le recours à l'isolement, en outre systématique pour les personnes détenues, et à la contention était banalisé et immédiat.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ETABLISSEMENT AFFICHE DES AMBITIONS ALORS QU'IL A PERDU 27 % DE SA CAPACITE D'HOSPITALISATION

3.1.1 L'établissement dans le paysage institutionnel

L'EPSM 74, situé à la Roche-sur-Foron est, avec le centre hospitalier Annecy Genevois (CHANGE)², le seul établissement public de santé autorisé en psychiatrie adultes et habilité à accueillir des patients en soins sans consentement (SSC)³ dans le département de la Haute-Savoie qui compte une population de 826 094 habitants⁴.

L'établissement contrôlé fait partie du groupement hospitalier de territoire (GHT) Léman-Mont-Blanc⁵ constitué le 30 juin 2016⁶ et comportant six autres établissements⁷. Le centre hospitalier Alpes Léman (CHAL), situé à douze kilomètres, d'une capacité d'accueil totale de 700 lits en est l'établissement support et dispose de toutes les spécialités médicales.

Au moment du contrôle, les 151 lits de psychiatrie adultes de l'EPSM 74 étaient répartis en sept unités d'hospitalisation à temps plein (UHTP).

3.1.2 Les pôles et services

L'EPSM 74 dessert quatre secteurs de psychiatrie générale et trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile⁸ pour une population de 500 000 habitants.

a) La psychiatrie adultes

La psychiatrie adultes s'organise en deux pôles :

- le pôle du Chablais qui prend en charge les patients du secteur de Thonon-les-Bains et d'Evian-les-Bains (environ 150 000 habitants), a été rattaché le 1^{er} janvier 2020 à l'EPSM de la vallée de l'Arve qui est alors devenu l'EPSM 74. Les deux unités du Chablais - USN2 et USN3⁹ - d'une capacité totale de 43 lits, situées à Thonon-les-Bains ont été respectivement fermées aux mois de septembre 2021 et février 2022 en raison d'un sous-effectif important de médecins et d'infirmiers (IDE). La vétusté des locaux a conduit à leur relocalisation à la Roche-sur-Foron, distante de 44 kilomètres. Le manque de personnel n'a permis de transférer que douze lits dans une unité dénommée Les rives du

² Les services d'hospitalisation complète de psychiatrie adultes du CHANGE, regroupés au sein d'un pôle santé mentale, comptent 75 lits d'hospitalisation complète.

³ Les deux cliniques privées du département - la clinique des vallées à Ville-la-Grand près d'Annemasse et la clinique Régina située à Sevrier près d'Annecy – n'accueillent pas de patients en SSC.

⁴ Ces chiffres INSEE 2019 sont à revoir à la hausse, la Haute-Savoie étant le département le plus dynamique de France métropolitaine, avec une croissance démographique de 1,4 % par an en moyenne depuis dix ans.

⁵ Le département de la Haute-Savoie comporte également le GHT Genevois Annecy qui regroupe le CH Annecy Genevois (établissement support), le CH de Rumilly et le CH du pays de Gex.

⁶ Le 30 juin 2016, la convention constitutive du GHT « Haute-Savoie Nord » qui a pris le nom de GHT Léman Mont-Blanc a été signée par les 7 établissements membres et approuvée par voie d'arrêté, le 1^{er} septembre 2016.

⁷ Le CHAL, les hôpitaux du Léman, les hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (HPMB), l'hôpital départemental Dufresne Sommeiller, l'hôpital Andrevetan et l'hôpital départemental de Reignier.

⁸ Le Chablais, Mont-Blanc et le Genevois Faucigny.

⁹ USN : unité de soin normalisé.

Léman installée à la place de l'unité Bargy, spécialisée en gérontopsychiatrie (25 lits). Celle-ci a été fermée au mois de mai 2021 en raison de la difficulté de recruter des IDE en gérontopsychiatrie en intra hospitalier.

- le pôle de psychiatrie générale (74G04, 74G05 et 74G06) qui comporte trois unités d'admission de vingt-cinq lits chacune couvre les secteurs du Genevois Français (Les Voirons), de la Moyenne Vallée (Brévent) et de la Haute Vallée (Aravis). Le pôle compte également quatre unités spécialisées :
 - l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) (14 lits) qui lors de la visite accueillait majoritairement des patients hospitalisés à la demande d'un tiers (SPDT) ;
 - les Rives du Léman (12 lits au moment du contrôle) ;
 - l'unité Salève (25 lits) qui accueille des patients hospitalisés au long cours, en attente de solution d'aval (MAS, FAM etc.), dont certains sont hospitalisés en SSC ;
 - et l'unité de réhabilitation psychosociale Bionnassay (25 lits) qui a fait l'objet d'une vérification dans la mesure où elle n'accueille effectivement que des patients en soins libres (SL) et est ouverte..

En extrahospitalier, le pôle du Chablais comporte deux centres médico-psychologique (CMP), un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et un hôpital de jour (HDJ). Le pôle de psychiatrie générale dispose de six CMP, trois CATTP et trois HDJ, le centre départemental de réhabilitation psychosociale en fédération médicale inter hospitalière (FMIH) avec le CHANGE, la psychiatrie de liaison et urgences au CHAL et aux hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (HPMB), trois équipes mobiles (psychiatrie précarité (EMPP), d'appui à la sortie (EMAS) et de gérontopsychiatrie (EMGP)).

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice par intérim de l'établissement précise que Salève accueille les patients au long cours et Bionnassay est orientée vers la préparation à la sortie.

L'EPSM 74, qui disposait de 208 lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie adultes avant la crise sanitaire, a ainsi perdu 27 % de sa capacité d'hospitalisation depuis le mois de septembre 2021, soit 57 lits. Or en 2020, le taux d'occupation atteignait déjà 96 % dans certaines unités. Au moment du contrôle, presque toutes les unités étaient occupées à 100 %, voire plus (cf. § 4.2).

Le manque de lits a plusieurs répercussions pour les patients :

- les entrées en SSC sont priorisées par rapport à celles des soins libres (SL), notamment selon les procédures dérogatoires de soins psychiatriques « péril imminent » (SPI) et « en urgence » (SPDTU), qui offrent moins de garanties aux patients (cf. § 4.2) ;
- des patients peuvent être amenés à l'EPSM 74 par le SMUR sans être passés par un service d'urgence (cf. § 4.1.1) ;
- la sectorisation des unités d'admission n'est pas respectée du fait de la tension capacitaire (cf. § 4.2) ;
- des patients sont directement admis en CI en l'absence de chambre hôtelière disponible et des sorties peuvent être prématurées pour libérer un lit. Il arrive que les lits de patients bénéficiant d'une autorisation de sortie soient occupés pendant leur absence (cf. § 4.2).

b) La psychiatrie infanto-juvénile

Aucun accès à la pédopsychiatrie n'est prévu aux urgences (cf. § 4.1.2) et les inter-secteurs de pédopsychiatrie ont uniquement une offre de soins ambulatoire (cf. § 4.1.2) ce qui emporte l'hospitalisation de mineurs dans les unités pour adultes de l'EPSM 74 (cf. § 10.1).

Le contrat pluri annuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé avec l'ARS pour la période 2020-2024 prévoit la mise en place de l'autorisation de l'hospitalisation de jour des adolescents délivrée par l'ARS en 2020.

3.1.3 Les orientations en cours

Le CPOM donne trois orientations stratégiques particulières s'agissant des droits fondamentaux des patients hospitalisés, à savoir poursuivre l'intégration de la psychiatrie des hôpitaux du Léman (HDL) à l'établissement, développer les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète et mener une stratégie volontariste de baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention. Pour ce faire, le CPOM décline cinq engagements assortis d'indicateurs :

- renforcer le rôle des équipes de psychiatrie de liaison dans les services d'accueil des urgences (SAU) pour les secteurs rattachés à l'établissement en psychiatrie générale et infanto-juvénile¹⁰ ;
- réduire la chronicité et l'institutionnalisation des patients dont l'hospitalisation est poursuivie à défaut de solution d'aval¹¹ ;
- consolider la place des usagers et intégrer leur parole dans les pratiques professionnelles¹² ;
- développer les prises en charge alternatives à l'hospitalisation complète¹³ ,
- mener une stratégie volontariste de baisse du recours aux mesures d'isolement et de contention¹⁴.

Le projet d'établissement pour les années 2023-2027 fixe les orientations stratégiques au regard du patient, pour une prise en charge globalisée de celui-ci, et est construit autour de quatre axes : « les enjeux de la pédopsychiatrie », « la clarification des modes de fonctionnement et de coopération internes », « la gestion de la crise » et « l'objectif d'écologie du patient ». Le troisième axe reprend plusieurs engagements du CPOM, à savoir améliorer le parcours

¹⁰ Améliorer la couverture dans les services d'accueil des urgences (SAU) et améliorer la gestion des admissions dans ces services avec l'appui de la télémédecine.

¹¹ Appliquer le projet d'établissement 2017-2021 concernant la saturation des unités d'admission et le projet post-crise, préparation à la sortie, favoriser l'admission des patients chroniques de l'établissement vers le nouvel établissement d'accueil médicalisé (EAM 74) à ouvrir et disposer de plus de logements de transition.

¹² Intégrer quelques pairs-aidants dans les équipes et favoriser la formation de référent pour le dispositif BREF et/ou les actions de premier secours en santé mentale.

¹³ Redéfinir les rôles des CMP et HDJ, réduire le temps d'attente en ambulatoire, élargir les plages horaires en CMP, favoriser la logique de parcours avec la gestion de la crise en hospitalisation à l'amont et l'aval par l'ambulatoire, favoriser la mobilité des équipes au plus près du domicile des patients et développer les possibilités d'étayage en extrahospitalier.

¹⁴ Consolider les effectifs minimaux présents en unité d'admission, réfléchir à des modalités d'accueil mieux préparées et à des espaces d'apaisement alternatifs à l'isolement, favoriser la réflexion en équipe des mesures contenant, développer les formations aux techniques de gestion de la violence (désescalade, approche préventive et intervention contrôlée (APIC), simulation etc...).

d'admission, contenir la crise psychique, développer les alternatives à l'isolement et à la contention et réduire la chronicité et l'institutionnalisation des patients.

3.2 LA SITUATION BUDGETAIRE DE L'ETABLISSEMENT EST FRAGILISEE PAR UN POIDS DE L'INTERIM BEAUCOUP TROP LOURD

L'EPSM 74 dispose d'un budget de 56 millions présenté avec un déficit de 146 000 euros en 2023. Il était à l'équilibre depuis plusieurs années¹⁵ du fait du nombre de postes vacants et d'une remise à niveau de la dotation annuelle de fonctionnement lors du rattachement du Chablais le 1^{er} janvier 2020 (cf. § 3.1.2). L'établissement se désendette, en 2028, le coût de sa reconstruction sera remboursé.

Le coût budgétaire des remplacements en personnel médical (PM) et en personnel non médical (PNM) qui en 2019, s'élevait à une somme de 800 000 euros a atteint en 2022 un montant de 1,8 million d'euros ce qui représente le coût annuel de 14 équivalents temps plein (ETP) de PM et de 14,4 ETP de PMN. Cette évolution, inquiétante sur le plan financier comme sur un plan fonctionnel, pose la question de la continuité et de la qualité des soins (cf. § 3.3.1).

Les investissements d'un montant de 18,5 millions d'euros porteront sur la mutualisation des dispositifs ambulatoires du secteur de Thonon-Evian, en pédopsychiatrie et en psychiatrie adultes. Il importe par ailleurs que les travaux de mises aux normes résultant des dispositions du décret du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie soient évalués et financés car ils constituent un angle mort dans le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Chaque pôle dispose d'une enveloppe budgétaire à ventiler entre les unités. Cette enveloppe, d'un montant d'environ 3 000 euros par unité, permet, via une régie d'avance, de proposer aux patients des activités à l'extérieur de l'établissement (cinéma, sorties restaurant, etc...) et facilite l'achat de consommables. A ces enveloppes, qui ne sont pas toujours entièrement utilisées, s'ajoute un budget d'établissement qui avoisine les 100 000 euros pour l'achat des fournitures soumises aux règles de la commande publique.

Ces moyens permettent la tenue d'activités thérapeutiques et le développement à l'échelle de l'établissement d'un véritable projet culturel au bénéfice des patients malgré un contexte de fragilisation de ses équilibres économiques et financiers.

¹⁵ Le dernier excédent date de 2021 et s'élevait à 460 000 euros.

3.3 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT IMPACTENT LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LES CONDITIONS DE TRAVAIL DU PERSONNEL

3.3.1 Sous-effectif et recours à l'intérim

En 2022, le taux de vacance de postes en intra hospitalier¹⁶, PM et PNM, était de 14 %. Il s'est élevé à 37,3 % pour le PM et à 14,2 % pour le PNM.

	2021		2022		Année 2023 en cours	
	Budgété	Non pourvu	Budgété	Non pourvu	Budgété	Non pourvu
ETP PM	15,34	2,49	17,45	6,51	10,49	1,28
ETP PNM	241,63	10,03	217,05	26,5	212,84	3,99
Total	256,97	7,54	234,5	33,01	223,33	2,71

Au 1^{er} mars 2023, il est comptabilisé 496 ETP de PNM pour un effectif cible de 589 et 37 ETP de PM pour un effectif cible de 51. En intra-hospitalier, 6 ETP de PM sur les 18 ETP cible et 37,8 ETP de PNM sur les 246,66 ETP cible ne sont pas pourvus, soit un écart total de 17 % entre l'effectif réel et l'effectif cible (33 % pour le PM et 16 % pour le PNM).

Au moment du contrôle, les taux de vacance de poste des IDE et des aides-soignants (AS) par unités sont de 49 % aux Rives du Léman, 44 % aux Aravis, 26 % au Brévent, 22 % à l'USIP, 20 % au Bionassay, 6 % aux Voirons et 4,5 % au Salève.

Par ailleurs, le turn-over du personnel est très important : 29 % en 2020, 27 % en 2021. En 2022, il a été de 60 % pour le PM et de 24,7 % pour le PNM.

La Suisse voisine et le renchérissement du coût de la vie induit par cette proximité expliquent pour partie ces données. Les salaires mensuels nets versés par les hôpitaux de Genève sont 2,5 à 3 fois plus élevés que ceux de la fonction publique hospitalière¹⁷ : en début de carrière, un infirmier perçoit 6 600 euros et un aide-soignant, 4 854 euros. Le prix de l'immobilier dans le département de la Haute-Savoie a augmenté de 17 % en dix ans¹⁸. Pour autant, l'EPSM 74 continue de mener une politique d'attractivité et de fidélisation du personnel (sur-cotisation formation, module d'intégration, allocations d'études, promotion professionnelle dont infirmier de pratique avancée (IPA), possibilité de logement temporaire, mise en stage rapide etc...).

En cas d'absence de courte durée et imprévue, il est d'abord fait appel aux médecins et soignants d'une autre unité. Ce personnel, rémunéré en heures supplémentaires, peut alors exercer ses fonctions dans un service dont il ne maîtrise pas l'organisation et auprès de patients qu'il ne connaît pas. Dans les unités d'admission, il est très fréquent que le cadre de santé pallie l'absence d'un IDE au détriment de son travail d'encadrant de proximité. L'utilisation à court terme de la plateforme HUBLO¹⁹ est prévue pour fluidifier les remplacements inter-unités.

¹⁶ Sur les 234,5 équivalents temps plein (ETP) budgétés –PM et PNM, 33,01 ETP n'étaient pas pourvus. Les ETP PM sont comptabilisés sans prendre en compte les étudiants et les internes.

¹⁷ Augmentations de salaire découlant des accords du Ségur de la santé signés le 13 juillet 2020 comprises.

¹⁸ Hors inflation actuelle.

¹⁹ HUBLO est une plate-forme qui recense des soignants disponibles pour la gestion des remplacements inopinés.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice par intérim de l'établissement précise que la plateforme HUBLO est opérationnelle depuis le mois de mars 2023.

Mais dans la plupart des cas, ce sont des médecins, IDE et AS intérimaires qui viennent en renfort. Au moment du contrôle, les unités étaient inégalement dotées en psychiatres inscrits au conseil de l'ordre : 1,6 ETP aux Voirons, 1 ETP aux Aravis, 1,1 ETP à Brévent, 1,5 ETP à l'USIP, 0,1 ETP à Salève ainsi qu'au Bionnassay. Du fait de la vacance de postes, cinq des seize médecins intervenant en intra-hospitalier sont des intérimaires présents presque toujours pour des durées inférieures à trois mois. Ils ne font alors que passer auprès des patients, n'assurant que les urgences et l'établissement des certificats médicaux. Dans les unités d'admission, il n'est pas rare qu'ils restent une semaine ce qui est problématique pour assurer la cohérence de la prise en charge globale du patient et le respect du lien particulier qui devrait exister entre celui-ci et son psychiatre.

RECOMMANDATION 1

Pour garantir la continuité et la qualité des soins, la durée d'emploi d'un médecin psychiatre intérimaire, si elle est inévitable, ne doit pas être inférieure à trois mois.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice par intérim de l'établissement indique : « *l'EPSM 74 a acté en CME, conformément aux préconisations du CGLPL, de ne proposer des contrats attractifs qu'aux médecins qui s'engageraient sur une durée de fonction de trois mois au moins.*

Depuis l'entrée en vigueur de la loi RIST (1^{er} avril 2023) plafonnant les montants de rémunération des médecins intérimaires, l'EPSM 74 ne dispose plus de ligne d'intérim pérenne. Il travaille depuis plusieurs mois à réorganiser son offre de soins en fonction du nombre de médecins titulaires dont il dispose, sans compter sur l'intérim médical pour faire fonctionner des services de façon pérenne. L'intérim médical reste utilisé à la marge pour des remplacements de congés ou pour l'activité de psychiatrie de liaison dans les services d'urgence, activité pour laquelle l'exigence de continuité de prise en charge est moindre que dans les services d'hospitalisation complète.

Cette recommandation est pertinente, et l'EPSM 74 y souscrit pleinement. Elle apparaît néanmoins difficile à mettre en œuvre compte tenu de la pénurie médicale que rencontre l'établissement, contraint à d'importantes réductions capacitaires ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Au moment de la visite, toutes les unités parviennent au regard des plannings à fonctionner *a minima* en effectif de sécurité, rarement au-delà. Pour autant, cette donnée est à relativiser au regard des conséquences du manque de médecins et d'IDE :

- l'établissement a bénéficié de l'aide de la réserve sanitaire à hauteur de trois IDE réservistes. Deux d'entre eux sont intervenus aux Rives du Léman et aux Aravis du 27 juillet au 10 août 2022 et un aux Voirons du 26 juillet au 3 août 2022 ;
- les Aravis ont fermé 7 lits à l'automne 2022 qui n'ont pu être réouverts qu'au début de l'année 2023 ;
- l'unité Les Rives du Léman ne compte que 12 lits ouverts sur les 25 prévus (cf. § 3.1.2) ;

- l'EPSM 74 a déclenché un « plan blanc » le 13 septembre 2021 qui s'applique depuis lors, sauf interruption de trois mois du 8 mars au 1^{er} juin 2022.

La loi dite « loi Rist »²⁰ qui prévoit le plafonnement des salaires des médecins intérimaires entre en vigueur le 3 avril 2023. Le personnel de l'EPSM 74 s'inquiète de la défection de nombreux médecins et de ce fait, de nouvelles fermetures de lits²¹.

3.3.2 Supervision, tutorat et formation

Sur le plan des ressources humaines, plusieurs initiatives ont des répercussions positives sur les droits fondamentaux des patients en SSC. Ainsi, un médiateur de santé pair a été recruté au mois de janvier 2023 (cf. § 9.1.1).

Par ailleurs, chaque unité dispose d'un budget annuel de 1 800 euros lui permettant de financer une supervision de son choix. Ce dispositif est particulièrement investi par les soignants qui en sont très satisfaits. Le PM, qui bénéficie d'une supervision qui lui est propre, partage cette approche. Aucune supervision individuelle n'est toutefois prévue, y compris pour le pair-aidant.

L'établissement a instauré un tutorat pour les IDE sortants d'école ainsi qu'une formation spécifique à la psychiatrie lors de la prise de poste de ceux venant d'autres spécialités. La fonction de tuteur n'est cependant pas valorisée. En 2021, le dispositif comportait 15 IDE tuteurs pour 15 agents effectivement tutorés. Le nombre de tuteurs est tombé à 6 en 2022. L'IPA participe à la formation des tuteurs. Les jeunes diplômés sont en outre invités à approfondir leurs connaissances en s'inscrivant à des formations. Les cadres de santé des unités anticipent leur absence pour qu'ils puissent effectivement suivre le module.

Un animateur sportif et un responsable culturel ont été recrutés ce qui permet désormais de faire fonctionner les activités thérapeutiques et de développer à l'échelle de l'établissement un véritable projet culturel au bénéfice des patients (cf. § 9.1.2). La présence de deux éducateurs dont l'activité est segmentée dans toutes les unités est également bénéfique aux patients.

Des sessions de formations afférentes aux soins sans consentement se sont déroulées en 2022, notamment :

- « Responsabilité IDE dans l'accompagnement des patients hospitalisés sans consentement » : sept sessions en 2022 soit 23 soignants formés ;
- « Soins Psychiatriques sans consentement : maîtriser les règles applicables et sécuriser les pratiques professionnelles » : une session de deux jours soit 10 agents formés.

En 2023, il est prévu cinq sessions de formations relatives à la contention/isolément et aux soins sans consentement pour douze agents chacune pour les personnels de soins ainsi que de courtes séances de formation en interne ouvertes aux soignants et aux administratifs (120 places ouvertes).

²⁰ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification : le plafond de rémunération est fixé à 1 390€ bruts pour 24h de travail.

²¹ Il est estimé que cette loi pourrait emporter la fermeture de 21 lits d'hospitalisation ce qui représenterait alors une perte de 37 % de la capacité hospitalière de l'établissement en trois ans.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES FONT TOUS L'OBJET D'UNE ANALYSE ET DE MESURES CORRECTIVES

Tout professionnel de l'établissement peut effectuer une déclaration d'événement indésirable (EI) sur le logiciel de gestion des risques utilisé par l'établissement²² en renseignant une fiche d'événement indésirable (FEI), y compris de façon confidentielle. Pour inciter le personnel à déclarer, l'établissement a diffusé un document schématique : il rappelle que la FEI sert à déclarer, signaler et alerter le service qualité et prévention des risques d'événements qui concernent les patients, leurs soins, leurs prises en charge et séjours (fugue, chute, erreur médicamenteuse, etc...) et distinguent les EI d'autres problématiques (demande informatique, conditions et accidents de travail, questionnement éthique...).

La FEI est automatiquement envoyée à la cellule qualité ainsi qu'à la directrice de l'établissement, à la directrice des soins et au cadre du service concerné. Les FEI, sauf celles qui sont urgentes, sont traitées lors d'une réunion hebdomadaire de la cellule qualité pendant laquelle les éventuelles suites à donner sont décidées : actions correctrices à mener par un service, comité de retour d'expérience (CREX), revue d'erreur médicale (REMEDI), revue de morbidité / mortalité (RMM), etc. Le déclarant peut suivre sur le logiciel les suites de son signalement jusqu'à la clôture de la fiche. Une formation élargie de la cellule qualité comprenant le président de la commission médicale d'établissement (CME), la directrice de l'établissement et la directrice des affaires médicales se réunit une fois par mois pour traiter les problématiques médicales et celles en lien avec les partenaires du GHT.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que cette formation élargie comprend également les médecins chefs de pôles.

Le service qualité et gestion des risques dresse des bilans annuels relatifs aux EI qui apportent un grand nombre d'informations relatives au type, au nombre, à la gravité et aux causes des incidents déclarés et aux services concernés et peuvent constituer une ressource pour l'analyse et le retour d'expérience. Ces bilans sont présentés à la commission des usagers (CDU).

En 2021, 250 EI ont été signalés dont 184 par les unités d'hospitalisation complète. La catégorie professionnelle qui déclare le plus est celle des IDE (95), suivie par les cadres de santé (53) et les AS (32). 48 FEI ont été traitées en cellule qualité élargie. Trois ont donné lieu à un signalement à l'ARS²³, six à un REX²⁴, trois à un REMEDI²⁵ et une à un RMM²⁶.

En 2022, 213 EI ont été signalés dont 158 par les unités d'hospitalisation complète. La catégorie professionnelle qui déclare le plus est celle des IDE (105), suivie par les cadres de santé (55) et

²² ENNOV depuis le 1^{er} juillet 2021.

²³ Suicide d'un patient, disparition de médicaments et départ de feu.

²⁴ 6 REX : prise en charge d'un AVC au BARGY (28/01/2021), difficulté de prise en charge somatique d'une patiente au CMPI de La Roche (30/03/2021), interception d'une erreur d'injection à neuroleptique retard à l'USN2 (19/07/2021), disparition de médicaments stupéfiants aux Aravis (16/07/2021), départ de feu à l'USN2 (19/10/2021) et problème dans l'usage du matériel d'urgence aux Voirons (14/12/2021).

²⁵ 3 REMEDI : erreur de patient lors de l'administration du traitement au Salève (21/01/2021), erreur de patient lors de l'administration de traitement au Brévent (29/01/2021) et erreur dans la substitution d'un médicament à l'administration dans cette même unité (03/09/2021).

²⁶ Un RMM : décès d'un patient par pendaison à l'USN2 (08/02/2021).

les AS (5). 16 FEI ont été traitées en cellule qualité élargie. Six ont été donné lieu à un signalement à l'ARS²⁷, quatre à un REX²⁸, sept à un REMED²⁹ et trois à un RMM³⁰.

Le rapport annuel liste quatre points de vigilance dont celui de la gestion des lits sachant que la réduction capacitaire induit de fortes tensions capacitaires et que l'établissement rencontre des difficultés d'admission sous la pression des SAU (cf. § 4.1.1.).

3.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF ET CONNU MAIS PEU SOLLICITE PAR LES SOIGNANTS

Le comité local d'éthique de l'EPSM 74³¹ planifie annuellement six réunions plénières au cours desquelles sont abordés les saisines émanant du personnel³² et les thèmes proposés par la direction. Il participe aux réunions plénières d'autres comités notamment celui du CHAL.

Le comité local d'éthique organise depuis 2020 des débats à partir de situations préalablement examinées en plénière, sous la forme de *Cafés Ethique* proposés quatre fois par an (deux pour les professionnels de l'EPSM et deux pour les étudiants en stage). La direction favorise leur tenue en décomptant la participation des professionnels comme du temps de travail et en mettant une salle à disposition. Une conférence sur la question de l'autonomie et des libertés individuelles a été organisée en novembre 2021. Trois articles se rapportant au comité d'éthique ont été publiés dans le journal de l'établissement « Rue de la Patience » (un en 2020 et deux en 2021).

Depuis février 2022, une permanence hebdomadaire, assurée par le président du comité, est proposée aux agents pour venir consulter sur une question ou une situation problématique. Début mars 2023, aucun agent ne s'y était cependant présenté.

Les soignants rencontrés dans les unités ont confirmé connaître l'existence du comité d'éthique mais ne pas éprouver la nécessité de le saisir, estimant que la supervision et les réunions cliniques suffisent à entretenir le questionnement éthique.

²⁷ Fugue d'un patient avec décès, tentative de suicide par pendaison, brûlure grave d'un patient, décès à la suite d'un arrêt cardio-respiratoire, suicide par pendaison et suspicion d'agression sexuelle.

²⁸ 4 REX : erreur d'identité sur un agent (25/01/2022), brûlure grave d'un patient au Salève (18/02/2022), propagation de flammes dans les cheveux d'une patiente aux Rives du Lemman (30/06/2022) et suicide d'une patiente à domicile : Liaison CHAL - CMP Bonneville (05/07/2022).

²⁹ 7 REMED : disparition de pochon et erreur de dosage à l'administration de médicament au Brévent (11/02/2022), erreur de patient lors de l'administration d'un médicament au Salève (18/03/2022), administration sur prescription externe au Bionnassay (25/04/2022), surdosage médicamenteux sur problème de prescription au Brévent (19/05/2022), erreur de patient lors de l'administration à l'USIP (30/06/2022), erreur de patient lors de l'administration au Salève (27/09/2022) et erreur d'administration au Brévent (20/09/2022).

³⁰ Trois RMM : suicide aux Voirons (01/02/2022), décès d'un patient SPDRE après une fugue (27/09/2022) et tentative de suicide par pendaison (27/09/2022).

³¹ Ses 26 sièges sont répartis entre le collège des professionnels de l'EPSM 74 et celui des personnes extérieures qualifiées (juriste, philosophe, représentant des cultes, des familles des usagers et des élus). Le bureau, composé d'une psychomotricienne, d'un IDE, d'un cadre de santé, d'un représentant des usagers et d'un psychologue se réunit cinq fois par an.

³² Quatre saisines émanant du personnel en 2022 et une en janvier 2023.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 L'ABSENCE D'ORGANISATION DE LA FILIERE DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ENTRE MEDECINS URGENTISTES ET PSYCHIATRES A L'ECHELLE DU TERRITOIRE AFFECTE LA PRISE EN CHARGE

4.1.1 La filière de prise en charge des personnes en soins sans consentement

Les patients des secteurs de psychiatrie, hospitalisés en soins sans consentement ou en situation de crise, sont pris en charge par les urgences du CHAL à Contamine-sur-Arve, du CH de Thonon-les Bains, du CH de Saint-Julien ou des hôpitaux du Mont-Blanc à Sallanches.

L'EPSM 74 assure l'avis psychiatrique sur trois des quatre sites. Pour ce qui concerne le quatrième site de Saint-Julien, une convention du mois de mars 2013 a été actualisée entre l'établissement contrôlé et le CH Annecy-Genevois (CHANGE). Cette convention mentionne que les patients relevant des secteurs de l'EPSM 74 sont adressés pour avis au praticien psychiatre des urgences du CHANGE ou de son unité post-urgences psychiatriques (UPUP), avant transfert le cas échéant en hospitalisation au CH de La-Roche-sur-Foron.

Une autre convention définit le rôle du psychiatre, de la psychologue et de l'IDE de psychiatrie auprès des urgences du « CH intercommunal Annemasse-Bonneville » (CHIAB) qui est devenu le CHAL, ces soignants étant intégrés dans une unité « *psychiatrie d'urgence et de liaison* ». La convention cite l'intervention d'un pédopsychiatre dans un délai de 48 heures en lien avec le service de pédiatrie mais aucun accès à la pédopsychiatrie aux urgences n'est effectif au moment du contrôle.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que l'activité de pédopsychiatrie de liaison mise en place par l'EPSM 74 au CHAL a été arrêtée le 2 novembre 2020 à la demande de l'ARS.

Sur le plan institutionnel, le projet d'établissement 2023-2027 prévoit de « *repenser les réponses aux situations de crise en intersectoriel* » ; il évoque la nécessité « *d'apprendre à se connaître avec les collègues urgentistes* » en créant un groupe de travail qui a élaboré un programme de formation. Des séances communes associant six soignants de chaque établissement ont ainsi débuté le 31 janvier 2023. Le groupe comprend quatre psychiatres, trois IDE de psychiatrie, un interne des urgences, un cadre de santé des urgences, deux IDE des urgences et deux AS des urgences, mais pas d'urgentiste.

Or, des pratiques médicales en amont du passage aux urgences ne respectent pas la réglementation et la sécurité sanitaire des patients. Plusieurs fiches d'événements indésirables graves (EIG) font état de patients amenés directement par les services d'aide médicale urgente (SMUR), voire les pompiers, aux portes de l'EPSM 74 sans qu'une hospitalisation y ait été acceptée.

Extrait de déclaration d'événement de mars 2020 : 16h45 : appel de l'infirmier de psychiatrie de liaison au service XXX pour l'hospitalisation d'une patiente ayant fait une tentative de suicide (retrouvée immergée dans l'Arve). Le médecin psychiatre présent ce jour à la psychiatrie de liaison refuse de remplir la demande d'admission préalable estimant que cette démarche est peu adaptée dans ce contexte d'urgence. La patiente sera malgré tout transférée à XXX à 19h. N'étant pas stable sur le plan somatique, elle sera réadressée aux urgences du CHAL le lendemain, à l'issue d'une consultation avec le médecin somaticien de l'EPSM 74.

Extrait de déclaration d'événement de décembre 2022 : Appel du médecin du SMUR au médecin de garde de l'EPSM 74, 13h, pour une femme de 35 ans, originaire de Paris et en vacances, pour agitation et hétéro agressivité. Le médecin du SMUR rédige le certificat de SPDTU et souhaite une admission directe à l'EPSM 74, que refuse le psychiatre, indiquant la nécessité de passer par les urgences du CHAL où se trouve un psychiatre de l'établissement. D'autant qu'il n'y a pas de lit disponible à l'EPSM 74. Le médecin urgentiste indique que l'examen psychiatrique sera impossible aux urgences car la personne a été sédaturée, qu'il y a 80 patients aux urgences et qu'il impose l'hospitalisation à l'EPSM 74, qui maintient son refus. Le patient sera amené par les sapeurs-pompier, non médicalisé et l'EPSM 74 le placera en CI faute d'autre place.

Au moment du contrôle, les contrôleurs ont assisté à l'arrivée d'un patient installé sur le brancard d'une ambulance privée par deux ambulanciers, médicalisée par une équipe du SMUR du CHAL (un médecin et deux soignants), accompagnée par un véhicule de gendarmerie ; le patient, alcoolisé, était calme car sédaturé après avoir bu deux ampoules de Loxapac® et un de Rivotril®, administrées au domicile. Le patient n'avait pas été accepté par le médecin psychiatre du service en admission directe et il n'avait pas bénéficié d'un examen somatique complet aux urgences. Au surplus, l'arrêté du maire plaçant le patient en SPDRE ne mentionnait pas le certificat médical et n'était pas motivé par un trouble à l'ordre public ainsi qu'il ressort de sa rédaction : « impulsivité, déni des troubles du comportement relaté par ses proches ainsi que par l'autorité de gendarmerie sur place. Déni de sa pathologie ainsi que de la nécessité de traitement. Arrêté du maire ok. »

Le patient a donc été transporté jusqu'au CH sans son consentement et sans arrêté privatif de liberté conforme aux exigences légales par une ambulance privée, une équipe du SMUR et des gendarmes. Il a été confié aux soignants de psychiatrie sans qu'un bilan complet somatique avec dosage biologique ne soit effectué alors même qu'il était manifestement alcoolisé. Enfin, l'administration de Loxapac® et Rivotril® au domicile a empêché les psychiatres de l'EPSM 74 de réaliser un quelconque entretien avec le patient à son arrivée.

RECOMMANDATION 2

Les patients en crise et agités doivent bénéficier, avant d'être hospitalisés dans un service de psychiatrie, d'un examen clinique par un urgentiste au sein du plateau technique spécialisé.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « une réunion de la fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) des urgences, réunie le 31 mai 2023, a réaffirmé ce principe, via la présentation d'une note spécifique. Par ailleurs, il est prévu au Titre 8 (soins sans consentement) de la convention de partenariat entre le CHAL et l'EPSM 74, en cours de finalisation, que les patients qui se présentent aux urgences sont vus par l'infirmière d'accueil et d'orientation, puis par un médecin urgentiste lequel décide ensuite du passage ou non de l'équipe de psychiatrie de liaison suivant les besoins du patient. L'examen somatique est quant à lui consigné dans le dossier patient Easily du CHAL mais également transmis en cas de transfert à l'EPSM 74. En cas de sortie SMUR, l'urgentiste effectue un examen somatique et le consigne dans la fiche SMUR de sortie ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Plus globalement sur la filière de prise en charge des urgences psychiatriques sur le territoire, une autre action du projet d'établissement évoque le développement de créneaux d'urgence au sein de chaque CMP, dans lesquels le délai minimal pour un rendez-vous avec un médecin est de trois mois. Le projet d'établissement évoque l'installation prévue mais non encore effective de kits d'apaisement aux urgences (couverture lestée).

Enfin, l'ARS n'a pas élaboré de « *dispositif territorial de réponse aux urgences psychiatriques* » comme préconisé par l'article L. 3221-5-1 du code de la santé publique (CSP).

RECOMMANDATION 3

L'agence régionale de santé doit élaborer avec l'ensemble des partenaires impliqués un dispositif territorial de prise en charge des urgences psychiatriques.

4.1.2 Le service des urgences du CHAL

Le service des urgences du CHAL accueille les adultes et les mineurs (entre 160 et 200 passages par jour). Il dispose de dix salles d'examen individuelles pour les adultes, de trois pour la pédiatrie, de quatre boxes polyvalents, d'une salle de déchocage mais est dépourvu de chambre d'isolement (CI) ou d'espace destiné à l'apaisement d'une personne agitée. Un projet d'extension immobilière à l'horizon 2027 prévoit la création d'une pièce appelée « *box agité* » de 18,5m².

Cette pièce ne permettra cependant pas l'accès à un point d'eau et aux toilettes 24h/24.

Une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) comporte également neuf lits mais ne serait plus utilisée pour les patients de psychiatrie depuis la pandémie de Covid19.

Le matin du contrôle, à 9 heures, 30 patients étaient présents pour les 17 boxes.

Le circuit des personnes allongées ou en crise permet le respect de leur intimité ; les patients sont directement amenés auprès de l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA). Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'IOA l'installe dans un box fermé. Il est examiné par l'urgentiste qui appelle son confrère psychiatre si l'état clinique du patient le nécessite.

Les médecins urgentistes établissent le premier certificat médical.

L'équipe de psychiatrie de liaison comporte un psychiatre et quatre IDE (3,8 ETP) de 9h à 17h30 ; il y a ainsi toujours deux IDE chaque jour et un le week-end. Un psychiatre est d'astreinte le weekend indépendamment du médecin de garde sur le site de la Roche-sur-Foron. Les soignants interviennent au profit de tous les patients hospitalisés au CHAL. Ils utilisent aux urgences le logiciel Easily des urgentistes et le logiciel Cariatides de la psychiatrie. Aucun rapport d'activités de cette équipe n'a pu être fourni aux contrôleurs.

Une fois que le psychiatre a décidé la nécessité d'une prise en charge spécialisée, les infirmiers de psychiatrie assurent la réalisation des pièces médico-légales et les démarches auprès des familles. Le patient peut être orienté vers une structure ambulatoire ou bénéficier d'une hospitalisation. Dans ce cas, la gestionnaire de lit de l'EPSM 74 est mobilisée.

Aux urgences, le patient dans l'attente d'une place en psychiatrie est soit placé dans une salle d'examen traditionnel s'il est cliniquement stable, soit placé sous contention sur un brancard dans une salle d'examen ; la pose de contentions est décidée par l'urgentiste, inscrite et horodatée dans le logiciel Easily et secondairement revalidée par un psychiatre sauf la nuit où il n'y en a pas. Il a été mentionné aux contrôleurs que les patients placés en soins sans consentement ne restent jamais plus de 24 heures aux urgences.

Les contentions utilisées sont nettoyées entre chaque patient. Elles sont installées par les infirmières des urgences qui effectuent également la surveillance toutes les heures ou deux heures.

Un protocole de contention est à disposition des soignants des urgences ; il devra être actualisé et intégrer dans ses références la recommandation de la société française de médecine d'urgence (SFMU) de mars 2021.

RECOMMANDATION 4

Un registre doit permettre d'analyser les pratiques d'isolement et de contention de psychiatrie aux urgences.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les cadres de santé des urgences du CHAL mettent en place un registre informatisé de l'ensemble des patients en contention aux urgences. Il n'existe pas de chambre d'isolement aux urgences. Seule une chambre carcérale est disponible, mais l'utilisation de celle-ci répond à une procédure spécifique liée à sa destination ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Concernant les mineurs de moins de 18 ans, ils sont pris en charge au sein des urgences du CH par la même l'équipe de psychiatrie de liaison ; il n'y a pas d'accès à un pédopsychiatre.

Pour les transferts de patients vers l'EPSM 74, il est fait appel à un transporteur sanitaire privé ; si le patient est placé sous contention dans l'ambulance, les contentions sont décidées par l'urgentiste qui le trace dans le dossier médical.

Les modalités de transports des patients entre les hôpitaux ne définissent pas suffisamment les responsabilités réciproques des deux établissements ainsi que les modalités de travail entre médecins urgentistes et psychiatres.

RECOMMANDATION 5

Un protocole devra être mis en place entre le CHAL et l'EPSM 74 afin de préciser les modalités pratiques de prise en charge des patients de psychiatrie, entre médecins psychiatres et urgentistes.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « la convention de partenariat entre l'EPSM 74 et le CHAL évoquée plus haut existe depuis 2012. Elle sera réactualisée, certaines de ses annexes n'étant plus en adéquation avec les organisations. Par ailleurs, un protocole de prise en charge des patients nécessitant des soins en psychiatrie a été validée par les deux établissements. En outre, le travail de rédaction d'une procédure régissant le transfert des patients hors secteur est en cours. Enfin, les services qualité des deux établissements ont mis en place des revues de dossiers pluriannuelles avec les urgentistes et les psychiatres afin d'analyser les pratiques ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

4.1.3 L'arrivée dans les services

Au sein de l'EPSM 74, la recherche de lit est réalisée par la gestionnaire de lits en journée de semaine ; la nuit et les week-ends le médecin de garde assure cette fonction. Les personnes en SSC arrivent principalement des services des urgences. L'USIP fonctionne sur une prise en charge protocolisée de patients difficiles mais stabilisés de quatre à six mois, originaires de Haute-Savoie, de Savoie et de l'Isère. Elle accueille depuis peu et à la marge des patients en admission directe en SSC.

A leur arrivée dans le service, les patients sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dès l'admission. Ils bénéficient d'un examen par le somaticien dans les 24 heures s'ils n'ont pas été examinés par un urgentiste avant d'arriver.

Les restrictions en début d'hospitalisation sont décidées après la consultation du psychiatre.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel par des médecins différents.

4.2 LA SUROCCUPATION DES LITS AFFECTE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ET LE RESPECT DE LEUR DIGNITE

En 2022, les services d'hospitalisation complète ont accueilli 1 021 patients distincts dont 609 en SSC, soit 60 %. Le département ne compte que deux CH agréés pour personnes adultes en SSC, l'EPSM 74 et le CH d'Annecy-Genevois (75 lits ainsi qu'un service de pédopsychiatrie). Deux cliniques privées, situées sur le territoire, prennent en charge les patients, adultes et mineurs, en soins libres.

La fermeture de lits opérée en 2022 a occasionné une diminution des admissions en soins libres (- 8 % de file active) mais pas des admissions en SSC, en légère hausse. 13 mineurs de moins de 16 ans ont été hospitalisés sur la même année dans quatre unités ainsi que 21 détenus (cf. § 10).

86 % des placements en SSC sont décidés par le directeur d'établissement (SDDE) et 14% par le préfet (SDRE). Sur les 529 mesures de SPDDE prononcées, 196 sont en SPI (37 %) et 214 (40 %) en SPDTU. Le nombre très élevé de procédures sans deuxième certificat ou sans tiers est dû, selon les interlocuteurs, pour une partie, à l'absence de psychiatre et d'infirmier de psychiatrie la nuit dans les services d'urgences générales ; ces chiffres ne sont pas analysés par la CDSP (cf. § 8.1).

La durée moyenne de séjours est de 29 jours pour les patients en SDRE, 39 jours pour les SDDE et 11 jours pour les détenus.

Le taux d'occupation était de 96% dans certaines unités en 2020 et de 100 % au moment du contrôle. De nombreux patients sont en outre en attente de places en structures médico-sociales ce qui diminue la disponibilité des lits (cf. § 9.3).

L'analyse de ces données et les échanges avec les médecins et les soignants ont fait ressortir qu'une insuffisance chronique de lits d'hospitalisation s'est installée ; la suroccupation a conduit la direction de l'établissement à adopter certaines pratiques comme par exemple, lors d'admissions, des placements de patients en chambre d'isolement (CI) sans chambre hospitalière disponible, des sorties prématurées de patients et le placement généralisé hors secteurs, amenant les patients à être suivis par des équipes souvent différentes. Ainsi, un patient sur deux hospitalisés en 2022 a connu deux services différents pendant son ou ses séjours.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que ces décisions, prises eu égard aux fortes tensions sur les capacités d'hospitalisation sont certes mises en application par la direction mais ont bien été prises par le directoire de l'établissement.

RECOMMANDATION 6

L'agence régionale de santé doit garantir un nombre de lits d'hospitalisation complète permettant de répondre aux besoins de santé des patients.

Le protocole interne du 2 février 2023 relatif à l'admission des patients dans les unités d'hospitalisation, très complet, précise « qu'entre 21h et 8h il n'est pas procédé à des hébergements » et qu'en cas d'absence de lit disponible dans l'établissement, « il est recouru aux lits de permissionnaires (permissions de plus de 48 heures) », « à défaut il est fait appel aux autres établissements de la région » (CHANGE, CHS de Savoie, Centre psychothérapeutique de l'Ain) et CH Alpes Isère) ; en dernier recours, le directeur ou l'astreinte de direction peut prendre la décision d'ajouter un ou des lits supplémentaires » .

4.3 LES INFORMATIONS SUR LES REGLES DE VIE SONT SOMMAIRES MAIS LES ECRITS REMIS A L'OCCASION DES NOTIFICATIONS DES DECISIONS ADMINISTRATIVES ET JUDICIAIRES PERMETTENT AU PATIENT DE CONNAITRE L'ETENDUE DE SES DROITS

4.3.1 L'information générale sur les droits

Le livret d'accueil de l'EPSM 74 n'est pas systématiquement remis aux patients lors de leur arrivée dans les unités (sauf à Brévent) comme le prévoit pourtant le règlement intérieur.

Ce livret, réédité le 3 mars 2023, est lacunaire et parfois erroné dans sa partie dédiée aux soins sans consentement. N'y sont pas mentionnés : le droit de saisir la commission des usagers (CDU), celui de saisir à tout moment le JLD d'une demande de mainlevée de la mesure de soins sans consentement ou d'une mesure d'isolement et de contention ainsi que les modalités des sorties de courtes durées. Contrairement à la mention p. 22 du livret, l'assistance de l'avocat lors de l'audience du JLD est prise au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressource et donc sans reste à charge du patient.

L'affichage varie d'une unité l'autre, comportant généralement la charte du patient hospitalisé, celle de la laïcité et un document sur la maison des usagers et le comité d'éthique. En revanche, la liste des droits des patients en soins sans consentement, tels que définis par l'article L. 3211-3 du CSP, au demeurant mal connus des professionnels, n'est affichée dans aucune des unités.

Les règles de vie, regroupées dans un document intitulé « organisation de la journée » ou éparpillées dans l'unité, se réduisent le plus souvent à des horaires, plus ou moins complets : distribution des médicaments, repas, soins et hygiène, visites, ouverture de l'unité, sorties possibles. Elles sont muettes sur l'usage du tabac (sauf à l'USIP), le téléphone, l'entretien du linge et, dans certaines unités, ne sont pas conformes au règlement intérieur quant à l'heure du dîner et l'organisation des visites.

A l'USIP, un livret d'accueil spécifique exposant les règles de vie a été actualisé mais n'a pas encore été validé.

RECOMMANDATION 7

Chaque patient en soins sans consentement doit recevoir dès son arrivée un livret d'accueil comportant des informations actualisées concernant ses droits ainsi qu'un règlement de fonctionnement conforme aux modalités de sa prise en charge et aux règles de vie de l'unité qui l'accueille.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « le livret d'accueil a été mis à jour (circuit de validation en cours) pour tenir compte des observations formulées à l'occasion de la visite ; les règles générales de vie sont incluses dans cette nouvelle version, ainsi que les modalités de saisine du JLD et celles concernant les sorties de courte durée.

Les informations concernant la CDU et ses modes de saisine étaient quant à elles déjà précisées et figurent en pages 21 et 22 du nouveau document.

Ce livret est remis au patient à l'occasion de son admission ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

La procédure d'accès au dossier médical est détaillée dans le livret d'accueil et parfois affichée dans les unités. La consultation du dossier médical sur place, si besoin avec la présence d'un médecin ou de la personne de confiance, est rarement sollicitée par les patients. La demande de copie du dossier médical est de préférence effectuée, par le patient ou sa famille, après la période d'hospitalisation.

Le nombre de demandes de dossiers médicaux sur l'ensemble des secteurs, intra et extra confondus, est passé de 84 en 2021 à 102 en 2022. Le délai moyen de réponse est passé de 9 jours en 2021 à 6,8 jours en 2022.

4.3.2 L'information sur le statut, les décisions administratives et judiciaires, les droits spécifiques

Les documents accompagnant la notification des décisions ont été revus et actualisés au mois de mai 2022. Ils comportent : une fiche de notification de la décision de la directrice ou du représentant de l'Etat, une information relative aux droits et voies de recours, un relevé des démarches d'information de la famille pour les patients admis en péril imminent et un récépissé des dits documents comportant, comme la notification elle-même, une case pour les observations du patient et une autre pour la traduction avec mention de l'identité du traducteur³³.

Ces documents, transmis par le « bureau de la loi », accompagnés du ou des certificats médicaux joints à la décision, sont expliqués et remis au patient, selon les unités, par le médecin, le cadre de santé ou un soignant. Le récépissé est signé du patient ou, en cas d'impossibilité comme de refus, du médecin, du cadre ou du soignant. Cette notification est faite à bref délai. Elle peut être différée du fait de l'état clinique du patient et mention en est alors portée sur le récépissé.

Lorsque le patient ne souhaite pas conserver ces documents dans ses affaires personnelles, ils sont rangés dans une bannette individuelle gardée dans le bureau infirmier.

³³ Selon le bureau de la loi, le JLD a exigé de l'établissement un budget spécifique pour les traductions.

Le tiers n'est pas mentionné dans la décision du directeur mais son identité est souvent connue du patient et est en tout cas communiquée lors de l'audience du JLD.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES UNITES D'HOSPITALISATION SONT RECENTES, FONCTIONNELLES ET PROPRES

S'agissant des conditions d'hébergement, les contrôleurs de 2023 se réapproprient les termes du rapport du CGLPL issu de la visite de 2014 :

« Les chambres (toutes individuelles et équipées d'une salle [d'eau]) ont une surface de 16,93m², à l'exception de celle réservée dans chaque unité aux personnes à mobilité réduite, un peu plus grande (18,15m² voire 18,70m² à l'USIP).

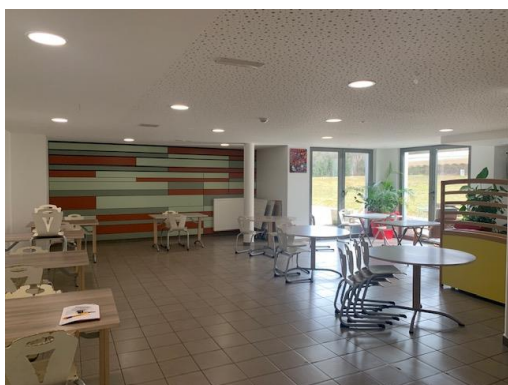
L'ensemble (chambres, couloirs de circulation, espaces communs) se caractérise avant tout par une grande luminosité naturelle, apportée par de grandes fenêtres ou verrières. »³⁴

L'ensemble des locaux est propre, entretenu, fonctionnel, et même clair et coloré. Le service technique réagit rapidement, voire immédiatement, aux demandes de réparation.

A l'exception de l'USIP dont l'entrée implique le franchissement d'un sas sécurisé, la conception des unités est uniforme. Les zones de soins et d'hébergement se scindent généralement en un secteur dit ouvert et un secteur dit fermé qui communiquent entre eux par un couloir. Le bureau infirmier se situe entre les deux secteurs, en contiguïté avec la chambre d'isolement et le patio fermé du secteur fermé. A l'USIP, l'ensemble de l'unité est fermé, avec au centre le bureau infirmier.

L'établissement étant bâti à flanc de colline, chaque unité – y compris celles dont l'entrée se situe au premier étage – dispose d'un espace extérieur accessible de plain-pied. Ces espaces, fermés par un grillage, comportent une partie terrassée et une partie herbeuse ainsi que du mobilier de jardin et un abri contre les intempéries. Souvent vastes, ils sont complétés par un patio accessible aux patients du secteur fermé pendant les heures de fermeture de ce secteur.

Tous les patients ont accès à une salle à manger, parfois vaste, et de façon plus ou moins libre selon les unités, à un salon équipé d'une télévision, de fauteuils et d'étagères garnies de livres. Les secteurs fermés des unités disposent d'une salle d'activité spécifique, équipée, par exemple, d'une table de ping-pong et d'un écran de télévision aux Aravis ou aux Rives du Léman. A l'USIP, une salle commune, fermée la nuit, sert de salon et de salle à manger³⁵.



Salle à manger et salon de l'unité Brévent

³⁴ CGLPL, Rapport de visite de l'établissement public de santé mentale de la vallée de l'Arve (Haute-Savoie, août 2014, p.11).

³⁵ A chaque usage, le mobilier des repas est installé et désinstallé et la table de ping-pong dépliée et repliée.



Salle commune du secteur fermé (1), salon avec bibliothèque et salon-télévision de l'unité Aravis (2 et 3)

Dans toutes les unités, les chambres dont les murs peuvent être décorés par les patients, leur sont accessibles en permanence. Les portes sont équipées de verrous de confort, à l'exception de certaines portes des Aravis et de celles des Voirons et, dans toutes les unités, dès lors qu'un patient est soumis à une mesure d'isolement dans sa chambre. Dans ce cas, le verrou est déposé et n'est pas toujours réinstallé une fois la mesure levée (cf. § 7.1).

RECOMMANDATION 8

Afin de protéger l'intimité des patients, toutes les portes des chambres doivent être équipées d'un verrou de confort.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « une revue de l'ensemble des portes des chambres standard a été réalisée, de manière à remettre en place les verrous de confort dans celles qui n'en disposaient plus ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les salles d'eau sont est en revanche toutes équipées d'un verrou de confort ce qui permet au patient de protéger son intimité pendant sa toilette. Chacune est équipée d'un lavabo encastré dans un plan de toilette comprenant un porte-serviettes et surmonté d'un miroir et d'une douche à l'italienne. En cas de risque suicidaire, le flexible du pommeau peut être retiré au profit d'un pommeau fixe, sauf à Brévent où il est toujours fixe. Les WC, installés dans toutes les salles d'eau, ne sont pas tous munis d'une lunette et d'un abattant³⁶.

³⁶ Les toilettes ne sont pas équipées d'un abattant à Brévent. Cet accessoire est souvent manquant aux Aravis.



WC dans une chambre de l'unité Brévent



Salle d'eau (lavabo et douche) de l'unité Salève

RECOMMANDATION 9

Afin de parfaire le confort des patients, les cuvettes de WC doivent être équipées d'une lunette et d'un abattant.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les lunettes et abattants manquants ont été remplacés ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le mobilier de la chambre comprend un lit, un meuble de chevet, une table et une chaise au moins ainsi qu'un placard avec penderie dont les portes sont censées pouvoir être fermées à clef. Cependant très peu de patients disposent de la clef (sauf aux Voirons et à Salève) en raison de sa disparition fréquente et, à l'USIP, elle est gardée par les soignants au motif que le placard doit être inaccessible au patient. Les boutons d'appel sont accessibles de son lit par le patient et il peut gérer lui-même l'éclairage de sa chambre.

5.2 LES PRESTATIONS DE LAVAGE DU LINGE SONT CRITIQUES

Un service central de nettoyage, rattaché aux services techniques, assure efficacement l'entretien des parties communes de l'établissement ainsi que, sous réserve de leur inoccupation et deux fois par an, la désinfection des CI à la vapeur. Le nettoyage dans les unités est effectué quotidiennement par des agents de service hospitaliers (ASH). L'ensemble des locaux a été trouvé propre.

Des produits d'hygiène et des vêtements propres sont fournis aux patients en tant que de besoin. Le linge de literie est changé chaque semaine, plus souvent si nécessaire. Les draps et couvertures sont lavés par une entreprise extérieure en application d'un marché liant des établissements

membres du GHT³⁷. Toutes les pièces envoyées au lavage ne reviennent pas (pyjamas, couvertures notamment, bandeaux de lavage) et certaines comme les tenues professionnelles sont retournées grises. Lors du contrôle, la lingerie de l'EPSM 74 n'était plus en mesure de fournir des couvertures aux unités, dans lesquelles il a été constaté l'absence de stock-tampon. Le lavage hebdomadaire des couvertures est par ailleurs limité par le marché. Les pyjamas comportent une puce destinée à suivre leur opération d'entretien mais elle est perceptible par les patients, ce qui en perturbe certains.

Les contentions et les couvertures lestées sont entretenues dans le service lingerie, qui dispose d'une laveuse et d'une armoire-séchante.

Le linge personnel peut être déposé dans un bac spécifique afin d'être lavé par un prestataire de blanchisserie extérieur³⁸ pour le prix de 2,66 euros le kilogramme de linge, sans que ce coût soit nécessairement répercuté sur le patient. Ces effets reviennent en théorie dans les deux jours. En réalité, ils ne sont retournés qu'après une semaine et il est déploré des pertes et dégradations. La dizaine de patients de l'unité Salève qui utilise avec régularité cette prestation est particulièrement concernée, dans une moindre mesure ceux des Aravis, des Rives du Léman et du Bionnassay. Des réclamations sont faites, en premier lieu adressés par les soignants à la responsable du service lingerie, mais pas de FEI. Seuls les patients de l'USIP sont préservés de cette difficulté, des machines à laver et à sécher le linge y fonctionnant.



Stock de couvertures à l'état néant



Pull-over de patiente après lavage

RECOMMANDATION 10

Afin de garantir l'hygiène des patients, l'entretien du linge personnel et hospitalier doit être garanti.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « l'EPSM 74 sous-traite l'entretien de son linge auprès de deux groupements de coopération sanitaire (GCS), l'un dont il est membre (porté par le centre hospitalier Annecy-Genévois – CHANGE), l'autre dont il est client (porté par l'hôpital

³⁷ L'entreprise se trouve à Saint-Julien-en-Genévois (Haute-Savoie).

³⁸ Elle se trouve à Reignier (Haute-Savoie).

départemental de Reignier). En interne, 1 ETP de lingère (rattaché au service logistique) est pourvu notamment afin de gérer le circuit du linge, la distribution dans les unités, procéder aux réassorts et marquer les tenues professionnelles neuves.

Cette organisation peut, de manière ponctuelle, être sujette à des retards de distribution du linge propre ou des pertes d'articles. La lingère est en lien constant avec les unités de soins afin de rappeler l'organisation des circuits et les consignes en matière de tri des différents types de linge (sacs de couleurs différentes à fermer convenablement, étiquetage...), de manière à minimiser les incidents.

Concernant le linge personnel des patients, il est rappelé que l'EPSM 74 est un établissement sanitaire : à ce titre, le lavage des effets personnels de ses patients ne lui incombe pas. Le livret d'accueil indique d'ailleurs en page 13 « l'entretien du linge est à votre charge ou celle de vos proches ».

A ce jour, les unités de moyen et longs séjours (USIP, Salève et Bionnassay) sont équipées de lave-linge pour les urgences ou les patients n'ayant pas de proches identifiés. Pour les unités d'admission, le linge des patients socialement isolés est confié au GCS de Reignier.

Un rappel du trousseau nécessaire pour toute hospitalisation est également effectué dans le livret d'accueil. Les familles sont par ailleurs sollicitées oralement pour l'entretien du linge de leurs proches ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Il est possible de se faire coiffer dans un local spécifiquement équipé, surtout fréquenté par les patients de l'unité Salève. Des patients en long séjour peuvent se rendre chez un coiffeur en ville. Ceux de l'USIP peuvent disposer d'une tondeuse, qu'ils utilisent seuls ou avec l'aide d'un soignant.

5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT LE PLUS SOUVENT PLACES EN SECURITE TOUT EN RESTANT ACCESSIBLES

A l'arrivée, un inventaire des effets personnels est dressé. Dans les unités Brévent, Voiron, Salève, le personnel peut encore conserver des valeurs selon des modalités variables : bureau infirmier à Brévent, bureau de la cadre aux Voiron, l'un ou l'autre selon le montant à Salève. Si le patient entend conserver lui-même ses biens de valeur, il signe une décharge.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que les modalités de conservation des biens et valeurs sont décrites dans la procédure EPSM-PR-0067. Aucun bien ne peut être conservé dans les unités, ni dans le bureau des IDE ni dans celui du cadre. Ces modalités ont été rappelées dans la fiche réflexe n°7.

Les patients de l'USIP arrivent avec peu de biens : un document listant des effets de trousseau est communiqué au patient, à ses proches et au service de provenance avant l'admission. Ils sont invités à venir avec 10 euros en espèces, les proches sont joints par les soignants quand d'autres besoins surviennent.

Les patients qui disposent de la clé de leur armoire peuvent y ranger les effets qu'ils veulent protéger (cf. § 5.1).

Le service de l'accueil, largement accessible aux patients (y compris la nuit par le biais du service sécurité), sert à la fois de relais à la régie d'avances et de recettes qui protège certaines valeurs (bijoux, numéraire) et de lieu de stockage pour d'autres (moyens de paiement, papiers d'identité,

permis de conduire, chéquier). Une centaine de patients y dispose d'une pochette nominative rangée dans une armoire. Les patients en demandent le contenu au gré de leurs besoins.

Ce n'est que si le patient part sans ses biens à l'issue de l'hospitalisation que ceux-ci sont transmis après quinze jours au Trésor public, situé à La-Roche-sur-Foron où il pourra se rendre sur rendez-vous le matin.

Le travail des assistantes de service social (ASS) auprès des patients qui en relèvent consiste en un accompagnement global qui débute le plus couramment par l'affiliation à la sécurité sociale et à une complémentaire santé mais concerne aussi l'accès à tous les droits sociaux : revenu de solidarité active (RSA), Pôle emploi, allocations familiales, protection de l'enfance, handicap, etc. Les besoins sont identifiés d'autant plus facilement qu'une ASS est affectée dans chaque unité, qu'elles rencontrent les patients à leur arrivée, qu'un système d'astreinte garantit une interlocutrice pendant leurs congés et qu'elles participent à toutes les réunions d'équipe dans leur unité de référence. Pour faire des démarches en ligne, elles mettent leur poste informatique à la disposition du patient ; pour ceux qui n'ont pas de compte et n'auront pas la capacité d'en utiliser un en sortie d'hospitalisation, la voie du téléphone et du papier est maintenue. Selon les propos recueillis, les démarches auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) aboutissent rapidement pour le renouvellement du statut d'adulte handicapé et des prestations afférentes mais prend environ une année pour une demande initiale (cf. § 9.3).

Le nombre de majeurs placés sous mesure de protection est parfois important : sur les 25 patients des Voirons et de Salève respectivement, 10 et 16 patients sont concernés.

Les majeurs placés sous protection juridique accèdent à leurs biens et aux démarches pour faire valoir leurs droits dans les mêmes conditions matérielles, mais en lien avec les mandataires judiciaires. L'ATMP et l'UDAF³⁹ sont les plus représentés, les mandataires privés étant rares ; ils sont peu présents auprès des patients mais restent généralement réactifs aux besoins matériels. A l'ATMP, un mandataire prend le relais de ses collègues en congés. Selon leurs capacités, les personnes protégées bénéficient de virements ou de cartes de retrait ou de paiement et se rendent en ville pour acheter des cigarettes ou des vêtements. Un tabac à proximité prend aussi des bons d'achat. La mandataire judiciaire de l'EPSM 74 fournit de tels bons d'achat pour deux enseignes d'habillement. Les patients sont accompagnés par leur ASS ou un soignant. Ces derniers procèdent aux achats pour le compte des patients de l'USIP, si aucun proche n'est en mesure de le faire.

5.4 LES REPAS SONT APPRECIÉS GRÂCE À L'ACTION DE PROFESSIONNELS ENGAGÉS

Les repas, servis à 8h, midi et 19h dans des salles à manger agréables⁴⁰, sont entrecoupés d'un goûter. Dans certaines unités, une tisane est proposée en soirée (Les Voirons, Salève, USIP). Une viennoiserie et une pâtisserie sont au menu le dimanche. Des aliments sont à disposition des équipes dans les offices des unités pour faire face à un besoin particulier (soupes, produits laitiers, biscuits). Les patients choisissent leur place à table. Le contenu des barquettes, prévues pour quatre convives, est présenté dans une assiette. Les patients ont un jeu complet de couverts

³⁹ ATMP : association tutélaire des majeurs protégés ; UDAF : union départementale des associations familiales.

⁴⁰ A l'USIP, c'est la pièce de vie commune qui se transforme à chaque repas en salle à manger en dépliant des tables et en installant des chaises.

en métal, y compris à l'USIP. Les soignants sont invités à prendre leur repas avec les patients, ce qui est pratiqué de manière variable selon les unités et les équipes.

Les menus sont conçus sur quatre saisons et cinq semaines ; le même menu revient deux fois et demie en une saison. La « commission repas » se réunit tous les trois mois avec la gestionnaire des lits, la diététicienne, des représentants des unités et de la cuisine. Il est envisagé d'y intégrer des patients à partir d'avril 2023.

Les professionnels de la production – organisée dans un bâtiment de l'EPSM 74 en liaison froide⁴¹ – veillent à proposer des plats préparés sur place et à utiliser des produits frais. En application de la loi EGALIM, des produits issus de l'agriculture biologique ont été introduits. Les mêmes repas sont consommés au restaurant administratif de l'établissement. Différentes textures (standard, haché, mixé large, mixé strict) et menus tenant compte des régimes et des allergies peuvent être fournis. Sont aussi prises en compte les convenances alimentaires « sans porc » et « végétarien ». Les prescriptions médicales sont inscrites dans le logiciel Cariatides® et reportées par la diététicienne dans le logiciel Hestia® pour être communiquées à la cuisine ; la plupart des besoins, comme la nécessité d'haché pour un problème de mastication, sont transmis directement par les IDE à la diététicienne.

Toutes les unités peuvent commander de quoi faire une raclette en hiver et un barbecue en été. La « semaine du goût » est animée sur un ou deux jours chaque année. Des animations culinaires concernent le service d'un potage frais le soir ou bien marquent les fêtes de fin d'année, le nouvel an chinois, etc. Un menu à thème (américain par exemple) permet à l'occasion de servir un repas moins courant.

Les menus standard et sans porc sont affichés dans les unités, chaque semaine, par la diététicienne ce qui est l'occasion pour les patients d'échanger avec elle, sachant qu'elle conduit parallèlement une activité de consultation annoncée dans le livret d'accueil.

BONNE PRATIQUE 1

L'affichage hebdomadaire des menus dans les unités par la diététicienne permet non seulement de connaître l'état de satisfaction des patients quant à l'alimentation proposée mais aussi d'inciter à leur prise en charge dans le cadre de consultations.

La diététicienne établit un audit du poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) de tous les entrants de la semaine précédente et le refait à trois mois du séjour. Elle identifie ainsi des actions à mener, soit auprès de patients pris individuellement soit au sujet du fonctionnement général de la prestation de restauration : aménagement individuel de la composition du goûter en fonction d'un état de dénutrition ou de surpoids ; réflexion sur le service systématisé de sirop à l'hôpital alors que les patients n'en boivent pas autant habituellement, suivi d'une incitation des soignants à servir de l'eau dans les unités et à la cafétéria ; réflexion avec la paire-aidante sur l'opportunité de contrer la sensation de faim exprimée par les patients sous neuroleptiques par l'ajout de féculents et sur la façon dont cette sensation pourrait plus utilement s'exprimer.

⁴¹ La cuisine de l'EPSM fournit également l'EHPAD voisin et le centre Arthur Lavie qui comprend une maison d'accueil spécialisé (MAS), un institut médico-éducatif (IME), un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

La liberté d'aller et venir des patients est variable selon les unités. L'unité Salève est ouverte. Les unités Aravis et Voirons combinent une partie fermée et une autre ouverte. Leurs portes d'accès, à l'exception du secteur fermé, sont ouvertes à des créneaux horaires déterminés⁴². Initialement, il était prévu de réserver la partie dite fermée aux patients en SSC et celle ouverte aux patients en SL. En 2014 déjà, le CGLPL avait constaté que le nombre de patients en SSC ne permettait pas de respecter cette partition. Il arrive donc que des patients en SL connaissent une situation d'enfermement incompatible avec leur statut.

Les unités Brévent et Rives du Léman sont fermées : pour sortir, les patients en SL doivent demander l'ouverture des portes (cf. § 6.2.1).

Les déplacements des patients des unités précitées au sein de l'établissement sont fonction de leur état clinique. Des patients en SSC ont la possibilité d'aller en autonomie à la cafétéria et à la salle de sport. Les éducateurs sont parfois sollicités pour accompagner des patients en ville pour faire des achats. Les contrôleurs ont constaté que de très nombreux patients circulent librement au sein de l'établissement, en sortent et y rentrent sans difficulté et que de nombreuses permissions de sortie sont accordées.

La situation des patients de l'USIP, tous en SSC, a évolué progressivement depuis 2012 où elle se caractérisait par des règles de vie très rigides et une très forte restriction de la liberté d'aller et de venir. L'unité reste fermée mais, à présent, les patients ne sont plus systématiquement enfermés dans leur chambre la nuit à partir de 20h et pour la sieste. La nuit, les portes des chambres sont ouvrables par les patients depuis qu'un détecteur d'ouverture des portes a été installé ainsi qu'une caméra dans le couloir et que trois soignants au lieu de deux sont présents. Si ces patients ne bénéficient d'aucune activité en dehors de l'unité, les activités socio-culturelles organisées au sein de l'EPSM 74 ont presque toujours un pendant dans l'USIP. Les contrôleurs ont également constaté que la porte vitrée d'accès au jardin est ouverte à l'occasion des pauses-cigarettes et que presque tous les patients, y compris les non-fumeurs, en profitent pour sortir. La pause-cigarette se transforme en temps collectif passé dehors dès que les relations entre les patients et la météo le permettent.

6.1.2 La gestion de la sécurité

Le site, qui dispose d'un grand parc arboré, est clôturé. La barrière d'entrée des véhicules est levée en journée et la porte d'entrée du bâtiment n'est pas verrouillée. Vingt et une caméras de vidéosurveillance sont installées dans le hall et les principaux couloirs et deux à l'USIP. Les images ne sont pas enregistrées.

La sécurité incendie est prise en charge par le service de sécurité de l'établissement. Conformément à la réglementation, les unités sont équipées d'une centrale d'alarme incendie qui se déclenche dès qu'un détecteur de fumée est activé. Elle lance alors une alerte à l'espace

⁴² Les portes d'accès à ces deux unités sont ouvertes de 9h30 à 11h30, de 13h30 à 15h30 et de 16h30 à 18h30.

accueil qui jouxte le local des agents de sécurité pour qu'ils organisent l'intervention. Les extincteurs positionnés dans les unités sont révisés annuellement.

6.1.3 Les agents de sécurité

Les agents de sécurité sont informés en temps réel par le service de l'accueil de l'isolement de patients en chambre d'isolement ou en chambre hôtelière (cf. § 7.1). Ils interviennent également lorsque le système de protection du travailleur isolé (PTI) retentit, ce qui représente 70 % de leur activité.

La fiche de poste d'agent de sécurité mentionne qu'en cas de trouble à l'ordre public, « *il doit intervenir pour faire cesser les troubles à l'ordre public conformément à la loi et au règlement de l'établissement* ». Il a été rapporté de façon unanime et concordante que ces agents pouvaient intervenir physiquement pour aider les soignants à maintenir un patient qui devait être placé sous-contention ou décontentionné.

RECOMMANDATION 11

Seul le personnel soignant d'un établissement de santé mentale peut intervenir dans la maîtrise physique des patients, sauf en cas de force majeure.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « *par souci de venir en aide à leurs collègues soignants confrontés à un patient en crise devant être physiquement maîtrisé, il arrive en effet que les agents de sécurité interviennent à leurs côtés. Ces interventions constituent en toutes circonstances une aide aux personnels soignants et ne s'exercent qu'en leur présence* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs par certaines sources, démenties par d'autres, que les agents de sécurité seraient parfois présents lors d'un entretien avec un avocat précédent l'audience du JLD ou lors d'une consultation médicale, à la demande du médecin ou de l'IDE.

Lors de son admission, le patient signe un document autorisant les agents de sécurité à « *inspecter [ses] effets personnels ainsi que [sa] chambre* ». Le règlement intérieur qui comporte notamment un article 60 interdisant l'introduction d'alcool ou de substances illicites ne comporte aucune disposition l'y autorisant et le livret d'accueil ne contient aucune information sur ce point.

RECOMMANDATION 12

L'inspection de la chambre d'un patient, qui ne peut être que visuelle, doit être consentie par celui-ci, informé de ses modalités, et réalisée en sa présence. Cette pratique doit rester exceptionnelle, justifiée et appropriée à une circonstance de fait.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « *le document « autorisant les agents de sécurité à inspecter les effets personnels » des patients ne fait pas partie des documents institutionnels. Il est possible qu'il ait été rédigé par une unité et utilisé de façon marginale, mais il n'est en aucun cas validé par l'établissement. Un rappel des bonnes pratiques a été réalisé auprès des équipes intra-hospitalières de sécurité* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE CONCERNENT PRINCIPALEMENT LA GESTION DU TABAC ET LE PORT DU PYJAMA INSTITUTIONNEL

6.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces de l'unité

Les patients sont réveillés à 7h, sauf à l'USIP (8h15) et à Salève (8h) puis enchaînent la prise de traitement à 7h30 suivie du petit déjeuner vers 8h. La prise des traitements précède systématiquement les repas qui constituent des temps brefs (30 mn) et peu investis, sauf à Brévent où les patients dressent et débarrassent les tables.

L'accès aux patios n'est possible qu'à certaines heures dans les unités d'admission à la différence des unités de soins de suite (Salève et Bionnassay). Dans toutes les unités, les patients accèdent librement à leur chambre.

La vie des patients est organisée par tranche horaire ce qui demande une implication forte et collective du personnel pour appliquer cette métrologie exigeante de gestion des flux de patients. Les temps forts que constituent la prise des traitements, les repas, les entretiens individuels et les activités conduisent à fermer l'unité et les accès aux patios. Il en découle que les patients n'ont libre accès aux espaces extérieurs et à la cafétaria que sur des plages horaires limitées et dépendent finalement de l'organisation du travail.

RECOMMANDATION 13

Les patients en soins libres doivent pouvoir circuler librement et les restrictions imposées à ceux hospitalisés sans leur consentement doivent être nécessaires et justifiées par leur état clinique.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les restrictions à la libre circulation des patients émanent d'une décision médicale après échange en équipe pluridisciplinaire. Elles sont revues quotidiennement lors du staff et allégées dès que possible ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le degré d'ouverture et de fermeture des unités (à l'exception de l'USIP toujours fermée et Salève toujours ouverte) dépend du nombre de patients en SSC qu'elles accueillent : plus le nombre de patients en SSC dépasse la capacité en lits du secteur fermé, plus l'unité censée être ouverte est fermée.

6.2.2 L'accès au tabac

Le livret d'accueil rappelle qu'il est interdit de fumer dans les locaux. La fiche descriptive d'une journée-type ne contient aucune information sur ce sujet. Les modalités d'accès au tabac sont uniquement explicitées dans le cadre de soins défini par le médecin avec le patient.

Les patients conservent leurs cigarettes, plus rarement leur briquet. L'établissement n'a pas installé de briquets sécurisés à proximité de tous les espaces de vie et ceux des unités Aravis et Brévent ne fonctionnaient pas au moment du contrôle. Les patients en secteur ouvert fument dans les patios pendant leurs temps d'ouverture ; ceux en secteurs fermés y ont également accès.

Les restrictions à la détention par un patient de son tabac sont individualisées (consommation compulsive, placement en CI). Pour les patients en CI, le nombre de cigarettes est limité à une à deux cigarettes après chaque repas, fumées accompagné d'un soignant dans le patio clos. A l'USIP, leur nombre est limité à six par jour et pour un patient isolé non contenu, à quatre.

Pour un gros tiers des patients, notamment ceux qui n'ont pas d'autorisation de sortie, l'achat de tabac est effectué avec des bons par un agent logistique tous les vendredis ou par les curateurs.

Des substituts nicotiques (patch ou comprimé à sucer) sont proposés dans toutes les unités. Les actions de prévention contre le tabac sont plus directives à l'USIP où, de façon systématique, six horaires de distribution de gommes contenant de la nicotine s'ajoutent aux créneaux permettant de fumer.

6.2.3 L'usage du pyjama

Les patients placés en isolement sont systématiquement vêtus du pyjama institutionnel. Dans toutes les unités d'admission, deux ou trois patients parfois plus (à l'USIP tous les patients à leur arrivée) sont vêtus de la sorte. Plusieurs explications sont apportées par les soignants : phase de test de réadaptation durant un ou deux jours après un placement à l'isolement, volonté du patient, manque de vêtements personnels, risques de fugue ou de suicide. Les équipes insistent auprès des patients qui demandent à porter le pyjama institutionnel en journée pour qu'ils s'habillent au moment des repas. Les délais pour faire laver son linge personnel (cf. § 5.2), régulièrement évoqués, conduisent à un port inadapté du pyjama bleu en journée. Aucune politique harmonisée et claire sur le port de ce vêtement n'est définie.

RECOMMANDATION 14

Le port du pyjama institutionnel en chambre d'isolement et à l'arrivée à l'USIP doit être individualisé plutôt que systématique.

Les délais pour faire laver son linge personnel ne doivent pas conduire des patients à porter le pyjama institutionnel en journée et les pratiques sur ce point doivent être harmonisées.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « lors de toute indication d'isolement thérapeutique, la tenue adaptée est prévue afin de limiter les risques de passage à l'acte.

Deux types de tenues sécurisées ont par ailleurs été spécifiquement acquises et sont disponibles sur prescription médicale, pour pallier les risques identifiés d'autolyse ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

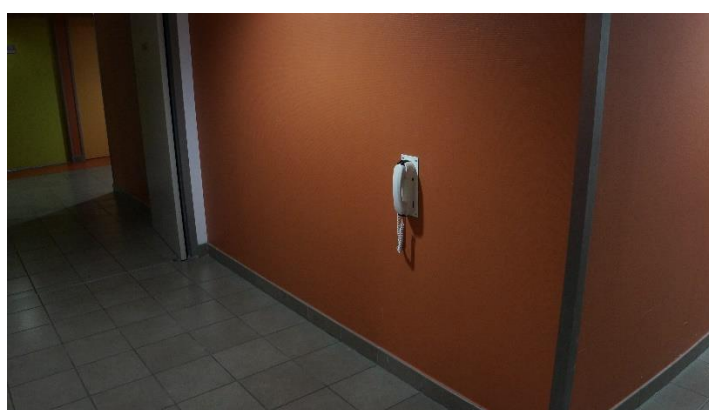
6.3 LA RESTRICTION DES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR ET LA CONFIDENTIALITE DES ECHANGES SONT INSUFFISAMMENT INDIVIDUALISEES

6.3.1 L'accès au téléphone et au courrier

Les patients conservent leur téléphone portable sauf prescription médicale contraire. Cette restriction n'est explicitée dans aucune règle de vie des unités. Les câbles et les chargeurs ne peuvent pas être conservés le temps de l'hospitalisation au motif d'un risque suicidaire : les

patients confient tous ainsi leurs téléphones aux soignants pour rechargement dans le bureau infirmier ou se rendent à la cafeteria pour ce faire. Les appels sont parfois médiatisés. A l'USIP, le téléphone est systématiquement retiré et les possibilités d'appeler sont limitées pour tous à trois appels téléphoniques de 15 mn par semaine puis, à l'issue de deux semaines d'hospitalisation, à la plage horaire de 17h et 18h30.

Quatre unités ne sont plus dotées de points téléphoniques ce que les soignants n'expliquent pas. Ceux encore en service ne garantissent pas la confidentialité des conversations. Présentés dans le livret d'accueil comme des « cabine-patients », l'équipement se réduit à un combiné fixé au mur dans un lieu de passage (couloir), à bonne hauteur pour une personne en fauteuil roulant mais sans chaise pour s'asseoir. Les patients dépourvus de téléphones peuvent également recevoir ou émettre des appels par le biais des PTI⁴³ des soignants pendant des horaires restreints⁴⁴ ce qui engendre des tensions.



« Cabine-patient » de Brévent

RECOMMANDATION 15

Les communications téléphoniques doivent s'effectuer dans le respect de la confidentialité et toute restriction au contact avec les proches doit résulter d'une décision individualisée fondée sur l'état du patient.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « tous les patients disposent d'un accès à leur téléphone portable, en dehors des horaires de repas et d'activités thérapeutiques. Lorsque l'état du patient le nécessite, son téléphone portable est déposé dans le bureau des soignants et il en dispose aux heures fixées dans son cadre thérapeutique. Cette décision émane d'une prescription médicale après échange en staff pluridisciplinaire, la situation de restrictions étant revue quotidiennement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

⁴³ PTI : dispositif portatif d'alarme pour la protection des travailleurs isolés.

⁴⁴ De 10h à 11h et de 17h à 18h aux Voirons faute d'appareils suffisants. De 17h30 à 18h20 aux Aravis sous la forme d'appels médiatisés.

Du matériel de correspondance peut être donné à la demande, y compris un timbre. Les courriers sortants sont à déposer dans la boîte aux lettres jouxtant le standard ou, pour les patients non autorisés à sortir de leur unité, à remettre à un soignant.

6.3.2 L'accès des familles et les visites

Ainsi que le mentionne le livret d'accueil, les unités⁴⁵ fixent les horaires de visite. Elles sont uniquement possibles l'après-midi. Les locaux sont souvent inadaptés et situés à l'extérieur des unités y compris dans la salle servant de lieu de culte, voire dans les couloirs, sauf à Salève où les familles peuvent accéder aux chambres de leurs proches librement. L'intimité et la confidentialité ne sont garanties.

A l'USIP, les restrictions, protocolisées, ne sont pas individualisées : la première semaine, le patient n'a droit à aucune visite, puis, sur avis médical, il peut bénéficier de 30 mn de visite pour tendre vers une visite hebdomadaire entre 17h et 18h30. Pendant la première semaine d'hospitalisation, les soignants donnent volontiers des nouvelles des patients aux familles.

RECOMMANDATION 16

L'accès des patients à leurs proches ne peut être limité que sur des considérations médicales individuelles et temporaires et non de façon générale et systémique au sein d'une l'unité.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « toute limitation de l'accès d'un patient à ses proches émane soit d'une demande explicite de l'intéressé, tracée dans son dossier médical, soit d'une prescription médicale après échange en staff pluridisciplinaire ; la situation de restriction est revue quotidiennement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les locaux adaptés aux visites qui se trouvent dans les unités sont fermés depuis la crise sanitaire du Covid-19 et ont été transformés en salle de réunion (Aravis) ou en débarras (Brévent). Pendant la visite du CGLPL, certains, comme à Brévent, ont réaménagé en salon de visite.

⁴⁵ L'article 56 du règlement intérieur indique que « Les patients peuvent recevoir la visite de leurs proches (famille, amis) tous les jours en fonction des horaires pratiqués dans l'unité de soin concernée. Les visites sont recommandées l'après-midi (...) ».



Transformation du local famille de l'unité Brévent au cours de la semaine de contrôle

La possibilité d'obtenir l'accord du médecin pour qu'un patient puisse recevoir un membre de sa famille mineur est mal connue par les équipes.

RECOMMANDATION 17

Les visites doivent être d'une durée et d'une fréquence raisonnables, adaptées à la durée de l'hospitalisation. Seul un motif médical, judiciaire, ou la nécessité de protéger l'intégrité physique ou morale des personnes concernées peuvent motiver une mesure de restriction à l'exercice de ce droit.

Toutes les unités doivent disposer d'un salon de visite permettant aux patients de recevoir leurs proches de manière confidentielle et respectueuse de l'intimité.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « tous les patients disposent d'un droit de visite. L'ensemble des unités dispose d'un espace polyvalent dédié à ces visites, en fonction des horaires d'activités thérapeutiques.

La sortie du service est privilégiée en cas de visite, laquelle peut se dérouler à la cafétéria des patients, dans le parc ou dans l'espace accueil aménagé en salon à l'entrée de l'établissement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

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

Les patients ont peu accès à la lecture. Les unités sont abonnées au quotidien Dauphiné Libéré. Quelques magazines sont disponibles à la cafétaria ou dans certaines unités (Aravis). Il en est de même pour les livres.

RECOMMANDATION 18

Les patients doivent bénéficier d'un accès à une bibliothèque disposant d'ouvrages diversifiés, ainsi qu'à des journaux et des magazines de presse.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « l'EPSM 74 dispose, dans la cafétéria des patients, d'un espace

aménagé en bibliothèque offrant la possibilité de consulter et emprunter livres, bandes dessinées et presse quotidienne régionale. Son accès est libre aux heures d'ouverture de la cafétéria ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Un écran de télévision est installé dans chaque espace de vie des secteurs (ouverts/fermés), allumé en permanence jusqu'à minuit. Les patients peuvent changer de chaînes. Certains remplacements de matériels tardent, ainsi le téléviseur de l'unité Brévent, cassé depuis plusieurs mois, n'était pas remplacé au moment du contrôle.



Espace de vie à Brévent



Espace de vie aux Aravis

Les rares patients qui disposent d'un ordinateur peuvent le conserver et l'utiliser. Un local équipé d'ordinateurs, directement accessible de 9h30 à 11h30 et de 13h30 à 18h par certains patients autorisés à sortir des unités ou par ceux accompagnés d'un soignant, est situé au rez-de-chaussée de l'établissement. Toutefois, aucune connexion Wifi n'existe et il n'y a pas d'accès à internet dans les unités.



Salle informatique rattachée aux Voiron

RECOMMANDATION 19

Les unités doivent être dotées d'un réseau Wifi spécifique pour les patients.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Les patients de l'EPSM 74 peuvent avoir accès au réseau Wifi, sur demande de l'équipe après accord médical, auprès du service informatique qui est en capacité de fournir un code « visiteur » individualisé.

L'infrastructure réseau de l'établissement ne permet actuellement pas de couvrir en Wifi l'ensemble des secteurs d'hébergement, mais des investissements sont prévus pour fin 2023-début 2024 pour résoudre cette problématique et permettre une activation du Wifi dans tout le site d'hébergement de l'établissement. ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

6.3.4 La confidentialité

La procédure d'identification alphanumérique temporaire commune au niveau du GHT mise en œuvre par le service des admissions de l'EPSM 74 permet de gérer les séjours des patients dont l'identité n'est pas connue à leur hospitalisation (4 ou 5 par an).

Les agents interrogés n'ont pas tous connaissance du droit à l'anonymat de l'hospitalisation prévu par l'article R. 1112-45 du CSP. Au jour du contrôle, la procédure d'anonymisation informatique n'était pas fonctionnelle, emportant l'ineffectivité de ce droit. En effet, le recours à la procédure alphanumérique ne garantit pas l'anonymat du patient dans la mesure où son identité est restaurée dans le système de gestion administrative à la fin de son séjour pour facturation.

Les appels extérieurs sont reçus au standard par des agents formés à cette tâche de 8h30 à 18h en semaine et de 9h à 18h le week-end et jours fériés. En dehors de ces périodes, les agents de sécurité assurent l'accueil téléphonique. La liste des patients qui mentionne leur identité ainsi que leur statut d'hospitalisation et l'unité qui les accueille est à disposition. Elle ne mentionne pas la volonté du patient de garder secrète sa présence à l'hôpital.

Lorsqu'un appelant connaît le nom du patient et se présente comme un proche de celui-ci, l'appel téléphonique est transféré à l'unité d'accueil qui respecte la volonté du patient. A défaut ou en cas de doute, le standard renvoie l'interlocuteur à la famille de l'intéressé.

Les contrôleurs ont constaté que les gendarmes demandent des informations sur la présence d'un patient. Si en journée, l'opérateur les adresse à la direction, ils sont renvoyés la nuit à l'unité d'accueil ce qui conduit à les informer indirectement sur la présence du patient.

RECOMMANDATION 20

Le droit à l'anonymat de l'hospitalisation d'un patient consacré par l'article R. 1112-45 du code de la santé publique et le secret médical doivent être pleinement garantis et les soignants être formés sur ce point. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Une fonctionnalité "séjour confidentiel" est activable dans le

logiciel de gestion administrative des patients (Hextant). Le bureau des entrées, informé par les unités de soins, peut ainsi garantir l'anonymat. Un support rédigé par le prestataire est à disposition et une procédure en cours de rédaction.

Les demandes d'information de la gendarmerie au sujet de patients font l'objet d'une réquisition judiciaire à la directrice ou au médecin référent.

Une formation assurée par l'INFIPP a été organisée en 2018 et 2019 sur le thème « Secret professionnel/secret partagé », à destination des soignants. En 2023, une formation dédiée aux assistantes sociales « Secret partagé, signalements et écrits professionnels en secteur sanitaire » est inscrite au plan. Elle sera renouvelée en 2024 à destination des soignants.

Enfin, la version mise à jour du livret d'accueil du patient, en cours de validation, mentionne cette possibilité de confidentialité du séjour en page 16 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

6.4 L'ACCES AU VOTE EST FACILITE

L'accès au vote, notamment par procuration, est organisé, promu et facilité. Avant chaque élection, des informations sont données par voie d'affichage et oralement. Les patients peuvent sortir ou être accompagnés pour voter ou établir une procuration. La participation est variable : 21 votes par procuration aux élections présidentielles, très peu aux législatives alors même que les débats et les résultats ont été très suivis à la télévision selon les soignants.

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

Le livret d'accueil mentionne la possibilité de demander la visite d'un représentant du culte de son choix, d'obtenir des informations auprès du cadre de santé de l'unité et la tenue d'une permanence de l'aumônerie tous les mercredis matin à la cafétéria ainsi que dans le lieu de culte de l'établissement, mais il est distribué de façon aléatoire.

Au sein des unités, aucune affiche annonçant le passage d'aumôniers ou leurs coordonnées n'est apposée. Cette lacune ne peut être palliée par la seule affiche mentionnant les numéros de téléphone des correspondants des religions monothéistes et du bouddhisme qui se trouve à la cafétéria et date de la période Covid. L'aumônier catholique, de permanence à la cafétéria peut se déplacer à la demande et mettre en relation un patient avec un aumônier d'un autre culte.

Le lieu de culte, où des signes religieux exclusivement chrétiens sont présents, n'offre pas de garantie de neutralité.



Local réservé aux cultes

RECOMMANDATION 21

L'établissement doit s'assurer que le local dédié à la pratique religieuse ne comporte pas des signes religieux distinctifs propres à un seul culte.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Une croix catholique était en effet accrochée au mur de la salle des cultes. Elle a été retirée et il a été demandé aux aumôniers de veiller à la ranger à la fin des offices qu'ils assurent régulièrement.

Conformément au principe de laïcité qui s'applique dans les établissements publics de santé, l'établissement garantit aux patients la libre pratique de leur culte et la manifestation de leurs convictions religieuses».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le personnel a indiqué être peu sollicité par les patients.

6.6 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE DONNE PAS LIEU A UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La question de la vie affective et sexuelle des patients, prise en compte par les professionnels au sein des unités, n'est pas abordée au niveau institutionnel :

- le comité local d'éthique ne mentionne aucune saisine ou auto-saisine dans son dernier rapport qui couvre les cinq dernières années ;
- les unités n'abordent pas de façon collective la question de la sexualité et peu d'entre elles s'engagent dans des actions d'éducation sexuelle hors d'un contexte d'actes violents.

Pour autant, des initiatives individuelles portées par des professionnels formés⁴⁶ existent. Par l'intermédiaire de la boîte à idées des unités, les patients demandent régulièrement que le sujet soit abordé. En cas de rapprochement entre deux patients, la question est travaillée avec le médecin. De nombreux soignants ont indiqué distribuer des préservatifs à ceux qui le souhaitent et ne pas s'opposer à la détention de revues pornographiques, sous réserve de la protection des personnes vulnérables.

⁴⁶ Une infirmière rédige une thèse sur « la sexualité à l'hôpital ». Un psychiatre et un psychologue sont sensibilisés au sujet.

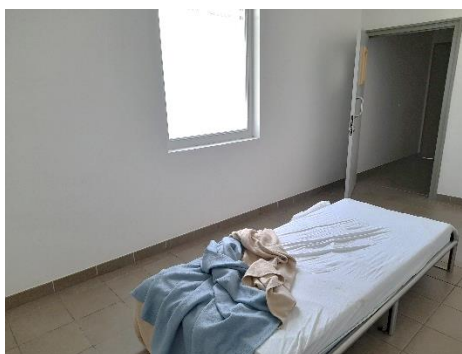
7. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT MERITENT DES AMELIORATIONS ET PLUS DU TIERS DES MESURES D'ISOLEMENT SE DEROULENT EN CHAMBRE HOTELIERE

L'établissement compte officiellement, en psychiatrie adultes, 7 chambres d'isolement (CI). Les unités Brévent, Aravis, Voirons, Rives du Léman en comptent chacune une et l'unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP), trois.

Le mobilier des CI est réduit à un sommier métallique fixé au sol et doté de passe-sangles. Aucune CI n'est équipée d'un pouf permettant au patient ou au soignant de s'asseoir. Le patient ne peut pas, de manière autonome, allumer et éteindre librement la lumière ni ouvrir le sabot de la fenêtre. Les CI sont dépourvues d'un accès direct à l'extérieur à l'exception de celles de l'USIP qui disposent d'une cour commune à laquelle les patients accèdent exclusivement accompagnés d'un soignant.

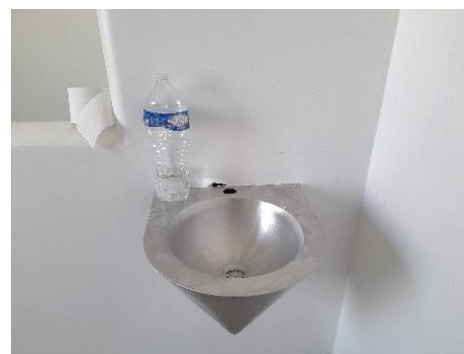
Les CI ne sont pas dotées d'un miroir à l'exception de celles des Rives du Léman et de l'USIP. Les patients isolés disposent d'un accès autonome aux commandes de la chasse d'eau et du point d'eau. Ces espaces sont équipées d'horloge qui indiquent également le jour et la date mais elles ne sont pas toujours visibles par le patient lorsqu'il est placé sous contention (Aravis). Les CI ne sont pas dotées d'un bouton d'appel, sauf à l'USIP où les patients contenus sont en outre équipés d'un bracelet d'appel d'urgence. Enfin, toutes les CI jouxtent le bureau infirmier et pour certaines, une surveillance visuelle régulière peut être effectuée depuis ce bureau par l'une des portes de la CI.



CI des Aravis



Toilettes



Point d'eau



CI de l'USIP



Bracelet d'appel d'urgence

Les patients isolés mangent dans leur chambre en présence d'un soignant, assis sur leur lit, plateau repas posé sur un table chevalet installée pour l'occasion et disposent de couverts en plastique. A l'USIP, les patients placés sous contention mangent assis sur leur lit, soutenus par un dossier de repos au lit mis en place par le soignant.

Le pyjama institutionnel est imposé en CI. Dans certaines unités (Aravis, USIP), le patient peut être autorisé à disposer de lecture.

RECOMMANDATION 22

Toutes les chambres d'isolement doivent être équipées d'un dispositif d'appel à portée de main du patient, d'une horloge visible y compris en cas de contention et d'un espace extérieur.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Depuis 2022, faisant suite à un projet intitulé « Sécurisation des chambres d'isolement », un dispositif d'appel malade a été mis en place : il s'agit de bracelets dotés d'un appel à l'aide fixés sur le cadre de lit à portée de main. Son utilisation systématique n'est néanmoins pas encore assurée et un rappel a été effectué auprès des unités concernées.

Depuis la visite du CGLPL, des aménagements ont par ailleurs été réalisés dans les chambres d'isolement, comportant notamment l'installation d'une horloge digitale visible.

S'agissant de l'accès à un espace extérieur, les chambres d'isolement étant majoritairement en étage, il ne pourrait être envisagé que par la création de balcons. Un tel chantier serait techniquement complexe à mener en site occupé, générateur de nuisances importantes, et coûteux. Au rez-de-chaussée, la chambre d'isolement donne sur le patio intérieur. Un important travail architectural serait également nécessaire ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Pour faire face à la tension capacitaire, il est constaté que :

- le patient ne conserve pas sa chambre hôtelière pendant son placement en CI. A la levée de la mesure, il reste en CI porte ouverte, dans l'attente d'un lit administratif ;
- l'isolement est pratiqué en chambres hôtelières. Celles-ci ne présentent aucune garantie de sécurité (porte-serviettes, miroir etc...). L'isolement en espace non dédié représente 37,8 % des mesures d'isolement en 2022. Il s'accompagne de la dépose du verrou de confort de la chambre concernée par les agents de sécurité. 54 déposes ont été recensées entre le 1^{er} janvier et le 8 mars 2023 ;
- la contention est également pratiquée en chambres hôtelières. Elle a concerné 50 patients sur 126, soit 39,7 % d'entre eux.

RECOMMANDATION 23

Un patient isolé ou contenu doit l'être dans un espace spécifique adapté, distinct de sa chambre hôtelière qui doit être conservée afin qu'il puisse en disposer à l'issue de la mesure.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « La tension extrême en terme capacitaire à laquelle l'EPSM 74 doit faire face depuis plusieurs années est telle que des mises en contention doivent être pratiquées en chambre standard lorsque toutes les chambres sécurisées sont occupées. Cette pratique reste

néanmoins exceptionnelle et fait suite à une réflexion entre les équipes médicales et la direction, au cas par cas.

Pour les mêmes raisons d'insuffisance de lits d'hospitalisation du fait des fermetures d'unités rendues incontournables par la pénurie de psychiatres à laquelle l'établissement confronté, il n'est pas toujours possible de conserver la chambre standard d'un patient lors de sa mise à l'isolement ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

7.2 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION NE SE LIMITENT PAS A UNE PRATIQUE DE DERNIER RECOURS ET LE REGISTRE N'EST PAS EXPLOITE

Les pratiques d'isolement et de contention sont toutes tracées, en CI comme en espace non dédié. Pour autant, aucune analyse systématique du registre n'est rapportée dans les unités contrôlées ou ne semble être prévue. Ainsi, si des extractions ont pu être réalisées pour le rapport annuel, le registre n'est, à ce stade, pas exploité en continu comme un outil de d'évaluation et de réflexion partagée sur les pratiques, au niveau des unités comme de l'établissement en général. Il devrait faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque unité⁴⁷.

RECOMMANDATION 24

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

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « un rappel des bonnes pratiques en terme de recours à l'isolement et à la contention et de débriefing de ces mesures a été réalisée auprès des chefs de service. ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une analyse du registre d'isolement et de contention sur l'année 2022 et ont obtenu les données suivantes :

	File active tout patient	File active SSC	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieure à 72heures	Nb de patients ayant au moins une mesure de contention associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contention	Durée moyenne des contentions (en heures)
Toutes les UHTP	1021	609	315	30,9 %	1278	106	54,34	239	126	40 %	12,3 %	292	30,7
Brève	352	205	79	22,4%	175	27	53,57	41	35	44,3%	9,9%	62	23,11

⁴⁷ Le médecin du département d'information médicale (DIM) présente lors de chaque réunion de la CME un bilan semestriel relatif à l'isolement et à la contention ainsi qu'il ressort des comptes-rendus des mois de juin et septembre 2021 de cette instance.

Salève	39	7	1	2,6 %	1	0	12	0	0	0 %	0 %	0	0
Voirons	306	179	65	21,2 %	210	5	59,04	49	33	50,8 %	10,8 %	62	50,1
Aravis	257	156	71	27,6 %	577	61	27,79	52	30	42,3 %	11,7 %	54	33,86
Bionn assay	98	23	3	3,1 %	12	2	8,32	0	1	33,3 %	1 %	1	20,817
USIP	99	99	83	83,8 %	157	1	151,33	66	25	30,1 %	25,3 %	81	22,6
USN2	35	18	6	17,1 %	24	1	45,38	5	0	0 %	0 %	0	0
RL ⁴⁸	161	108	45	28 %	122	9	54,78	26	19	42,2 %	11,8 %	32	23,31

Il en résulte que :

- la proportion de la file active de patients des unités contrôlées concernée par le recours à l'isolement est de 30,9 % chez les adultes, chiffre supérieur à la moyenne constatée dans les établissements contrôlés par le CGLPL au niveau national qui est de 25 %. Cette proportion est très variable d'une unité à l'autre : 2,6 % à Salève, 21,2% aux Voirons, 22,4 % à Brévent, 27,6% aux Aravis, 28 % aux Rives du Léman et 83,8 % à l'USIP. Ce taux très élevé à l'USIP s'explique par le fait que les patients étaient systématiquement placés à l'isolement pendant 24 heures lors de leur arrivée dans l'unité, que tous les patients étaient enfermés dans leur chambre pendant la sieste et la nuit⁴⁹, que des patients en crise aiguë et agités ont été admis ainsi que des détenus directement placés en CI. Les pratiques ont toutefois changé à compter de fin novembre 2022 avec la fin des isolements systématiques de 24 heures à l'arrivée et de ceux de nuit et pendant la sieste concomitamment avec l'installation de caméras de vidéosurveillance dans le couloir de l'unité et de l'arrivée d'un troisième soignant la nuit ;
- la proportion de la file active de patients des unités contrôlées concernée par le recours à la contention est de 12,3 % chez les adultes soit plus de deux fois supérieure à la moyenne constatée dans les établissements contrôlés par le CGLPL au niveau national (5%). Ainsi, la contention a concerné 9,9 % des patients de Brévent, 10,8 % aux Voirons, 11,7 % aux Aravis, 25,3 % à l'USIP et 11,8 % aux Rives du Léman. La durée moyenne de ces mesures est de 30,7 heures soit supérieure à la durée moyenne des établissements contrôlés qui est de 24 heures. Cette durée moyenne atteint même 33,86 heures aux Aravis et 50,1 heures aux Voirons ;
- enfin, 17,8 % de mesures d'isolement ont été prises sur des patients initialement en soins libres. Trois patients des Aravis, un des Voirons, deux du Brévent sont restés placés à l'isolement sans transformation de leur statut, le premier pendant 166,75 heures, le deuxième durant 90,5 heures, le troisième durant 42 heures, le quatrième 185,95 heures, le cinquième 66 heures et le sixième 170 heures.

⁴⁸ Rives du Léman.

⁴⁹ Ces mesures ont toutes été tracées dans Cariatides au titre de l'isolement.

Sur l'établissement, la durée moyenne des mesures d'isolement est de 54,34 heures et 239 mesures ont été d'une durée supérieure à 72 heures. Le JLD n'a jamais été saisi (cf. § 7.3).

Ces données suggèrent ainsi que des mesures d'isolement et de contention ne se limitent pas à une pratique de dernier recours, avec des écarts constatés entre unités (même s'il faut tenir compte des publics différents qu'elles accueillent) alors qu'elles ne doivent intervenir qu'en dernier recours, pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, avec une motivation en conséquence des décisions médicales.

Pour certains soignants et médecins, l'isolement est toujours considéré comme un soin dont il est impossible de faire l'économie en raison du sous-effectif d'IDE, *a fortiori* expérimentés en psychiatrie. D'autres, essentiellement dans des unités mieux dotées en personnel, estiment en revanche que « l'isolement n'est un soin que si on est présent avec le patient » et que « mettre sous contention un patient est un constat d'échec ».

Les Aravis et l'USIP disposent d'un salon d'apaisement. Ils sont équipés de gros coussins enveloppants, d'une couverture lestée, de tapis de sol, de lumières évolutives, de musique et de diffuseurs d'huile essentielles. Le projet d'établissement prévoit de généraliser en 2025 les espaces d'apaisement⁵⁰ et de planifier, dès 2023, via l'animateur sportif des activités d'évacuation de la tension telles que la boxe, la relaxation, la danse, etc. Seule l'USIP a instauré un outil lui permettant de mesurer son utilisation et de quantifier son impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.

RECOMMANDATION 25

Les pratiques d'isolement et de contention ne peuvent concerner que des patients en soins sans consentement, le mode d'hospitalisation de ceux en soins libres doit faire l'objet d'une transformation dans les délais les plus brefs.

Le placement en chambre d'isolement doit être envisagé comme une décision de dernier recours après avoir mis en œuvre toutes les alternatives possibles.

Toutes les unités doivent être dotées d'une chambre d'apaisement. Un outil doit être mis en place pour quantifier leur impact sur le nombre de mesures d'isolement et de contention ainsi que sur la durée de celles-ci.

Les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention qui doivent être explicitées dans le protocole de mise en isolement.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les soignants doivent être formés aux alternatives à l'isolement et à la contention qui doivent être explicitées dans le protocole de mise en isolement. Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours issue d'un échange en équipe pluridisciplinaire. La transformation du mode de placement est systématiquement réalisée si le patient est en soins libres. Des formations sont organisées en interne, mais aussi via des prestataires, sur la gestion de l'agressivité et le recours aux alternatives à la contention. Des chambres d'apaisement ont été créées dans deux des trois unités d'admission ; pour la dernière

⁵⁰ Un projet d'installation d'un espace d'apaisement aux Voirons dans la 27^{ème} chambre était envisagé et le financement demandé dès le mois de septembre 2021.

(unité Brévent), des spécificités techniques rendent nécessaires des études plus approfondies et des arbitrages institutionnels devront suivre en fonction des préconisations. Aucun calendrier précis ne peut de ce fait être communiqué à ce jour.

Les cadres de santé qui ont travaillé sur ce sujet en 2021 ont proposé l'utilisation d'un agenda pour noter et évaluer l'usage de ces espaces ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le projet d'établissement évoque également le développement des alternatives à la contention par la mise en place des techniques de désescalade avec le matériel adéquat, la poursuite de la formation des professionnels aux outils de la gestion de la crise et la diminution du recours aux mesures de contention et d'isolement par l'instauration d'un groupe de travail comprenant des médecins, des cadres, des IDE, des AS et l'animateur sportif.

Le patient placé en CI est vu deux fois par jour par un psychiatre. L'examen médical somatique des patients isolés n'est pas systématique pas plus que celui des personnes placées sous contention, pour l'évaluation notamment de la pertinence d'une prescription de la prévention thrombophlébite. Le médecin somaticien se déplace à la demande. Aucune consigne concernant la prise en compte des addictions le temps des mesures d'isolement et de contention n'existe.

RECOMMANDATION 26

Tout patient isolé doit bénéficier d'un examen médical somatique et tout patient contenu d'une évaluation médicale et de l'analyse de la pertinence d'une prescription d'un traitement anticoagulant préventif d'un risque thrombo-embolique.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « cet objectif a été fixé aux médecins somaticiens de l'établissement par leur cheffe de pôle et a fait l'objet d'une formalisation conformément au cadre réglementaire du contrat de l'une des praticiennes. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Le débriefing après une mesure d'isolement, assortie ou non d'une mise sous contention, n'est pas systématique par les médecins. Toutefois, depuis le recrutement d'un médiateur de santé-pair en janvier 2023, ces mesures font l'objet de temps de reprise lors des réunions soignants/soignés qu'il coanime. Les psychologues qui interviennent dans les unités abordent cette question à la demande du patient. Plusieurs médecins rencontrés ont témoigné d'une réelle sensibilité à ce temps de reprise et d'échange avec le patient et prennent progressivement en compte leurs dires relatifs « à ce qui fonctionne avec eux ».

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que cette thématique constitue une action du programme d'amélioration de la qualité élaboré pour l'année 2023. Une fiche a été rédigée et a servi de base à un échange entre la cadre supérieure de santé de santé de l'intra-hospitalier et les cadres des unités concernées.

Le patient n'est pas informé au début de la mesure de ses voies de recours (cf. § 7.3) et de la possibilité qu'un proche soit informé, avec son accord. Ceux- ne sont pas avisés de leur droit propre de demander la levée au juge.

RECOMMANDATION 27

L'information de la personne isolée et éventuellement contenue doit être assurée au moment de la prise de décision de placement et de renouvellement et à défaut dès que son état clinique le permet. En cas de renouvellement de la mesure, les personnes de son choix, avec son accord, doivent être informées.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « L'EPSM 74 tient à signaler en premier lieu que la mise en œuvre effective de la réglementation concernant les saisines du JLD en cas de dépassement des délais d'isolement et contention est effective depuis fin mai 2023, donc postérieurement à la visite du CGLPL. L'information délivrée au patient est désormais inscrite dans le dossier patient informatisé (DPI) Cariatides.

Les coordonnées (mail / n° de téléphone) sont par ailleurs mises à jour dans le dossier médical patient pour toutes les admissions en soins sans cor (données administratives). L'accord du patient ainsi que les personnes désignées sont en outre enregistrées dans le formulaire Cariatides dédié (Annexe 1 de Cariatides) ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

7.3 LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EXERCE AUCUN CONTROLE SUR LES DECISIONS D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Depuis le 24 janvier 2022⁵¹, l'article L. 3222-5-1 du CSP prévoit, outre l'obligation d'informer le JLD, celle de le saisir pour des mesures d'isolement excédant 72h et pour des mesures de contention excédant 48h.

Une expérimentation menée aux Voirons, d'une durée deux mois fin 2021, a été jugée non concluante en raison des difficultés organisationnelles, notamment d'une permanence de week-end, de la surcharge de travail qu'elle a engendrée et de la difficulté pour certains médecins de rédiger les certificats médicaux. Dans un courrier du 15 décembre 2021, l'établissement a informé le président du TJ de Bonneville d'un moratoire concernant l'application de la réforme du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention pour la période du 15 décembre 2021 au 31 janvier 2022. Ce courrier expose que, compte tenu du « constat partagé de forte tension sur les effectifs (...), des contraintes de continuité administrative que la réforme fait peser et des faibles moyens dévolus par l'ARS à ce dossier », « la priorité institutionnelle est donnée aux soins dispensés aux patients ».

Au moment de la visite du CGLPL, ce moratoire était toujours d'actualité : le contrôle du JLD en matière d'isolement et de contention est inexistant alors que, comme indiqué au § 7.2, il aurait dû être saisi 239 fois en 2022. Plusieurs raisons ont été invoquées pour expliquer cette situation : l'opposition d'une partie du corps médical, la situation de sous-effectif de PM et de PMN (cf. § 3.3), le problème de la signature électronique des prescriptions faites dans Cariatides et la gestion des fins de semaine. Toutefois, cette voie de recours est un droit pour les patients et leurs proches. Aucune dérogation n'est possible : l'établissement est ainsi dans une situation d'illégalité manifeste.

⁵¹ Loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le CSP.

Le JLD s'est prononcé une fois après que, à l'occasion de l'audience des douze jours du 28 décembre 2022, un patient en SPI, hospitalisé depuis le 19 décembre 2022, a contesté les mesures d'isolement et de contention dont il faisait l'objet depuis son admission et en a sollicité la mainlevée. Par une ordonnance du 29 décembre 2022, le juge a fait droit à cette demande en relevant, d'une part, que le renouvellement de la mesure de contention depuis le 21 décembre 2022 était irrégulier en l'absence de justification par l'établissement d'une information du juge en application de l'article L. 3222-5-1 II du CSP et, d'autre part, que la motivation des décisions de renouvellement est lacunaire et ne permet pas de caractériser un danger de dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui.

Pendant la visite, il a été indiqué que la procédure d'information et de saisine du JLD serait effective à compter du 1^{er} avril 2023. Les contrôleurs ont constaté que les documents afférents au contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention sont d'ores et déjà prêts : une fiche destinée à l'ensemble du personnel qui synthétise les principales dispositions régissant la procédure, une note d'information au patient sur ses droits et les voies de recours, les courriers d'information du patient et des proches et un modèle de saisine. En revanche aucun outil informatique de suivi en temps réel des mesures, permettant de gérer les délais et les décisions, n'a été mis en place, les mesures restant suivies par les secrétaires médicales sur un fichier Excel.

RECOMMANDATION 28

Le juge des libertés et de la détention doit opérer le contrôle des mesures d'isolement et de contention renouvelées au-delà de 48 et 24 heures et doit être saisi des mesures d'isolement et de contention prolongées au-delà de 72 et 48 heures.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « Comme indiqué ci-dessus, ces dispositions ont été mises en œuvre depuis fin mai 2023. La procédure EPSM-PR-0108 en détaille les modalités. Elle a déjà été évaluée et ajustée en juin 2023 ».

Dans ses observations du 14 août 2023 faisant suite au rapport provisoire, le président du TJ de Bonneville indique que le courrier du 15 décembre 2021 par lequel l'établissement l'a informé d'un moratoire concernant l'application de la réforme du contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention pour la période du 15 décembre 2021 au 31 janvier 2022 a donné lieu de sa part à une réponse datée du 17 décembre 2021. Il ressort de ce courrier qu'après avoir rappelé les dispositions légales ainsi que les décisions du Conseil constitutionnel, le président rappelle également que la décision dudit Conseil en date du 4 juin 2021 s'impose au juge judiciaire garant des libertés individuelles. Il conclut en indiquant que « **Bien évidemment et comme nous l'avons fait pour la loi applicable depuis le 1^{er} janvier 2020, nous poursuivrons notre coopération afin de faciliter l'application de la décision du Conseil constitutionnel à compter du 1^{er} janvier 2022. [Le JLD] prendra attache avec vous prochainement** ». **Dans ses observations, le président du TJ mentionne également que** « les réformes successives concernant le contrôle par le juge des libertés et de la détention des mesures d'isolement et de contention ont été l'occasion de plusieurs réunions organisées par le juge des libertés et de la détention avec la direction de l'établissement public de santé mentale 74 et les soignants afin de fluidifier les échanges entre l'établissement hospitalier, le tribunal et les avocats. Les permanences du juge des libertés et de la détention et du greffe dédié sont assurées depuis la mise en œuvre de la réforme.

Enfin, du 28 mai au 11 août 2023, le juge des libertés et de la détention a rendu 90 décisions relatives à des saisines liées aux mesures de contention et d'isolement. Par conséquent, la réforme est désormais appliquée par l'établissement public de santé mentale 74 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

8. !!LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 A LA DIFFERENCE DE LA COMMISSION DES USAGERS, LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES NE REMPLIT PLUS SA PRINCIPALE MISSION

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques de la Haute-Savoie (CDSP 74)

Depuis le début de l'année 2020, bien qu'alors composée de quatre membres, la CDSP 74 ne remplit plus ses missions de visite de l'établissement et d'examen des dossiers des personnes admises en PI et de celles dont la mesure se prolonge au-delà d'une année. La dernière visite de l'EPSM 74 date du 15 octobre 2019.

Depuis le début de l'année 2023, la CDSP ne compte plus que deux membres⁵² qui ont décidé d'en poursuivre l'activité malgré l'absence de quorum et de pluridisciplinarité prévus par la loi. Une visite de l'établissement est programmée le 11 juillet 2023.

Le renouvellement triennal de la CDSP doit intervenir à l'automne 2023 et l'ARS, contactée téléphoniquement par les contrôleurs, indique « *travailler toutes les pistes utiles pour obtenir des candidatures pour les postes de médecins* »⁵³.

RECOMMANDATION 29

L'agence régionale de santé doit tout mettre en œuvre pour que la commission départementale des soins psychiatriques, obligatoirement composée de deux psychiatres et d'un médecin généraliste, puisse remplir son rôle de garant des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

8.1.2 La commission des usagers (CDU)

La CDU se réunit statutairement quatre fois par an, mais cinq réunions sont programmées pour 2023. Elle analyse les plaintes et réclamations, les fiches d'événements indésirables, les demandes d'accès au dossier médical et les questionnaires de satisfactions. Fin 2022, à la demande des représentants des usagers, la CDU a eu connaissance du nombre de mesures d'isolement et de contention. Lors de la réunion du 6 mars 2023, les représentants des usagers ont demandé à pouvoir visiter les « chambres d'apaisement ».

Le fonctionnement de la CDU témoigne d'une bonne collaboration entre les professionnels de l'EPSM 74 et les représentants des usagers. C'est ainsi que, en dehors de la CDU, les représentants des usagers sont conviés à des réunions sur les différentes organisations de l'établissements et les prises en charge, sur le rôle et les interventions du JLD, sur la mise en place de la procédure d'isolement et contention.

Par ailleurs, une fois par mois les représentants des usagers tiennent une permanence dans le hall de l'établissement pour une prise de contact avec les patients, leurs familles mais aussi les

⁵² Tous deux représentants de l'UNAFAM.

⁵³ Le conseil de l'ordre et les sept commissions professionnelles territoriales de santé (CPTS) du département ont été contactés.

professionnels. La rencontre peut se poursuivre dans une salle dénommée « *maison des usagers* », mise à disposition pour assurer notamment l'accueil des familles.

8.1.3 Les questionnaires de satisfaction

Ces questionnaires, remis à l'arrivée dans l'unité avec le livret d'accueil et disponibles dans le hall, sont dans l'ensemble peu renseignés. Dans certaines unités, les soignants admettent ne pas inciter les patients à les remplir. Le taux de réponse est fortement en baisse sur les trois dernières années : 22,7% en 2020, 17,9% en 2021 et 11,4% en 2022, ce qui s'expliquerait par le fort recours aux intérimaires peu impliqués sur ces questions.

En 2022, les patients se disent majoritairement satisfaits de l'accueil, des soins, du service social, de l'hôtellerie, de la restauration, des prestations, de la confidentialité et de l'intimité ainsi que de la sortie. La satisfaction quant à l'information sur les soins et le traitement est globalement bonne à la différence de celle relative aux conditions d'admission et aux recours pour les soins sans consentement qui n'excède pas la moyenne.

8.2 LE REGISTRE DE LA LOI NE COMPORTE PAS TOUTES LES MENTIONS PRESCRITES PAR LA LOI

Le registre est tenu par le bureau de la loi composé d'un chef de service et de trois agents ayant toutes délégation pour la signature des décisions du directeur⁵⁴. En dehors des heures d'ouverture de ce bureau, les décisions du directeur sont préparées par les agents de l'accueil et signées des directeurs d'astreinte. Les arrêtés d'admission du préfet ainsi que les arrêtés préfectoraux de transformation d'une mesure de SPDT en SPDRE sont préparés, de manière inhabituelle, par les agents de l'EPSM 74 – ou par les officiers de la maison d'arrêt quand il s'agit de détenus – puis adressés au directeur de cabinet du préfet pour signature. L'ARS n'assure en effet la préparation que des arrêtés fixant le mode de prise en charge ou maintenant la mesure, les arrêtés de mainlevée ou de changement de forme de prise en charge et ceux portant réintégration.

Le livre de la loi comporte deux registres distincts, l'un pour les SDRE, l'autre pour les SDDE, tenus selon un modèle normalisé⁵⁵ non-dématérialisé et renseignés à très bref délai. Les documents y sont reproduits en format réduit.

Ils ont été visés, sans commentaires, le 12 juillet 2022 par le président et le procureur de la République du TJ de Bonneville et au mois d'octobre 2019 par l'ARS.

Les contrôleurs relèvent que les registres ne satisfont pas pleinement aux exigences légales :

- plusieurs mentions préimprimées de la première page d'un folio, concernant les informations sur le patient et sa prise en charge, ne sont pas toujours renseignées empêchant ainsi d'avoir une vision globale rapide du déroulé des mesures ;
- les arrêtés et décisions d'admission et de maintien du directeur sont collés au milieu des certificats médicaux en seconde page ;
- le dispositif de l'ordonnance du JLD est parfois absent ;
- les certificats médicaux mensuels ne sont pas systématiquement reproduits ;

⁵⁴ Un troisième agent a été affecté à ce bureau lors de la reprise des patients de Thonon et dans la perspective de la mise en œuvre de la procédure de recours devant le JLD des mesures d'isolement et de contention.

⁵⁵ Livres cartonnés de format A2, numérotés, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient.

- les notifications des décisions administratives et judiciaires, comme celles des droits et voies de recours ne sont jamais mentionnées, contrairement aux exigences légales.

RECOMMANDATION 30

Les registres de la loi doivent être tenus avec plus de rigueur et mentionner dans les 24 heures, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, outre les éléments d'identité du patient et du tiers, toutes les décisions concernant la mesure, les dates de notification des décisions ainsi que les droits et voies de recours et garanties.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice établissement indique : « Ces remarques ont été faites lors de la visite du mois de mars directement aux juristes du bureau de la Loi, lesquelles ont immédiatement mis en place les actions correctives. Lorsque cela s'est avéré possible, les anciennes mesures existantes ont été reprises afin d'y ajouter les éléments manquants.

En parallèle, une démarche plus globale associant les assistantes médico-administratives et les assistantes sociales a été initiée, visant à vérifier les éventuelles mesures de protection juridique dont bénéficient les patients en soins sous contrainte et vérifier que les jugements sont encore d'actualité. Cela représente un travail conséquent qu'il faudra plusieurs mois pour finaliser, l'équipe du bureau de la Loi étant par ailleurs en sous-effectif depuis le mois de juillet dernier ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné le registre n°21 relatif aux SPDRE portant 13 nouvelles mesures entre le 29 juillet 2022 et le 07 mars 2023 et le registre n°130 concernant les SPDDE dans lequel 73 admissions sont inscrites du 18 janvier au 8 mars 2023.

Il ressort de cet examen que :

- les arrêtés du préfet et les décisions du directeur, toujours pris dans la journée de l'admission, ne sont pas horodatés contrairement aux certificats médicaux ;
- les certificats médicaux initiaux sont peu descriptifs sur les troubles et, pour les mesures de SPI, détaillent insuffisamment « le péril imminent pour la santé de la personne et l'impossibilité de recueillir la demande d'un tiers ». Ils ne portent pas mention du recueil des observations du patient ;
- les certificats médicaux des 24 et 72 heures, comme les avis motivés et les certificats mensuels, sont détaillés, toujours signés par deux médecins différents y compris pour les procédures en urgence et les SPDT classiques ;
- près de la moitié des SPDRE sont initiés sur arrêté provisoire d'un maire, dont un non confirmé par le préfet. Sur les 13 mesures de SPDRE prises du 29 juillet 2022 au 7 mars 2023, 3 ont été levées par arrêté du préfet, dont 2 après un second avis médical et 4 par le JLD⁵⁶ ;

⁵⁶ Les motifs sont les suivants : erreur d'identité du patient dans l'arrêté du maire, absence de convocation du curateur à l'audience, arrêté du maire non motivé, notification dans une langue non comprise du patient.

- sur les 73 mesures de SPDDE, 2 ont été levées à 72 heures, 6 dans les 8 jours, 6 avant 15 jours, 12 dans le mois et 2 à 5 semaines. Deux mesures ont été levées par le JLD à la demande du tiers⁵⁷.

RECOMMANDATION 31

Les décisions d'admissions du directeur et les arrêtés du préfet doivent mentionner l'heure d'admission effective du patient afin de garantir le respect des délais impartis par la loi.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les décisions d'admission, de 72h et de réadmission ont été mises à jour. La procédure correspondante et la demande pour les arrêtés préfectoraux seront prochainement actualisés ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

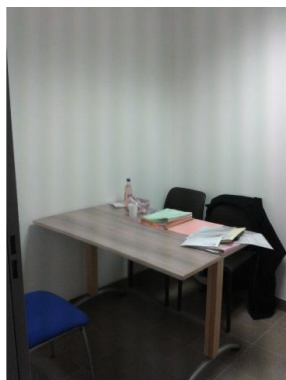
8.3 LE CONTROLE DU JLD SUR LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT EST EFFECTIF

Les audiences sont tenues par le JLD du TJ de Bonneville le mercredi, à partir de 9h30. Elles portent uniquement sur les mesures de soins sans consentement, le JLD n'exerçant aucun contrôle sur les mesures d'isolement et de contention (cf. § 7.3).

La salle, en partie dédiée à ces audiences, est identique à celle décrite dans le rapport de la visite du CGLPL en 2014. Située au rez-de-chaussée et bien signalée, la pièce, grande et lumineuse, est meublée d'une large table où prennent place de part et d'autre, le juge et son greffier, le patient et son avocat ainsi que le cas échéant, le tiers et le mandataire judiciaire. La porte du bureau réservé aux entretiens avec l'avocat est percée d'un fenestron offrant ainsi une vue sur la pièce depuis le couloir où un vigile stationne en permanence jusqu'à la fin de l'audience.



Salle d'attente



Bureau entretiens avocat



Salle d'audience

Les relations entre le service des SSC et celui du JLD sont décrites par les intéressés comme de qualité : les contacts sont aisés et le JLD est présenté comme très à l'écoute.

⁵⁷ Les motifs sont les suivants : absence de preuve de la notification des droits, persistance de troubles non caractérisés par l'avis motivé.

8.3.1 L'organisation de l'audience et la tenue de l'audience

La saisine du JLD est générée par les secrétaires médicales via Cariatides, puis transmise par le bureau de la loi accompagnée de tous les documents utiles au greffe du JLD. L'avis motivé indique si l'état clinique du patient est compatible avec sa comparution et son audition par le juge. Tout changement dans la situation médicale du patient ainsi que son refus d'assister à l'audience sont communiqués au greffe du JLD, avant l'audience, au plus tard le jour de celle-ci.

L'avis d'audience est notifié au patient, selon les unités, par un cadre ou un soignant qui lui explique le rôle du juge et le déroulement de l'audience. La nécessité d'un interprète est signalée au greffe du JLD dans l'acte de saisine.

Les agents du bureau de la loi organisent l'audience pour éviter aux patients d'attendre : ils sont appelés, un par un, à partir de 8h15 pour rencontrer l'avocat puis retournent dans leur unité jusqu'au moment où le juge appelle leur dossier à l'audience. L'ordre de passage est déterminé au regard des difficultés des services et du nombre de patients. Ceux de l'USIP passent habituellement les premiers, suivis de ceux nécessitant la présence d'un interprète puis de ceux dont un proche ou le tuteur est présent. L'agent du bureau de la loi cherche les proches à l'accueil et leur explique le déroulement de l'audience. En cas d'absence, les mandataires judiciaires peuvent adresser leurs observations écrites au JLD.

BONNE PRATIQUE 2

Lors des audiences du juge des libertés et de la détention, l'accueil des proches par un agent du bureau des entrées qui leur explique la procédure et les accompagne jusqu'à la salle d'audience permet d'informer et de rassurer les familles.

Lors de l'audience du 8 mars 2023, le juge, le greffier et l'avocat sont en robe. Le magistrat, qui se présente comme « le juge des libertés », explique que son rôle consiste à « vérifier la régularité de la procédure et l'adaptation des certifications médicales à la situation du patient et au diagnostic » et présente les éléments du dossier. La parole est donnée au patient, aux proches puis à l'avocat. Le greffier établit une note d'audience signée du juge et conservée au dossier. Le procureur de la République émet un avis écrit qui figure au dossier. L'administration n'est ni présente ni représentée à l'audience. A la fin de l'examen de chaque cas, le juge annonce que la décision sera rendue vers 16 heures et communiquée à l'intéressé dans son unité. Les soignants n'assistent à l'audience que si leur présence est de nature à rassurer le patient ou si celui-ci présente un risque pour la sécurité.

Les patients sont toujours habillés de vêtements de ville. Toutefois, certains sont en tongs ou en pantoufles.

RECOMMANDATION 32

Les soignants doivent veiller à la tenue vestimentaire, chaussures comprises, des patients qui comparaissent à l'audience du juge des libertés et de la détention.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « un rappel en ce sens a été réalisé auprès des équipes soignantes ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Les ordonnances sont notifiées dans l'après-midi par le médecin, le cadre ou un soignant, selon les unités. Les voies de recours mentionnées dans la décision sont alors expliquées à l'intéressé. Lorsque le patient ne maîtrise pas la langue française, l'ordonnance est traduite à la demande du service du JLD et adressée pour notification au patient le vendredi.

BONNE PRATIQUE 3

La traduction, à l'initiative du juge des libertés et de la détention, de l'ordonnance rendue concernant un patient non francophone garantit le respect de ses droits, notamment celui de comprendre les décisions prises à son endroit.

Les avocats interviennent dans le cadre d'une permanence assurée par un groupe de cinq ou six praticiens plus particulièrement intéressés par ce contentieux. Aucune formation spécifique n'est assurée par le barreau. Excepté dans les rares cas où le patient choisit son conseil, l'intervention de l'avocat est entièrement prise en charge par l'aide juridictionnelle sans examen des ressources (cf. § 4.3.1).

Selon les personnes rencontrées, les certificats médicaux d'incompatibilité de présentation à l'audience sont peu nombreux. Leur proportion a toutefois augmenté, de 4,55% des saisines de plein droit en 2021 à 5,91% en 2022⁵⁸. L'avocat se rend alors dans l'unité pour rencontrer le patient avant de le représenter à l'audience.

8.3.2 Les décisions rendues

L'activité du JLD, en nette augmentation entre 2021 et 2022, paraît se stabiliser sur les deux premiers mois de 2023⁵⁹. La très grande majorité des saisines interviennent dans le cadre du recours obligatoire, essentiellement au début de la mesure, plus rarement à six mois. A l'exception d'une patiente en SPDRE qui saisit le JLD plusieurs fois par semaine, les recours des patients ou des proches restent exceptionnels.

Les décisions ordonnant la poursuite de la mesure d'hospitalisation sont majoritaires. Quinze mainlevées ont été prononcées en 2021 (dont une avec effet différé), trente et une en 2022 (dont une avec effet différé) et trois sur les deux premiers mois de 2023, soit respectivement 3,5%, 5,2% et 3,44% des saisines de plein droit. Les vices de procédure portant atteinte aux droits des patients motivent la plupart des mainlevées⁶⁰. L'absence de preuve médicale de la persistance des troubles ou l'adhésion aux soins constituent les motifs d'annulation au fond.

Les appels, plus nombreux en 2022 qu'en 2021, sont principalement interjetés par les patients. Les décisions de prolongation de l'hospitalisation ont toutes été confirmées en appel. En mars 2023 une décision du JLD ordonnant la mainlevée de la décision a été infirmée sur appel du

⁵⁸ Pour les deux premiers mois de 2023, ces certificats représentent 2,29% des saisines de plein droit.

⁵⁹ Année 2021 : 464 saisines dont 417 de plein droit (348 requêtes du directeur et 69 du préfet), soit 38,66 saisines par mois. Année 2022 : 652 saisines dont 592 de plein droit (494 requêtes du directeur et 98 du préfet), soit 54,33 saisines par mois. Janvier et février 2023 : 97 saisines dont 87 de plein droit (76 requêtes du directeur et 11 du préfet), soit 48,5 saisines par mois.

⁶⁰ Elles représentent 13 mainlevées sur 15 en 2021, 22 sur 31 en 2022 et 3 sur 4 en 2023. Parmi celles le plus souvent relevées : notifications tardives ou non justifiées, certificats médicaux ne caractérisant pas les critères d'urgence ou de péril imminent, absence d'interprète lors des notifications ou à l'audience, identité et qualité de l'agent notificateur non précisées et absence de convocation du mandataire de justice.

préfet. Toutefois, la cour d'appel n'a pas ordonné la poursuite de l'hospitalisation après avoir constaté que la mesure avait pris fin en l'absence d'appel suspensif du parquet et qu'aucun programme de soins n'avait accompagné la sortie du patient.

9. LES SOINS

9.1 L'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES EST ASSURE

9.1.1 Les pratiques cliniques

Le projet médico-soignant de l'établissement n'est pas complété par des projets de service, sauf à l'USIP. Ces écrits abordent la prise en charge des patients, sans toutefois décrire les missions remplies au quotidien par les différents professionnels impliqués.

Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre, souvent plusieurs fois par semaine. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier.

Des réunions cliniques se tiennent régulièrement dans chaque service et elles associent l'ensemble des acteurs des projets de soins, psychiatres, travailleurs sociaux, aides-soignants, infirmiers et psychologues, parfois le médecin généraliste, mais pas les éducateurs ni les pharmaciens. Les services tiennent des réunions de synthèse permettant la préparation à la sortie, y compris grâce à la vidéo-conférence. Des réunions soignants-soignés ont lieu dans quelques services.

Le dispositif de médiateur pair, inscrit dans le projet d'établissement, a été mis en place et une médiatrice de santé pair est présente, à mi-temps, au sein de plusieurs services depuis janvier 2023 ; son action doit être sollicitée par les services intra et extrahospitaliers ; la médiatrice participe à la mise en place des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP), fait partie du comité d'éthique et est invitée permanente de la CDU. En revanche, elle ne bénéficie pas de la prise en charge d'une supervision.

Une infirmière de pratique avancée (IPA) est en poste sur l'établissement, affectée à 0,2 ETP sur le tutorat et 0,8 ETP sur l'équipe mobile de préparation à la sortie (EMAS). Elle participe à la psychoéducation, aux directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) et à de nombreux moments associant l'intra et l'extra hospitalier.

Si de nombreuses réunions au sein de chaque service permettent la transmission des informations et la pluridisciplinarité de la prise en charge, les réunions entre les médecins du pôle de psychiatrie adultes n'ont en revanche pas repris depuis la pandémie au Covid19. Il n'y a actuellement plus de moment d'échanges autour des pratiques et des cas cliniques complexes. Seuls les cadres organisent entre eux des réunions chaque semaine en présence de la gestionnaire de lits. Pourtant le projet d'établissement décrit l'ensemble des réunions polaires et interpolaires nécessaires.

9.1.2 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, de jeux de société, d'un ping-pong ou d'un baby-foot à disposition, quelques activités sont proposées dans les unités. Toutes les activités intègrent les projets de soins et les thérapeutes renseignent les dossiers informatisés des patients.

Les équipes, au sein des services, sont aidées depuis quelques mois par la présence de deux éducateurs spécialisés ; ces professionnels ne disposent cependant pas de bureau, ni de matériel informatique propre, ni même de téléphone, et interviennent dans cinq unités pour y développer davantage d'activités en utilisant les salles des services ou les espaces communs.

Un espace d'activités thérapeutiques (pour musicothérapie, médiation animale, cuisine, sorties culturelles par exemple) est également à disposition de tous les patients hospitalisés à l'EPSM 74, en soins libres ou SSC. Les locaux de cet espace sont vastes et adaptés avec de nombreuses salles d'activités. L'équipe comprend un animateur d'éducation physique adaptée, plusieurs ergothérapeutes, une psychomotricienne, trois soignants gérant la cafétéria et une diététicienne. Les thérapeutes sont associés régulièrement aux transmissions entre équipes soignantes dans les services.



Local ergothérapie



Local cuisine
thérapeutique



Cafétéria

Une « équipe d'animation et d'action culturelle » associant l'éducateur sportif, un responsable de la cafétéria et un responsable de l'action culturelle œuvre pour le développement de l'accès à la culture pour tous.

Le programme de toutes ces activités n'est malheureusement pas affiché dans toutes les unités. La cafétéria est tenue par trois agents (aide-soignant, agent des services hospitaliers et IDE). Deux (parfois un) sont présents chaque jour du lundi au dimanche, matin et après-midi et développent des activités comme des ateliers création (avec intervention d'un groupe d'entraide mutuelle), le loto, un atelier écriture, des jeux de sociétés. La cafétéria offre également des dispositifs en libre accès comme les jeux, le baby-foot, un espace bibliothèque.

L'USIP organise à l'intérieur de l'unité l'ensemble des activités thérapeutiques et occupationnelles, une psychomotricienne à mi-temps y étant affectée.

9.1.3 L'accès aux traitements

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Quatre pharmaciens (3,6 ETP) aidés des préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement y compris ses structures médico-sociales (800 lits), il n'y a pas d'interne ni d'externe.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise qu'aucune structure médico-sociale n'est rattachée à l'EPSM 74. Il s'agit vraisemblablement des trois autres membres du GCS Pharmacie hébergé par l'EPSM, deux hôpitaux locaux et un établissement médico-social.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100 % des prescriptions (92 % en 2021), soit un peu plus de 14 000 ordonnances. Toutes les propositions de modification sont acceptées par les prescripteurs. Les médecins intérimaires ou arrivants bénéficient, par les pharmaciens, d'une formation à la prescription sur le dossier patient Cariatides et d'une formation générale aux principales classes de psychotropes (20 médecins en ont bénéficié en 2022).

La conciliation médicamenteuse n'est pas mise en place pour les patients de psychiatrie. Il n'y a pas d'entretien pharmaceutique. Les relectures d'ordonnance, qui se tenaient tous les 15 jours, ne se font plus faute de médecin disponible. Toutefois, ces actions sont prévues dans le projet d'établissement 2023-2027.

Des pharmaciens participent aux ateliers d'éducation thérapeutique mais pas dans les unités intra hospitalières de psychiatrie adultes.

Les commissions du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tiennent trois fois par an.

9.1.4 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Au moment du contrôle, 50 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 292 jours, dont 22 à l'unité Salève et 14 à l'unité Bionnassay. 66 étaient comptés en juillet 2022.

Parmi ces 50 patients, 27 bénéficiaient d'une orientation par décision de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) pour une maison d'accueil spécialisée (MAS) ou un foyer d'accueil médicalisé (FAM), dont douze pour la seule unité Bionnassay. Sept attendaient une place en EHPAD et une personne, un logement autonome.

Dans les unités, les soignants et travailleurs sociaux rapportent le manque d'accès aux structures médico-sociales. Des appartements associatifs existent mais pas d'appartement de transition ; un projet concernerait deux appartements pour six pensionnaires au total.

Par ailleurs, la durée de traitement des dossiers par la MDPH serait d'un an.

Pour autant, la préparation à la sortie bénéficie de la mise en place, en septembre 2022, d'une équipe mobile d'accompagnement à la sortie (EMAS) qui comprend 0,5 ETP de médecin, 2 IDE, 0,5 ETP de travailleur social, un ergothérapeute, un temps de cadre et 0,8 ETP d'IPA. Une réunion clinique hebdomadaire permet la coordination des soins octroyés à une vingtaine de patients suivis entre quatre et six mois après la sortie du CH. Les patients sont rencontrés en binôme dans les services avant la fin de l'hospitalisation et sont accompagnés dans les structures partenaires (comme les pensions de familles).

9.2 LES SOMATICIENS SONT INTEGRES DANS LA PRISE EN CHARGE GLOBALE MAIS L'ACCES A L'ADDICTOLOGIE N'EST PAS ORGANISE

9.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des unités d'hospitalisation complète, par deux médecins généralistes (1,6 ETP). Chaque médecin a la charge de plusieurs unités et remplace son collègue lors des congés.

Un médecin est présent tous les jours de semaine afin d'examiner les patients admis (hormis ceux examinés par les urgentistes des services d'urgence) et voir en consultation ceux signalés par les soignants et psychiatres. Ils passent dans les services chaque jour et suivent les demandes d'intervention sur un cahier de liaison. Le médecin généraliste participe, ponctuellement, aux réunions cliniques dans certaines unités, ainsi qu'aux réunions de synthèse pour la préparation à la sortie.

Le somaticien ne vient pas examiner systématiquement les patients admis en chambre d'isolement mais sur demande du psychiatre. Le psychiatre s'assure de l'existence d'une

contraception et le cas échéant, la renouvelle. Pour son instauration, le somaticien organise un rendez-vous auprès d'un gynécologue.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés, dispensés majoritairement au sein du CHAL. Il n'est pas rapporté de difficulté d'accès aux soins pour les consultations et hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO).

Un pédicure et un kinésithérapeute se déplacent sur demande au sein de l'établissement.

Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé mais participent aux séances d'éducation thérapeutique concernant le diabète, les maladies cardiovasculaires et le tabagisme.

9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement ne dispose pas d'un addictologue ni d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) et ne l'envisage pas dans le projet d'établissement 2022-2026, alors que l'indicateur qualité sur ce point précis de la prise en charge apparaît faible.

En revanche, des rendez-vous sont pris lors des sorties avec les structures partenaires, principalement les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les patients n'ont ainsi pas accès aux soins d'addictologie qui seraient nécessaire à entreprendre ou poursuivre durant leur hospitalisation.

RECOMMANDATION 33

L'accès aux soins d'addictologie doit être organisé en faveur des patients hospitalisés.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « les patients pris en charge à l'EPSM 74 peuvent avoir accès aux consultations d'addictologie réalisées au CHAL. Les unités de soins prennent alors un rendez-vous auprès du secrétariat d'addictologie. Par ailleurs, une présentation des différents dispositifs d'addictologie pouvant être sollicités par les professionnels de l'établissement est envisagée lors d'une CME d'ici la fin de l'année 2023 ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

9.3 LES EQUIPES SONT FORTEMENT INVESTIES DANS LA PREPARATION A LA SORTIE MAIS LES SOLUTIONS D'AVANT SONT INSUFFISANTES

Les permissions de sortie, seul ou accompagné, sont fréquentes et concernent quasiment tous les patients, y compris en SDRE, dans l'objectif d'évaluer leur autonomie hors de l'hôpital, et la pertinence d'une transformation du statut d'hospitalisation ou d'une sortie d'hospitalisation. Le préfet ne présente pas d'opposition systématique aux permissions non accompagnées des patients hospitalisés en SDRE, mais exige une progressivité concernant leur durée, et des certificats médicaux motivés.

La sortie d'hospitalisation des patients en SSC, comme en SL, est préparée par les équipes. Les projets de sortie sont élaborés lors de réunions en équipe pluriprofessionnelle, dont les ASS, généralement une fois par semaine. Des représentants des équipes des CMP sont présents à toutes ces réunions, quelle que soit l'unité.

Les ASS, très investis dans l'accompagnement social des patients tout au long de leur parcours, procèdent systématiquement à la vérification de l'accès à l'ensemble des droits sociaux (cf. § 5.3).

De nombreux patients présentent un profil médico-social avec une orientation MDPH, qui les destine à être accueillis en foyer d'accueil médicalisé (FAM), en maison d'accueil spécialisée (MAS) ou en établissement d'accueil médicalisé (EAM). Toutefois, malgré l'investissement des ASS et la volonté du personnel d'éviter que l'établissement ne devienne un lieu de vie pour certains patients (le mot d'ordre étant le « chez soi d'abord »), le manque de structures d'aval adaptées contraint toutefois de nombreux d'entre eux à attendre à l'hôpital plusieurs mois, voire plusieurs années, avant qu'une place se libère (cf. § 9.1.4).

Par ailleurs, dans le contexte de pénurie d'effectifs et dans l'objectif de développer les soins en extrahospitalier, l'équipe mobile d'accompagnement à la sortie (EMAS) qui garantit un suivi de six mois pour favoriser l'intégration des patients dans la cité et éviter une nouvelle hospitalisation, a été renforcée. Elle intervient sur le dispositif d'accompagnement au logement constitué de résidences d'accueil, maisons relais et résidences sociales, de familles d'accueil, d'appartements traditionnels ou bien encore d'intermédiation locative.

9.4 LE CONSENTEMENT DU PATIENT AUX SOINS PRODIGUES N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

Les projets de soins individualisés sont établis avec les patients lors de chaque entretien avec les psychiatres sauf lorsqu'il s'agit de médecins intérimaires intervenants sur une courte période. Le contenu des certificats médicaux n'est cependant pas explicité par tous les médecins, qui ne recueillent pas toujours les observations des patients et ne les mentionnent que dans le dossier médical et non sur les certificats.

La possibilité de désigner une personne de confiance est annoncée dans le livret d'accueil, auquel est joint un formulaire de désignation. Lors de l'admission, la désignation de la personne de confiance est systématiquement proposée mais celle-ci n'est pas contactée et sa signature n'est pas recherchée ou obtenue. Cette personne de confiance n'est pas associée en tant que telle à la compréhension des soins proposés et à la recherche du consentement aux soins ; elle n'est, par exemple, jamais invitée aux réunions de synthèse clinique.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement précise que les indicateurs mensuels montrent un recueil de la désignation de la personne de confiance de 63 % en moyenne au mois de mars 2023, toutes unités confondues.

L'établissement a récemment débuté la mise en place des directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) en cas de crise (ou plan de prévention des crises) appelé ici plan souhaité d'organisation des soins (SOS).

Concernant le consentement aux traitements, 31 patients (et 44 lignes de prescriptions) bénéficiaient, au moment du contrôle, de prescriptions actives de « *traitements injectables en si besoin* », principalement motivées par l'indication « *si agitation ou refus de traitement per os* ». Ces patients se trouvaient dans toutes les unités et les molécules comprenaient majoritairement du Loxapac® et du Valium®. Une prescription était active depuis septembre 2013.

Le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la

clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

RECOMMANDATION 34

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, doit être prohibée.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « *un rappel en ce sens a été réalisé auprès des prescripteurs* ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue dans certains cas de manière individualisée en salle de soins, dans d'autres avec une absence de confidentialité entre patients ne permettant pas le développement d'une éducation thérapeutique du patient individuelle.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 DES MINEURS SONT HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES

L'hospitalisation des mineurs s'effectue en première intention dans les cliniques privées (cf. § 3.1.2). L'admission à l'EPSM 74 peut toutefois avoir lieu pour les mineurs faisant l'objet de soins à la demande du représentant de l'état (SPDRE), d'une ordonnance provisoire de placement (OPP), d'un transfert ou encore dans l'attente d'une place en clinique.

Ce fut le cas pour douze mineurs en 2021 (dont un SPDRE et une OPP), treize en 2022 (dont trois SPDRE et une OPP) et six entre le 1^{er} janvier et le début du mois mars 2023 (dont un jeune de 17 ans toujours présent au moment du contrôle).

Sauf très rares exceptions, les mineurs ainsi accueillis sont âgés de plus de 16 ans. La durée moyenne de séjour est d'environ 16 jours.

Ils sont répartis dans toutes les unités, à l'exception de Salève. L'admission à l'USIP est limitée aux mineurs détenus. A Brévent, les mineurs en SPDRE ou sur OPP sont placés dans la partie fermée de l'unité, les autres dans la partie ouverte.

Les mineurs font l'objet d'une attention particulière : chambre proche du bureau infirmier, possibilité de rester dans sa chambre et de s'y enfermer pour éviter le contact avec les adultes, rencontre fréquente avec le médecin, usage de l'ordinateur autorisé. Les parents sont associés autant que possible à la mesure.

Malgré ces précautions, une fiche d'événement indésirable a été renseignée le 22 décembre 2022 à la suite d'une suspicion de viol sur un mineur de 17 ans.

RECOMMANDATION 35

Les enfants ou adolescents ne doivent pas être hospitalisés avec des adultes. Dans tous les cas, leur suivi doit s'exercer sous le contrôle étroit d'un médecin et d'une équipe formée spécifiquement à la pédopsychiatrie et dans des conditions garantissant leur protection contre toute forme de violence, physique ou morale.

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique : « l'EPSM 74 ne dispose pas d'une autorisation d'hospitalisation pour les mineurs. En Haute-Savoie, les établissements privés sont détenteurs de ces autorisations : Clinique des Vallées et Clinique Regina. Les cas les plus graves continuent néanmoins de se présenter à l'hôpital public, soit dans les services de pédiatrie pour les plus jeunes, soit dans les services de psychiatrie pour adultes pour les plus âgés. Les orientations depuis les services d'urgences de mineurs en crise vers les cliniques disposant d'autorisation sont difficiles à mettre en œuvre. Dans beaucoup de ces situations, les mineurs transitent de fait par l'EPSM 74, en attente de transfert vers une clinique, et ce pour une période très variable. Cette situation pose de multiples difficultés d'organisation et de sécurité.

Cette question de l'hospitalisation des mineurs à l'EPSM 74 est très fréquemment remise en débat avec les acteurs concernés sur le territoire. Une lecture extensive du Code de la santé publique permet de considérer que tout patient âgé de 16 ans et plus est assimilé à un adulte et peut donc être admis à l'EPSM 74. Pour les équipes de ce dernier, une personne de moins de 18 ans est juridiquement mineure et ne devrait donc pas être hospitalisée dans l'établissement, ce d'autant que seules des équipes de psychiatrie générale interviennent en secteur d'hospitalisation, lequel

ne dispose d'aucun pédopsychiatre. En outre, la sécurité physique des mineurs ne peut être toujours garantie, ce qui conduit parfois à hospitaliser de jeunes gens, pour leur sécurité, en chambre d'isolement, pratique contraire tant à la réglementation qu'à l'éthique ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

10.2 LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS, ASSIMILES AUX AUTRES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, EST LIMITEE PAR DES QUESTIONS MATERIELLES QUI NE SONT PAS RESOLUES EN AMONT

Un protocole daté du 22 septembre 2022 régit l'accueil de patients détenus en SDRE, en provenance de la maison d'arrêt (MA) de Bonneville (Haute-Savoie)⁶¹.

L'activité de prise en charge de ces patients est rapportée ainsi par l'établissement :

	2021	2022
Nombre de mesures	25	27
Nombre de patients	19	21
Nombre de journées	186	292
Durée moyenne de séjour (DMS)	7,75	10,81

Les admissions à l'EPSM 74 résultent d'un refus de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lyon (Rhône) de les accueillir. Il n'a pas été possible aux contrôleurs d'identifier les services dans lesquels cette vingtaine de patients en 2022 a été prise en charge. Le personnel de l'unité Brévent a témoigné en recevoir environ quatre par an. Selon le protocole de 2022, ils sont répartis comme les autres patients : en fonction de leur secteur, ou, à défaut de domiciliation dans un secteur relevant de l'établissement, selon l'ordre établi dans la procédure d'admission des patients dans les unités d'hospitalisation. En réalité, la tension sur la gestion des lits les conduit non seulement vers des unités qui ne correspondent pas à leur secteur mais aussi vers l'USIP, lors d'admissions qui se réalisent de fait entre 18h et 22h à l'issue de la procédure administrative, ce qui perturbe les patients comme les soignants.

Les soignants de l'EPSM 74 reçoivent du personnel pénitentiaire une fiche de liaison comportant des éléments d'identité, le signalement d'incidents et d'observations complémentaires, le certificat de demande de SSC établi par le médecin de l'unité sanitaire de niveau 1 (USN1), le refus de l'UHSA. La fiche de liaison ne comprend aucun élément relatif aux permis de visite, aux numéros de téléphone autorisés, à l'avocat désigné, etc. alors que le protocole de 2022 énonce clairement : « A ces documents s'ajoute la notice de l'administration pénitentiaire des droits du patient (visites, courrier, téléphone...). Si le document est non communiqué s'adresser au gradé pénitentiaire [suivi du numéro de téléphone] ». Une fiche pénale – de surcroît illisible par des personnes non formées – est jointe. Les soignants de l'USN1 transmettent parallèlement via Cariatides une synthèse médicale et du parcours de soins.

⁶¹ Il complète le protocole-cadre de 2013 et la convention de la même année qui organisent l'intervention sanitaire au sein de la MA en prévoyant, en complément de celle du CHAL pour les soins somatiques, celle de l'EPSM 74 en matière de santé mentale, dans une unité sanitaire de niveau 1 (USN1), désormais fermée, cf. § 3.1.2.

RECOMMANDATION 36

Pour la prise en charge d'une personne détenue pendant son hospitalisation, la fiche de liaison doit être un document opérationnel : elle doit comporter des éléments compréhensibles, utiles et complets de façon à mettre en œuvre son droit aux liens familiaux et les droits de la défense. Rien ne justifie que les informations portant sur sa situation pénale soient communiquées au personnel soignant par l'envoi de la fiche pénale.

Deux soignants de l'EPSM 74 vont chercher en ambulance le patient à la MA. Le transport se fait en position couchée. Une contention autre que celle permettant classiquement la sécurité dans un véhicule n'est pas systématique. La prise d'un sédatif avant le transport n'est pas systématique non plus ; dans tous les cas, la voie *per os* est privilégiée.

Sans qu'il soit possible de savoir si c'est sa clinique ou son statut qui l'impose, « *le patient-carcéral est généralement en chambre de soins intensifs* ». Mais les soignants ont partout évoqué des situations concrètes et récentes dans lesquelles l'isolement était séquentiel, les patients détenus étant rapidement amenés à prendre leur repas avec les autres dans la salle à manger. Dans l'unité Brévent, il a été témoigné d'affectations en chambre hospitalière, en secteur fermé, sans mesure d'isolement associée.

Faute d'avoir prévu le nécessaire, la prise en charge se heurte rapidement au manque de tabac. Des contacts pris d'initiative par les soignants avec la famille permettent parfois de faire apporter des cigarettes, mais ce n'est pas toujours le cas. Les autres aspects (produits d'hygiène et vêtements propres notamment) sont pourvus par les soignants avec les moyens des unités. Le protocole de 2022 est muet sur ce point.

RECOMMANDATION 37

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

Dans ses observations du 15 septembre 2023 faisant suite au rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique, relativement aux recommandations n°36 et n°37 : « Ces recommandations ont été communiquées au directeur de la maison d'arrêt de Bonneville et à son adjoint, afin qu'un rappel des éléments strictement nécessaires aux transferts de détenus vers l'EPSM 74 soit effectué à leurs équipes.

Par ailleurs, la procédure EPSM-PR-0079 a été revue et diffusée en juillet 2023. Les modalités de transmission de la fiche pénale ont également été modifiées ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle.

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