



Rapport de visite :

2 au 9 juillet 2018 – 1^{ère} visite

Centre hospitalier les Murets

La-Queue-en-Brie

(Val-de-Marne)



SYNTHESE

Une équipe de six contrôleurs du contrôle général des lieux de privation de liberté a visité du lundi 2 au lundi 9 juillet 2018, le centre hospitalier Les Murets, situé sur la commune de La-Queue-en-Brie (Val-de-Marne). Il s'agissait d'une première visite de cet établissement.

Un rapport provisoire a été transmis à la direction du centre hospitalier ainsi qu'aux autorités judiciaires (procureur et président du tribunal de grande instance de Créteil) et administratives (délégation territoriale de l'agence régionale de santé). A la suite de cet envoi, la directrice du centre hospitalier a fait valoir des commentaires d'ordre général qui apparaissent en introduction du présent rapport et des commentaires visant des sujets précis intégrés dans les parties concernées.

Le centre hospitalisé spécialisé Les Murets a été créé au début des années 1960 par des partisans de la psychothérapie institutionnelle. Disposant de 185 lits en hospitalisation complète, 76 en hospitalisation de jour et 50 en hospitalisation à domicile, il reçoit les patients de cinq secteurs du Val-de-Marne. Très attaché à la notion de secteur, l'hôpital s'est organisé depuis la loi HPST¹ sur le principe "un pôle égale un secteur". Chaque pôle a donc conservé sa liberté d'organisation, mais les actions de l'équipe dirigeante et de la commission médicale d'établissement ont permis d'éviter de créer des disparités trop importantes dans la prise en charge, hors en ce qui concerne la liberté d'aller et venir des patients. La place de l'extra hospitalier, l'important travail social, la relation patient-soignant, les dynamiques de groupe se retrouvent dans l'ensemble des pôles.

Au niveau des ressources humaines, à l'inverse de bien d'autres établissements de la région parisienne, le centre hospitalier des Murets n'est pas confronté à un « *turn-over* » ou à un déficit quantitatif important du personnel.

En 2017, pour un total de 1 762 patients accueillis, 783 soit 44 % l'ont été en soins sans consentement dont 620 sur décision du directeur de l'établissement et 163 sur décision du représentant de l'État. La procédure prévue en cas « de péril imminent » initiée par les services d'urgence est largement plus utilisée que dans la moyenne nationale. L'établissement n'accueille pas de personnes détenues.

L'établissement bénéficie d'atouts structurels importants, en premier lieu l'implantation dans ce qui fut, lors de sa construction, la campagne francilienne et qui est désormais une banlieue relativement mal desservie par les transports en commun. L'hôpital a été pensé et réalisé au milieu d'un parc boisé aux vertus apaisantes évidentes avec des unités installées dans des bâtiments d'un étage maximum, dont beaucoup ont connu des réfections importantes. Le parc est clôturé mais ne présente aucun caractère rappelant l'enfermement.

Malgré les réfections, il est encore constaté trop de disparités dans l'aménagement des locaux, c'est ainsi que toutes les chambres ne sont pas individuelles ni équipées de système d'appel.

L'établissement a mis en place et développé une politique de réhabilitation et de qualité des soins. Des objectifs en la matière ont été fixés et les moyens nécessaires consacrés :

- une vraie interaction entre intra et extra, conséquence bénéfique du découpage pôle-secteur ;
- une offre d'activités variée tant au sein de chaque pôle que par la structure intersectorielle "Utopia" qui propose dans des locaux rénovés des activités sportives ou culturelles pour l'intra mais aussi pour l'extra hospitalier ;

¹ LOI HPST : hôpital patients santé et territoire promulguée le 21 juillet 2009

- une présence et un nombre importants de praticiens hospitaliers sont dans les unités ;
- une prise en charge pluridisciplinaire, avec en nombre dans chaque pôle des psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, "artistes", intégrés aux équipes soignantes comme les aides-soignants ou les agents des services hospitaliers. La psychothérapie institutionnelle n'est pas revendiquée dans tous les pôles mais elle a largement imprégné la culture de l'établissement fondé sur ses bases ;
- une gestion intelligente de la sur occupation. Effet pervers traditionnel du choix "pôle égale secteur", le parcours du patient a fait l'objet d'une réflexion et en cas de sur occupation et donc d'hospitalisation hors secteurs les médecins du secteur d'origine du patient se déplacent dans l'unité d'hospitalisation et restent les référents du patient jusqu'à son transfert dans son unité de secteur ;
- en raison de la fidélisation du personnel, les contrôleurs ont pu constater dans la plupart des unités des dynamiques d'équipe constructives autour de choix des médecins-chefs qui sont connus et reconnus.

Dans ce contexte, les réserves formulées apparaissent comme des paradoxes.

Lors de la visite, il a été constaté rapidement que le port du pyjama sur prescription médicale était utilisé dans quasiment toutes les unités. De plus, alors que l'on pouvait s'attendre à des réponses argumentées sur cette pratique, il est clairement apparu qu'aucune réflexion n'avait été menée sur ces mesures qui semblaient être découvertes lors des remarques des contrôleurs. Depuis la visite, la directrice a fait savoir dans son courrier d'observations consécutif au rapport initial que l'établissement avait désormais exclu cette pratique.

Si la contention est peu utilisée, la réflexion sur l'utilisation de l'isolement méritait d'être plus attentive, plus réfléchie et de s'organiser autour de données incontestables. La directrice, dans sa réponse, a précisé que les données étaient désormais largement diffusées et utilisées pour une meilleure réflexion commune sur le sujet.

Enfin, la liberté d'aller et venir, elle aussi, est très inégalement réfléchie : un pôle ne possède aucune unité fermée, tandis qu'un autre ne possède aucune unité ouverte, alors même qu'ils sont dans les mêmes lieux et reçoivent une population globalement identique. Alerté sur le sujet lors de la visite des contrôleurs, mais aussi par un rapport de la Haute autorité de santé, l'établissement a créé depuis un groupe « protection des libertés et des droits des patients » et des expériences sont en cours avec des ouvertures partielles d'unités autrefois totalement fermées.

Le centre hospitalier des Murets doit également prendre en compte des contraintes extérieures qui ont des répercussions directes sur les droits fondamentaux des patients.

Il s'agit tout d'abord des audiences du juge des libertés et de la détention qui n'ont pas lieu au sein de l'établissement mais dans l'hôpital Esquirol de Saint-Maurice qui fait partie du même groupement hospitalier de territoire. Cette décision du tribunal de grande instance est certes conforme aux termes de la loi de 2013, mais elle oblige, plusieurs fois par semaine, patients et soignants à des transports longs et fatigants depuis l'extrême limite du Val-de-Marne jusqu'au périphérique parisien.

Le fonctionnement des urgences psychiatriques du CHU Henri Mondor de Créteil et celles de l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne qui accueille en amont les patients des secteurs du CH Les Murets reste très problématique avec des délais d'attente excessifs. Ce constat partagé par

la direction de l'établissement fait l'objet d'une réflexion par l'autorité de tutelle en liaison avec les services concernés.

L'établissement a réagi aux recommandations orales puis écrites des contrôleurs et montré son souci du respect des droits fondamentaux notamment en supprimant le port du pyjama et en engageant une réflexion sur la liberté d'aller et venir. Ces deux points constituaient à ce niveau les principales remarques qui ne doivent pas occulter une prise en charge globalement respectueuse et des réflexions et réalisations intéressantes.

OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

1. BONNE PRATIQUE 21

La place prévue pour les observations du patient sur l'attestation de notification de la décision d'admission en soins sous contrainte permet de tracer ce recueil.

2. BONNE PRATIQUE 51

Le principe et les modalités de fonctionnement de la structure Utopia, la richesse des activités proposées et l'ouverture à l'extra hospitalier constituent un point fort de l'établissement

RECOMMANDATIONS

1. RECOMMANDATION 21

Une copie de la décision d'admission sans consentement doit toujours être remise, lors de sa notification, au patient auquel elle s'applique. Les voies et délais de recours, y compris les adresses des autorités pouvant être saisies, doivent figurer sur ces décisions.

2. RECOMMANDATION 22

Un document reprenant les droits du patient admis en soins sans consentement doit lui être remis au plus tard lors de la notification de la décision d'admission.

3. RECOMMANDATION 22

Les décisions de maintien en soins sans consentement doivent être formellement notifiées au patient. Ses observations sur ces maintiens doivent être recueillies et enregistrées.

4. RECOMMANDATION 25

La désignation d'une personne de confiance doit être systématiquement proposée aux patients et la procédure de désignation doit être clarifiée.

5. RECOMMANDATION 34

Les pratiques en matière de liberté d'aller et venir des patients doivent être harmonisées.

6. RECOMMANDATION 35

Le port du pyjama sur prescription médicale en dehors des chambres d'isolement doit rapidement faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et d'une prise de conscience générale de son caractère dégradant pour être définitivement proscrit.

7. RECOMMANDATION 40

Les chambres des unités les plus vétustes doivent être réhabilitées et réaménagées et un cache doit être apposé sur les fenestrons des portes. Une solution doit être systématiquement proposée pour fermer les placards à clé.

8. RECOMMANDATION 40

Les chambres doivent être équipées d'un bouton d'appel.

9. RECOMMANDATION 42

Les espaces extérieurs des unités doivent être aménagés de sorte que les patients puissent prendre l'air tout en se protégeant du soleil et de la pluie. Ils doivent également être régulièrement nettoyés.

10. RECOMMANDATION 45

Un travail sur la qualité de la nourriture, incluant le petit déjeuner, doit être réalisé. Un accès à de l'eau potable doit être assuré dans toutes les unités pour les patients, en particulier par temps chaud.

11. RECOMMANDATION 51

La sexualité des patients est un sujet dont doit se saisir le comité d'éthique.

12. RECOMMANDATION 58

La coordination avec les services d'urgence des hôpitaux adressant des patients au centre hospitalier des Murets doit être améliorée ainsi que les moyens humains attribués, afin d'éviter la multiplication des attentes et des transports des patients en crise d'un établissement à l'autre avant leur admission en unité.

13. RECOMMANDATION 62

L'établissement doit s'emparer des indicateurs de recours à l'isolement et à la contention qu'il a élaborés pour mesurer l'importance de ses pratiques et son écart avec la représentation qu'en ont les personnels soignants et médicaux. Une vigilance s'impose sur les motifs du recours à l'isolement.

14. RECOMMANDATION 65

Pour bénéficier plus amplement à la collectivité, les travaux de l'espace de réflexion éthique doivent faire l'objet de comptes-rendus diffusés à l'ensemble du personnel et des intervenants. A l'inverse, des modalités de saisine de cette institution sur des questions de son champ de compétence doivent être prévues et diffusées.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
OBSERVATIONS	5
RAPPORT	10
1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER LES MURETS	12
1.1 Le centre hospitalier les Murets prend en charge cinq secteurs de psychiatrie adulte soit 33 % du département du Val-de-Marne	12
1.2 L'organisation des soins en structures intra hospitalières diffère profondément d'un pôle-secteur à l'autre	16
1.3 Faible absentéisme et stabilité de l'effectif marquent des équipes soignantes dont la formation est jugée encore insuffisante	17
2. LES DROITS DES PATIENTS	20
2.1 En pourcentage les nombres de patients en soins sans consentement selon la procédure du péril imminent et sur décision du représentant de l'État sont supérieurs aux moyennes nationales	20
2.2 Les modalités d'information des patients en soins sans consentement doivent être complétées par la remise du document notifié	21
2.3 La communication d'informations au patients sur le déroulement de sa prise en charge est strictement orale	22
2.4 Les informations générales sur les conditions d'hospitalisation sont clairement diffusées	23
2.5 Le dispositif de gestion des plaintes et des réclamations a été normalement mis en place mais les délais de réponse n'apparaissent pas dans les comptes-rendus de la commission des usagers	23
2.6 La commission des usagers est active au sein de l'établissement	24
2.7 Il n'est pas systématiquement proposé au patient de désigner une personne de confiance	24
2.8 L'exercice du droit de vote est effectif et favorisé par l'établissement	25
2.9 L'aumônerie catholique est très sollicitée et présente à l'inverse des autres cultes	26
2.10 Les patients nécessitant une protection juridique sont bien identifiés mais inégalement accompagnés par les mandataires extérieurs	26
2.11 La procédure de confidentialité sur l'hospitalisation est intégrée dans les consignes de gestion de l'identité dans le logiciel utilisé par l'établissement	26
3. LES CONTROLES DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS.....	28
3.1 Les audiences du juge des libertés et de la détention se tiennent au sein des hôpitaux de Saint-Maurice.....	28
3.2 Depuis sa réorganisation en 2017, la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne exerce la plénitude de ses attributions.....	30

3.3	La tenue du registre de la loi objet d'observations de la part de la CDSP n'appelle plus désormais de remarques particulières.....	30
3.4	La procédure de réunion du collège des professionnels de santé est connue et appliquée.....	31
3.5	Le parquet et le siège du tribunal de grande instance de Créteil visitent chacun l'établissement une fois par an.....	32
4.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	33
4.1	Un cadre général d'hospitalisation très agréable, avec de vastes espaces arborés et sans connotation sécuritaire	33
4.2	La liberté d'aller et venir des patients constitue l'un des points principaux de différence dans la prise en charge des patients d'un pôle à l'autre.....	33
4.3	L'accès au tabac ne fait pas l'objet de restrictions	34
4.4	Les patients disposent librement des moyens de communiquer avec leurs proches	34
4.5	Le port du pyjama sur prescription médicale n'a pas fait l'objet d'une réflexion institutionnelle et n'a pas été exclu des pratiques	35
4.6	Une procédure formalisée de consultation du dossier médical.....	36
4.7	La procédure de choix du médecin mise en place est forcément limitée dans son application par l'organisation des unités.....	37
5.	LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS	38
5.1	Avec des unités pour la plupart réparties sur deux niveaux, la configuration des lieux complique la prise en charge des patients.....	38
5.2	L'attribution des lits et la gestion de la sur occupation et des transferts sont gérées de manière pertinente compte tenu des contraintes architecturales	42
5.3	La gestion des biens des patients s'effectue en toute sécurité et transparence ..	44
5.4	La qualité de la nourriture est critiquée par les patients et il manque un accès à de l'eau dans plusieurs unités.....	44
5.5	L'offre d'activités apparaît importante en qualité, diverse en quantité mais ne peut dans certaines unités compenser le sentiment d'enfermement	45
5.6	L'espace Utopia implanté dans des locaux remarquablement aménagés constitue au-delà d'un centre d'activités diverses un vrai lieu de vie.....	46
5.7	La sexualité des patients ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle	51
6.	LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES.....	52
6.1	Les soins psychiatriques sont basés sur une approche pluridisciplinaire, les projets de sortie des patients sont élaborés en amont	52
6.2	La prise en charge somatique est bien assurée	54
7.	LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES	57
7.1	Le circuit des patients qui passent par les services d'urgence avant leur admission est exagérément allongé et perturbant.....	57

7.2 Médecins et soignants n’ont pas une perception juste de la réalité du recours à l’isolement et à la contention	58
7.3 Le traitement des événements indésirables ne met pas en évidence la récurrence de problèmes graves non résolus	62
7.4 Le traitement des violences est essentiellement pris en compte par la formation du personnel	64
7.5 L’espace de réflexion éthique manque de communication	64
8. CONCLUSION GENERALE.....	66

Rapport

Contrôleurs :

Philippe Nadal, chef de mission ;

Hélène Baron ;

Christine Basset ;

Anne-Sophie Bonnet ;

Anne Lecourbe ;

Bonnie Tickridge.

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 du centre hospitalier Les Murets à la Queue-en-Brie (Val-de-Marne) du 2 au 9 juillet 2018.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 2 juillet 2018 à 14h. Ils l'ont quitté le lundi 9 juillet 2018 à 17h30.

Dès leur arrivée, ils ont été accueillis par la directrice du centre hospitalier. Il a été procédé à une présentation de la mission devant une centaine d'auditeurs dont l'équipe dirigeante, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), les chefs de pôle, des praticiens hospitaliers, des cadres et cadres supérieurs de santé, de nombreux membres du personnel, des représentants des usagers et représentants du personnel.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le cabinet du préfet du Val-de-Marne, le procureur de la République et le président du tribunal de grande instance (TGI) de Créteil. Le délégué territorial de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France a été prévenu de la visite par l'établissement. Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

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

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

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

Une réunion de restitution a eu lieu lundi 9 juillet 2018 en présence de la hiérarchie médicale et administrative de l'établissement.

Un rapport de constat a été transmis le 18 janvier 2019 conjointement à la direction du centre hospitalier, aux autorités judiciaires et administratives du département ainsi qu'à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Par courrier daté du 4 mars 2019, la directrice du CH les Murets a fait valoir ses observations qui ont été intégrées dans le présent rapport de visite sous une présentation particulière.

Au-delà des remarques ponctuelles nombreuses la directrice a tenu également à faire valoir :

La visite a permis à l'équipe des contrôleurs de relever des aspects positifs dans la prise en charge et le respect des droits des patients dans l'établissement – que l'on ne retrouve pas tous dans la rubrique des « bonnes pratiques » énumérées dans le sommaire du document. Ainsi, à l'instar de celles relevées dans certains rapports de visite d'autres établissements spécialisés, pourraient être notamment signalées l'existence d'un espace d'accueil des enfants des patients, leur permettant de recevoir leurs enfants dans un espace ludique aménagé à l'entrée du domaine, loin des unités d'hospitalisation², ainsi que celle d'un espace d'apaisement intersectoriel ; la mise en œuvre d'un tutorat individuel pour les nouveaux agents assuré par leurs collègues aguerris ; l'action menée en faveur de l'exercice du droit de vote³ ; les actions d'éducation thérapeutique du patient menées au premier secteur et celles de thérapie familiale à caractère intersectoriel ; un environnement boisé propice à l'apaisement et au ressourcement⁴... L'engagement des professionnels de l'établissement permettra de poursuivre cet effort au service d'une prise en charge de qualité des patients toujours soucieuse du respect de leurs droits et libertés.

² Cette description figure pourtant dans le rapport initial transmis à la directrice cf. § 4.4 illustré de photos de l'espace en question

³ idem : cf. titre §2.8 « l'exercice du droit de vote est effectif et favorisé par l'établissement »

⁴ Idem : cf. titre §4.1 « un cadre général d'hospitalisation très agréable, avec de vastes espaces arborés et sans connotation sécuritaire »

1. PRESENTATION DU CENTRE HOSPITALIER LES MURETS

1.1 LE CENTRE HOSPITALIER LES MURETS PREND EN CHARGE CINQ SECTEURS DE PSYCHIATRIE ADULTE SOIT 33 % DU DEPARTEMENT DU VAL-DE-MARNE

1.1.1 L'historique et l'implantation géographique

A la suite de l'émergence de la sectorisation psychiatrique au tout début des années 60, la nécessité de doter l'Est de la région parisienne d'un établissement psychiatrique à taille humaine a amené la construction puis la mise en service en 1963 du centre hospitalier les Murets sur le territoire de la commune de la Queue-en-Brie (Val-de-Marne).

Ce centre hospitalier a été construit sur une vaste emprise foncière dont il demeure le « château », utilisé maintenant pour les services administratifs de la direction.



Figure 1 : le "château"

En ligne directe avec la sectorisation psychiatrique, l'établissement s'est construit puis développé selon les modèles revendiqués par les adeptes de la psychothérapie institutionnelle. Les choix architecturaux en témoignent. Des constructions pavillonnaires d'un étage au maximum implantées dans un vaste parc boisé entourent, au centre de l'emprise, chapelle, buvette devenue cafétéria et salles d'activité.

La commune de La-Queue-en-Brie est la commune la plus à l'Est du Val-de-Marne et donc de la Petite Couronne parisienne. Elle est limitrophe de Pontault-Combault, située dans le département de Seine-et-Marne. La Queue-en-Brie n'est desservie en transport en commun que par autobus. Les deux gares du Réseau express régional (RER) les plus proches sont Pontault-Combault (ligne E) et Champigny-sur-Marne ou Sucy-en-Brie (ligne A).

1.1.2 La place et l'organisation du centre hospitalier Les Murets dans le département du Val-de-Marne

Six établissements couvrent les seize secteurs de psychiatrie adulte du Val-de-Marne :



Figure 2 : sectorisation du Val-de-Marne

- A l'Ouest en vert soutenu sur le document le groupe hospitalier Paul Guiraud de Villejuif ;
- Au Nord, en bleu foncé, secteur de Ivry-sur-Seine, l'hôpital Paul Brousse de Villejuif ;
- Au Sud, en vert-bleu sur le document, le centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges ;
- Au centre, couleur parme, l'Hôpital André Chenevier de Créteil ;
- En violette (Charenton-le-Pont, Alfortville, Saint-Mandé et Saint-Maurice), les Hôpitaux de Saint-Maurice ;
- Au Nord-est, en jaune, les cinq secteurs du centre hospitalier des Murets (CHM) :
 - 94G01 : Fontenay-sous-Bois, Vincennes ;
 - 94G02 : Bry-sur-Marne, Nogent-sur-Marne, Le Perreux-sur-Marne ;
 - 94G03 : Champigny-sur-Marne ;
 - 94G04 : Chennevières-sur-Marne, Ormesson-sur-Marne, Villiers-sur-Marne, Noisieu, Le Plessis-Trévisé ; La Queue-en-Brie ;
 - 94G05 : Joinville-le-Pont, Saint-Maur-des-Fossés.

Le CHM dessert donc quatorze communes du Val-de-Marne soit 440 000 habitants, qui représentent 33 % de la population du Val-de-Marne.

Le CHM compose avec les Hôpitaux de Saint-Maurice un groupement hospitalier de territoire (GHT). Trois établissements sont associés à ce GHT :

- l'hôpital d'instruction des armées Bégin à Saint-Mandé ;
- le centre hospitalier universitaire Henri Mondor de Créteil ;
- l'hôpital à domicile (HAD) La Croix Saint-Simon.

Deux établissements sont partenaires du GHT :

- l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne ;

- l'Institut Le Val Mandé à Saint-Mandé.

1.1.3 Organisation et fonctionnement

Au niveau administratif, les deux établissements du GHT sont dirigés par la même directrice. La directrice générale est secondée pour le centre hospitalier des Murets par une directrice adjointe déléguée à la gestion du site.

Pour son fonctionnement, le centre hospitalier a conservé le secteur comme unité clinique de base lors de la réorganisation des hôpitaux publics issue de la loi « hôpital, patients, santé et territoire » de 2009⁵. Chacun des cinq secteurs constitue donc un pôle. Les contrôleurs ont pu mesurer lors de leurs échanges qu'en particulier avec les psychiatres, il était question dans leurs propos de « secteurs » et non de « pôles ». La présidence de la commission médicale d'établissement est assurée par une des cheffes de pôle.

L'établissement dispose de 185 lits en hospitalisation complète, 76 lits en hospitalisation de jour, 50 lits en hospitalisation à domicile.

Le centre hospitalier les Murets gère également d'autres activités :

- un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) localisé à l'hôpital Saint-Camille, 45 lits ;
- une unité de soins de longue durée spécialisée (USLD géronto-psychiatrique), 42 lits ;
- un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), structure médico-sociale ;
- un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) Séraphine de Senlis.

Au total, sept pôles cliniques composent l'établissement, les cinq secteurs, le pôle « soins de suite et réadaptation et le pôle « unités de soins de longue durée – soins somatiques ».

1.1.4 Les structures extra hospitalières

Pour la prise en charge de ses quatre activités, psychiatrie, gériatrie, géronto-psychiatrie, addictologie, l'établissement s'est doté de vingt structures extra hospitalières :

- huit centres médico-psychologiques (CMP) ;
- six centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- cinq hôpitaux de jour ;
- un foyer de post-cure.

1.1.5 Le projet d'établissement

Le projet d'établissement 2016-2020 qui porte les ambitions du projet médical et de soins est composé de quatre actions principales :

- une politique de secteur tournée vers la réhabilitation ;
- des parcours de soins et de vie mieux coordonnés ;
- des organisations médicales et soignantes optimisées ;
- une prise en charge médicamenteuse sécurisée.

⁵ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'examen du projet, document de soixante-trois pages met en évidence des réflexions approfondies, souvent originales et surtout la participation de l'établissement à des actions innovantes développées en partenariat notamment avec certaines collectivités territoriales.

Le projet médical et soignant partagé (PMSP) 2017-2021 a retenu entre autres comme objectifs :

- développer la prise en charge en ambulatoire et hors les murs ;
- renforcer la place des usagers dans la démocratie sanitaire.

1.1.6 L'organisation des urgences

Le centre hospitalier Les Murets ne possède pas de service d'urgences psychiatriques. Pour les secteurs de son ressort les urgences sont assurées par l'hôpital Saint-Camille de Bry-sur-Marne et le centre hospitalier universitaire Henri Mondor de Créteil.

1.1.7 Chiffres d'activité

L'établissement a fourni les données chiffrées suivantes sur son activité en 2016 et 2017

	2016	2017	Évolution
File active globale	6 705	6 642	-0,94 %
File active à temps complet⁶	1 207	1 226	+1,57 %
File active à temps partiel⁷	374	358	-4,28 %
File active ambulatoire⁸	7 082	7 065	-0,24 %
Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein	58 714	58 856	+0,24 %
Durée moyenne d'hospitalisation en jours	55,81	54,95	-1,54 %

1.1.8 L'accueil des mineurs

Le centre hospitalier des Murets ne prend en charge aucun des trois secteurs d'infanto-psychiatrie du Val-de-Marne. Il n'accueille donc que les mineurs de 16 à 18 ans des secteurs de psychiatrie adulte.

Le nombre de mineurs accueillis, surtout en soins sans consentement, reste très faible. Douze uniquement en soins libres en 2016, treize dont deux sur ordonnance de placement provisoire (OPP) d'un juge des enfants en 2017 et sept dont un sur décision du représentant de l'État en 2018.

⁶ Hospitalisation temps plein + foyer postcure + hospitalisation à domicile (HAD) + séjours thérapeutiques

⁷ Hospitalisation temps plein + foyer postcure + HAD + séjours thérapeutiques

⁸ CMP + CATTP + ambulatoire toutes structures

1.2 L'ORGANISATION DES SOINS EN STRUCTURES INTRA HOSPITALIERES DIFFERE PROFONDEMENT D'UN POLE-SECTEUR A L'AUTRE

Le principe d'organisation en pôle-secteur s'il permet une véritable politique de prise en charge psychiatrique sur un territoire peut aussi entraîner d'importantes disparités dans les pratiques d'un secteur à l'autre et donc au sein du même établissement d'une unité à l'autre.

De fait, au sein, du centre hospitalier Les Murets, la seule présentation des unités d'hospitalisation complète suffit à mettre en évidence des choix multiples pour la prise en charge des patients :

- au 94G01, une unité d'entrants fermée de quatorze lits, une unité d'entrants ouverte de vingt-quatre lits, une unité de pré-sortants ouverte de huit lits (unités Sarah Bernhard) ;
- au 94G02, une seule unité de vingt-neuf lits (Kepler), l'unité est fermée ;
- au 94G03, une unité d'admission fermée de vingt-neuf lits (Manet) et une unité de « préparation à la sortie » ouverte de quinze lits (Corot) ;
- au 94G04, une seule unité de vingt-neuf lits (Héloïse), l'unité est ouverte ;
- au 94G05, une unité d'admission fermée de vingt-neuf lits (Logos), une unité ouverte de dix-huit lits (Gauguin).

Les pôles doivent prendre en compte des populations sociologiquement très différentes, des implantations médicales très diversifiées notamment en matière de psychiatrie privée mais aussi des collectivités territoriales parfois très impliquées et parfois beaucoup moins.

Certains pôles revendiquent des choix forts.

Ainsi le pôle G01 a été récemment totalement réorganisé. Deux ans de travail ont été nécessaires pour transformer l'offre d'hospitalisation complète et transformer à moyens et architecture constants deux unités fermées en trois unités organisées en fonction des soins nécessités par l'état du patient. Le pôle se revendique désormais comme un « *service ouvert avec une unité protégée* » avec une approche claire : principe de liberté et restrictions exclusivement liées à l'état clinique. Le soin doit être la priorité. Les mots utilisés se veulent le reflet de cette approche. Il est question dans les discours d'unité protégée et non fermée, de chambre de soins intensifs et non d'isolement.

Au pôle G03, le maintien d'une unité d'admission fermée de vingt-neuf lits n'est pas réinterrogé. Si le chef de pôle tient un discours global imprégné des préceptes de la psychothérapie institutionnelle, le fonctionnement des deux unités diffère. L'implication de l'équipe à l'unité d'admission (Manet) semble beaucoup moins fort que dans l'autre et l'on constate un écart sensible entre le discours du chef, les postures des différents médecins (notamment certains plus prescripteurs d'isolement que d'autres) et la pratique des soignants. En revanche, forte cohérence et implication animent les équipes de l'unité ouverte de « longs séjours » (Corot). Plus qu'une bienveillance, un souci de réussite dans la réhabilitation motive chacun. Comme partout, les solutions d'aval sont rares, mais cette pénurie ne semble pas démobiliser : même si la sortie n'aura, de ce fait, lieu que dans plusieurs années, on ne perd pas le moral pour la préparer. Dans les deux unités, le lien est effectif et très utile entre l'extra et l'intra hospitalier avec des personnels communs (médecins, psychologues, différents thérapeutes, assistantes sociales) et des activités communes. La logique de secteur prend tout son sens.

Le pôle G04 fait le choix d'ouvrir sa seule unité d'hospitalisation complète, malgré nombre de réticences vaincues à force de réunions et discours. Le principe revendiqué de fonctionnement est celui qui a été à l'origine du centre hospitalier, la psychothérapie institutionnelle. La prise en

charge du patient est multi partenariale, par exemple des artistes interviennent quasiment à temps plein dans l'unité et sont présents lors des repas de midi avec les patients.

Malgré donc d'inévitables différences d'un pôle à l'autre, l'action de l'équipe dirigeante et de la commission médicale d'établissement ont permis de ne pas créer de trop de disparités hors la liberté d'aller et venir des patients (cf. § 4.2). En témoignent entre autres, le parcours du patient et plus particulièrement la gestion des sur occupations qui a été pensée au niveau global et surtout la réalisation d'Utopia, remarquable structure mise à la disposition de l'ensemble des services.

Enfin, la « psychothérapie institutionnelle » a marqué l'histoire du développement de l'établissement et a imprégné les pratiques et les mentalités. Il en reste pour l'ensemble et même pour les pôles qui ne se revendiquent pas ou plus de cette approche des fondements qui fédèrent et donc uniformisent. La place de l'extra hospitalier, l'important travail social, la relation patient-soignant, les dynamiques de groupe se retrouvent dans l'ensemble des pôles.

1.3 FAIBLE ABSENTEISME ET STABILITE DE L'EFFECTIF MARQUENT DES EQUIPES SOIGNANTES DONT LA FORMATION EST JUGEE ENCORE INSUFFISANTE

1.3.1 Les effectifs médicaux et soignants de l'établissement

L'établissement a fourni les chiffres suivants sur son effectif global :

	2016	2017	2018 (au 30/06/2018)
Personnel médical	59,28	59,42	61,3
dont internes	7,47	5,92	4,32
Personnel médical hors internes	51,81	53,5	56,98
Personnel non médical	772,54	769,89	753,07

1.3.2 Principales caractéristiques de fonctionnement des unités en terme de ressources humaines

Au niveau du personnel médical, malgré quelques postes non pourvus (notamment 1,5 équivalent temps plein (ETP) au G03 et 3 au G04), le temps médical dans chaque unité est apparu important. Il n'a pas été indiqué ni de la part des médecins, ni de celles de l'administration que le recrutement de praticiens hospitaliers était un problème récurrent.

Pour le personnel soignant, du fait de la diversité des prises en charge (cf. § 1.2) en intra hospitalier, il n'y a pas d'effectif cible propre à l'ensemble des unités. Chaque pôle l'a défini pour ses propres unités en fonction de la réalité des effectifs et de ses missions. Là non plus, il n'a été fait état, dans aucun des pôles, de difficultés permanentes pour respecter l'effectif cible.

On retrouve aussi, en dehors des données chiffrées, des caractéristiques communes à l'ensemble de l'établissement, ce d'autant que la direction des soins veille au-delà des choix des pôles à une uniformisation des pratiques aussi bien médicales que gestionnaires.

C'est ainsi que le service de nuit est assuré non seulement par un personnel de soignants et d'encadrants dédiés et dépendant non de chaque pôle mais de l'établissement dans sa globalité. De fait, et le constat est largement partagé à tous les niveaux, le personnel de nuit n'est absolument pas impliqué dans les différents projets de service et de prise en charge des pôles.

La mission des cadres de nuit est de s'assurer à la prise de service de la présence dans chaque unité du personnel puis de gérer les événements et donc principalement les admissions. Le service de nuit visité par les contrôleurs est parfaitement organisé et répond à ces objectifs. Mais, personne ne conteste que les projets individuels des patients ou collectifs des services n'ont pas ou peu d'impact lors du service de nuit.

A ce sujet la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Le service de nuit visité par les contrôleurs est parfaitement organisé et répond à ces objectifs. Mais personne ne conteste que les projets individuels des patients ou collectifs des services n'ont pas ou peu d'impact lors du service de nuit » (pp. 14-15, je souligne). Une telle observation présente un caractère systématique et global qui ne rend que très partiellement compte de la réalité du service de nuit. En effet, si celui-ci repose certes, comme dans beaucoup d'établissements, sur un encadrement de nuit commun pour l'ensemble des pôles de l'établissement, les infirmières et aides-soignants de jour comme de nuit sont néanmoins affectés à un pôle déterminé dont ils relèvent. Une mutualisation de cet effectif de nuit peut intervenir pour faire face à un absentéisme inopiné de courte durée mais ne modifie pas cette affectation polaire. Dès lors, l'implication de ces professionnels dans la vie diurne de leur unité, si elle est rendue difficile par leurs horaires de travail, n'est cependant pas impossible et se manifeste par un lien fonctionnel réel qui prend la forme par exemple, d'une participation à des réunions de service ; les transmissions effectuées entre les équipes de jour et de nuit permettent aussi d'assurer la circulation d'informations utiles aux prises en charge des patients.

La deuxième caractéristique en matière de ressources humaines du centre hospitalier Les Murets est assez rare en région parisienne. Alors que nombre d'établissements identiques, particulièrement en Petite Couronne doivent faire face à un absentéisme et surtout à une mobilité (*turn-over*) permanente, chacun s'accorde à indiquer que le personnel est fidélisé et que les taux d'absence (7 % environ en 2016) ne traduisent pas ici un mal-être particulier.

Malgré la mauvaise desserte de la commune de La-Queue-en-Brie en transports en commun, le personnel reste dans l'établissement notamment en raison des prix de l'immobilier bien plus bas sur le secteur qu'en proche ceinture de Paris mais aussi par adhésion aux méthodes de travail. A ce sujet, les contrôleurs ont pu constater surtout dans les pôles porteurs d'un projet fort, des véritables dynamiques d'équipe.

1.3.3 La formation des infirmiers

Il a été indiqué lors de différents entretiens avec les contrôleurs que l'accent méritait d'être porté en matière de ressources humaines sur la formation du personnel soignant.

L'examen du plan de formation 2018 révèle que le crédit le plus important a été alloué à la formation « *prévenir et gérer la violence et l'agressivité Oméga* » (18 000 euros sur un total global de 121 438 euros). Une enveloppe importante est logiquement consacrée au tutorat infirmier (10 000 euros). Ce tutorat qui s'adresse aux infirmiers exerçant en psychiatrie depuis moins de deux ans, comporte une partie « *renforcer les compétences en situation professionnelle* » avec notamment :

- restriction des libertés et pratiques soignantes en psychiatrie ;

- droits des personnes soignées et responsabilité juridique des IDE⁹ ;
- soins sous contrainte – approche soignante.

A ce sujet la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Il apparaît ici utile de préciser que ce constat est formulé à propos de la formation initiale dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) qui délivrent une formation généraliste qui nécessite d'être complétée lors de la prise d'un poste en secteur psychiatrique. Le paragraphe suivant détaille d'ailleurs les éléments de cet aspect de la politique de formation continue en cours dans l'établissement.

⁹ IDE : infirmier diplômé d'Etat

2. LES DROITS DES PATIENTS

2.1 EN POURCENTAGE LES NOMBRES DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SELON LA PROCEDURE DU PERIL IMMINENT ET SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ÉTAT SONT SUPERIEURS AUX MOYENNES NATIONALES

2.1.1 Les patients et leur mode d'hospitalisation

L'établissement a fourni à la demande des contrôleurs, les chiffres et analyses suivantes sur le nombre de patients en hospitalisation en soins sans consentement pour l'année 2017.

Sur 1 762 patients accueillis, 783 soit 44 % l'ont été en soins sans consentement.

Ces 783 patients se partagent entre 620 admis sur décision du directeur de l'établissement et 163 sur décision du représentant de l'État.

Parmi les 620 patients admis sur décision du chef d'établissement :

- 271 dans le cadre de la procédure des soins à la demande d'un tiers (SPDT) ;
- 118 dans le cadre de la procédure de soins à la demande d'un tiers en urgence ;
- 231 dans le cadre de la procédure dite de « péril imminent » (SPI).

Parmi les 163 patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) :

- 77 directement par le représentant de l'État (L3213-1 du code de la santé publique) ;
- 62 à la demande du maire (L3213-2 du code de la santé publique) ;
- 17 à la suite de la transformation de SPDT en SPDRE ;
- aucune personne détenue ;
- 7 sur décision de l'autorité judiciaire (L3213-7 du code de la santé publique).

Pour commenter ces chiffres, il convient de rappeler les chiffres nationaux sur la part respective des types d'hospitalisation, pour 100 patients en soins sans consentement on dénombre :

- 64 % de soins psychiatriques à la demande d'un tiers (un ou deux certificats) ;
- 21 % « péril imminent » sans tiers ;
- 15 % soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE).

Puis sur la même période, les proportions relevées au CH Les Murets sont les suivantes :

- 50 % pour les SPDT (un ou deux certificats) ;
- 29 % pour les « périls imminents » ;
- 20,8 % pour les SPDRE.

Le pourcentage de patients hospitalisés selon procédure dite du « péril imminent », c'est à dire sans tiers identifié est supérieur à la moyenne nationale ainsi que nombre de patients hospitalisés sur décision du représentant de l'État, surtout pour ce second chiffre en l'absence totale de personnes détenues.

2.2 LES MODALITES D'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DOIVENT ETRE COMPLETEES PAR LA REMISE DU DOCUMENT NOTIFIE

2.2.1 Le statut d'admission

Le processus d'information du patient admis sans son consentement ou destiné à l'être est peu ou prou identique dans toutes les unités.

L'information du patient sur son statut d'admission est toujours donnée par le psychiatre de l'unité d'admission qui reçoit le patient à son arrivée. Ce statut n'est pas toujours certain à ce moment dans la mesure où le patient peut consentir aux soins. Lorsque ce dernier présente un état aigu et qu'il affirme consentir aux soins, le psychiatre s'assure de la fiabilité de son consentement. Il peut à cette fin solliciter 24 heures d'observation.

Pour certains psychiatres rencontrés, quel que soit l'état du patient et *a fortiori* lorsqu'il est aigu, il est important de lui expliciter ce qu'est une mesure de soins sous contrainte, ce qu'est la contrainte et ce qui l'autorise, lui psychiatre, à imposer des soins au patient. « *La parole passe toujours* ». Le psychiatre s'efforce ainsi d'éviter une hospitalisation traumatique. Certains psychiatres précisent également l'article de loi fondant la décision.

Recommandation

Une copie de la décision d'admission sans consentement doit toujours être remise, lors de sa notification, au patient auquel elle s'applique. Les voies et délais de recours, y compris les adresses des autorités pouvant être saisies, doivent figurer sur ces décisions.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Si les voies de recours et délais de recours sont mentionnés dans le modèle de décision d'admission, il apparaît en effet utile de le compléter dans le sens que vous indiquez afin d'indiquer de manière explicite les coordonnées complètes du tribunal de grande instance et de la commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne.

Bonne pratique

La place prévue pour les observations du patient sur l'attestation de notification de la décision d'admission en soins sous contrainte permet de tracer ce recueil.

2.2.2 Les droits liés au statut

Lors de son information, par le psychiatre, sur son statut d'admission, il est précisé au patient qu'il dispose de certains droits. Cette information est également orale, elle peut être réitérée ultérieurement par le personnel soignant ou le cadre. Cependant, dans tous les cas, il a été constaté que la connaissance de ces droits que pouvaient avoir les informateurs n'était pas toujours exacte ou complète.

Aucun document précisant les droits du patient admis en soins sans consentement (SSC) tels qu'ils sont énumérés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique n'est remis à l'intéressé. Cette énumération figure bien dans le livret d'accueil (p. 25) mais de façon ambiguë puisqu'il n'y est pas précisé que ces droits sont afférents au statut d'admission en SSC ; ils figurent au même

titre que tous les droits de tous les patients (traitement des données nominatives, directives anticipées, etc.). En revanche, ces droits sont mentionnés dans la rubrique concernant les patients en SSC dans le règlement intérieur de l'établissement.

Recommandation

Un document reprenant les droits du patient admis en soins sans consentement doit lui être remis au plus tard lors de la notification de la décision d'admission.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Toutes les informations nécessaires existent, comme cela est d'ailleurs noté, dans le livret d'accueil et sont transmises au patient mais ne se trouvent pas dans un document unique ; il est donc prévu de les faire figurer au verso de la décision d'admission remise au patient.

2.3 LA COMMUNICATION D'INFORMATIONS AU PATIENTS SUR LE DEROULEMENT DE SA PRISE EN CHARGE EST STRICTEMENT ORALE

Aucune procédure institutionnelle ne prévoit de transmettre aux patients les différentes pièces qui jalonnent le parcours en SSC. Ni les certificats médicaux de 24 heures et 72 heures, ni l'avis accompagnant la saisine du juge des libertés et de la détention (JLD) ne leur sont formellement communiqués. Au pôle G01, l'établissement des certificats médicaux, et notamment celui rédigé à l'attention du JLD, sont l'occasion pour les psychiatres d'aborder de nouveau avec le patient la question de son statut d'admission.

De même, l'établissement n'a pas prévu de procédure formelle de notification des décisions de maintien en SSC ou de projet de prise en charge ni, par voie de conséquence, de recueil des observations du patient sur ces décisions, alors que celui-ci, ou des personnes agissant dans son intérêt, a la faculté de les contester devant le JLD.

Recommandation

Les décisions de maintien en soins sans consentement doivent être formellement notifiées au patient. Ses observations sur ces maintiens doivent être recueillies et enregistrées.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Les modalités de cette notification sont en cours d'amélioration dans le sens demandé.

L'oralité prévaut dans le mode d'information du patient sur le déroulement de sa prise en charge en SSC. Les informations lui seront délivrées par les infirmières (droits, personne de confiance) celles-ci ont indiqué le faire en fonction de l'état clinique du patient. Une première information relative au JLD ayant été donnée par le psychiatre, les entretiens infirmiers ont vocation à donner davantage de détails au patient, notamment au moment de sa convocation devant le juge.

La qualité de ces informations dépend de la connaissance qu'en ont les soignants eux-mêmes. Outre les formations qu'ils peuvent recevoir, ils peuvent se référer au règlement intérieur de l'établissement qui reprend le dispositif de la loi du 5 juillet 2011 en l'explicitant mais aussi à

l'abondante documentation que l'établissement a mis à leur disposition soit sous la forme de notes internes soit sous la forme de diaporamas.

2.4 LES INFORMATIONS GENERALES SUR LES CONDITIONS D'HOSPITALISATION SONT CLAIREMENT DIFFUSEES

Tout patient se voit remettre à son arrivée le livret d'accueil de l'établissement et les règles de vie de l'unité où il est admis.

Le premier offre un ensemble complet et fiable d'informations sur les conditions de séjour et les droits des patients, à la confusion près signalée plus haut sur les droits des patients en SSC (cf. § 2.2.1). Ce livret d'accueil fait référence au règlement intérieur de l'établissement, indiquant qu'il « définit le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital et rappelle les règles à respecter » et précise que le patient peut demander à le consulter.

De fait, les dispositions de ce règlement intérieur intéressant les patients – en soins libres comme en SSC – sont particulièrement bien explicitées. Il est regrettable que ne soit pas organisée une plus large communication sur ces éléments du règlement intérieur, par exemple en laissant un exemplaire dans chaque unité.

A ce sujet la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

« Ce document est en fait à la disposition des patients de l'unité auprès du secrétariat médical. »

Avec le livret d'accueil, un document indiquant les règles de vie de son unité d'admission est donné au patient à son arrivée.

De façon différente dans chaque unité, un affichage reprend certaines des informations ainsi fournies, en apportant les adresses et numéros de téléphone du tribunal de grande instance, de la commission départementale des soins psychiatriques, de la commission des usagers, de la préfecture du Val-de-Marne et du contrôleur général des lieux de privation de liberté.

2.5 LE DISPOSITIF DE GESTION DES PLAINTES ET DES RECLAMATIONS A ETE NORMALEMENT MIS EN PLACE MAIS LES DELAIS DE REPONSE N'APPARAISSENT PAS DANS LES COMPTES-RENDUS DE LA COMMISSION DES USAGERS

Les informations portant sur le traitement des plaintes et des réclamations sont disponibles dans le livret d'accueil. Les patients comme leurs familles peuvent adresser leurs réclamations à la direction de différentes manières. Ainsi dans les unités, les patients peuvent interpeller le cadre de l'unité qui va transmettre la réclamation auprès de la direction. Au pôle G01, le chef de pôle reçoit parfois les patients. Ces derniers peuvent également rédiger un courrier électronique depuis leur portable ou le cybercafé d'Utopia, une lettre ou bien se rendre directement au secrétariat de direction.

Sont considérées comme réclamations : les critiques, les plaintes, les questionnements ou les récriminations.

Les réclamations sont enregistrées par le service relation des usagers, rattaché au service qualité, le patient ou la famille reçoit un accusé de réception. Puis, le service relation des usagers évalue le caractère d'urgence de la plainte et la nécessité éventuelle de mettre rapidement une action en place. A titre d'exemple, si un patient se plaint de ne pas pouvoir être reçu par le psychiatre, le praticien hospitalier est immédiatement alerté. Lors de la visite du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, un patient a fait part de son souhait de ne plus être hospitalisé et il s'est plaint de la vétusté des locaux. Le cadre de l'unité et le médecin référents ont été informés et il

a été rappelé au patient la possibilité de faire un recours auprès du juge des libertés et de la détention.

Si la réclamation ne revêt pas un caractère urgent, le service de relation des usagers adresse la plainte à la personne susceptible de pouvoir la traiter (médecin, cadre de santé, etc.). Si le service ne reçoit aucune réponse dans les quinze jours, il relance la personne concernée. Il a été précisé, qu'à l'exception d'un praticien hospitalier qui ne prenait jamais la peine de répondre, l'ensemble du personnel faisait preuve de réactivité et de bonne volonté.

L'établissement a enregistré quarante-deux réclamations en 2017 et quarante-huit en 2016. La majorité d'entre elles concernait la prise en charge (81 % en 2017 et en 2016) mais aucune ne portait sur les mesures d'isolement. Selon les propos recueillis, un tiers des réclamations sont relatives à la mesure de soins sans consentement. Bien souvent les patients expriment leur volonté d'y mettre un terme. Lorsque la prise en charge médicale est contestée, il est fait appel au médiateur médical.

Le service de relation des usagers se réunit quatre fois par an avec la commission des usagers (CDU) pour examiner notamment le contenu des plaintes. Les délais de réponse ne sont cependant pas portés à la connaissance de la commission.

2.6 LA COMMISSION DES USAGERS EST ACTIVE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

Les informations portant sur la commission des usagers (CDU) sont relayées aux patients par voie d'affichage dans les unités d'hospitalisation. Elles sont également disponibles dans le livret d'accueil.

La direction du CH entretient une relation régulière avec les usagers notamment par le biais de la CDU qui se réunit quatre fois par an. Par ailleurs, deux représentants des usagers siègent au conseil de surveillance.

Au cours des réunions de la CDU, sont examinés : les réclamations, les questions portant sur la qualité et les événements indésirables. Les contrôleurs se sont entretenus avec deux représentants des usagers. Selon les propos recueillis, les plaintes et les réclamations sont correctement traitées. Les familles n'ont pas de plaintes particulières si ce n'est qu'elles regrettent que « *l'hôpital ne soit pas suffisamment fermé afin de limiter les fugues des patients admis en soins sans consentement* ».

Il existe également une maison des usagers au sein du CH et dont le local est bien aménagé. L'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) se rend disponible pour accueillir les familles mais uniquement à leur demande car la bénévole réside loin du CH et ne peut donc pas assurer de permanences. Les informations pratiques sur l'UNAFAM sont disponibles dans le livret d'accueil. L'union départementale des associations de famille (UDAF) est également présente, à cet égard un membre de l'UDAF siège à la CDU.

2.7 IL N'EST PAS SYSTEMATIQUEMENT PROPOSE AU PATIENT DE DESIGNER UNE PERSONNE DE CONFIANCE

Le rôle de la personne de confiance est explicité dans le livret d'accueil et sur le site internet de l'établissement.

Dans certaines unités (Héloïse, Corot, les unités du pôle G01), la question est régulièrement posée aux patients tandis que dans d'autres unités, cela est aléatoire (Kepler, Manet et Logos).

Le nombre de personnes de confiance désignées varie donc en fonction des unités (vingt et une à Héloïse, six à Kepler, quatre à Manet, zéro à Logos, dix-sept dans une unité du pôle G01).

Au pôle G01, le médecin se charge de poser la question lorsqu'il rencontre la famille alors même que la personne de confiance pourrait être une personne extérieure à la famille. A l'unité Kepler, les médecins se chargent également de cette question tandis que dans les autres unités, elle est posée par les soignants. Il a été cependant précisé que le personnel soignant ne faisait pas toujours la distinction entre la personne à prévenir et la personne de confiance. Par ailleurs, lorsqu'une personne est désignée comme personne de confiance, elle n'est pas toujours contactée, si le patient notamment n'est pas en mesure de le faire, pour donner son accord sur la désignation.

Recommandation

La désignation d'une personne de confiance doit être systématiquement proposée aux patients et la procédure de désignation doit être clarifiée.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Il existe une procédure claire et complète relative à la désignation de la personne de confiance (cf. pièce jointe n°5) ; sa mise en œuvre doit cependant être accrue comme cela a été rappelé en CME et lors des conférences de pôle 2018 ; une action complémentaire de sensibilisation est depuis menée et un indicateur spécifique élaboré ; un audit spécifique interviendra sur ce point lors du premier trimestre 2019 afin de compléter si nécessaire le plan d'action afférent ; la brochure thématique éditée par l'association PSYCOM sera également remise au patient.

2.8 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST EFFECTIF ET FAVORISE PAR L'ETABLISSEMENT

L'établissement favorise le bon exercice du droit de vote. Une procédure, formalisée dans un document de travail en cours de validation, est d'ores et déjà appliquée dans les faits afin d'assurer l'exercice effectif du droit de vote des patients.

Une organisation est ainsi mise en œuvre afin de permettre aux patients qui le souhaitent et qui en ont la capacité juridique de pouvoir voter. Un courriel est adressé à tous les cadres de santé des différents pôles afin de les informer des modalités de l'exercice du droit de vote. Un schéma procédural précisant le rôle de chaque intervenant, du soignant qui a connaissance d'une demande de vote jusqu'au vote effectif, a été mis en place.

Les patients pouvant se déplacer se rendent au bureau de vote, sous réserve bien évidemment que leur état de santé le permette. Une permission de sortie sera à cette fin délivrée, prévoyant que le patient se déplace seul ou accompagné.

Si un tel déplacement n'est pas autorisé par le médecin ou si le patient souffre d'un handicap physique, il lui est alors proposé de voter par procuration. Un partenariat a été mis en place avec le commissariat de Chennevières. Un officier de police judiciaire vient enregistrer les procurations rédigées par les patients.

Les différentes unités de l'établissement utilisent l'une ou l'autre modalité d'exercice du droit de vote. Seule une unité indique ne pas avoir recours aux procurations en raison de la difficulté de

trouver un mandataire relevant de la même commune que le patient. Est également souligné le caractère bénéfique du vote pour le patient qui se sent ainsi davantage un citoyen à part entière. Lors des dernières élections présidentielles, un nombre significatif de patients a émis le souhait de pouvoir voter. L'établissement, conscient que le patient hospitalisé n'en reste pas moins un citoyen, semble donc favoriser l'exercice effectif du droit de vote. Il serait intéressant qu'il puisse collecter des données sur la participation des patients afin pouvoir véritablement s'en assurer.

2.9 L'AUMONERIE CATHOLIQUE EST TRES SOLLICITEE ET PRESENTE A L'INVERSE DES AUTRES CULTES

L'aumônerie est assurée par une femme, aumônière et trois bénévoles. Le prêtre accompagnateur, curé de la paroisse voisine, vient célébrer une messe au sein de l'établissement une fois par mois.

L'établissement peine en revanche à recruter un imam. Lorsqu'un patient demande à s'entretenir avec un rabbin, la demande en est faite à l'hôpital Henri Mondor. Il a été indiqué aux contrôleurs que quatre demandes ont été faites cette année sans qu'aucune suite n'y ait été donnée.

L'aumônerie est située dans une salle au cœur de l'établissement, dans un espace convivial à côté de la cafétéria. Les horaires d'ouverture (le matin) ainsi que les horaires des messes sont affichés sur la porte d'entrée de la salle. Des informations sont également données par voie d'affichage au sein de des unités.

L'aumônerie accueille, comme le précise le petit prospectus figurant dans le livret d'accueil, toute personne croyante ou non, catholique ou d'une autre religion pour « *une écoute fraternelle, un dialogue* ».

L'équipe est en pratique effectivement souvent sollicitée pour échanger et permettre aux patients de poursuivre une vie sociale. L'aumônière a néanmoins indiqué aux contrôleurs prier quotidiennement avec des patients.

2.10 LES PATIENTS NECESSITANT UNE PROTECTION JURIDIQUE SONT BIEN IDENTIFIES MAIS INEGALEMENT ACCOMPAGNES PAR LES MANDATAIRES EXTERIEURS

La présence de plusieurs assistantes sociales au sein de chaque unité favorise l'identification des patients nécessitant une protection juridique. La majorité des patients protégés sont placés sous le régime de la curatelle renforcée.

Certains patients sont pris en charge par le mandataire judiciaire de l'hôpital. Son principal défi est de permettre aux patients de maîtriser leur budget.

Si le mandataire judiciaire de l'hôpital semble être bien identifié et apprécié, il semble que tous ses collègues privés et institutionnels ne suscitent pas la même unanimité. Des problèmes de *turn-over*, de connaissance du patient insatisfaisante, de manque de réactivité ont été évoqués dans la plupart des unités, avec aussi des exemples plus rares de tuteurs institutionnels venant rendre visite aux patients et présents aux audiences du juge des libertés et de la détention.

2.11 LA PROCEDURE DE CONFIDENTIALITE SUR L'HOSPITALISATION EST INTEGREE DANS LES CONSIGNES DE GESTION DE L'IDENTITE DANS LE LOGICIEL UTILISE PAR L'ETABLISSEMENT

Lors de la visite, il est apparu que seule une unité semble connaître l'existence de ce droit et le mette en pratique. La famille du patient qui en a fait la demande n'est pas informée de son hospitalisation et aucune information n'est donnée par téléphone. Cette demande du patient figure sur la fiche récapitulative des différentes restrictions que les soignants conservent sur eux.

A la suite d'une recommandation formulée dans le rapport initial sur la nécessité de mettre en place une procédure reconnue de confidentialité de l'hospitalisation, la direction a fait valoir que le dispositif était effectivement prévu dans une note de juin 2017 sur la « *gestion de l'identité dans le logiciel cimaise* ». Sept lignes (§ 5.2.4 de la dite note) sont consacrées à une possible demande d'anonymat qui n'avaient pas semblé être très connues ni donc très employées par les soignants lors de la visite.

3. LES CONTROLES DU RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

3.1 LES AUDIENCES DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION SE TIENNENT AU SEIN DES HOPITAUX DE SAINT-MAURICE

3.1.1 Le principe d'organisation

Pour l'application de l'article L3211-12-2 du code de la santé publique qui fixe les conditions matérielles des audiences du juge des libertés et de la détention dans son contrôle des soins sans consentement, une convention a été signée le 4 juillet 2014 entre le tribunal de grande instance de Créteil et l'agence régionale de santé d'Ile-de-France.

Cette convention prévoit que les audiences dans le ressort du Val-de-Marne auront lieu dans trois établissements qui mettront à disposition du tribunal des locaux spécialement aménagés à cet effet. Les trois établissements désignés sont :

- l'hôpital Paul Guiraud à Villejuif ;
- les hôpitaux de Saint-Maurice (Esquirol) à Saint-Maurice ;
- l'hôpital Albert Chenevier à Créteil.

S'agissant du centre hospitalier des Murets à La-Queue-en-Brie la convention précise que « *les audiences sont fixées aux lieux, jours et heures d'audience des hôpitaux Esquirol de Saint-Maurice* ».

Cette modalité, si elle est parfaitement en conformité avec les termes de la loi, a suscité tout au long de la visite de nombreux commentaires tant du personnel soignant que des médecins et de l'administration. Le temps de trajet est en effet de 45 à 60 minutes de la Queue-en-Brie limitrophe de la Seine-et-Marne jusqu'à Saint-Maurice, commune de la première ceinture parisienne. Ce sont les soignants de l'unité concernée qui se chargent du transport en se regroupant éventuellement avec leurs collègues des autres unités.

Les audiences se tiennent aux hôpitaux de Saint-Maurice les lundi et mercredi matin, à partir de 9h30. Si les délais imposent une audience un autre jour, le patient est emmené à l'hôpital qui reçoit le juge ce jour-là soit Albert Chenevier à Créteil voire Paul Guiraud à Villejuif.

3.1.2 L'audience

Les contrôleurs se sont déplacés à l'audience du mercredi 4 juillet 2018, où étaient convoqués deux patients du centre hospitalier Les Murets, venus en véhicule de l'hôpital accompagnés par des soignants de leur unité.

Les locaux dévolus au tribunal au sein des hôpitaux de Saint-Maurice se trouvent au-dessus de la cour d'honneur, signalés conformément à la convention par un panneau « *annexe du tribunal de grande instance* ».

Les locaux sont composés d'une salle d'accueil, avec eau potable et café mis gratuitement à la disposition des personnes présentes, deux bureaux séparés réservés aux avocats pour leurs entretiens avec leurs clients, un bureau pour la personne du centre hospitalier présente à chaque audience et séparé par une porte, la grande salle réservée aux audiences. Cette salle d'audience est meublée d'un bureau derrière lequel se tiennent le juge et son greffier, deux chaises réservées au patient et à son conseil sont disposées face au bureau du magistrat et en retrait plusieurs chaises pour l'éventuel public présent.

La personne déléguée par l'hôpital de Saint-Maurice appelée « l'audiencière » prend en charge l'ensemble des participants et assure avec efficacité la fluidité des opérations.

Dans la salle d'accueil, une note affichée précise que les patients venus des Murets sont prioritaires et que le personnel soignant doit accompagner le patient dans la salle d'audience, en n'intervenant oralement qu'à la sollicitation du magistrat.

Pendant l'audience, la porte reste ouverte. Les avocats plaident en robe, le magistrat siège en tenue civile et les patients ne sont jamais en pyjama.

3.1.3 La défense des patients

Conformément aux dispositions de la loi, tout patient présenté devant le juge des libertés et de la détention est assisté d'un avocat choisi par lui mais le plus souvent désigné d'office par le barreau. Dans cette hypothèse, l'aide juridictionnelle s'applique à tous les patients quels que soient leurs niveaux de revenus. Il ne leur est jamais demandé de frais d'honoraires pour une défense rendue obligatoire par le législateur.

Le barreau de Créteil établit une liste de permanence spécifique pour la défense des patients devant les JLD. Les avocats volontaires ont tous suivi une formation spécifique obligatoire prodiguée tous les ans. Pour chaque audience, le barreau délègue un avocat pour un maximum de six comparutions, deux pour un maximum de quatorze comparutions, trois au-dessus de quinze.

3.1.4 Rencontre avec le magistrat

Lors de l'audience, le juge a rendu l'ensemble de ses décisions sur le siège, prenant soin d'expliquer longuement au patient comparant sa décision, ses motivations et les voies de recours possibles.

A l'issue, les contrôleurs ont rencontré le juge qui leur a indiqué que le trajet de soixante minutes pour venir de la Queue-en-Brie jusqu'à Saint-Maurice n'avait jamais été évoqué par les patients à son audience comme une difficulté particulière même si parfois, certains médecins l'ont évoqué dans leurs certificats.

Sur un autre sujet, il a précisé n'avoir jamais été saisi, ni n'avoir jamais constaté d'utilisation détournée des programmes de soins pour contourner une décision de mainlevée.

3.1.5 Les statistiques

Le bilan des comparutions devant le juge des libertés et de la détention pour l'année 2017 a été fourni par l'établissement. Il s'établit ainsi :

- nombre de patients convoqués : 513 ;
- nombre de patients effectivement présents à l'audience : 313 ;
- levées avant audience : 28 ;
- maintien JLD : 462 ;
- levées JLD pour saisine tardive : 2 ;
- levées JLD pour non-comparution non justifiée : 7 ;
- levées JLD pour irrégularités dans le dossier : 8 ;
- levée JLD avec programme de soins : 3 ;
- mainlevées immédiates : 3.

Vingt-cinq décisions ont fait l'objet d'un appel, dix-sept interjetés par le patient et huit par le parquet. La cour d'appel de Paris a confirmé à vingt-deux reprises la décision initiale.

L'hôpital a procédé en 2017 à 313 déplacements de patients pour 99 audiences à Saint-Maurice, 35 à Albert Chenevier ou Paul Guiraud et 21 à la cour d'appel de Paris.

Parmi les documents remis aux contrôleurs, se trouve une fiche rarement établie dans d'autres établissements, fiche qui analyse très finement les motifs d'annulation par le JLD ou le nombre d'annulations par pôle pour améliorer l'analyse des pratiques professionnelles.

3.2 DEPUIS SA REORGANISATION EN 2017, LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES DU VAL-DE-MARNE EXERCE LA PLENITUDE DE SES ATTRIBUTIONS

Longtemps sans activité, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) du Val-de-Marne a vu sa composition modifiée par arrêté 2016/1746 du 30 mai 2016. La première réunion de cette commission renouvelée a eu lieu le 13 décembre 2016. Depuis cette date, la commission présidée par le psychiatre désigné par le préfet s'est réunie une fois par mois, a visité la totalité des établissements de son ressort et a produit un rapport d'activité annuel de dix-sept pages qui a été transmis au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Concernant plus particulièrement le centre hospitalier Les Murets, la visite a eu lieu le 30 mai 2017 et a donné lieu à un compte rendu complet de sept pages transmis à la direction de l'établissement, dont les contrôleurs ont pris connaissance.

Le registre de la loi a été contrôlé et a fait l'objet d'observations pour sa tenue, un problème juridique soulevé par les médecins a motivé de la part de la CDSP un examen particulièrement attentif. Il a été posé la question de la présence des forces de l'ordre aux côtés des soignants pour la réintégration des patients en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État, lorsque le programme de soins dont ils font l'objet n'est pas respecté.

La commission précise dans son rapport :

Tous les arrêtés, sans exception aucune, sont revêtus d'une formule exécutoire « Le préfet du Val-de-Marne, et le directeur de l'établissement de santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté ».

Le préfet, dans le cadre d'une exécution forcée, requiert nécessairement les forces de l'ordre. Cette formule par elle-même autorise l'intervention des services de police et de gendarmerie.

Aucun patient, ni aucun membre du personnel n'avait manifesté le jour de la visite sa volonté de rencontrer les membres de la commission.

3.3 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI OBJET D'OBSERVATIONS DE LA PART DE LA CDSP N'APPELLE PLUS DESORMAIS DE REMARQUES PARTICULIERES

3.3.1 La tenue des registres

Les registres sont tenus par le bureau des entrées. Le principe de tenue des registres est d'abord de séparer les soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat de ceux sur décision du chef d'établissement. Il y a donc deux « filières » distinctes de registre avec deux enregistrements chronologiques séparés.

Après la visite de la CDSP le 30 mai 2017, la tenue des registres a été modifiée et n'appelle plus désormais de remarques particulières.

L'intégralité des documents relatifs à une hospitalisation pour soins sans consentement apparaît par ordre chronologique dans le registre. Les documents concernés sont réduits par photocopie avant d'être collés sur le registre. Le délai d'un mois qui avait paru trop long à la CDSP entre l'événement et son inscription a considérablement été réduit.

Concernant les soins à la demande d'un tiers, il est procédé à l'apposition dans le registre du certificat établi par le tiers ainsi qu'éventuellement les recherches infructueuses de tiers.

A l'examen, les registres apparaissent complets, bien tenus, sans erreur et remplissent parfaitement leur rôle de permettre une visibilité totale dans le déroulé des soins sans consentement.

Les registres sont très régulièrement visés par le président de la commission départementale des soins psychiatriques et par les autorités administratives ou judiciaires.

3.3.2 Les informations contenues

a) Les programmes de soins

L'ensemble des programmes de soins apposés sur les registres des deux types de soins sans consentement n'a fait apparaître aucun usage détourné des programmes de soins qui posent tous comme principe la fin de l'hospitalisation complète assortie d'obligations de soins.

b) Les interventions du représentant de l'Etat

Dans les registres de la loi relatifs aux soins sur décision du représentant de l'Etat, il a été examiné un total de vingt-trois arrêtés préfectoraux de levée des soins sans consentement. Parmi ces arrêtés dix-neuf ne visent qu'un seul certificat médical et mettent donc en évidence que le préfet du Val-de-Marne n'a exercé qu'à quatre reprises son droit d'exiger la production d'un second certificat.

c) Les certificats médicaux mensuels

Il est apparu à la lecture des certificats médicaux mensuels¹⁰ que certains médecins se contentaient de recopier d'un mois sur l'autre la teneur de leurs certificats sans prendre soin de l'actualiser en usant de la technique du « copier-coller ». On trouve ainsi particulièrement pour le pôle G03 cinq et parfois sept certificats mensuels consécutifs parfaitement identiques.

3.4 LA PROCEDURE DE REUNION DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE EST CONNUE ET APPLIQUEE

Lors de la visite, seulement quatre patients se trouvaient en hospitalisation complète depuis plus d'un an, trois en soins sur décision du représentant de l'État et un selon la procédure dite du péril imminent sur décision du chef d'établissement.

Aucun élément dans les unités, ni dans les dossiers administratifs des patients n'a été relevé indiquant que la procédure de réunion du collège des professionnels de santé n'était pas connue ni appliquée.

¹⁰ Registre 47/SDRE, folios 3, 4, 13, 17 et 18

3.5 LE PARQUET ET LE SIEGE DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CRETEIL VISITENT CHACUN L'ETABLISSEMENT UNE FOIS PAR AN.

Le bureau des entrées assure la traçabilité des visites de l'établissement par les différentes autorités grâce à un enregistrement rigoureux.

Il apparaît ainsi que du côté de l'autorité judiciaire tant le parquet que le siège du tribunal de grande instance de Créteil effectuent en moyenne chacun une visite annuelle de l'établissement. La commission départementale des soins psychiatriques du Val-de-Marne est restée cinq ans sans venir au CH Les Murets du 20 mars 2012 au 30 mai 2017.

Des documents fournis, il ne semble que l'autorité administrative du département n'ait jamais visité les lieux.

4. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

4.1 UN CADRE GENERAL D'HOSPITALISATION TRES AGREABLE, AVEC DE VASTES ESPACES ARBORES ET SANS CONNOTATION SECURITAIRE

L'établissement se compose de plusieurs bâtiments d'un étage au maximum, pour certains un peu défraîchis, disséminés dans un vaste et agréable parc arboré où les patients qui y sont autorisés peuvent se promener librement.

Ce parc est ceint par une clôture qui n'évoque nullement un univers carcéral. Le poste de l'entrée de l'établissement en contrôle et surveille les entrées comme les sorties. Lorsque les personnes en charge du poste d'entrée ont un doute sur le caractère autorisé de la sortie d'un patient, ils n'interviennent pas eux-mêmes mais appellent l'unité dont le personnel réagit rapidement. Ni le parc, ni l'établissement en général ne sont surveillés par des équipes spécifiques en charge de la sécurité des biens et des personnes.

4.2 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS CONSTITUE L'UN DES POINTS PRINCIPAUX DE DIFFERENCE DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS D'UN POLE A L'AUTRE

La liberté d'aller et venir des patients n'est pas appréhendée de la même manière dans les différents pôles alors qu'ils appartiennent tous au même établissement et reçoivent des populations similaires. Ce point constitue même celui où les prises en charge sont les plus hétérogènes.

Le pôle G01 a centré sa réflexion autour des soins nécessités par l'état clinique du patient. Totalement réorganisé il y a quelques années, il comprend une unité protégée, terme préféré à celui de fermé, le soin y étant affirmé essentiel et le caractère fermé non absolu. Il a été indiqué que les restrictions à la liberté ne sont mises en œuvre, quelle que soit l'unité considérée que si elles sont nécessités par l'état clinique du patient. En conséquence, être hospitalisé dans l'unité protégée ne signifie pas nécessairement que l'on ne peut en sortir. A l'inverse, l'hospitalisation dans une des deux unités ouvertes ne rime pas nécessairement avec liberté de mouvement. Les patients doivent y respecter le cadre de soins, le non-respect dudit cadre, révélateur d'un mal-être du patient, pouvant entraîner son retour dans l'unité protégée.

Le pôle G02 accueille ses patients dans une unité fermée de vingt-neuf lits. Lors de la visite, quinze patients pouvaient librement sortir de l'unité sans restriction d'horaires et sept avec des restrictions d'horaires. Ces sorties nécessitent obligatoirement l'intervention d'un soignant.

Le pôle G03 possède une unité d'admission fermée et une unité de pré-sortie ouverte. Au jour de la visite, dans l'unité fermée dix-huit patients pouvaient sortir seuls, quatre accompagnés et quatre dont deux en soins libres n'avaient aucune autorisation de sortie.

Le pôle G04 a décidé d'ouvrir sa seule unité d'hospitalisation complète de vingt-neuf lits. Pour autant, certains patients n'ont pas l'autorisation de sortir. L'interdiction motivée par un critère purement clinique est expliquée et fait l'objet d'un contrat avec le patient.

Le pôle G05 a une unité d'admission fermée de vingt-neuf lits et une unité ouverte de dix-huit lits. Selon les propos recueillis, l'unité d'admission était ouverte lors de sa création. Elle est fermée depuis environ quinze ans mais aucune personne interrogée n'a été en mesure d'expliquer la raison de la fermeture. Il a simplement été indiqué que des tentatives ont été effectuées pour la maintenir ouverte mais les risques de fugue étant élevés pour certains patients agités, l'équipe a été conduite à la décision de maintenir la fermeture. Le jour de la visite tous les

patients en soins libres pouvaient sortir le matin comme l'après-midi dans le parc et neuf patients en soins sans consentement étaient autorisés à sortir avec pour certains des restrictions de durée.

Dans tous les pôles, l'accès aux chambres est libre en journée, y compris dans les unités fermées. Lorsque la question de ces traitements très inégaux a été abordée au niveau de l'établissement par les contrôleurs, il est apparu que le sujet divisait et que de toute évidence il avait déjà fait débat entre chefs de pôle.

Pour autant, il ne semble pas qu'une étude chiffrée à partir des informations recueillies par la direction de la qualité par l'étude des événements indésirables ait permis de quantifier dans les faits et non dans les présupposés sécuritaires les conséquences réelles de l'ouverture des unités. Il demeure qu'au niveau de la prise en charge, de telles disparités, non seulement connues mais aussi vécues par les patients lors des phases de sur occupation, doivent faire l'objet d'une réflexion transversale avec la recherche de solutions globales.

Recommandation

Les pratiques en matière de liberté d'aller et venir des patients doivent être harmonisées.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Une réflexion a été engagée en 2018 suite à la publication du rapport de visite de la HAS ; elle a conduit à la mise en place d'un groupe de travail « protection des libertés et des droits des patients » qui travaille à l'élaboration des modalités pratiques de sa mise en œuvre, à partir notamment de parangonnage. A titre d'expérimentation, parmi les trois unités décrites dans le rapport comme admettant des patients en soins libres dans des services fermés (les six autres unités de psychiatrie de l'établissement étant des unités ouvertes), l'unité KEPLER est ainsi ouverte en journée depuis la mi-janvier 2019 ; des expérimentations d'ouverture sont également prévues aux unités LOGOS et MANET dans les prochaines semaines

4.3 L'ACCES AU TABAC NE FAIT PAS L'OBJET DE RESTRICTIONS

L'accès au tabac est libre. Des restrictions à certains objets potentiellement dangereux, comme le briquet, peuvent être mises en œuvre en fonction de l'état clinique du patient dans un souci de protection de ce dernier. Le briquet est interdit en chambre fermée pour les unités qui pratiquent ce type d'enfermement.

4.4 LES PATIENTS DISPOSENT LIBREMENT DES MOYENS DE COMMUNIQUER AVEC LEURS PROCHES

Les patients peuvent librement envoyer et recevoir du courrier. Une boîte aux lettres est située au cœur de l'établissement à l'entrée de la cafétéria. Le courrier n'est pas contrôlé. Aucune difficulté particulière n'a été mentionnée à ce sujet.

Les patients sont dans leur immense majorité autorisés à utiliser leur téléphone portable. Certains patients hospitalisés en unités fermées voient ce droit restreint en raison de leur état clinique. Les patients peuvent également utiliser le téléphone mis à leur disposition au sein de

chaque unité afin d'y recevoir des appels. La localisation de ces téléphones ne permet toutefois pas de garantir la confidentialité de leurs conversations.

Les patients peuvent en principe rencontrer leurs familles, à l'exception des mineurs de moins de 15 ans, au sein de leur unité. Toutes les unités ne disposent pas de salon d'accueil. Les visites des patients hospitalisés en unités fermées ont lieu dans une salle de télévision impersonnelle qui n'a pas été conçue comme un espace convivial et intime.

Les patients sont invités à rencontrer leurs enfants dans une petite salle prévue à cet effet située à l'entrée de l'établissement hospitalier : la Parent'aise. Les enfants peuvent y jouer avec leurs parents hospitalisés, de nombreux jeux et jouets étant mis à leur disposition.



Figure 3 : L'espace Parent'aise

Des restrictions aux visites peuvent être décidées pour raisons médicales (patients placés en chambres fermées lorsque l'unité utilise un tel procédé, patients en chambre d'isolement par ex.).

4.5 LE PORT DU PYJAMA SUR PRESCRIPTION MEDICALE N'A PAS FAIT L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE ET N'A PAS ETE EXCLU DES PRATIQUES

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont constaté qu'un nombre non négligeable de patients étaient en pyjama, le plus souvent en pyjama fourni par l'établissement. Cette constatation valait non seulement pour l'intérieur des unités dans presque l'ensemble des pôles mais aussi pour le parc. Le constat est apparu pour le moins paradoxal dans un établissement revendiquant à juste titre une vraie réflexion sur le respect de la dignité, alors même que le port du pyjama sur prescription médicale (hors les chambres d'isolement) est désormais pratiquement proscrit par la plupart des établissements psychiatriques.

Aux questionnements des contrôleurs, les réponses ont été à la fois multiples (prévention des fugues, prise de conscience de l'hospitalisation, prévention du port d'objets dangereux), peu argumentées et ont révélé une totale absence de réflexion sur le sujet.

Recommandation

Le port du pyjama sur prescription médicale en dehors des chambres d'isolement doit rapidement faire l'objet d'une réflexion institutionnelle et d'une prise de conscience générale de son caractère dégradant pour être définitivement proscrit.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Le groupe « protection des libertés et des droits des patients » s'est saisi de la question au dernier trimestre 2018. Le travail de réflexion mené a conduit à supprimer l'item « pyjama » dans les modalités de prise en charge du dossier patient informatisé qui cesse dès lors de pouvoir faire l'objet d'une prescription médicale et à décider de l'arrêt de l'utilisation d'un pyjama type frappé au logo du centre hospitalier ; le caractère stigmatisant du pyjama a été documenté et son caractère exclusif de vêtement de nuit a été rappelé à tous les professionnels.

4.6 UNE PROCEDURE FORMALISEE DE CONSULTATION DU DOSSIER MEDICAL

Une procédure formalisée définit les modalités de communication du dossier médical au patient ou au tiers qui en fait la demande. Cette procédure s'adresse à l'ensemble des professionnels de l'établissement. Il est précisé qu'en cours d'hospitalisation, le mode d'application de cette procédure reste à l'appréciation du médecin responsable de la prise en charge du patient.

Les demandes peuvent émaner du patient, de ses ayant droits, de son tuteur, ses représentants légaux lorsque le patient est mineur ou encore le médecin désigné comme intermédiaire par l'une des personnes précédemment citées. La demande peut enfin émaner de l'avocat mandaté par le patient pour ce faire.

Les demandes, nécessairement présentées par écrit, sont adressées au directeur de l'établissement. Après avoir vérifié l'identité du demandeur, le service des admissions transmet la demande de communication au chef de service où le patient a été pris en charge. Le patient est informé par le service des admissions de la bonne prise en compte de sa demande comme de son caractère éventuellement irrecevable.

Les délais de transmission prévus varient selon le degré d'ancienneté du dossier. Il est prévu que les dossiers dont la dernière prise en charge remonte à moins de cinq ans soient transmis au patient dans un délai de huit jours. Les dossiers dont la dernière prise en charge remonte à plus de cinq ans doivent être transmis dans un délai de soixante jours.

Ces délais peuvent être prorogés dans certains cas (doute sur l'identité du demandeur, état de santé du requérant empêchant momentanément toute transmission par exemple). Un délai de réflexion de quarante-huit heures est appliqué avant toute communication d'information médicale.

Le principe de l'accès à son dossier est le même pour tous les patients, quel que soit son mode de prise en charge.

Il lui est proposé de le consulter lors d'une consultation au sein du secteur en présence d'un médecin. Le patient peut se faire accompagner d'une tierce personne lors de la consultation de son dossier.

Pour les patients qui font ou ont fait l'objet de soins sans consentement, il est prévu que le chef de service impose la présence d'un médecin du choix du patient s'il considère sa présence nécessaire (risque d'une gravité particulière). L'établissement privilégie l'accompagnement médical du patient par le médecin référent.

D'après les chiffres relatifs à la transmission d'informations médicales pour l'année 2007, l'immense majorité des demandes (quarante-neuf sur cinquante-huit) émanent des patients.

Une suite favorable a été donnée dans quarante-trois cas, huit patients n'ont pas donné suite, sept demandes ont été jugées incomplètes. Le délai moyen de réponse pour les dossiers datant de moins de cinq ans varie de huit jours (G02) à dix-huit (G01).

4.7 LA PROCEDURE DE CHOIX DU MEDECIN MISE EN PLACE EST FORCEMENT LIMITEE DANS SON APPLICATION PAR L'ORGANISATION DES UNITES

Un interne référent est désigné pour chaque patient lors de son arrivée.

Il est difficile pour un patient de changer de médecin même si deux seniors interviennent dans chaque unité. Changer d'interne référent est envisageable mais compliqué car il est considéré que l'interlocuteur serait toujours le « persécuteur » pour le patient. Néanmoins, il est possible de changer de médecin ou d'équipe si des difficultés de prise en charge sont constatées mais jamais sur la demande du patient.

Sur ce sujet la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Il s'agit en fait non d'un interne mais d'un médecin titulaire de l'unité appelé à suivre le patient durant son hospitalisation. Le patient, contrairement à ce qui est indiqué dans le paragraphe suivant, conserve la possibilité de demander et d'obtenir le changement de médecin référent.

5. LES CONDITIONS DE VIE DES PATIENTS

5.1 AVEC DES UNITES POUR LA PLUPART REPARTIES SUR DEUX NIVEAUX, LA CONFIGURATION DES LIEUX COMPLIQUE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

Chaque pôle dispose d'une à trois unités d'hospitalisation qui sont alors regroupées dans un même ensemble architectural. Les pavillons, d'époques différentes, ne présentent pas tous la même architecture ; ceux des pôles G03 (Manet et Corot) et G04 (Héloïse) sont récents, celui des pôles G02 (Kepler) et G05 (Logos) plus anciens et vétustes. Cinq unités sur huit ont une trentaine de lits, souvent sur deux niveaux, ce qui représente un nombre important de patients à gérer simultanément pour les équipes soignantes.

5.1.1 Les unités d'hospitalisation

La configuration des locaux est globalement identique dans toutes les unités : le rez-de-chaussée comprend, en général, la chambre d'isolement, la ou les salles de télévision, la ou les salles à manger, le bureau infirmier, le local de pharmacie, des salles d'activités et les bureaux de consultation. Les chambres et des sanitaires collectifs sont répartis entre les deux étages. Chaque unité est dotée d'au moins une pièce à vivre, le plus souvent au rez-de-chaussée et possède un accès à un jardin parfois tout petit et toujours clôturé.

Des caractéristiques communes à l'ensemble des bâtiments ont des conséquences directes sur la gestion de l'attribution des chambres.

La plupart des unités sont sur deux niveaux, sans ascenseur et avec logiquement un unique bureau infirmier au rez-de-chaussée.

Deuxième caractéristique, un nombre élevé de chambres doubles même dans les unités les plus récentes.

Enfin, dernier élément partagé, l'absence totale de boutons d'appel dans les chambres.

Chaque unité est donc souvent contrainte à chaque admission à prendre en compte pour l'attribution de la chambre des critères impératifs : la non-mixité dans les nombreuses chambres doubles, l'installation au rez-de-chaussée des patients nécessitant une attention plus soutenue et l'impossibilité d'attribuer des chambres à l'étage à des personnes en difficulté face aux escaliers.

5.1.2 Les chambres et les sanitaires

Dans le pôle G01, les quatorze chambres de l'unité d'entrée, dont deux chambres à deux lits, sont dotées de salles d'eau avec douche et toilettes. Elles sont meublées d'une table, un lit, une armoire double (étagère et penderie) qui ferme à clé. On ne peut ouvrir la fenêtre que sur demande, les patients se plaignaient de la chaleur au moment de la visite. Certaines chambres avaient des peintures écaillées et le revêtement du sol des douches et salle de bains était abîmé, noirci, donnant une fausse impression de saleté. Les chambres peuvent être fermées de l'intérieur.

Les vingt-quatre chambres de l'unité ouverte, dont deux chambres doubles, ont le même équipement que l'unité d'entrée, et sont généralement en meilleur état.

Les huit chambres de l'unité de pré-sortants sont toutes individuelles et en bon état.

Dans le pôle G02, l'unité Kepler est celle qui est la plus vétuste de l'hôpital. Elle compte onze chambres à deux lits et seulement huit chambres individuelles. Toutes ont un WC, mais seules

quatre chambres comportent une douche. On ne peut fermer le placard qu'à l'aide d'un cadenas, que l'on obtient d'un soignant, ou que l'on va acheter soi-même à la cafétéria s'il n'y en a plus dans l'unité. Certains placards de l'unité étaient cassés et ne pouvaient fermer. Les portes des chambres comportent un hublot permettant en s'approchant d'avoir une vision de l'intérieur de la chambre et du lit du patient.



Figure 4 : une chambre double de l'unité Kepler

Dans le pôle G03, l'unité Manet qui n'a pas d'étage, dispose de deux chambres doubles et vingt chambres individuelles, qui ont récemment été refaites. Une salle d'eau attenante comporte une vasque surmontée d'un miroir et d'une réglette lumineuse, une douche à l'italienne avec flexible, un WC avec matériel d'hygiène, un porte-serviettes mais pas de patère. Dans les chambres, le placard est dépourvu de clef. Une patiente n'avait pas de table, ni de table de chevet car il manque du mobilier. L'unité Corot comporte treize chambres dont deux doubles, qui sont identiques à celles de l'unité Manet.

L'unité Héloïse du pôle G04 dispose de vingt-neuf chambres avec au rez-de-chaussée une chambre double et huit chambres simples, et à l'étage onze chambres individuelles et quatre chambres doubles. Toutes les chambres simples ou doubles ont un coin sanitaire avec un WC, une douche avec flexible, une vasque, des tablettes, un miroir, un porte-serviettes. Elles sont meublées d'un ou deux lits, un ou deux chevet, d'un bureau avec fauteuil, d'une ou deux armoires fermant à clé. Les portes des chambres sont équipées de verrous de confort et de grands oculus qui ont été occultés par l'apposition d'un adhésif à l'intérieur.

Dans le pôle G05, l'unité Logos a en son rez-de-chaussée deux chambres doubles et cinq chambres individuelles qui sont toutes équipées d'une salle d'eau et d'un WC. Ces chambres présentent un aspect vétuste. Elles auraient besoin d'être rénovées. Toutes ces chambres sont équipées d'un fenestron, sans qu'aucun cache n'ait été installé. A l'étage, sont installées trois chambres doubles et dix chambres individuelles qui ont été rénovées. Elles sont toutes équipées d'une salle d'eau et d'un WC. A la différence des chambres du rez-de-chaussée, les portes ne sont pas équipées d'un fenestron. Le mobilier de ces chambres est insuffisant (une seule table de chevet, une table et une seule chaise). En revanche, les patients disposent d'un placard qui ferme à clef.



Figure 5 : unité Logos une chambre non rénovée



Figure 6 : une chambre rénovée dans la même unité

Recommandation

Les chambres des unités les plus vétustes doivent être réhabilitées et réaménagées et un cache doit être apposé sur les fenestrons des portes. Une solution doit être systématiquement proposée pour fermer les placards à clé.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Ces travaux de rénovation sont inscrits au plan de travaux pluriannuel. Des travaux de plus grande ampleur seront cependant nécessaires pour remédier à des faiblesses structurelles du bâti qui ne permettent, en l'état, que des réfections d'une ampleur limitée. Des caches avaient déjà été apposés aux fenestrons des unités du quatrième secteur de l'établissement au moment de la visite des contrôleurs et le seront dans les autres secteurs. Si des placards ou des armoires sont disponibles dans les chambres, la perte des clefs par les patients rend leur usage de ce point de vue problématique. Le recours à des casiers individuels fermé à l'aide d'un code est actuellement à l'étude pour y remédier dans les services concernés.

Comme indiqué *infra* (Cf. § 5.2) des caractéristiques communes à toutes les unités compliquent non seulement l'attribution des chambres mais aussi la surveillance des patients, avec l'effet d'insécuriser certains patients fragiles. Une dame âgée et immobilisée dans son lit a fait part de ce qu'elle se sentait abandonnée, sans moyen de communication.

Recommandation

Les chambres doivent être équipées d'un bouton d'appel.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Un premier travail a été mené dans les chambres de soins intensifs qui sont désormais dotées d'un bouton d'appel individuel. La question de l'installation d'un bouton d'appel dans les autres chambres des patients fera l'objet d'une étude de faisabilité économique et technique.

5.1.3 L'hygiène

Malgré la vétusté de certaines unités, les locaux sont propres et correctement entretenus.

Des agents des services hospitaliers (ASH) sont en roulement par unité pour l'entretien. Ils ont en charge le nettoyage des bureaux, des espaces communs : couloirs, salles d'activités, de télévision, réfectoire, sanitaires collectifs puis des chambres ainsi que de la chambre d'isolement ou d'apaisement.

Les patients utilisent leurs propres produits d'hygiène personnelle, mais des kits d'hygiène sont fournis à ceux qui n'ont pas de ressources.

Une buanderie centrale récupère les draps qui sont lavés toutes les semaines. En cas de besoin, le linge est changé plus fréquemment. Il n'y a pas de problème de linge en stock.

Les patients qui n'ont pas de ressources peuvent faire laver leur linge à la buanderie, en utilisant un filet. Des machines à laver et des sèche-linge sont également à disposition, le cycle de lavage ou de séchage coûte 1 euro.

Des stocks de vêtements constituent un vestiaire de dépannage dans la plupart des unités. Toutefois, certains patients refusent de porter les habits d'autrui. Tous les mardis, une association propose des vêtements aux patients les plus démunis.

A ce sujet, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Si le service mettant à disposition des patients qui en ont besoin des vêtements a été baptisé « Espace Vêt », il ne constitue nullement une association mais est assuré par des professionnels de l'établissement à des horaires définis, sur la base de dons des agents ; une procédure permettant de récupérer des vêtements en dehors de ces permanences pour répondre à des besoins individuels particulièrement urgents existe également

Un salon de coiffure avec une coiffeuse professionnelle fonctionne sur rendez-vous, et ce gratuitement.

5.1.4 Le parc et les espaces extérieurs

Les pavillons sont répartis dans un parc de taille moyenne et d'aspect agréable. Les espaces communs « Utopia », comprenant la bibliothèque, la maison des usagers, des salles d'activités ainsi que la cafétéria sont situés au centre du parc, dont ils constituent le point névralgique.

Chaque unité dispose d'un espace extérieur entouré d'une clôture, accessible depuis l'intérieur du pavillon. La taille de ces cours ou patios varie d'une unité à l'autre. Dans les unités des pôles G03 et G04, ils sont vastes, en revanche le « jardinet » de l'unité Kepler est exigu.

Des bancs surmontés d'un toit, semblables à des « abribus » ont été installés dans certaines unités pour s'abriter de la pluie et du soleil, mais ils n'offrent pas une protection importante. L'unité Logos en est dépourvue.

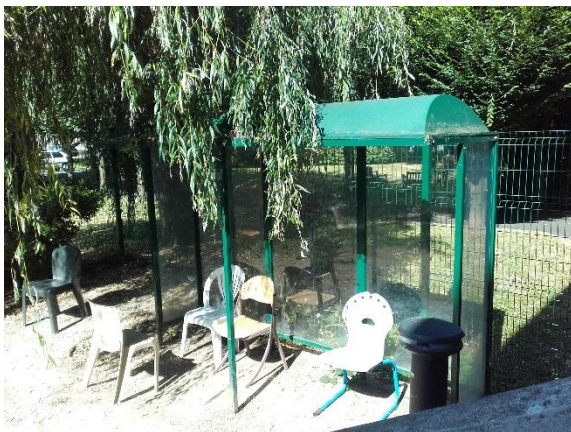


Figure 7 : espace extérieur unité Kepler



Figure 8 : espace extérieur Héloïse

Certaines unités y ont installé une table et des chaises. Au G01, on peut de temps à autre y prendre un repas sous un grand parasol. Dans l'unité Kepler, des bacs à fleurs tiennent lieu de cendriers, dans lesquels des centaines de mégots s'amoncellent au fil du temps.

Recommandation

Les espaces extérieurs des unités doivent être aménagés de sorte que les patients puissent prendre l'air tout en se protégeant du soleil et de la pluie. Ils doivent également être régulièrement nettoyés.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Des travaux en ce sens ont été programmés ; ils sont achevés s'agissant du bâtiment du deuxième secteur.

5.2 L'ATTRIBUTION DES LITS ET LA GESTION DE LA SUR OCCUPATION ET DES TRANSFERTS SONT GERÉES DE MANIÈRE PERTINENTE COMPTE TENU DES CONTRAINTES ARCHITECTURALES

La plupart des lits des unités sont généralement occupés, ce qui ne facilite pas leur attribution, notamment en raison des étages sans ascenseur et des chambres doubles. Il a été indiqué que les chambres d'isolement n'étaient jamais utilisées afin de pallier le manque de chambres ordinaires.

En cas de nouvelle entrée, il s'agit donc régulièrement de « jongler » entre les patients, en prenant compte de leur état clinique – les plus fragiles sont placés au rez-de-chaussée à proximité du bureau infirmier – de leur sexe, de leur condition physique, et de leur personnalité. Les patients placés dans les étages sont généralement plus stabilisés que les autres, encore faut-il qu'ils puissent emprunter l'escalier. Il est souvent nécessaire de changer plusieurs patients de chambre afin de gérer les éventuelles incompatibilités.

La gestion des lits de patients venant d'un autre secteur est assurée pendant la journée par les cadres de santé des unités. Le matin de 7h15 à 9h puis de 17h à 18h c'est l'administrateur de garde qui s'en occupe avant qu'elle ne devienne la responsabilité du cadre de nuit.

Cela se produit dans trois cas de figure :

- il n'y a pas de lit dans l'unité de secteur du patient ;

- il y a un lit, mais il n'est pas adapté – par exemple, il se trouve au premier étage alors que la personne a besoin d'une chambre au rez-de-chaussée, ou le seul lit disponible l'est dans une chambre double occupée par une personne qui n'est pas du même sexe ;
- il est estimé qu'un placement en chambre d'isolement est nécessaire.

Quand un tel cas se pose, la personne sera hospitalisée dans une autre unité jusqu'à ce qu'un lit se libère dans son pavillon d'origine. Le psychiatre de l'unité de secteur en est averti, et c'est à lui de suivre le patient dans l'autre unité. Des infirmiers iront également le voir, afin d'amorcer un lien en attendant son arrivée dans l'unité de secteur.

Lors de la visite, l'arrivée d'une patiente en phase maniaque a été annoncée à son unité de secteur où elle avait déjà séjourné, alors qu'aucune chambre individuelle n'était disponible. Parallèlement, une patiente en sortie thérapeutique devait passer une dernière nuit dans l'unité avant de rentrer chez elle le lendemain matin. Il lui a été demandé si elle pouvait anticiper sa sortie et rentrer chez elle le soir même, sans son traitement anxiolytique. Un lit dans une autre unité lui était alternativement proposé au cas où elle refuserait. Cette patiente a dit préférer rentrer chez elle et pouvoir se passer de son traitement. Elle a ainsi libéré son lit dans une chambre double, ce qui a nécessité de changer une autre femme de chambre afin de la mettre à sa place, libérant une chambre individuelle au rez-de-chaussée pour la nouvelle venue.

Un changement de pavillon peut parfois générer de l'incompréhension chez les patients face aux modalités de prise en charge. Ainsi, une patiente arrivée au milieu de la nuit a rapporté avoir été accueillie dans une autre unité, son pavillon étant complet. Compte tenu de son horaire d'arrivée, on lui a remis un pyjama de l'hôpital pour la nuit. Le psychiatre de garde a demandé aux soignants de cette unité quelle était la pratique habituelle concernant le téléphone portable. Conformément à leur réponse, elle a pu conserver le sien. Le lendemain, elle a été admise dans son unité de secteur, où elle a conservé son téléphone mais également... son pyjama, qu'elle portera plusieurs jours, étant pourtant hospitalisée en chambre ordinaire non fermée. Par ailleurs, on lui retira son chargeur de téléphone pendant deux jours, mais pas ses écouteurs. Le fait d'arriver en pyjama a, d'après elle, été interprété comme une « prescription » et celui d'avoir pu garder son téléphone « *un coup de bol* ». Elle en a gardé l'impression de différentes approximations de la part des soignants, ainsi que d'un manque de coordination.

Au jour du contrôle, tous les patients dépendant du pôle G02 étaient dans l'unité Kepler, mais neuf patients relevant du pôle G05 étaient hospitalisés dans un autre service, faute de places disponibles. L'un d'entre eux avait été admis dans un autre établissement car les unités ne disposaient plus de chambre libre. Il a été indiqué que cela demeurerait exceptionnel.

Si le nouvel entrant ne dépend pas d'un secteur de l'hôpital, il sera admis dans une unité, selon un « tour » déterminé pour chaque nouveau patient « hors établissement ». S'il n'y a pas de lit dans l'unité en question, la personne sera admise dans l'unité qui a le tour d'après, mais c'est le psychiatre de l'unité initiale qui la suivra.

Quand il n'y a plus que deux lits disponibles dans tout l'établissement, une « alerte sur occupation » est lancée. Un courrier électronique est envoyé à tous les pavillons, qui doivent libérer un lit en rez-de-chaussée afin d'être en mesure de répondre à de nouvelles arrivées.

Rarement, il peut arriver qu'un patient soit renvoyé aux urgences. Cela se produit généralement quand un problème somatique n'a pas été détecté de prime abord.

Les transferts vers d'autres CHS interviennent dans deux situations :

- il y a besoin d'une chambre d'isolement alors que toutes celles de l'établissement sont occupées ;

- un patient pose de telles difficultés qu'il en devient difficile à gérer. L'établissement s'engage toutefois à le recevoir de nouveau à l'issue de son séjour dans l'autre hôpital.

Il a été indiqué aux contrôleurs que de tels transferts sont rares, et sont vécus comme un échec par les équipes soignantes.

5.3 LA GESTION DES BIENS DES PATIENTS S'EFFECTUE EN TOUTE SECURITE ET TRANSPARENCE

La procédure de gestion des biens des patients est formalisée et appliquée uniformément dans l'ensemble des pôles. L'inventaire est effectué en présence de deux soignants et signé contradictoirement. Les valeurs sont retirées et conservées en toute sécurité par l'établissement sauf volonté expresse du patient, invité alors à signer décharge de cette décision. Ensuite, pendant le temps de l'hospitalisation la présence d'une régie au sein de l'établissement facilite l'accès aux espèces.

5.4 LA QUALITE DE LA NOURRITURE EST CRITIQUEE PAR LES PATIENTS ET IL MANQUE UN ACCES A DE L'EAU DANS PLUSIEURS UNITES

Les repas sont préparés à l'avance dans la cuisine centrale de l'hôpital et livrés aux unités en « liaison froide ». Cette cuisine a fait l'objet le 13 septembre 2017 d'une inspection de la part du service « sécurité sanitaire des produits alimentaires » de la préfecture du Val-de-Marne qui a estimé¹¹ « très satisfaisant » le niveau d'hygiène de l'établissement.

Une diététicienne adapte les régimes à la situation de chaque patient, cinq types de repas étant possibles : normal, sans gras, sans porc, mixé, diabétique. Les aversions sont également prises en compte. Les menus de la semaine sont affichés dans les pavillons.

Chaque unité a sa salle de restauration, où les patients se placent librement, sauf exception. Certaines personnes prennent leur repas plus tôt quand il est estimé qu'il est préférable qu'elles ne soient pas au contact des autres patients ; les personnes diabétiques de l'unité Manet mangent quant à elles à la même table, afin de faciliter la distribution de leur repas. A l'unité Logos, la présence de deux salles à manger permet d'isoler les quelques personnes souffrant d'un délire de persécution.

La vaisselle fournie est habituelle, il n'est pas fait usage de couverts en plastique.

Les soignants ne mangent pas habituellement avec les patients. A l'unité Héloïse, toutefois, les ergothérapeutes et les intervenants « artistiques » prennent systématiquement leur repas avec les patients.

En milieu d'après-midi, un goûter est proposé ; une tisane est également offerte après le dîner.

De nombreux patients ont critiqué la qualité de la nourriture, la qualifiant de « sans saveur ». Il a également été indiqué que le pain du petit déjeuner était trop sec et en quantité insuffisante. En 2017, les questionnaires de satisfaction ont fait état de 67 % de taux de satisfaction concernant la nourriture, ce qui est bas par rapport aux autres résultats.

Certaines unités disposent d'une fontaine à eau, d'autres l'ont enlevée. En ce mois de juillet, de nombreux patients se sont plaints d'avoir soif et de devoir boire l'eau directement au robinet.

¹¹ Courrier daté du 14 septembre 2017 du directeur départemental de la protection des populations.

Recommandation

Un travail sur la qualité de la nourriture, incluant le petit déjeuner, doit être réalisé. Un accès à de l'eau potable doit être assuré dans toutes les unités pour les patients, en particulier par temps chaud.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

S'il est vrai que pour des raisons de contrôle de la qualité de l'eau par le service des préventions des infections associées aux soins, des fontaines à eau ont pu être retirées de certains services, il convient de rappeler que l'eau distribuée par le réseau de l'ensemble de l'établissement est potable et que des bouteilles d'eau sont distribuées dans le cadre du plan canicule. Une réflexion a toutefois été entreprise afin de voir quelles améliorations pratiques permettront de répondre aux constats faits par les contrôleurs durant leur visite sur cet aspect ; il en est de même pour la question relative à la qualité nutritionnelle des repas, en lien avec la commission des menus et la diététicienne de l'établissement.

L'acceptation de denrées alimentaires pouvant être conservées en chambres par les patients n'est pas traitée de la même manière par tous les soignants selon les unités. Ces derniers n'ont pas de réfrigérateur et ne peuvent dès lors conserver de produits frais.

Des repas thérapeutiques sont organisés de temps en temps. Toutefois, il a été déploré que les soignants prennent leur repas en fait à la même table sans se mélanger avec les patients, dans certaines unités.



Figure 9 : salle à manger de l'unité Héloïse

5.5 L'OFFRE D'ACTIVITES APPARAÎT IMPORTANTE EN QUALITE, DIVERSE EN QUANTITE MAIS NE PEUT DANS CERTAINES UNITES COMPENSER LE SENTIMENT D'ENFERMEMENT

Plus que dans la plupart des établissements de santé mentale, les patients du CHS Les Murets sont occupés, que ce soit en raison de la fréquence des entretiens médicaux, de la présence de nombreux corps thérapeutiques (ergothérapie, psychomotricité, psychologie, etc.), et de l'espace Utopia (cf. § 5.6).

De plus, il y a dans les unités des équipements permettant de « *tuer le temps* » : salles de télévision, machines de sport, baby-foot, table de ping-pong, etc. Il est à souligner que ces équipements ne sont pas équivalents d'une unité à l'autre. Notamment, l'unité Kepler, la plus vétuste, n'en bénéficie pas, hormis d'une salle de télévision.

Pour autant, de nombreuses personnes rencontrées disent s'ennuyer. La visite ayant eu lieu l'été, les espaces extérieurs étaient occupés par des personnes fumant (beaucoup), entre elles ou seules. Les personnes ne pouvant sortir des unités, en particulier, ont dit trouver le temps long. L'une d'elles a précisé : « *c'est dur d'être enfermé* ».

Pour certains patients, se joue un paradoxe : ils se plaignent de leur oisiveté mais ne souhaitent pas pour autant participer aux activités qui leur sont proposées. Ces patients sont souvent dans une forme de déni de leur pathologie, ou considèrent ne pas devoir rester hospitalisés. L'un d'entre eux a exprimé ces contradictions : « *j'ai bien compris qu'il fallait que je n'ai pas l'air trop malade pour sortir* ». Puis il a ajouté : « *j'ai des troubles alimentaires et personne ne surveille ce que je mange, je ne comprends pas. Je m'ennuie, j'ai pas envie de faire des activités.* » Revu plus tard après un entretien médical qui avait selon lui tardé à être organisé dans les tous premiers jours de son hospitalisation, ce patient a dit s'être senti mieux compris et pris en charge à partir de là.

A l'inverse, des personnes s'habituent à l'hospitalisation et apprécient le fait d'être prises en charge, au point qu'elles considèrent se trouver dans leur « *deuxième maison* ».

5.6 L'ESPACE UTOPIA IMPLANTE DANS DES LOCAUX REMARQUABLEMENT AMENAGES CONSTITUE AU-DELA D'UN CENTRE D'ACTIVITES DIVERSES UN VRAI LIEU DE VIE

Les activités de service et les activités socioculturelles offertes aux patients de tous les pôles sont proposées désormais au sein d'un vaste espace dédié baptisé « Utopia ». Autrefois embryonnaire et géré par une association, cet ensemble fonctionne désormais sur les moyens du centre hospitalier, tant pour le personnel que pour les dépenses de matériel.

5.6.1 Les locaux

Comme indiqué *supra* (cf. § 1.1.1), le centre hospitalier des Murets a été pensé et construit par des adeptes de la psychothérapie institutionnelle. Il avait donc été conçu comme un « village », avec au centre une chapelle, une buvette et des locaux où les « patients-citoyens-villageois » se retrouveraient pour diverses activités. Ce sont ces locaux centraux qui ont fait l'objet d'une vaste et coûteuse réhabilitation chiffrée à 2,5 millions d'euros pour offrir désormais un cadre particulièrement valorisant aux activités et services proposés. Ainsi la notion de lieu de vie, au cœur de l'établissement, ouvert aux patients mais aussi à leur famille et aux soignants, a été totalement conservée.



Figure 10 : Utopia

En dehors de cet espace, des salles complémentaires (Espace Rimbaud, salle Verlaine) sont ponctuellement mobilisées pour certaines manifestations.

5.6.2 Le champ d'activités d'Utopia

Comme indiqué au § 5.5, les activités proposées au sein d'Utopia ne sont pas exclusives de celles mises en place à l'intérieur de chaque pôle. Le principe, au contraire, est la complémentarité entre les deux possibilités surtout pour ceux des patients en unité fermée qui ne peuvent se rendre à Utopia. De plus, la structure « Utopia » n'est pas réservée aux seuls patients de l'intra hospitalier. Enfin, le panel d'activités proposées est particulièrement étendu : activités de service, activités sportives, activités socioculturelles, animations extérieures à l'établissement.

A ce sujet, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

L'unité Utopia est au contraire accessible aux patients en soins sous contrainte, soit dans le cadre d'une sortie accompagnée par le personnel soignant de l'unité, soit lors d'une « permission » de courte durée.

5.6.3 Le positionnement institutionnel d'Utopia

a) Avec la direction du centre hospitalier

La structure Utopia est rattachée à la direction des soins. La validation des programmes d'activités se fait dans le cadre d'une commission qui se réunit deux fois par an et il est rendu compte des activités au sein de la commission départementale des soins psychiatriques, ce qui positionne fortement Utopia au sein de la gouvernance de l'établissement.

b) Avec les équipes soignantes

Le lien entre le personnel d'Utopia et les patients se fait essentiellement par le personnel soignant, ce qui permet une orientation adaptée vers les activités et également d'anticiper ou de gérer au mieux les difficultés pouvant se présenter. Certains patients viennent accompagnés.

Les informations générales nécessaires au bon fonctionnement de la structure (programmes, manifestations, inscriptions) sont relayées dans les différents pôles : affiches, informations verbales, rappel par les soignants.

c) Avec le partenariat extérieur

Les activités d'Utopia s'inscrivent également dans un large partenariat extérieur, qui apporte une validation sur le contenu des activités, et également des cofinancements.

Depuis plusieurs années, le CH des Murets bénéficie avec Utopia du label « Culture et Santé¹² » (et donc de financements) décerné conjointement par l'agence régionale de santé et par la direction régionale des affaires culturelles. Des conventions de partenariat existent également avec plusieurs mairies du secteur.

5.6.4 Les moyens affectés à Utopia

Tous les moyens affectés au fonctionnement d'Utopia sont adossés directement aux moyens de fonctionnement du centre hospitalier, ce qui favorise incontestablement la bonne intégration des activités dans la vie de l'établissement. Utopia fonctionne avec sept intervenants permanents :

- un animateur culturel (à mi-temps ergothérapeute sur un pôle) ;
- un animateur sportif (également en charge des séjours et sorties extérieures) ;
- deux infirmières : l'une supervisant l'activité de la cafétéria et l'autre l'ensemble d'Utopia ;
- une aide-soignante ;
- deux agents des services hospitaliers qualifiés (dont une personne prenant en charge l'activité de la bibliothèque).

Les intervenants extérieurs sont rémunérés par le centre hospitalier, sur la base de conventions pré établies.

5.6.5 Les activités de service

Toutes les activités de service s'inscrivent largement dans la préparation à la sortie du patient, et permettent plus largement de limiter l'effet de désocialisation lié à l'hospitalisation, en particulier de longue durée. On trouve au sein de cet ensemble le bureau réservé aux représentants des usagers.

a) La cafétéria

Elle est ouverte du dimanche au vendredi, de 9h30 à 11h30 et de 13h à 16h30. Elle est ouverte à tous, et très fréquentée par les patients avec leur famille le dimanche. Les tarifs pratiqués sont très bas (café/thé 0,80 euro, boissons au verre 0,70 euro, canettes 1 euro). Elle propose des animations régulières.

¹² Ce label a été renouvelé en janvier 2019 (courrier daté du 4 mars 2019 de la directrice du centre hospitalier)



Figure 11 : la cafétéria

b) Un cybercafé

Il est situé au sein de la cafétéria, ouvert aux mêmes horaires. Il offre quelques ordinateurs en libre-service avec possibilité de connexion internet (limitée à 30 minutes et avec verrouillage de certains sites).

c) Un salon de coiffure

Le salon de coiffure est gratuit pour les patients, il est ouvert quatre jours par semaine avec des rendez-vous pris par l'intermédiaire des équipes de soins.

d) L'Espace Dom

Géré par l'association ASCEM l'Espace-Dom met à disposition des patients des produits et matériel de première nécessité, en particulier dans les phases de sortie. Il s'agit d'un service gratuit.

e) L'Espace Vêt

Ouvert le mardi de chaque semaine, l'Espace-Vêt met à disposition des patients des vêtements. Le service est gratuit mais il est demandé en échange des petites prestations comme une aide au repassage ou des travaux de couture ou de rangement.



Figure 12 : L'Espace Vêt

5.6.6 Les activités culturelles

Les activités culturelles proposées sont soit à caractère permanent, soit, dans chaque matière, complétées par des activités programmées mensuellement : concerts, expositions, spectacles, qui se déroulent soit dans l'établissement, soit à l'extérieur.

Les activités permanentes déclinées ci-dessous se déroulent dans des locaux spécifiquement créés à cet usage avec des aménagements d'une qualité qui force l'admiration du visiteur.



Figure 13 : exposition arts plastiques



Figure 14 : atelier musique

Les activités permanentes :

- l'activité théâtre, chaque semaine, le mercredi de 14h à 15h30 ;
- l'activité musique, deux fois par semaine, de 14h à 15h30 ;
- l'atelier danse, tous les jeudis matin ;
- l'activité « arts plastiques », tous les jeudis après-midi ;
- la bibliothèque, ouverte sur plusieurs créneaux par semaine et qui se situe au sein même de la cafétéria.

5.6.7 Les activités sportives

Le programme d'activités sportives associe le sport en salle et des activités extérieures (randonnées, camps, etc.). L'activité en salle, programmée tous les jours de 11h à 12h était toutefois à l'arrêt au moment de la visite, en raison de la vacance du poste d'animateur sportif. Il a cependant été indiqué que l'examen des candidatures pour remplacer le précédent titulaire du poste avait déjà commencé. Les équipements sportifs sont tout aussi valorisants que les équipements culturels.



Figure 15 : la salle de sport

Les séjours thérapeutiques et activités extérieures sont largement ouverts aux patients sous réserve d'évaluation médicale (comme les activités sportives). Les séjours peuvent être d'une journée et aller jusqu'à la semaine, sur des thèmes très divers : activités sportives, découverte.

Bonne pratique

Le principe et les modalités de fonctionnement de la structure Utopia, la richesse des activités proposées et l'ouverture à l'extra hospitalier constituent un point fort de l'établissement

5.7 LA SEXUALITE DES PATIENTS NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Les rapports sexuels ne sont pas interdits par le règlement intérieur, on ne trouve aucune règle écrite à ce sujet dans les documents de l'établissement. Certains médecins interrogés ont affirmé qu'ils étaient interdits dans les unités d'admission, d'autres ont nuancé en expliquant qu'un principe d'interdiction entre deux personnes consentantes n'aurait pas de sens. Le discours est pour autant assez axé dans le sens d'une prévention des risques. Les relations sexuelles semblent donc plutôt déconseillées dans les unités d'admission, avec l'idée de protéger les personnes les plus vulnérables. Aller dans les chambres des autres patients n'est pas encouragé. Une femme admise en phase maniaque a ainsi été placée en chambre fermée pendant quelques jours notamment de peur que d'autres patients n'abusent de sa vulnérabilité ou qu'elle ait une conduite à risque liée à son état et qu'elle regretterait par la suite.

Il est toutefois apparu que le sujet n'était pas toujours débattu en équipe.

Recommandation

La sexualité des patients est un sujet dont doit se saisir le comité d'éthique.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Si ce thème a fait l'objet d'un groupe de travail relatif notamment à la sensibilisation aux infections sexuellement transmissibles, le comité d'éthique mènera une réflexion spécifique de concert avec celui des Hôpitaux de Saint-Maurice, établissement support du groupement hospitalier de territoire, auteur d'une première réflexion sur le sujet. Les conclusions de ces travaux feront l'objet d'une diffusion large dans l'établissement, tant en direction des professionnels que des usagers.

Des préservatifs sont disponibles au poste de soins, ce qui offre l'occasion aux soignants d'aborder la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST). Le médecin généraliste prescrit également un contraceptif aux patientes qui le souhaitent. Lorsqu'un rapport sexuel a eu lieu sans protection, il est procédé à une sérologie.

6. LES SOINS PSYCHIATRIQUES ET SOMATIQUES

6.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT BASES SUR UNE APPROCHE PLURIDISCIPLINAIRE, LES PROJETS DE SORTIE DES PATIENTS SONT ELABORES EN AMONT

6.1.1 La période de soins et d'observation

Un entretien médical est systématiquement réalisé, en présence de l'infirmier en charge de l'accueil, le jour même de l'arrivée du patient. Le psychiatre explique l'objectif des certificats des 24h et des 72h et il précise les raisons pour lesquelles il établit ce document. A titre d'exemple, il indique au patient qu'il estime que, compte tenu de son état clinique, il doit être soigné et que par conséquent il établit un certificat le contraignant aux soins puisque ce dernier refuse d'être pris en charge. Le praticien rappelle, toutefois, qu'il existe une possibilité de lever la mesure avant la date présumée de fin d'hospitalisation. Il précise alors que c'est la clinique (évolution favorable de l'état de santé du patient) qui motivera avant tout sa décision. A l'unité Kepler, lorsque le patient exprime fermement son opposition aux soins, le psychiatre lui propose de recueillir ses observations par écrit.

Le consentement éclairé aux soins est bien souvent recherché afin d'établir une relation thérapeutique qui puisse s'inscrire dans la durée. Cependant, l'accord oral du patient ne suffit pas pour autant à mettre un terme à la mesure de soins sans consentement, la décision du praticien hospitalier (PH) est motivée avant tout par l'évolution de l'état clinique.

Dans la majorité des unités, lors de ce premier entretien ou dans les jours qui suivent l'admission, le médecin psychiatre élabore un plan de soins personnalisé dont il explique, en présence de l'infirmier, les modalités aux patients (restrictions éventuelles, indications pour des ateliers thérapeutiques). Ce plan de soins est intégré au dossier informatisé du patient. Il ne lui en est pas remis de copie, ce qui est regrettable.

Aucun protocole n'a été élaboré concernant la période d'observation dont les modalités varient en fonction de l'état clinique du patient et de sa pathologie. A titre d'exemple, si un patient se sent persécuté, les soignants vont être attentifs durant les premiers jours à la manière dont ce dernier interagit au sein du groupe.

6.1.2 Les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation

Au cours de leur hospitalisation, les patients bénéficient d'un suivi médical régulier grâce à la présence quotidienne des psychiatres au sein des unités. Un système de médecin référent est mis en place de sorte que le suivi du patient en extra hospitalier est effectué par le même praticien. Les entretiens médicaux, auxquels assistent systématiquement un infirmier, sont réguliers, voire quotidiens si l'état clinique du patient l'exige. Ces entretiens peuvent aussi avoir lieu à l'initiative des patients comme ont pu le constater les contrôleurs. Au cours de ces entretiens, la question du diagnostic peut être abordée. A l'unité Logos, un des médecins psychiatres, interrogés par les contrôleurs part du principe que le patient doit connaître sa pathologie et son traitement, l'observance étant un enjeu majeur en psychiatrie.

L'annonce du diagnostic s'effectue dans un premier temps en l'absence de la famille. Durant cet entretien, le praticien explique au patient que « *la psychiatrie n'est pas une science exacte. Rien n'est figé, ni gravé dans le marbre* ». Une seconde annonce du diagnostic est réalisée, avec l'accord du patient, en présence de sa famille.

Lorsque le psychiatre souhaite un second avis ou si le patient est dans le déni de sa pathologie, le praticien fait appel à un centre d'expertise avec lequel l'établissement collabore régulièrement.

Les psychiatres se rendent disponibles pour rencontrer les familles. Ces entretiens, en présence de la famille, s'effectuent avec l'accord du patient et les praticiens tiennent compte également du contexte familial. Si les relations avec la famille sont conflictuelles alors même que le patient est dans un état de grande souffrance, le psychiatre propose aux proches de les rencontrer ultérieurement. Certains patients refusent d'emblée tous les entretiens en présence de la famille mais ils autorisent le psychiatre à échanger par téléphone avec l'un des parents.

La désignation d'un infirmier référent n'est pas systématique dans les unités d'admission compte tenu de la durée moyenne de séjour relativement courte. Cependant, il peut arriver qu'un infirmier se propose d'être le référent d'un patient lorsqu'il s'est établi une relation thérapeutique permettant de travailler certains aspects de la prise en charge avec le patient. De même, un infirmier référent est désigné pour les patients dont la problématique est lourde. Dans les unités de réhabilitation psycho-sociale telle que l'unité Corot, le patient est suivi par le même infirmier afin de travailler le projet de sortie.

Dans les unités d'admission, les infirmiers mènent de façon ponctuelle des entretiens pour apaiser un patient agité ou pour atténuer un état d'anxiété. Bien que les équipes soignantes soient investies dans leur travail, certains patients comme ceux de l'unité Kepler, se sentent néanmoins délaissés. Les IDE ont tendance à se tenir éloignés des patients en raison des nombreuses tâches administratives qu'ils doivent réaliser.

Les patients bénéficient d'une prise en charge pluridisciplinaire grâce à la présence de psychologues, d'ergothérapeutes ou d'art-thérapeutes. Des psychomotriciens interviennent dans certaines unités de réhabilitation psycho-sociale. Tous les soignants sont pleinement associés au projet de soins du patient. Lors des réunions de synthèse hebdomadaires, durant lesquelles la situation de tous les patients est passée en revue, l'avis de chacun des soignants (y compris les aides-soignants) est pris en compte par les psychiatres.

Les psychologues suivent essentiellement les patients relevant d'une prise en charge au long cours. Certains se rendent néanmoins disponibles pour échanger de façon informelle avec d'autres patients afin « *de partager un moment de vie avec eux* ».

Toutes les unités n'ont pas mis en place de réunions soignants/soignés. La contrainte majeure serait le nombre élevé de patients accueillis – à titre d'exemple, vingt-sept à l'unité Logos – pour pouvoir organiser ces temps d'échange. Au pôle G03, des réunions soignants-soignés hebdomadaires (à l'unité Manet) ou mensuelles (à l'unité Corot) sont animées par le psychologue. Les autres soignants y participent également. Les psychiatres n'y assistent pas. Le chef de pôle estime que ce n'est pas la place des médecins, les patients n'osent pas s'exprimer devant le psychiatre. Les réunions soignants-soignés organisées à l'unité Corot ont donné lieu à des choix de sorties et de séjours thérapeutiques. La plupart des patients en ont bénéficié.

Les activités thérapeutiques sont pleinement intégrées au dispositif de soins pour l'ensemble des patients qu'ils puissent ou non sortir de leur unité. Dans certaines unités comme à l'unité Logos, les ergothérapeutes assurent une présence quotidienne à temps plein tandis que dans d'autres unités, ils interviennent à temps partiel. Des ateliers avec un thème spécifique se déroulent sur une demi-journée. Les patients sont tenus de respecter les horaires et de rester jusqu'à la fin de l'activité. Ces ateliers sont ouverts à tous. Parfois une indication médicale est posée pour certains

patients mais selon les propos recueillis, « lorsqu'un patient se sent obligé, il ne s'investit pas ». Durant l'autre partie de la journée, aucun thème n'est imposé. Les patients ont la possibilité d'aller et venir à leur guise et de faire une activité de leur choix.

Dans les unités de réhabilitation sociale, les patients se rendent seuls à l'HDJ ou au CATTP du secteur. Lors de la visite, douze patients sur quatorze de l'unité Corot étaient inscrits.

Les soignants mettent également en place des activités (atelier d'expression corporelle, couture, repas thérapeutique, atelier photos, jeux de société) au sein des unités. Cependant ces activités ne suscitent aucun intérêt chez certains patients qui s'ennuient. Or, selon les soignants, l'ennui génère de la violence et l'attrait des produits stupéfiants.

Les patients, y compris ceux admis en soins sans consentement, bénéficient de sorties et de séjours thérapeutiques (cf. *supra*) et d'activités sportives (piscine, football), auxquelles participent activement les soignants y compris les aides-soignants qui se montrent passionnés.

6.1.3 Les projets de sortie

Les projets de sortie sont élaborés bien en amont du départ du patient. La prise en charge est clairement tournée vers la réhabilitation pour permettre une sortie dans une structure d'accueil. A titre d'exemple, grâce à l'aide de la mission locale, un patient de l'unité Corot a été embauché en CDI et il est prévu qu'il intègre un foyer très prochainement.

Les effectifs des unités d'hospitalisation comptent des assistantes sociales qui sont impliquées dans la prise en charge du patient dès son admission. Outre les réunions de synthèse, des réunions de pôle, regroupant les soignants intervenant sur l'intra et l'extra hospitalier, se tiennent une fois par semaine. Les projets de sortie des patients sont notamment abordés afin que le relais en extra hospitalier s'opère de façon optimale.

Les sorties de courte durée (12 et 48 heures) sont utilisées pour préparer la sortie. Les soignants s'emparent de ce dispositif pour visiter avec le patient un appartement ou une structure d'accueil afin que ce dernier se familiarise avec les lieux et le personnel. En revanche, les programmes de soins sont peu développés.

Chaque secteur compte de nombreux dispositifs (foyer de postcure, CATTP, appartements thérapeutiques, un centre d'accueil disposant d'une chambre, café associatif, visites à domicile) pouvant favoriser une prise en charge à l'extérieur mais concernant les logements et les structures adaptées, le nombre de places disponibles demeure insuffisant. Faute de places également dans les départements limitrophes, des demandes sont effectuées au niveau national ainsi qu'en Belgique. Cette dernière solution a ses limites, les liens familiaux ne pouvant pas être maintenus.

Par ailleurs, concernant les personnes âgées, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se montrent réticents à l'idée d'accueillir des résidents ayant séjourné en psychiatrie.

6.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST BIEN ASSURÉE

6.2.1 L'accès au médecin généraliste

Le pôle somatique compte actuellement 3 PH pour 2,1 ETP. En principe, il est prévu 2,7 ETP mais l'un des PH est en congé maternité. Chaque secteur bénéficie d'une présence à mi-temps d'un médecin généraliste.

L'examen clinique des 24 heures, pour les patients admis en soins sans consentement, n'est pas systématique si le patient a été pris en charge au service des urgences. Un des PH a indiqué que la décision d'effectuer un second examen clinique dépendait de la qualité de la prise en charge dont le patient avait pu bénéficier aux urgences. A titre d'exemple, si le patient a été très agité durant son passage aux urgences, l'examen clinique n'aura alors été réalisé que partiellement. Les médecins effectuent donc un second examen clinique afin d'éliminer une cause organique.

En dehors de l'examen clinique des 24 heures prévu par la loi, les médecins généralistes voient en général la majorité des patients admis au CHS à l'exception des patients jeunes et bien portants qui bénéficient d'un suivi régulier extérieur. Pour les patients dont les parcours de soins sont jalonnés de nombreuses ruptures, cela permet de favoriser l'adhésion aux soins. Ils bénéficient d'un bilan d'entrée complet et des examens complémentaires sont prescrits dans le cadre de la prévention de certaines pathologies (dépistage du cancer colo-rectal, mammographie, etc.). L'évaluation de la douleur est également réalisée à l'arrivée. Il a été indiqué qu'elle était bien prise en compte par le personnel soignant et les psychiatres. A cet égard, le comité de lutte contre la douleur (CLUD) se réunit régulièrement.

Selon les propos recueillis auprès des soignants des unités, les patients bénéficient d'un bon suivi en médecine générale. Les praticiens assistent aux transmissions, quand ils le peuvent, afin de pouvoir prendre en charge le patient dans sa globalité.

Une astreinte est également assurée jusqu'à 17h du lundi au vendredi. Durant les week-ends, une garde de jour est effectuée par l'un des médecins généralistes le samedi après-midi et toute la journée du dimanche. Durant la nuit, la garde est assurée par les internes (qui sont en nombre insuffisant) ou par les psychiatres. Il y a environ 4 ans, il a été décidé – pour des raisons budgétaires semble-t-il – que les gardes de médecine générale ne seraient plus assurées par les médecins généralistes. Selon les propos recueillis, cette réorganisation n'engendre pas de perte de chance pour le patient. Cependant cela peut créer un inconfort pour certains patients qui sont parfois adressés par les psychiatres au service d'accueil des urgences de l'hôpital général Saint-Camille pour des motifs injustifiés (hyperthermie, difficultés à interpréter un électrocardiogramme, etc.). Pour autant, les médecins généralistes ont élaboré plusieurs protocoles afin de faciliter la prise en charge somatique. Mais le passage du médecin généraliste en chambre d'isolement n'est pas systématique. Le généraliste est prévenu si le patient isolé présente des troubles importants ou si c'est un isolement dès l'admission. Par ailleurs, chaque unité dispose d'un chariot d'urgence et d'un défibrillateur

6.2.2 Les consultations spécialisées

Les médecins utilisent les différentes structures du GHT pour adresser leurs patients dans le cadre des consultations de spécialité, d'examens radiologiques ou pour une hospitalisation. Par ailleurs, l'hôpital général Saint-Camille a mis en place un service d'hospitalisation somatique réservé uniquement aux patients hospitalisés en psychiatrie. Ce service prend en charge le tout-venant hormis les patients nécessitant une intervention chirurgicale. Concernant les autres services d'hospitalisation, il a été indiqué que les équipes soignantes exigeaient parfois la présence permanente de deux soignants du CHS pour surveiller les patients en soins sans consentement.

Concernant les consultations chez les spécialistes, exerçant en ville, les psychiatres rencontrent parfois des difficultés pour adresser leur patient notamment chez les ophtalmologistes ou les dentistes. Il a été indiqué que certains se montraient réticents pour prendre en charge des

patients relevant de la psychiatrie. Les médecins généralistes font alors appel à leur réseau de connaissances professionnelles et lorsque le patient bénéficiait auparavant d'un suivi à l'extérieur, les médecins utilisent son réseau ce qui permet de favoriser l'observance aux soins.

6.2.3 Les examens de laboratoire

Le CHS utilise les services du laboratoire de l'hôpital général Saint-Camille, il se charge de l'acheminement des bilans y compris durant la nuit et les week-ends. Les médecins et les soignants rencontrés n'ont pas fait état de difficultés particulières.

6.2.4 La pharmacie

La pharmacie de l'hôpital compte deux ETP de pharmaciens, quatre préparateurs en pharmacie, un cadre de pôle, un agent comptable en charge de l'approvisionnement et de la gestion des stocks, une secrétaire et un agent d'entretien exerçant à temps partiel.

La dispensation des traitements est nominative et s'effectue individuellement dans le bureau infirmier. Les unités sont livrées une fois par semaine à l'exception de l'USLD et de deux unités au long cours qui sont réapprovisionnées toutes les deux semaines. Les infirmiers sont chargés de la préparation des piluliers.

Les unités disposent également d'une dotation qualitative et quantitative pour les week-ends et la nuit car les pharmaciens n'effectuent pas d'astreinte. En leur absence et si une molécule spécifique vient à manquer dans une unité, il a été mis en place une convention avec le centre hospitalier intercommunal (CHI) de Créteil afin que l'unité puisse être approvisionnée.

Toutes les prescriptions sont saisies dans le logiciel Pharma. Elles sont toutes analysées par les pharmaciens avant d'être validées. Pour les prescriptions « si besoin », les pharmaciens ont exigé qu'elles soient accompagnées d'un commentaire et qu'elles soient systématiquement réévaluées par le praticien. Il a été également mis en place dans le logiciel un système d'alerte permettant de détecter une erreur de saisie. De même, la dose maximale à prescrire est indiquée afin d'éviter les erreurs de surdosage.

7. LE RESPECT DE L'INTEGRITE DES PERSONNES

7.1 LE CIRCUIT DES PATIENTS QUI PASSENT PAR LES SERVICES D'URGENCE AVANT LEUR ADMISSION EST EXAGEREMENT ALLONGE ET PERTURBANT

Les modalités d'entrée au CHS peuvent prendre deux voies selon que les patients ou leur famille prennent directement contact avec l'hôpital ou passent par les urgences.

7.1.1 Présentation directe du patient

Si un patient se présente au poste de garde et qu'il est connu, le psychiatre de son unité de secteur, ou en dehors des heures ouvrables le psychiatre de garde, se rend au poste de garde pour évaluer la nécessité d'une admission.

Si le patient, ou un proche, appelle au téléphone, il est lui conseillé de se rendre aux urgences de l'hôpital général de son domicile ou, aux heures ouvrables, au CMP. Pour améliorer l'accueil des patients en crise, certains CMP assurent un service jusqu'à 19h, dans d'autres (G02), un infirmier assure les entretiens d'urgence. Ces entretiens permettent d'évaluer la suite à donner, éventuellement d'aménager une consultation psychiatrique au plus tard dans les huit jours suivants cet entretien. Cependant, aucun CMP n'est ouvert le samedi matin.

7.1.2 Passage par un service d'urgence

Les patients relevant d'un des secteurs psychiatriques du centre hospitalier Les Murets s'adressent principalement aux services d'accueil des urgences (SAU) de l'hôpital Henri Mondor (GHHM) de Créteil et de l'hôpital Saint-Camille, situé à Bry-sur-Marne ; plus rarement à l'hôpital de Montreuil (Seine-Saint-Denis), à l'hôpital d'instruction des armées à Begin ou à l'hôpital Saint Antoine à Paris 11^{ème}. Le CH Les Murets qui participe au dispositif des urgences psychiatriques du département (seul de son espèce) assure une présence aux SAU de l'hôpital Saint-Camille et du GHHM.

Pour le premier, une convention liant les deux établissements prévoit que cette présence est assurée par 6 ETP d'infirmiers et 1,3 ETP de psychiatre mis à disposition par Les Murets. En pratique, il a été indiqué qu'il est très difficile de pourvoir le poste de psychiatre et que la permanence psychiatrique se réduisait à 0,5 ETP de psychiatre, sans présence ni garde la nuit ou le week-end. Les six infirmiers assurent, eux, une présence nuit et jour, week-ends compris. Les urgentistes de ce SAU, à l'activité très intense, ne posent que très rarement des indications psychiatriques ; s'ils estiment qu'une évaluation psychiatrique du patient arrivé en urgence est nécessaire, à défaut de psychiatre présent, celui-ci est transporté pour évaluation au GHHM ; il arrive toutefois que des admissions soient effectuées aux Murets sur avis infirmier, permettant d'éviter ce passage au SAU du GHHM.

Pour le second, le CH Les Murets participe à hauteur de trois ETP infirmiers et un ETP de psychiatre à l'équipe d'urgence du service intersectoriel de psychiatrie. Le GHHM ne met pas de lits portes à disposition des psychiatres du SAU prenant en charge des patients qui seront orientés au CH Les Murets, obligeant à une attente dans des conditions stressantes et un transfert rapide. Il n'assure pas non plus les examens somatiques des patients arrivés pour une évaluation psychiatrique. Lorsque ces examens s'avèrent nécessaires, ils sont effectués à l'hôpital Saint-Camille où le patient doit donc être transporté, voire re transporté et de nouveau attendre.

Les différents trajets sont effectués en ambulance privée, avec deux ambulanciers, les patients n'étant jamais accompagnés par un infirmier. Par suite, les patients sont très régulièrement sédatisés, ce qui rend difficile leur évaluation à l'arrivée.

Il a été ainsi relevé que le parcours du patient entraîne souvent un comportement qui conduit à justifier une admission en SPI.

Les interlocuteurs rencontrés estiment que l'importance du nombre d'admissions en SPI résulte du désengagement des tiers pour signer une demande d'admission en SDT et de la pression des urgentistes pour transférer le patient sans toujours prendre le temps de contacter un tiers. Par ailleurs, il a été également affirmé que lorsque le service somatique avait connaissance, pour un patient, d'une hospitalisation antérieure en psychiatrie, il avait une forte tendance à le transférer de nouveau en psychiatrie sans pour autant qu'une telle nécessité soit avérée. Ainsi, la psychiatrie deviendrait « un aval » pour le somatique.

Recommandation

La coordination avec les services d'urgence des hôpitaux adressant des patients au centre hospitalier des Murets doit être améliorée ainsi que les moyens humains attribués, afin d'éviter la multiplication des attentes et des transports des patients en crise d'un établissement à l'autre avant leur admission en unité.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Une réflexion globale est en cours avec la tutelle sur l'organisation des prises en charge des urgences psychiatriques des secteurs desservis par l'établissement dans le cadre des travaux du projet territorial de santé mentale du département.

7.2 MEDECINS ET SOIGNANTS N'ONT PAS UNE PERCEPTION JUSTE DE LA REALITE DU RECOURS A L'ISOLEMENT ET A LA CONTENTION

7.2.1 Les locaux

L'établissement compte six chambres d'isolement (CI), une par pôle et deux pour le pôle G03, toutes situées dans les unités d'admission de chaque pôle. L'architecture de ces chambres est identique : elles sont desservies par un sas, comportent deux entrées et des fenestrons aux portes qui offrent une vision totale de l'intérieur.

Le mobilier est constitué d'un lit formé d'un sommier et d'un matelas en mousse dense recouverts d'une toile de plastique épais modèle Cumbria®, équipé d'attaches permettant la pose de contentions. Un « oreiller » de même facture peut être fourni pour permettre l'adossement du patient, notamment lorsqu'il reste attaché, de même qu'un pouf constitué des mêmes matériaux.



Figure 16 : CI de l'unité G02



Figure 17 : CI de l'unité G04

La chambre bénéficie de la luminosité naturelle grâce à une ou deux fenêtres équipées de volets roulants et qui peuvent s'entrouvrir. Elle est climatisée. Une horloge est fixée au mur à l'extérieur de la chambre mais visible depuis le lit.

Un WC en inox est implanté dans la chambre mais en est séparé, selon les chambres par un mur ; cependant, aucune porte n'a été installée alors même que la chasse d'eau est située à l'extérieur de la CI ; le patient isolé peut être incommodé par les odeurs nauséabondes.

Une salle d'eau comportant une douche à l'italienne avec ou sans flexible et un lavabo – avec ou sans miroir selon les unités – est desservie depuis le sas ; le patient ne peut donc s'y rendre qu'accompagné par un soignant.

Aucune CI n'est équipée de bouton d'appel. Des patients ont peur d'être oubliés. Certains tapent sur la porte pour qu'un soignant vienne ce qui, parfois, est interprété comme de l'agitation. Il a été relaté qu'une dame mise en isolement pendant le week-end s'est blessée la main à force de tambouriner sur la porte. Plafonnier, chasse d'eau, volets sont actionnés de l'extérieur.

7.2.2 La gestion de l'isolement

Les règles appliquées au patient placé à l'isolement ne sont pas rigides : selon les cas, les patients auront accès à un livre, des journaux ou pourront écouter la radio. Le patient est en général, en pyjama, sédaté pour gérer la crise qui a justifié le placement, ce qui n'est pas toujours efficace. Sa chambre ne lui est pas régulièrement conservée mais il a été affirmé que cette impossibilité ne retardait pas la sortie et que les CI n'étaient jamais utilisées comme chambres hôtelières pour gérer les sur occupations.

Les repas sont servis avec seulement une cuiller, dans la CI puis, éventuellement dans le sas ou une salle à l'écart quand c'est possible. Lorsque le patient est contenu, il peut être maintenu sous contention (les soignants laissent un peu de mou au niveau des liens) pendant les repas s'il demeure très agité.

En principe, les visites ne sont pas autorisées, mais des exceptions sont possibles. Les proches sont parfois informés de la mesure ; tout dépend de la relation qu'entretient le patient avec sa famille et s'il souhaite qu'elle soit informée des modalités de sa prise en charge.

Les patients fument dans un lieu à l'air libre proche de la CI mais les soignants se montrent parfois réticents : « ça peut poser des difficultés de réintégration ».

Selon la règle, la surveillance infirmière est assurée au moins toutes les heures. Faute de garde somatique, le passage du médecin généraliste n'est pas systématique. Il est prévenu si le patient présente des troubles importants ou si c'est un isolement dès l'admission. Le psychiatre s'entretient au moins toutes les 24 heures avec un patient isolé.

Les patients n'ont pas d'entretien avec un infirmier à l'issue de la mesure pour verbaliser et exprimer leur ressenti. En revanche, l'isolement est repris avec les médecins.

Par ailleurs, les enfermements en chambre ordinaire ne sont pas exceptionnels, voire fréquents dans certaines unités. Ils ne sont pas toujours tracés. Dans une unité, lors de la visite, trois patients faisaient l'objet d'un enfermement en chambre hôtelière alors que la CI n'était pas occupée. Ces patients étaient soumis au port du pyjama « *pour assurer leur sécurité* ». Tous étaient en SSC. Ces enfermements ne sont pas toujours enregistrés. Ils s'accompagnent éventuellement de placement sous contention. Ainsi, à l'unité Kepler, entre le 1^{er} août et le 31 décembre 2017, quatorze patients ont été enfermés en chambre ordinaire pour des durées allant de 12 heures à 504 heures, l'un ayant, en outre, été sous contention pendant 44 heures durant ses 21 jours d'enfermement.

A l'unité Monet, deux chambres sont « sécurisées » : sans mobilier, avec judas et verrous extérieurs. Elles servent d'intermédiaire entre la chambre hôtelière et la CI, par exemple pour l'un de ses occupants qui ne sort que sous surveillance. Les temps de fermeture de ces chambres sont « déclarés ».

Si les infirmiers mènent de nombreux entretiens durant la période d'isolement tel n'est pas le cas pour les enfermements en chambre ordinaire.

7.2.3 La politique institutionnelle et les pratiques

Un groupe de travail a été constitué pour établir le registre exigé par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique. Il a associé une large palette de professionnels : médecins, responsables de la qualité, département de l'information médicale, informaticiens, secrétaires médicales. Outre le souci de répondre à l'obligation légale, la démarche a permis de réfléchir à la constitution d'indicateurs et d'un outil de pilotage en vue de faire avancer la réflexion et baisser le recours à l'isolement ; elle a également été l'occasion de mettre en évidence des éléments de restrictions de liberté des patients qui passaient inaperçus ou restaient ignorés et de rechercher des solutions.

De fait, alors que le canevas institutionnel (protocole d'isolement et de contention, document de décision initiale et de renouvellement) rappelle tant la nécessité de limiter les mesures et leur caractère de dernier recours que celle de rechercher des alternatives, alors que les responsables de l'établissement revendiquent leur préoccupation de respect des droits des patients et de leurs libertés, le souci de construire un outil d'évaluation du recours à l'isolement est récent.

Pourtant un tel outil est nécessaire si l'on en juge par l'écart entre le discours et la réalité des pratiques, en qualité comme en quantité.

Des interlocuteurs ont signalé que des patients réticents à prendre leur traitement pouvaient être enfermés pour obtenir leur docilité et s'ils ne se soumettaient pas, le régime pouvait être aggravé par exemple par la suppression des journaux. Certes, le chef de service « recadre » ces errements mais seulement s'il en a connaissance.

Un des médecins a indiqué administrer des traitements relativement importants lors des mises en CI, afin que la personne non seulement s'apaise mais également puisse supporter le caractère anxiogène de la CI.

Le registre d'isolement n'est fonctionnel que depuis le 17 mars 2018, les informations sur chaque pôle doivent être communiquées chaque trimestre à son chef. Au jour de la visite, il était encore difficile d'en tirer des conclusions pertinentes.

L'établissement a fourni, par ailleurs, les données suivantes qui concernent les hospitalisations temps plein et les patients isolés tant en CI qu'en autre chambre :

Année	File active intra hospitalier	Nombre de patients isolés	% patient de la FA isolé	Nombre de journées d'hospitalisation	Nb de journées d'isolement	% jours isolement
2017	451	123	27,3 %	14 821	1 389	9,4 %
2016	441	85	19,3 %	14 350	1 097	7,6 %
2015	468	94	20,1 %	14 278	2 093	14,7 %
2014	445	85	19,1 %	14 682	1 231	8,4 %
2013	507	109	21,5 %	15 696	1 165	7,4 %
2012	511	117	22,9 %	15 851	2 276	14,4 %
2011	501	106	21,2 %	14 459	1 648	11,4 %
2010	562	85	15,1 %	15 526	1 786	11,5 %

On constate que, alors que les interlocuteurs témoignent de leur adhésion à la nécessité de diminuer le recours à l'isolement, celui-ci est constant et présente même une augmentation sensible en 2017. De ces données, il ressort qu'un patient sur cinq et même sur quatre en 2017, est enfermé au cours de son hospitalisation. Si les durées d'isolement avaient décru (en proportion du nombre des journées d'hospitalisation), cette tendance s'est de nouveau inversée en 2017.

Les durées des isolements peuvent se révéler particulièrement longues, certaines concernent ceux des patients qui ne sortent jamais de l'isolement. Au 4 juillet 2018, sur les 204 mesures d'isolement prises, 188 étaient achevées. Parmi celles-ci :

- 117 avaient duré au moins 48 heures ;
- 101 avaient duré au moins trois jours (72 heures) ;
- 87 au moins quatre jours ;
- 71 au moins cinq jours ;
- 64 – soit le tiers – au moins six jours ;
- 59 plus d'une semaine ;
- 40 plus de dix jours ;
- 15 plus de 20 jours ;
- 5 plus d'un mois.

La plus longue a duré 52 jours. A cette même date, parmi les seize patients toujours isolés, le plus ancien l'était depuis 2012, son prédécesseur en ancienneté depuis le 17 avril 2018 soit 47 jours.

Le même jour, selon le registre, onze personnes étaient isolées « hors CSI » dont quatre au motif « *CSI non disponible* » et sept pour un autre motif.

Il a été indiqué que pour les six premiers mois de l'année 2018, le taux d'occupation des CI était de 78 %.

Enfin, la disparité des pratiques selon les unités mérite également réflexion puisqu'elles varient, pour l'année 2017, de cinquante-six mesures (au pôle G03), quarante-six (G01), quarante-trois (G02), trente-sept (G04) à treize (G05) sans que les caractéristiques de la patientèle puissent expliquer les écarts.

Le recours à la contention n'est pas non plus anecdotique contrairement à la représentation donnée par les interlocuteurs rencontrés. Au cours des six premiers mois de l'année 2018, treize mesures de contention ont été enregistrées dont une seule a duré moins de 12 heures, huit plus de 18 heures, une près de trois jours (67,9 heures) et une plus de 19 jours (472 heures). Ces durées semblent largement dépasser celle de la crise d'une personne mise, en outre, sous sédation.

Recommandation

L'établissement doit s'emparer des indicateurs de recours à l'isolement et à la contention qu'il a élaborés pour mesurer l'importance de ses pratiques et son écart avec la représentation qu'en ont les personnels soignants et médicaux. Une vigilance s'impose sur les motifs du recours à l'isolement.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

L'établissement s'est doté de l'outil nécessaire au recueil des informations relatives aux mesures d'isolement et de contention renseignées dans le système d'information utilisé (dossier patient informatisé), qui n'a pu être opérationnel qu'à compter de l'année 2018. Les éléments recueillis sont en cours d'analyse et permettront de présenter à la commission des usagers et au conseil de surveillance du premier semestre 2019 un rapport en ce sens, sur la base des analyses que livreront le groupe de travail relatif aux droits des patients et la commission médicale d'établissement pour réduire de telles mesures.

7.3 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES NE MET PAS EN EVIDENCE LA RECURRENCE DE PROBLEMES GRAVES NON RESOLUS

La procédure de gestion des événements indésirables (EI), version 2, a été mise en place dans l'établissement le 2 avril 2011. Lors de la visite la version 3 était en voie d'achèvement de formalisation. La nouvelle version inclut notamment l'obligation de déclaration d'événements indésirables qualifiés de graves auprès de l'agence régionale de santé.

Les déclarations ouvertes à tout personnel s'effectuent par l'utilisation d'un logiciel dénommé « Qualnet », mais il a été indiqué qu'il était possible à chacun d'effectuer une déclaration anonyme sur simple papier adressé à la direction de la qualité et de la clientèle. Le principe de fonctionnement est qu'une réponse soit donnée à chaque déclarant. Une charte de protection du déclarant a été diffusée début 2018.

L'ensemble des dispositifs prévus en la matière a été mis en place et appliqué, l'information fournie par la note explicative apparaît claire et exhaustive.

Les informations recueillies par les déclarations d'événements indésirables sont largement utilisées notamment dans le cadre du recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins et portées à la connaissance des membres de la commission des usagers.

En 2017, 273 fiches d'événements indésirables ont été enregistrées contre 198 en 2016.

Pour les pôles cliniques la répartition a été la suivante :

- 94G01 : 47 EI ;
- 94G02 : 40 EI ;
- 94G03 : 42 EI ;
- 94G04 : 35 EI ;
- 94G05 : 22 EI.

Les principales typologies d'EI enregistrées sont les suivantes par ordre décroissant :

- prise en charge du patient : quarante-trois EI ;
- informatique : trente-neuf EI ;
- ressources humaines, risques : trente-sept EI ;
- sécurité : trente-trois EI ;

L'état fourni fait état entre autres des chiffres suivants :

- neuf vols ;
- huit dégradations ;
- huit agressions physiques et deux faits d'injures à l'encontre du personnel par un patient ou son entourage ;
- une agression de patient par un tiers ;
- une fugue et une sortie sans autorisation ;
- une maltraitance d'accueil sur un lit de camp.

Il a été indiqué de plus que depuis le début de l'année 2018, trois événements indésirables graves (dont un hors sujet dans la structure médico-sociale intégrée) avaient été constatés, soit deux pour la partie « hôpital » : une erreur de posologie imputable au logiciel utilisé et le suicide par immolation d'un patient. Les événements graves font systématiquement l'objet d'un « retour d'expérience ».

A ce sujet, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Il est fait état de certains événements indésirables signalés au nombre desquels figurerait « une maltraitance d'accueil sur un lit de camp » (p. 56). Cette déclaration d'événement indésirable résulte d'un processus déclaratif totalement libre dans le cadre d'une charte de signalement garantissant l'absence de sanction au déclarant (cf. pièce jointe n°3). L'établissement a fait en cela le choix de permettre aux agents de faire des signalements infondés ; le cas cité en est une illustration dans la mesure où aucun « lit de camp » n'existe au centre hospitalier.

7.4 LE TRAITEMENT DES VIOLENCES EST ESSENTIELLEMENT PRIS EN COMPTE PAR LA FORMATION DU PERSONNEL

La problématique des violences au sein de l'établissement n'est pas apparue lors de la visite comme étant une priorité ou une source d'interrogation tant du côté du personnel que de la direction ou du corps médical.

L'examen de la documentation fournie comme les procès-verbaux des comités d'hygiène de sécurité et des conditions de travail amène à un constat similaire. Le sujet n'est jamais évoqué ni d'office ni à la demande de la parité syndicale. Il n'a pas non plus été mis en place de « service de sécurité » composé de soignants ni *a fortiori* de vigiles ou pseudo-vigiles.

En revanche, le plan de formation du personnel 2018 consacre un des plus importants budgets (18 000 euros) à la formation Omega « *prévenir et gérer la violence et l'agressivité* ».

Pour autant, pas plus que d'autres établissements du même type, le centre hospitalier des Murets n'a été épargné par des incidents pour certains très graves, comme deux agressions de personnel avec d'importantes conséquences médicales et traumatiques.

De fait, les données extraites des événements indésirables de l'année 2017, font apparaître :

- huit agressions physiques d'un personnel par un patient ou son entourage ;
- deux injures ou menaces par un patient ou son entourage ;
- quatre coups et blessures sans autres précisions.

En résumé, l'établissement semble considérer que les situations de violence font partie de la prise en charge de patients psychiatriques et qu'il convient de former le personnel à faire face à ces situations.

7.5 L'ESPACE DE REFLEXION ETHIQUE MANQUE DE COMMUNICATION

L'établissement n'a pas constitué de comité d'éthique, instance officielle qui a vocation à rendre des avis. En 2013 a été installé un « *espace de réflexion éthique* », animé par le chef d'un des pôles – référent de l'éthique au sein de la CME –, et auquel peut participer l'ensemble des personnels de l'hôpital : médecins, soignants ou administratifs.

En pratique, des réunions, toujours conduites par le même chef de pôle, sont organisées dans les unités ou dans les CMP ; ce choix permet, dans le dernier cas, la présence de soignants qui ne se déplaceraient pas facilement sur le site central. Il est constaté qu'y participent une dizaine de personnes, principalement des soignants et rarement des médecins. La définition de l'éthique et de son champ a occupé les premières réunions. Désormais, les thèmes de réflexion abordés sont proposés par l'animateur, en fonction de l'unité. Celui-ci étant identifié comme personne tenant un discours sur les questions tenant à la liberté de circulation des patients, il estime contribuer à une prise de conscience sur ces questions et à l'amélioration de la politique de l'établissement sur ces questions. Aucune procédure de saisine de l'espace de réflexion éthique sur un point particulier n'est prévue.

Le cas échéant, ces réunions se tiennent en salle de conseil permettant d'accueillir devant un public nombreux un conférencier invité sur le thème dont il est spécialiste.

Le référent éthique peut également être sollicité par la CME pour relever des éléments éventuels de débat. En revanche, aucune saisine par le personnel ou des patients de cet espace n'a été constaté.

Ces réunions ne donnent lieu à aucun compte-rendu et, par suite, à aucune communication institutionnelle.

Recommandation

Pour bénéficier plus amplement à la collectivité, les travaux de l'espace de réflexion éthique doivent faire l'objet de comptes-rendus diffusés à l'ensemble du personnel et des intervenants. A l'inverse, des modalités de saisine de cette institution sur des questions de son champ de compétence doivent être prévues et diffusées.

Au sujet de cette recommandation, la directrice du centre hospitalier précise dans son courrier daté du 4 mars 2019 :

Les travaux de réflexion à caractère éthique menés dans l'établissement et à l'échelle du territoire feront l'objet d'une large diffusion et permettront d'accroître sa visibilité ; les modalités de saisine seront précisées dans les documents publiés.

8. CONCLUSION GENERALE

L'accueil réservé à l'équipe des contrôleurs a été excellent ainsi que l'écoute lors des échanges informels puis lors de la réunion de restitution.

L'établissement est apparu parfaitement inscrit dans son histoire et toujours imprégné des principes qui ont prévalu dès sa mise en service en 1963.

En témoignent l'interaction intra/extra hospitalière, la gestion pertinente des suroccupations, la prise en charge pluridisciplinaire, le remarquable espace « Utopia » ainsi qu'une permanence dans la réflexion sur les pratiques.

Sur ce dernier point, il est étonnant et même paradoxal que l'usage du pyjama n'ait pas été définitivement proscrit. La liberté d'aller et venir des patients est une problématique que le choix fort d'un des pôles pose forcément à l'ensemble des autres. Cette expérience encore isolée devrait avoir le mérite de quantifier précisément les risques et d'amorcer une réflexion transversale commune associant la direction et la communauté médicale qui sont apparues travailler en vraie synergie et reconnaissance mutuelle.

Une autre réflexion, avec l'objectif d'une diminution du nombre des mesures, doit être engagée pour une prise de conscience de l'importance du recours aux pratiques d'isolement et contention et de son écart avec la représentation qu'en a le personnel soignant et médical. Les outils d'évaluation du recours à l'isolement et la contention en cours de finalisation lors de la visite trouveront dans cette approche nouvelle toute leur pertinence.

A côté de ces atouts, l'établissement doit faire face à des contraintes architecturales qui compliquent son fonctionnement, comme les unités à étage sans ascenseur, mais aussi des contraintes extérieures telle la tenue des audiences du juge des libertés et de la détention aux hôpitaux de Saint-Maurice et surtout les fonctionnements des deux services d'urgences psychiatriques. La mise en place d'un groupement hospitalier de territoire avec des établissements associés doit, il faut l'espérer, permettre de résoudre les problèmes importants que posent au parcours du patient les choix contestables de la procédure de péril imminent et surtout la trop longue attente, perturbante voire traumatisante, avant le départ en structures d'hospitalisation spécialisée.