

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

3 au 7 février 2020 – 2^{ème} visite

Centre hospitalier universitaire
Corentin Celton d'Issy-les-
Moulineaux

(Hauts-de-Seine)



SYNTHESE

Quatre contrôleurs ont effectué une visite annoncée du centre hospitalier universitaire Corentin-Celton à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) du 3 au 7 février 2020. Il s'agissait d'une deuxième visite après un précédent contrôle (réalisé en deux temps – du 2 au 4 mai 2016 puis du 16 au 17 janvier 2017 – du fait de la relocalisation des unités de psychiatrie).

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 13 mai 2020 au directeur du centre hospitalier, au préfet des Hauts-de-Seine, au président du tribunal judiciaire de Nanterre, au procureur de la République près ce même tribunal et à la délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'agence régionale de santé. Seul le directeur de l'établissement a émis des observations, par courrier en date du 21 juillet 2020, qui ont été intégrées dans le présent rapport définitif.

L'hôpital Corentin Celton est rattaché, depuis une réorganisation intervenue en juillet 2019, à l'un des six groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, le groupe "Centre-Université de Paris". Le département médico-universitaire "psychiatrie et addictologie" couvre le secteur constitué des communes d'Issy-les-Moulineaux et Vanves, soit 95 000 habitants. L'offre de soins extra hospitaliers est dense et bien coordonnée avec l'intra, offre qui permet de suivre une file active exclusivement ambulatoire de 3 094 patients (sur une file active totale de 3 711 en psychiatrie, soit 83 %). La continuité de l'offre de soins repose également sur un centre d'accueil permanent et de soins qui permet de répondre 24h/24 et sept jours sur sept aux demandes d'évaluation et d'orientation non programmées.

L'hôpital compte cinq unités d'hospitalisation complète : trois unités de psychiatrie de secteur (quarante-neuf lits), une unité de psychiatrie du sujet âgé (vingt lits) et une unité d'addictologie (dix lits). Une seule des trois unités sectorisées, appelée « unité de psychiatrie générale » est ouverte ; elle n'accueille pas de patients en soins sans consentement (SSC) qui étaient, au moment du contrôle, exclusivement accueillis dans les deux unités fermées, comptant dix-sept lits chacune, dites « unités de psychiatrie de soins intensifs » (UPSI A et UPSI B). Des patients en soins libres peuvent également être admis dans ces deux unités, soit par manque de place dans l'unité de psychiatrie générale, soit « pour leur sécurité ». Ces patients signent alors une acceptation à être accueillis en unité fermée.

Les locaux, récents, offrent un certain confort hôtelier mais demeurent austères et sont peu adaptés, notamment en ne permettant un accès que très restreint à un espace extérieur. En outre, la modernisation des locaux ne s'est pas accompagnée d'une évolution quant aux modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement. L'établissement a une interprétation erronée de la loi de 2011, en considérant que « la notion d'hospitalisation complète implique une suspension de la possibilité d'aller et venir » comme réaffirmé dans la réponse de la direction au rapport provisoire. Aussi les atteintes aux libertés individuelles et les interdictions sont-ils nombreux dans la vie quotidienne, justifiés notamment par des considérations sécuritaires. Si la contention demeure exceptionnelle, la pratique de l'isolement est, pour autant que l'on puisse en juger compte tenu du manque de fiabilité des instruments de recensement, importante et sous-évaluée.

L'offre médicale, somatique comme psychiatrique, est importante mais l'absence d'activités thérapeutiques – qui, on peut l'espérer, n'est que conjoncturelle dans l'attente du recrutement d'une ergothérapeute – comme occupationnelles et l'inexistence d'un temps de psychologue sont regrettables.

Un certain nombre des recommandations ont été, selon la réponse de la direction, prises en compte ou sont en voie de l'être. Toutefois, compte tenu de la tonalité de cette réponse et des réactions des professionnels rencontrés, il n'est pas certain que la philosophie générale qui anime la prise en charge des patients en soins sans consentement à l'hôpital Corentin Celton évolue fondamentalement au regard des droits fondamentaux.

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

BONNES PRATIQUES

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

BONNE PRATIQUE 1 21

La disponibilité de documents traduits en cinq langues et le recours à une société d'interprétariat permet de garantir une bonne information des patients en soins sans consentement ne comprenant pas le français quant à leur statut et leurs droits.

BONNE PRATIQUE 2 26

La commission départementale des soins psychiatriques a mis en place un suivi de la prise en compte de ses recommandations en s'appuyant sur un questionnaire de pré-visite rempli par l'établissement.

BONNE PRATIQUE 3 57

La complémentarité organisée entre les unités d'accueil et d'hospitalisation et les services d'addictologie permet une détection précoce et un suivi adapté des patients présentant des troubles en rapport avec une addiction.

RECOMMANDATIONS

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

RECOMMANDATION 1 16

Il doit être mis fin à la confusion entre modalité d'hospitalisation et statut juridique conduisant à associer systématiquement soins sans consentement et enfermement dans une unité.

Il doit également être mis un terme à la pratique selon laquelle des patients en soins libres sont hospitalisés au sein d'unités fermées. Aucun patient admis en soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.

RECOMMANDATION 2 20

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

RECOMMANDATION 3 22

L'ensemble des pièces (arrêté du préfet, décision du chef d'établissement, certificats médicaux, identité éventuelle du tiers demandeur) justifiant l'hospitalisation sans consentement de la personne doivent lui être remises lors de leur notification.

RECOMMANDATION 4 25

La création d'un comité d'éthique au niveau de l'hôpital paraît être une nécessité afin de permettre de mener des réflexions sur les questions éthiques en lien avec les pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 5 29

La commission des usagers doit être destinataire de toutes les informations nécessaires à sa mission. Le rapport annuel de la CDU doit permettre d'identifier distinctement les motifs de plaintes et réclamations en psychiatrie. Il convient d'associer davantage les représentants des usagers ou de leurs familles au fonctionnement des unités de soins.

RECOMMANDATION 6 30

Les autorités investies par la loi doivent exercer effectivement et régulièrement leur pouvoir de contrôle.

RECOMMANDATION 7 32

Eu égard aux conséquences sur les libertés individuelles du non-respect des programmes de soins, l'établissement doit rapidement se doter de moyens fiables et permanents pour en faire l'analyse quantitative et qualitative.

RECOMMANDATION 8 34

La présentation d'un patient devant le juge des libertés et de la détention ne doit pas être trop proche de son admission.

RECOMMANDATION 9 37

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service.

RECOMMANDATION 10 38

Durant la journée, un accès permanent à un espace extérieur doit être garanti à chaque patient, sauf restriction médicale motivée par son état clinique, réévaluée régulièrement.

RECOMMANDATION 11 38

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individuelle, nécessaire et proportionnée au regard de la protection de la sécurité des personnes.

RECOMMANDATION 12 39

Le port imposé du pyjama dans certaines situations cliniques doit rester une mesure individualisée et non systématique.

RECOMMANDATION 13 40

Sauf restriction médicale personnalisée et régulièrement réévaluée, un accès au téléphone doit être garanti à tout moment aux patients et ce dans des conditions satisfaisantes de discrétion ou de confidentialité.

RECOMMANDATION 14 40

La possibilité de recevoir des visites régulières doit être garantie pour les patients. Seul un motif médical ou la nécessité de protéger l'intégrité physique et morale des personnes concernées peut motiver une mesure de restriction à l'exercice de ce droit. Des espaces doivent être aménagés permettant l'accueil des familles et proches dans des conditions satisfaisantes de dignité et d'intimité.

RECOMMANDATION 15 44

L'établissement doit pourvoir à l'entretien du linge des patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie ou, à défaut, mettre à disposition une buanderie leur permettant de laver et sécher leurs effets.

RECOMMANDATION 16 46

La dimension thérapeutique des repas doit être davantage explorée, en y faisant participer activement le personnel soignant. Les repas doivent être servis dans de la vaisselle et avec des couverts traditionnels et les menus doivent être affichés à l'avance.

RECOMMANDATION 17 46

Une réflexion doit être conduite sur la sexualité des patients. Leur seul statut ne permettant pas de postuler qu'ils ne sont pas à même d'accorder un consentement éclairé à un acte sexuel, les patients – en soins sans consentement comme en soins libres – doivent conserver leur liberté sexuelle, dans

les seules limites du droit commun et du respect de l'intimité de chacun. Les personnes qui le souhaitent doivent avoir accès à des moyens de protection et de contraception.

RECOMMANDATION 18 48

Les patients des unités de psychiatrie de soins intensifs doivent se voir proposer un éventail d'activités thérapeutiques, éducatives, récréatives, sportives artistiques et culturelles adaptées à leur état de santé.

RECOMMANDATION 19 53

Le circuit d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie doit permettre un examen somatique complet et systématique avant toute hospitalisation en service de psychiatrie.

RECOMMANDATION 20 54

L'établissement doit se conformer à l'article L 3212-1 du code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, selon lequel le (premier) certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

RECOMMANDATION 21 55

La prise en charge des patients aux urgences doit être réalisée dans le respect constant de leur dignité, en tous lieux et à toute heure du jour ou de la nuit.

RECOMMANDATION 22 56

L'absence de temps de psychologue permettant des entretiens individuels et de temps de réflexion collective sur les pratiques professionnelles et le fonctionnement institutionnel, réduit l'éventail des possibilités thérapeutiques attendues dans un établissement public et représente une atteinte au droit à la santé des patients hospitalisés.

RECOMMANDATION 23 56

Les activités thérapeutiques individuelles et groupales doivent être réactivées, la preuve de leur efficacité dans les prises en charge psychiatriques étant unanimement reconnue.

RECOMMANDATION 24 58

Le droit au soin comprend un accès aux données et informations contenues dans le dossier médical par les professionnels de santé intervenant auprès de chaque patient. L'établissement doit permettre l'exercice de cet accès au pharmacien impliqué dans la prise en charge du patient.

RECOMMANDATION 25 63

L'isolement est une privation de liberté dont la pratique est encadrée par la loi et fait l'objet d'un recueil précis tant dans sa durée que dans sa forme. L'hôpital doit se conformer aux textes en la matière.

RECOMMANDATION 26 64

Le registre de l'isolement et de la contention doit permettre un recueil exhaustif de toutes les mesures d'isolement et de contention, et le rapport annuel doit permettre une réflexion sur ces pratiques.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 18

Tous les professionnels amenés à prendre en charge des patients en soins sans consentement doivent être formés sur le statut, les droits et les spécificités de ces patients, ainsi que sur les conditions juridiques et éthiques de la pratique de l'isolement et de la contention. Des supervisions doivent leur être proposées pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.

RECO PRISE EN COMPTE 2 RECOMMANDATION 3 23

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être mentionné dans le livret d'accueil et exposé au patient au moment de son admission.

RECO PRISE EN COMPTE 3 30

La complétude des mentions obligatoires du registre de la loi visées à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être garantie et ce dans les délais légaux.

RECO PRISE EN COMPTE 4 34

Les patients qui se présentent devant le JLD doivent être habillés avec leurs effets personnels de façon correcte et respectueuse de leur dignité.

RECO PRISE EN COMPTE 5 43

La qualité des chambres, globalement très satisfaisante, doit être harmonisée entre les unités et améliorée pour rendre celles-ci encore plus agréables et respectueuses de l'intimité et de la dignité des patients. Les locaux communs doivent être égayés et décorés.

RECO PRISE EN COMPTE 6 44

Des verrous de confort doivent être apposés sur les portes des chambres et des sanitaires pour permettre de garantir l'intimité des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 7 59

Toute mesure d'isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. La chambre n° 103 doit être considérée et référencée comme une chambre d'isolement à part entière et non comme une chambre hôtelière.

RECO PRISE EN COMPTE 8 60

Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir satisfaire leurs besoins physiologiques dignement à l'abri des regards et doivent avoir accès à un dispositif d'appel et à une indication horaire, même en position contenue.

RECO PRISE EN COMPTE 9 61

Les décisions de mise en isolement avec la mention « si besoin » sont proscrites. La situation clinique doit être médicalement évaluée au moment de chaque décision.

RECO PRISE EN COMPTE 10 62

Tous les espaces où se pratiquent l'isolement et la contention doivent être identifiés et reportés dans le registre de l'isolement et de la contention.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE	12
3. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 Si l'établissement dispose d'une offre de soins variée et complémentaire permettant d'éviter l'hospitalisation, la culture de l'enfermement reste forte, notamment pour les patients en soins sans consentement	15
3.2 L'établissement dispose des ressources humaines pour fonctionner mais les formations ne sont pas garanties	17
3.3 Le manque de projets ambitieux pour la psychiatrie générale se traduit par une réduction lente et progressive des ressources financières consacrées à cette discipline	18
3.4 Le nombre de patients en soins sans consentement est stable mais la proportion des procédures avec un seul certificat médical est en forte hausse.....	19
4. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS	21
4.1 Les patients sont informés de leurs droits généraux et spécifiques malgré un personnel insuffisamment formé et une remise parcellaire des documents.....	21
4.2 Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation est mis en œuvre bien qu'il ne soit pas exposé aux patients.....	23
4.3 La désignation d'une personne de confiance est proposée et celle-ci est régulièrement contactée	23
4.4 Les mandataires associatifs désignés pour les patients sous protection judiciaire sont peu réactifs	24
4.5 L'établissement permet l'exercice du droit de vote aux patients.....	24
4.6 L'accès aux principaux cultes est possible.....	24
4.7 Le traitement des événements indésirables est pertinent	24
4.8 Il n'existe plus de comité d'éthique au sein de l'établissement	25
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	26
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques, qui assure pleinement sa mission, est en droit d'attendre des réponses plus concrètes de la part de l'établissement	26
5.2 La commission des usagers pourrait jouer un rôle plus important dès à présent	27
5.3 Les registres de la loi sont partiellement documentés des mentions légales et peu contrôlés	29
5.4 Le nombre d'autorisations de sortie est en baisse et les programmes de soins, très hospitalo-centrés, sont mal évalués.....	30

5.5	Les avis de collègue des professionnels de santé confortent les prises en charge sous forme de soins contraints.....	32
5.6	Les présentations devant le juge des libertés et de la détention, proches de la date d'admission, ne sont pas respectueuses de la dignité des patients	32
6.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	36
6.1	La préoccupation sécuritaire porte gravement et systématiquement atteinte à la liberté d'aller et venir des patients en soin sans consentement	36
6.2	Dans la vie quotidienne, la contrainte est la règle	38
6.3	Les possibilités de relations avec les proches sont limitées et peu respectueuses de l'intimité du patient	39
7.	LES CONDITIONS DE VIE.....	41
7.1	Bien que modernes, les locaux des unités de psychiatrie de soins intensifs ne sont pas conviviaux et peu adaptés du fait de leur implantation en étage	41
7.2	Les conditions d'hygiène sont garanties mais le lavage du linge personnel n'est pas facilité.....	43
7.3	La gestion des – nombreux – biens retirés aux patients est sécurisée	44
7.4	Les repas, servis avec des couverts et de la vaisselle en plastique, ne sont pas des moments de partage	45
7.5	La sexualité des patients est considérée comme inopportune.....	46
7.6	En dépit de plusieurs initiatives portées par une ergothérapeute durant l'année 2019, les possibilités d'activités sont toujours inexistantes	47
8.	LES SOINS.....	50
8.1	L'accueil et le parcours de soins sont assurés 24h sur 24 mais sans que ne soient garantis, la nuit, l'examen somatique systématique, la conformité légale des certificats et le respect de la dignité des conditions de prise en charge	50
8.2	La privation de liberté et l'inactivité des patients sont au centre des soins psychiatriques.....	55
8.3	Les soins somatiques sont effectués avec régularité par les internes sous la responsabilité d'un médecin en addictologie	57
8.4	La pharmacie n'a pas accès au dossier informatique et ne s'implique pas dans la mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse.....	58
9.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	59
9.1	Les chambres d'isolement, dont les aménagements ne respectent pas la dignité des patients, ne sont pas les seuls lieux où des mesures d'isolement sont pratiquées, parfois avec la consigne « si besoin »	59
9.2	Le contenu du registre d'isolement et de contention est inexploitable	61
10.	CONCLUSION.....	65
11.	ANNEXE : SIGLES UTILISES	66

Rapport

Contrôleurs : Matthieu Clouzeau, chef de mission ;
Dominique Bataillard ;
Maud Dayet ;
Michel Thiriet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), quatre contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier universitaire Corentin Celton à Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) du 3 au 7 février 2020.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 février à 14h30. Ils l'ont quitté le 7 février à 12h30.

Il s'agissait d'une deuxième visite. Un précédent contrôle, réalisé en deux temps – du 2 au 4 mai 2016 puis du 16 au 17 janvier 2017 – du fait de la relocalisation des unités de psychiatrie, avait donné lieu à l'envoi d'un rapport de constat au directeur du centre hospitalier le 13 juin 2017, lequel a fait part de ses éléments de réponse le 26 juillet 2017.

Si de nouveaux constats ont été réalisés, cette visite s'est principalement attachée à s'assurer de la réalité de la prise en compte des recommandations émises en 2017.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction du centre hospitalier, au préfet des Hauts-de-Seine, au président du tribunal judiciaire (TJ) de Nanterre, au procureur de la République et au juge des libertés et de la détention (JLD) près ce même tribunal.

Les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, en présence d'une quinzaine de personnes dont le professeur chef du service de psychiatrie de l'adulte et du sujet âgé, des praticiens hospitaliers, des cadres supérieurs et cadres de santé, une représentante de la direction qualité de l'Assistance publique-hôpitaux de Paris (AP-HP), ainsi que des cadres administratifs dont la coordinatrice des soins sans consentement.

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

Des affichettes signalant la visite du CGLPL 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 les sites visités.

Une réunion de restitution s'est tenue en fin de visite le 7 février à 11h30 dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation.

Le rapport provisoire rédigé à l'issue de la visite a été adressé le 13 mai 2020 au directeur du centre hospitalier, au préfet des Hauts-de-Seine, au président du tribunal judiciaire de Nanterre,

au procureur de la République près ce même tribunal et à la délégation départementale des Hauts-de-Seine de l'agence régionale de santé, afin de leur permettre de faire valoir leurs observations.

Seul le directeur de l'établissement a répondu, par courrier en date du 21 juillet 2020. Les éléments de cette réponse sont repris dans le présent rapport définitif, soit en notes de bas de page soit à la suite des recommandations concernées.

2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA VISITE PRECEDENTE

N°	BONNES PRATIQUES	ETAT EN 2020
1	<i>La multiplication des sorties, notamment celles non accompagnées de quelques heures, favorisée par l'implantation du centre hospitalier au cœur de la ville, mérite d'être soulignée.</i>	Le nombre de sorties a très sensiblement diminué depuis le précédent contrôle (Cf. § 5.4)
2	<i>Le certificat médical attestant de l'impossibilité de comparution à l'audience du JLD est confirmé par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient.</i>	Pratique toujours observée (Cf. § 5.6.2)
3	<i>En cas de procédure de péril imminent, les démarches effectuées pour rechercher un tiers font l'objet d'un relevé. Ce relevé fait partie du dossier de saisine et est communiqué à l'avocat.</i>	Pratique toujours observée (Cf. § 3.4)
4	<i>Le tableau de bord des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, d'une lecture et d'une utilisation aisée, permet un suivi en temps réel des hospitalisations sans consentement sous de nombreuses facettes, notamment administratives et judiciaires. Son exploitation peut contribuer, en raison de son exhaustivité, à l'amélioration de la qualité des soins dans le respect des droits des patients.</i>	Pratique toujours observée
N°	RECOMMANDATIONS	ETAT EN 2020
1	<i>Compte tenu du nombre important de patients admis en soins contraints, la commission départementale de soins psychiatriques devrait organiser ses visites, tant en durée qu'en composition de la mission, de façon à pouvoir exercer un réel contrôle du contenu des dossiers et entendre les patients qui demandent à être reçus, car tel n'est pas systématiquement le cas.</i>	Recommandation partiellement prise en compte (Cf. § 5.1)
2	<i>Les présentations au JLD interviennent parfois dans un délai trop court après l'admission pour permettre au juge d'apprécier l'évolution du patient sur une durée suffisante. Les audiences devant le JLD doivent être tenues plus près de l'expiration du délai de 12 jours prévu par la loi.</i>	Etat inchangé (Cf. § 5.6.2)
3	<i>S'agissant de la question de la sexualité, les soignants devraient s'interroger sur les moyens dont les personnes concernées pourraient disposer pour gérer leur vie affective et sexuelle tout en conciliant ce droit avec les restrictions médicalement justifiées.</i>	Etat inchangé (Cf. § 7.5)

4	<i>Il serait souhaitable de renforcer la politique de choix des menus par les patients via une sensibilisation des soignants des unités de psychiatrie.</i>	Etat inchangé (Cf. § 7.4)
5	<i>Si le service de sécurité doit être immédiatement informé de la mise en l'isolement ou sous contention des patients de manière à signaler leur présence aux services de secours en cas de sinistre dans les bâtiments, sans formation en psychiatrie, il ne devrait pas intervenir directement auprès des patients.</i>	Le service de sécurité n'intervient pas auprès des patients
6	<i>Des intervenants spécifiques et des espaces sportifs devraient se développer au sein des unités de psychiatrie, au bénéfice des patients.</i>	Les activités mises en place par l'ergothérapeute en 2019 ont cessé avec le départ de celle-ci (Cf. § 7.6)
7	<i>La création d'ateliers d'ergothérapie pourrait être envisagée pour éviter l'errance des patients.</i>	
8	<i>Le cadre de nuit et les agents de sécurité doivent être informés des contentions et isolements en cours.</i>	Etat inchangé
9	<i>Un registre conforme à l'article L. 3222-5-1 du CSP doit être mis en place, comportant les éléments prévus par la loi du 26 janvier 2016. Il devrait aussi mentionner les recours tentés pour éviter l'isolement. L'enregistrement des données sur le dossier informatisé du patient, comme il est réalisé actuellement, ne dispense pas de la tenue du registre prévu par la loi.</i>	Le registre a bien été mis en place mais il s'avère non exhaustif, peu exploitable et pas exploité (Cf. § 9.2)
10	<i>L'unité ouverte, atone, gagnerait à développer une activité extra-médicale plus soutenue.</i>	L'unité ouverte, qui ne reçoit quasiment jamais de patient en soins sans consentement, n'a pas été visitée lors de ce contrôle.
11	<i>Le projet médical ne doit pas reposer sur la seule médication mais s'assortir d'activités ciblées visant au bien-être physique et mental de la personne (psychomotricité, ergothérapie, art-thérapie, etc.).</i>	Etat inchangé (Cf. § 7.6 et 8.2)
12	<i>Les fouilles auxquelles sont soumis les patients au retour de permission sont pratiquées en dehors de toute disposition légale ou réglementaire ; elles doivent impérativement cesser.</i>	Il n'est plus pratiqué de « fouilles » (Cf. § 7.3)
13	<i>Le port du pyjama doit être strictement proportionné à la nécessité des soins requis et doit être limité à une brève durée et lorsque le patient est mis en chambre d'isolement.</i>	S'il n'a pas été constaté de port abusif de pyjama sans

		justification médicale, le protocole « SVH » mis en place pour les patients suicidaires interroge (Cf. § 6.2)
14	<i>L'interdiction absolue d'accès au téléphone portable, affirmée lors de la deuxième visite, constitue une atteinte aux droits qui ne saurait être justifiée par l'utilisation induite qu'en font certains patients. Il conviendrait de poser le principe d'un accès libre sauf contre-indication du médecin y compris pour les restrictions liées au risque d'utilisation inappropriée de l'appareil téléphonique.</i>	Etat inchangé (Cf. § 6.2 et 6.3)
15	<i>Les contrôleurs réitèrent les recommandations émises lors de la première visite. Il est regrettable que les patients errent dans les couloirs ou s'agglutinent devant la télévision. Il conviendrait de favoriser les activités permettant une réadaptation sociale en enrichissant ou préservant leurs acquis.</i>	Constat toujours d'actualité (Cf. § 7.6)

3. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

3.1 SI L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UNE OFFRE DE SOINS VARIEE ET COMPLEMENTAIRE PERMETTANT D'EVITER L'HOSPITALISATION, LA CULTURE DE L'ENFERMEMENT RESTE FORTE, NOTAMMENT POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

L'hôpital Corentin Celton est rattaché, depuis une réorganisation intervenue en juillet 2019, à l'un des six groupes hospitalo-universitaires (GHU) de l'AP-HP, le groupe "Centre-Université de Paris ».

Ce GHU rassemble les groupes hospitaliers Paris Centre (Cochin, Hôtel-Dieu, Broca, La Collégiale), Necker-Enfants Malades et Paris Ouest (Hôpital Européen Georges-Pompidou, Vaugirard-Gabriel-Pallez et, donc, Corentin-Celton).

Le département médico-universitaire (DMU, nouvelle appellation du pôle) "psychiatrie et addictologie" couvre le secteur constitué des communes d'Issy-les-Moulineaux et Vanves, soit 95 000 habitants.

3.1.1 L'offre extra hospitalière

L'offre de soins extra hospitaliers est dense et bien coordonnée avec l'intra ; elle comprend :

- trois hôpitaux de jour, géographiquement situés au sein de l'hôpital Corentin Celton, ce qui se justifierait par la superficie modeste du secteur et la densité de la desserte en transports en commun. L'un, dédié aux troubles schizophréniques, accueille cinquante à soixante patients par jour ; le deuxième est destiné aux patients "border line" (suivi de groupes d'une dizaine de patients durant 6 à 7 semaines) ; le troisième, consacré à l'addictologie, compte dix places ;
- une unité de soins externes, qui propose des soins ambulatoires sur le secteur ;
- un centre ambulatoire d'addictologie ;
- une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé qui intervient sur le lieu de logement (domicile ou établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD) ;
- un centre de ressource régional de psychiatrie du sujet âgé (CRRPSA) ;
- enfin, une équipe de liaison assure un accueil psychiatrique de 9h à 18h30, 7j/7, au sein du service des urgences de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP) ; elle intervient également auprès des patients hospitalisés en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) à l'HEGP ou à Corentin Celton.

La continuité de l'offre de soins repose également sur le centre d'accueil permanent et de soins (CAPS) qui permet de répondre 24h/24 et 7 jours sur 7 aux demandes d'évaluation et d'orientation non programmées. Il est ainsi possible d'y rencontrer en permanence un psychiatre en se présentant à Corentin Celton.

Cette offre permet de suivre une file active exclusivement ambulatoire de 3 094 patients (sur une file active totale de 3 711 en psychiatrie, soit 83 %).

3.1.2 Les unités d'hospitalisation

L'hôpital compte cinq unités d'hospitalisation complète :

- trois unités de psychiatrie de secteur, dont deux de dix-sept lits et une de quinze lits, soit quarante-neuf lits ;
- une unité de psychiatrie du sujet âgé (vingt lits) ;

– une unité d'addictologie (dix lits).

Une seule des trois unités sectorisées, appelée « unité de psychiatrie générale » est ouverte. Elle propose quinze lits et n'accueille pas de patients en soins sans consentement (SSC).

En effet, les patients en SSC sont exclusivement accueillis dans les deux unités fermées, comptant dix-sept lits chacune, dites « unités de psychiatrie de soins intensifs » (UPSI A et UPSI B). Cette appellation a remplacé celles utilisées auparavant d'unités « fermée » et « semi-fermée », qui étaient d'autant plus trompeuses qu'en pratique ces deux unités sont fermées en permanence.

La répartition des patients entre l'UPSI A et l'UPSI B s'effectue en fonction du profil du patient et notamment de sa « *dangerosité* », les patients les « *plus calmes* » étant accueillis en UPSI B, les « *plus hétéro-agressifs* » en UPSI A, seule unité à comprendre des chambres d'isolement et à recourir à cette pratique.

Le contrôle a donc principalement porté sur ces deux unités, UPSI A et B.

Des patients en soins libres peuvent également être admis dans ces deux unités soit par manque de place dans l'unité de psychiatrie générale, soit « *pour leur sécurité* ». Ces patients signent alors une acceptation à être accueillis en unité fermée. Cette situation est loin d'être marginale puisque 148 patients en soins libres ont été accueillis dans ces deux unités en 2019 (39 à l'UPSI A et 109 à l'UPSI B), soit quasiment autant que de patients en SSC (161).

RECOMMANDATION 1

Il doit être mis fin à la confusion entre modalité d'hospitalisation et statut juridique conduisant à associer systématiquement soins sans consentement et enfermement dans une unité.

Il doit également être mis un terme à la pratique selon laquelle des patients en soins libres sont hospitalisés au sein d'unités fermées. Aucun patient admis en soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir, ni empêché de quitter le service.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier explique être « *tout à fait conscient de la différence entre statut juridique et mode d'hospitalisation, (...) chacune de ces modalités d'hospitalisation étant adaptée en permanence à l'évolution de l'état de santé du patient* ». Il précise que « *10,8% des patients sous mesure de contrainte étaient hospitalisés en unité 'ouverte' au cours du premier trimestre 2020¹*. » S'agissant des patients en soins libres qui signent le protocole d'accord pour être hospitalisés à l'UPSI B, il précise que « *nous nous assurons au préalable [qu'ils] sont bien en mesure d'émettre un avis éclairé*. »

Pour autant le directeur tient à rappeler que, selon lui, « *la loi de 2011 (...) précise que la notion d'hospitalisation complète implique une suspension de la liberté d'aller et venir avec la mise en place d'un contrôle par le juge des libertés* ». C'est justement cette confusion entre soins contraints et privation de la liberté d'aller et venir – qui ne correspond ni à l'esprit ni au texte de la loi – que le CGLPL déplore.

La durée moyenne de séjour dans ces deux unités de soins intensifs A et B était respectivement de 41,3 jours et 19,9 jours².

¹ Ce qui n'était pas le cas en 2019, les patients en soins sans consentement en hospitalisation complète étant exclusivement accueillis dans l'une des deux unités fermées.

² L'hôpital n'a pas été en mesure de communiquer de données sur la durée moyenne d'hospitalisation

Il n'a été fait état que de quelques cas de patients « chroniques » pour lesquels il n'est pas identifié de dispositif de sortie adapté.

L'établissement ne souffre pas de sur occupation.

3.2 L'ETABLISSEMENT DISPOSE DES RESSOURCES HUMAINES POUR FONCTIONNER MAIS LES FORMATIONS NE SONT PAS GARANTIES

3.2.1 Les effectifs

Centre hospitalier universitaire, l'établissement ne rencontre pas de réelles difficultés, ni budgétaires ni d'attractivité, pour recruter médecins, infirmiers et aides-soignants. Une vacance conjoncturelle de cadres de santé est en revanche déplorée.

L'AP-HP a fait le choix de ne pas recruter d'agent des services hospitaliers (ASH), préférant externaliser les tâches de nettoyage et investir sur les soignants et aides-soignants pour les autres tâches.

Le recours à l'intérim est rare (parfois en période de grèves) et il n'est jamais fait appel à des médecins contractuels. Il est prévu que les enveloppes budgétaires destinées aux heures supplémentaires et à l'intérim soient gérées par les chefs de DMU, avec une fongibilité possible entre intérim, heure supplémentaire, remplacement ou recrutement.

Les équipes sont relativement stables et l'absentéisme n'est pas présenté comme une difficulté, malgré quelques arrêts de longue durée.

Le DMU de psychiatrie et addictologie dénombre au total trente postes médicaux, internes compris, dont un médecin généraliste affecté en addictologie mais susceptible d'intervenir dans l'ensemble des unités.

Les unités d'hospitalisation sectorisées accueillant des patients en soins sans consentement, c'est à dire les UPSI A et B, bénéficient de deux praticiens hospitaliers et d'un assistant hospitalier ; deux internes dans chaque unité complètent les effectifs médicaux de ces unités.

Ces deux unités dénombrent vingt-sept équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et dix-huit ETP d'aides-soignants (AS). Trois postes d'IDE étaient vacants au moment du contrôle mais leur recrutement était en cours.

Parmi ces personnels soignants, neuf IDE et six AS sont affectés en service de nuit. Ces agents en équipe spécifique de nuit sont, en principe, rattachés à une unité mais ils peuvent être amenés à travailler dans tous les services en tant que de besoin. Ils assurent également l'accueil nocturne au centre d'accueil permanent et de soins (CAPS) (Cf. *infra* § 8.1). Un cadre affecté à la nuit est présent dans l'ensemble de l'hôpital Corentin Celton.

L'effectif de sécurité de l'UPSI A est de quatre agents (dont au moins deux IDE) en permanence, en journée comme en nuit. Il est de trois agents à l'UPSI B.

Les UPSI A et B ont chacune une assistante sociale. En revanche, aucun psychologue n'intervient dans les unités d'hospitalisation.

3.2.2 La formation

Il n'est pas mis en place de tutorat formel pour les nouveaux arrivants.

Toutefois, à leur arrivée, les agents bénéficient d'un parcours d'intégration d'une durée d'une quinzaine de jours, au cours duquel ils passent quelques jours dans chaque unité et sont

familiarisés au logiciel utilisé pour le dossier patient. Les agents affectés en service de nuit débutent nécessairement par deux semaines en journée.

Ils bénéficient également, en principe dans l'année de leur arrivée, de formations obligatoires portant sur la prévention de la violence, la prise en charge psychiatrique, la crise suicidaire, l'entretien infirmier, l'entretien motivationnel en addictologie. Dans la pratique, il a été indiqué que ces formations ne peuvent pas toujours être suivies du fait de la disponibilité des effectifs.

Il n'existe pas de formation aux droits des patients et aux spécificités juridiques des soins sans consentement mais la cadre en charge de la coordination et du secrétariat des soins sans consentement se montre disponible pour assurer une formation initiale et continue informelle.

Malgré une offre importante en formations continues, notamment grâce aux ressources de l'AP-HP proposant de nombreuses formations gratuites, il a été fait part de difficultés pour libérer du temps-agents afin de suivre ces formations, y compris celles dites « obligatoires » (comme, par exemple, celle portant sur la sécurité incendie).

Par ailleurs, si de fréquentes évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont réalisées, il n'est pas mis en place de supervision.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Tous les professionnels amenés à prendre en charge des patients en soins sans consentement doivent être formés sur le statut, les droits et les spécificités de ces patients, ainsi que sur les conditions juridiques et éthiques de la pratique de l'isolement et de la contention. Des supervisions doivent leur être proposées pour leur permettre d'échanger avec un professionnel indépendant, dans un cadre confidentiel non hiérarchique, sur leur vécu et leurs pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *des formations (...) sont réalisées sur la contention et l'isolement ; suite à cette recommandation nous ajouterons à ces formations un module sur les conditions juridiques et éthiques du recours à l'isolement et à la contention et un module sur le statut, les droits et les spécificités des patients en soins sans consentement. Concernant la mise en place de supervisions, une réflexion sera menée avec les équipes pour affiner le besoin et proposer la solution adéquate.* »

3.3 LE MANQUE DE PROJETS AMBITIEUX POUR LA PSYCHIATRIE GENERALE SE TRADUIT PAR UNE REDUCTION LENTE ET PROGRESSIVE DES RESSOURCES FINANCIERES CONSACREES A CETTE DISCIPLINE

Pour comprendre la gestion des ressources financières affectées à la psychiatrie, il faut rappeler que le centre hospitalier Corentin Celton fait partie des trois hôpitaux universitaires Paris-Ouest (HUPO) avec trois implantations de psychiatrie, eux-mêmes regroupés au sein d'un ensemble plus large dénommé AP-HP Centre.

L'activité d'hospitalisation à temps complet de psychiatrie sous dotation annuelle de financement (DAF) est réalisée à partir des soixante-neuf lits installés à Corentin Celton³. L'activité de psychiatrie comprend également sur ce site, les prises en charge à temps partiel et

³ Cf. *supra* § 3.1.2 ; les vingt lits d'addictologie ne relèvent pas de la DAF.

ambulatoires. C'est une spécialité sous-représentée dans l'ensemble de l'offre de l'établissement très orientée vers la prise en charge du sujet âgé (gériatrie).

Les données financières fournies par l'établissement ne permettent pas d'apprécier de façon précise la construction du budget de la psychiatrie propre au site de Corentin Celton. La note sur l'état prévisionnel des recettes et de des dépenses (EPRD) 2020 communiquée est un *digest* de la stratégie de retour à l'équilibre financier de l'AP-HP Centre apportant essentiellement une analyse financière des activités sous tarification à l'activité (T2A).

Les chiffres communiqués oralement par la direction concernent l'ensemble des activités de psychiatrie des HUPO. Le budget de la psychiatrie était équilibré en 2018 à hauteur de 17,09 millions en recettes et 17,06 millions en dépenses. Il est en légère baisse chaque année depuis 5 ans (18 millions en 2014, 17 millions en 2018) alors que pour l'ensemble de la psychiatrie de l'AP-HP on constate une progression (153 millions en 2014, 156,8 millions en 2018).

Il n'est pas exclu que l'AP-HP procède jusqu'en 2023, année visée pour le retour à l'équilibre financier, à des rééquilibrages entre les établissements qui composent le groupe AP-HP Centre, d'autant que les HUPO sont durablement excédentaires.

En l'état, le budget permet d'assurer la plénitude du tableau des emplois, lequel est correctement dimensionné et pourvu.

En termes de dynamique de projets, le dernier rapport annuel de l'AP-HP de 2018 et sa partie propre aux hôpitaux universitaires, ne rapporte aucun projet marquant concernant la psychiatrie, hormis l'obtention du label « hospitalité » par les trois unités de psychiatrie de Corentin Celton. Il en est de même dans le rapport d'orientation budgétaire pour 2020 de l'AP-HP Centre (la psychiatrie ne fait pas partie des axes médicaux majeurs et des priorités pour 2020).

Depuis la mise en place du DMU « psychiatrie - addictologie », des projets sont bien présentés et de nature à consolider l'offre notamment en psychiatrie du sujet âgé et en addictologie ; mais ils ne concerneront donc que marginalement les patients en soins sans consentement.

En regrettant l'absence de projets d'investissement bâtimentaires pour corriger les choix inappropriés en matière de conditions d'hospitalisation, il reste à espérer que les nouvelles aides financières affectées à l'investissement du quotidien, dans le cadre du plan gouvernemental « investir pour l'hôpital » de 150 millions, pourront utilement et rapidement faire démarrer les projets d'activités thérapeutiques en panne et attendus tant par les patients que par les équipes.

3.4 LE NOMBRE DE PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST STABLE MAIS LA PROPORTION DES PROCEDURES AVEC UN SEUL CERTIFICAT MEDICAL EST EN FORTE HAUSSE

Les patients en soins sans consentement ont représenté près d'un tiers (32,7 %) de la file active des patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie en 2019 (29,5 % en 2018) à Corentin Celton. 161 admissions ou réintégrations en soins sans consentement ont été effectuées en 2019 dans les deux unités de psychiatrie de soins intensifs, chiffre stable par rapport à 2018, 160 ; 192 en 2017.

Parmi ces mesures, à peine 3 % sont des soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) (cinq décisions), en forte baisse par rapport aux années précédentes (dix-huit en 2018, soit 11 % des mesures ; quinze en 2017, soit 8 %).

Les 156 admissions ou réintégrations prises sur décisions du directeur de l'établissement en 2019 (142 en 2018 ; 177 en 2017) se répartissent comme suit.

31 ont été effectuées à la demande d'un tiers (SDT), soit 19 % des mesures, là encore en forte baisse par rapport à 2018 (où 46 SDT avaient été enregistrés soit 29 % des mesures) et 2017 (61 SDT soit 32 %).

65 admissions ou réintégrations prononcées en 2019 l'ont été à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), soit 40 % des mesures ; en 2018, les SDTU avaient représenté 49 mesures soit 31 % ; en 2017, 68 soit 35 %.

Enfin, la procédure d'admission en soins psychiatrique en cas de péril imminent (SPI) a été utilisée à 60 reprises en 2019, soit 38 % des cas, en forte progression par rapport à 2018 (47 mesures soit 29 %) et 2017 (48 mesures soit 25 % des cas).

On constate donc que les décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SDTU ou SPI) ont représenté en 2019 près de 78 % des admissions ou réintégrations, contre 60 % les années précédentes.

L'augmentation de la proportion de SDTU par rapport aux SDT trouverait une explication dans le fait que nombre de patients se présentent au CAPS avec un tiers demandant l'hospitalisation, et que l'hôpital rencontre les plus grandes difficultés pour trouver un médecin, extérieur à l'établissement, qui accepte de venir délivrer un deuxième certificat (seul un médecin de SOS psychiatrie accepte de se déplacer mais il n'est pas toujours disponible).

Cette difficulté se retrouve pour les SPI. Compte-tenu de l'appartenance de l'hôpital à l'AP-HP, il est difficile de respecter l'obligation juridique selon laquelle « *le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade* »⁴. Si le médecin n'appartient jamais au DMU de psychiatrie et addictologie, il relève parfois du DMU des urgences (Cf. *infra* § 8.1.3).

Lorsqu'une décision de SPI est prise, un « *relevé des démarches de recherches d'information de la famille* » est établi par le médecin ou un interne, dans les 24h suivant l'admission, permettant éventuellement de changer le statut d'admission en SDT. Ces démarches sont formalisées par écrit, le document étant joint à la saisine du juge des libertés et de la détention.

L'établissement veille scrupuleusement à ce que les certificats médicaux caractérisent effectivement l'urgence ou le péril imminent. Les trois certificats médicaux (admission, 24h, 72h) ne sont jamais établis par le même médecin.

RECOMMANDATION 2

Le recours aux procédures dérogatoires que constituent les soins en cas de péril imminent et les soins à la demande d'un tiers en urgence doit rester exceptionnel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique ne pouvoir « être que d'accord avec cette recommandation » dont « la mise en œuvre pratique (...) se heurte cependant à l'organisation d'un point d'accueil ouvert sur le site H24 et 7 jours sur 7 obligeant régulièrement à recourir à la procédure de soins à la demande d'un tiers en urgence. »

⁴ Article L3212-1 du code de la santé publique

4. L'INFORMATION DES PATIENTS SUR LEURS DROITS

4.1 LES PATIENTS SONT INFORMES DE LEURS DROITS GENERAUX ET SPECIFIQUES MALGRE UN PERSONNEL INSUFFISAMMENT FORME ET UNE REMISE PARCELLAIRE DES DOCUMENTS

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

Dans la majorité des cas, le patient en soins sans consentement est admis dans les unités à la suite d'un passage par le Centre d'Accueil Permanent et de Soins (CAPS), mais il peut également venir des services d'urgences d'autres hôpitaux de Paris et être transféré à Corentin Celton en fonction de son secteur de rattachement.

L'information lors de l'admission dans l'une des unités consiste à indiquer au patient la raison du placement sous contrainte, les voies de recours possibles et le fonctionnement de l'unité.

Les droits sont explicités aux patients à chaque phase de la procédure. Dès l'arrivée, lorsque le patient a la capacité de comprendre la décision de placement sous SSC, celle-ci lui est exposée. Lorsque le personnel considère que cette explication est inaudible pour le patient, l'information est délivrée ultérieurement et ce dès que possible. Cette information est donnée le plus souvent par les infirmiers. Mais, de l'aveu même des soignants, l'information communiquée aux patients quant à leur statut juridique, leurs droits et voies de recours, est, réalisée en « *quelques minutes* ».

Deux livrets d'accueil (« *Votre séjour à l'hôpital Corentin Celton* » et « *Bienvenue dans le pôle de psychiatrie et d'addictologie* ») sont remis au patient ainsi qu'une plaquette intitulée « *Vous êtes hospitalisé sans votre consentement à l'hôpital Corentin Celton* » détaillant les droits, garanties et voies de recours des personnes hospitalisées en SSC. Ce sont des outils complets, détaillés et compréhensibles. Il n'est toutefois pas certain qu'ils soient effectivement remis à tous les patients concernés, notamment à ceux qui seraient en incapacité d'en prendre connaissance (crise, placement en isolement) au moment de l'admission. Cette plaquette, qu'il serait souhaitable d'afficher dans chaque unité afin de permettre aux patients d'en prendre connaissance à tout moment, mériterait d'être actualisée (la commission des usagers (CDU) est encore désignée selon l'ancienne dénomination de commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) ; l'adresse du CGLPL est obsolète).

Concernant les patients ne maîtrisant pas le français, l'hôpital dispose dans son logiciel Kaliweb™ de documents traduits en langues espagnole, anglaise, russe, arabe et mandarin. Pour les autres langues, l'hôpital recourt à un interprétariat par téléphone (société ISM Interprétariat).

BONNE PRATIQUE 1

La disponibilité de documents traduits en cinq langues et le recours à une société d'interprétariat permet de garantir une bonne information des patients en soins sans consentement ne comprenant pas le français quant à leur statut et leurs droits.

Le choix de disposer d'un secrétariat des SSC et d'un poste de coordinatrice est judicieux et assure une véritable « sécurité juridique » des procédures. Ces agents s'assurent du respect des procédures (délais, formalités) et informent les patients des voies de recours lorsque ces derniers le souhaitent.

Lors de la notification, seuls les arrêtés du préfet sont remis aux patients en SDRE. Pour les patients en soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE), les décisions du chef d'établissement sont notifiées mais pas remises. Pour les SDT et SDTU, la demande du tiers n'est pas jointe et le nom du tiers demandeur n'apparaît pas dans la décision du directeur.

Pour les patients en SDDE, les certificats médicaux motivant la décision ne sont pas remis et leur contenu n'est pas repris dans la décision sinon par la formule « *dont je m'approprie les termes* ».

RECOMMANDATION 3

L'ensemble des pièces (arrêté du préfet, décision du chef d'établissement, certificats médicaux, identité éventuelle du tiers demandeur) justifiant l'hospitalisation sans consentement de la personne doivent lui être remises lors de leur notification.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique travailler « *sur la mise en place d'une notification à faire signer au patient afin de lui remettre une copie de la décision et une copie du certificat.* » S'agissant de la communication de l'identité du tiers demandeur en cas de SDT, le directeur évoque une jurisprudence « *de la cour administrative d'appel de Nantes datant d'octobre 1999* » selon laquelle « *l'administration est tenue de refuser à la personne hospitalisée la communication de tout élément permettant l'identification de l'auteur de la demande de placement volontaire* ».

Cette jurisprudence, antérieure à la loi de 2011, n'a plus de pertinence. D'autant que le tiers est dorénavant convoqué à l'audience chez le JLD au 12^{ème} jour. La connaissance par le patient de l'identité du tiers demandeur, si elle n'est pas expressément prévue par la loi, est une nécessité pour que le patient puisse, le cas échéant, contester la régularité de la décision (qualité du tiers demandeur). Par ailleurs, elle semble être une nécessité thérapeutique qui doit évidemment être travaillée par les médecins au cours des entretiens.

Comme indiqué précédemment, il n'est pas dispensé de formation au personnel paramédical sur les dispositions de la réglementation des soins sans consentement. Seule une information est réalisée deux fois par an lors de l'accueil des nouveaux agents. Certains soignants indiquent ne pas se sentir toujours suffisamment formés pour porter cette information et l'expliquer aux patients. Ils font alors appel au secrétariat et à la coordinatrice des SSC qui se montrent disponibles pour intervenir dans les unités afin d'explicitier leurs droits aux patients. Les agents peuvent également consulter le logiciel Kaliweb™, où l'ensemble des informations relatives à la législation des SSC est accessible.

4.1.2 L'information relative aux règles de vie et aux droits généraux

Les informations relatives aux droits généraux des patients sont, pour la plupart, disponibles soit dans le livret d'accueil, soit par voie d'affichage. Il manque toutefois dans le livret les informations sur le droit de vote (Cf. *infra* § 4.5) et sur le droit à la confidentialité de l'hospitalisation (Cf. *infra* § 4.2).

Si les affichages dans les unités sont surchargés et pas toujours lisibles, les règles de vie des unités bénéficient d'un affichage clair et complet. Les affiches relatives aux cultes (Cf. *infra* § 4.6) et aux « *interlocuteurs à votre écoute* » sont également très compréhensibles mais malheureusement obsolètes s'agissant notamment des représentants des usagers (Cf. *infra* § 5.2).

Il n'existe toutefois pas d'affichage sur la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) (Cf. *infra* § 5.1). Les menus ne sont pas non plus affichés (Cf. *infra* § 7.4).

Enfin, aucune information n'est disponible sur les activités offertes dans les unités et au sein de l'hôpital, ce qui traduit l'absence totale d'activités thérapeutiques comme occupationnelles proposées aux patients, en dehors de la bibliothèque (Cf. *infra* § 7.6).

4.2 LE DROIT A LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION EST MIS EN ŒUVRE BIEN QU'IL NE SOIT PAS EXPOSE AUX PATIENTS

Comme indiqué *supra* (Cf. § 4.1.2), le droit à la confidentialité de l'hospitalisation n'est pas mentionné dans le livret d'accueil ni exposé au patient lors de son admission.

Toutefois, une procédure de confidentialité peut être mise en œuvre à la demande du patient arrivant. Dans cette hypothèse, pendant les heures ouvrées, le premier service qui reçoit le patient en informe le service des admissions qui entre cette donnée dans le logiciel. Durant les heures de fermeture du service des admissions, le service d'accueil peut lui-même intégrer cette information. Le nom du patient désirant garder l'anonymat n'apparaît alors que sur l'écran du responsable des admissions et du service médical le prenant en charge mais n'est plus visible pour les autres services, comme par exemple le standard.

Il a été indiqué qu'il y aurait moins de cinq demandes d'anonymisation par an, ce qui peut s'expliquer par le manque d'information sur ce droit.

Par ailleurs, l'établissement peut également, à la demande du patient ou d'initiative, enregistrer les patients sous un pseudonyme afin de garantir l'anonymat. Cette procédure, très peu usitée en psychiatrie, permet de protéger des personnalités connues.

RECO PRISE EN COMPTE 2 RECOMMANDATION 3

Le droit à la confidentialité de l'hospitalisation doit être mentionné dans le livret d'accueil et exposé au patient au moment de son admission.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique qu'une « *mention concernant le droit à la confidentialité sera insérée dans le livret d'accueil de l'hôpital* » et que « *la procédure d'admission des nouveaux patients en psychiatrie est en cours de modification afin que cet item soit systématiquement exposé lors de l'admission.* »

4.3 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE ET CELLE-CI EST REGULIEREMENT CONTACTEE

Les infirmiers proposent au patient lors de son arrivée ou, si son état ne le permet pas, dès que cela est réalisable, la possibilité de désigner un tiers de confiance. La personne indiquée est contactée afin de vérifier qu'elle accepte cette responsabilité. Elle sera, par la suite, régulièrement appelée par les internes et les médecins afin de l'informer de la situation du patient et de l'associer au processus thérapeutique.

4.4 LES MANDATAIRES ASSOCIATIFS DESIGNES POUR LES PATIENTS SOUS PROTECTION JUDICIAIRE SONT PEU REACTIFS

L'assistante sociale, qui participe aux réunions de synthèses des unités, prévient le tuteur ou le curateur de la mesure de soins lorsque ce dernier est connu.

Lorsque la maladie rend le patient incapable durablement et qu'aucun tuteur ou curateur n'est connu, l'assistante sociale constitue avec le patient un dossier de demande de mesure de protection juridique auprès du magistrat.

Les frais engendrés par l'expertise médicale nécessaire à l'ouverture d'une mesure de protection juridique sont à la charge du patient ; si ce dernier n'en a pas les moyens, il peut bénéficier d'une aide du centre communal d'action sociale.

L'hôpital Corentin Celton dispose d'un service de tutelle. Lorsqu'une mesure de protection est mise en place, le choix des magistrats se porte, pour les patients de Corentin Celton, soit sur le mandataire de l'hôpital, soit sur les associations telles que l'Union départementale des associations familiales (UDAF) des Hauts-de-Seine ou sur l'association Nouvelle voix.

Le service social dit rencontrer de nombreuses difficultés avec les associations désignées qui, du fait sans doute du trop grand nombre de mesures qu'elles gèrent, se montrent peu réactives et peu présentes auprès des patients protégés.

4.5 L'ETABLISSEMENT PERMET L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE AUX PATIENTS

Rien n'est mis en œuvre par l'hôpital pour proposer aux patients de s'inscrire sur les listes électorales avant la clôture de celles-ci. En revanche, un mois et demi avant chaque élection locale ou nationale, une note est envoyée à l'établissement par la mairie d'Issy-les-Moulineaux, délivrant les informations nécessaires à l'exercice du droit de vote par les patients. Un tour des services est effectué par un cadre de santé afin de relever le nom des patients souhaitant voter par procuration. A la suite de quoi, un officier de police judiciaire du commissariat d'Issy-les-Moulineaux se déplace au sein de l'hôpital afin d'établir les procurations de vote.

Selon les informations communiquées par l'hôpital, il y aurait vingt à trente votes par procuration (pour l'ensemble de l'établissement) lors de chaque élection.

4.6 L'ACCES AUX PRINCIPAUX CULTES EST POSSIBLE

Le livret d'accueil consacre une rubrique à l'accès aux cultes. Un affichage, présent dans chaque unité, indique de façon très lisible les coordonnées des aumôniers des six cultes représentés au sein de l'établissement (arménien, catholique, israélite, musulman, orthodoxe et protestant) et détaille les heures et jours de présence et d'offices.

Les patients en SCC peuvent être visités par un aumônier dans la salle collective de leur unité mais ils ne peuvent se rendre à l'oratoire polycultuel situé au rez-de-chaussée du bâtiment et accueillant les patients des autres unités et services. Il est à noter qu'il existe un répondeur téléphonique commun à tous les cultes, permettant de laisser un message demandant à être rappelé par un aumônier du culte concerné.

4.7 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST PERTINENT

Tout événement indésirable (EI) peut-être signalé en créant une fiche d'événement indésirable (FEI) dans le logiciel OSIRIS™, accessible à toute personne travaillant au sein de l'hôpital. La FEI

est adressée aux chefs de service en charge du domaine concerné en fonction du problème signalé. Les gestionnaires de risques sont destinataires de toutes les FEI et sont chargés de leur qualification et du suivi de leur traitement.

À la suite des signalements les plus graves, une enquête est effectuée par les gestionnaires de risques, sauf si l'événement porte sur des soins ou des médicaments auquel cas l'enquête est réalisée par des soignants.

L'hôpital a mis en place plusieurs outils d'analyse des EI, à savoir :

- un observatoire des EI qui se réunit théoriquement deux à trois fois par an (sauf en 2019) ;
- des comités de retour d'expérience (CREX) pour toute erreur sur les médicaments ;
- des revues de mortalité et de morbidité (RMM) à la suite d'un événement indésirable « grave » (défini comme un événement inattendu ayant eu ou pu avoir une incidence sur la santé du patient).

Une formation sur les événements médicaux est organisée régulièrement pour les médecins chargés de ces analyses. Celle-ci est dispensée durant 3 jours par un organisme extérieur de formation.

En 2019, sur les 1 555 EI relevés dans OSIRIS™, 47 concernaient l'UPSI A. Les principaux EI étaient imputables à la maintenance des bâtiments (9), les fugues ou le fait que le patient soit égaré (8), le manque de personnel (8) ou la chute de patients (7).

Toujours en 2019, il n'a été enregistré dans le logiciel aucun EI relatif à la maltraitance/bientraitance au sein du secteur de psychiatrie.

Les EI graves sont signalés à l'agence régionale de santé et un point sur leur analyse doit être renvoyé à l'agence à l'issue d'un délai de 3 mois.

4.8 IL N'EXISTE PLUS DE COMITE D'ETHIQUE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT

L'hôpital Corentin Celton ne dispose plus de comité d'éthique depuis mars 2018. Cette carence, déplorée par certains médecins rencontrés, a contraint un service à saisir le comité d'éthique de l'hôpital Cochin d'une situation qui soulevait un conflit éthique⁵.

RECOMMANDATION 4

La création d'un comité d'éthique au niveau de l'hôpital paraît être une nécessité afin de permettre de mener des réflexions sur les questions éthiques en lien avec les pratiques professionnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « l'hôpital Corentin Celton appartient au groupe hospitalier universitaire AP-HP Centre-Université de Paris créé le 1^{er} juillet 2019. Dans le cadre de la mise en place de ce nouveau groupement hospitalier universitaire, la création d'un comité d'éthique est prévue » sans toutefois être en mesure d'en préciser l'échéance.

⁵ La question portait sur l'orientation d'un patient au long cours, en soins sans consentement sur décision du représentant de l'État depuis de très nombreuses années. Quelle solution pour le patient : donner suite à sa demande, pas nécessairement éclairée, ou à celle, contradictoire, de la famille, en intégrant les doutes quant à la qualité des soins pouvant lui être prodigués dans l'hôpital algérien susceptible de l'accueillir ?

5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES, QUI ASSURE PLEINEMENT SA MISSION, EST EN DROIT D'ATTENDRE DES REPONSES PLUS CONCRETES DE LA PART DE L'ETABLISSEMENT

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été recomposée, par arrêté du préfet des Hauts-de-Seine en date du 28 novembre 2019, pour trois ans, quelques mois après l'abrogation par la loi du 23 mars 2019 de programmation et de réforme pour la justice la mention de la présence d'un magistrat.

Cette commission couvre six établissements de santé autorisés en psychiatrie et assure deux visites par an dans chacun d'entre eux.

Lors des précédentes visites du CGLPL en mai 2016 et janvier 2017, il avait été fait mention d'un nombre limité de patients entendus par la CDSP au cours de ses visites (quatre patients le 1^{er} octobre 2015 ; aucun le 21 janvier 2016 alors que quatorze patients avaient demandé à être reçus)⁶. Les chiffres recueillis pour 2019 indiquent que neuf patients ont été reçus le 20 février 2019, trois le 14 octobre 2019), ce qui reste faible. En 2017 et 2018, pour l'ensemble des six établissements, les membres de la CDSP ont reçu respectivement trente et quarante-huit patients.

En 2018, la commission a repensé l'organisation de ses visites, en les préparant en amont, *via* un questionnaire de pré-visite à remplir par les établissements, pour disposer des indicateurs utiles au déroulé de la visite et aux échanges avec les acteurs institutionnels. Ces informations portent sur les domaines relevant de son champ de compétences et vont au-delà en termes de données nécessaires à son rapport annuel d'activité. Elle procède ainsi car les informations nécessaires à l'accomplissement de sa mission peinent à être produites tant pas les établissements que par l'ARS.

La visite est très organisée : *reporting* des points critiques relevés lors de la précédente visite et ayant conduit à des recommandations ; contrôle des hospitalisations sans consentement et des mesures d'isolement et de contention ; constats directs réalisés *via* les entretiens patients et la visite de l'établissement. Elle est suivie d'un *débriefing* avec la direction. Un projet de compte-rendu détaillé, formulant des recommandations, est soumis à relecture et observations de l'établissement avant sa diffusion.

Ce travail est remarquable tant par la méthode retenue que par la pertinence des observations faites.

BONNE PRATIQUE 2

La commission départementale des soins psychiatriques a mis en place un suivi de la prise en compte de ses recommandations en s'appuyant sur un questionnaire de pré-visite rempli par l'établissement.

La visite de la commission est annoncée dans les unités mais, en dehors de ce temps limité, seul le fascicule portant sur « *les droits, garanties et voies de recours* » remis au patient hospitalisé

⁶ Cf. rapport de visite CGLPL du CHU Issy les Moulineaux op. cité, page 19.

sans consentement permet de se référer à la CDSP (Cf. *supra* § 4.1.1). La commission est toutefois évoquée dans la charte de l'usager en santé mentale (version simplifiée) affichée dans les unités. Le dernier rapport transmis au CGLPL (2018) et l'entretien avec un membre de la CDSP relèvent quelques modestes améliorations. Ainsi, des recommandations de la CDSP ont été prises en compte : mise en place d'une boîte aux lettres dans les unités pour permettre aux patients d'y déposer des courriers sans passer par les soignants ; transmission à la commission des usagers (CDU ; Cf. *infra* § 5.2) – mais sans partage commenté des données – du rapport annuel sur les mesures d'isolement et de contention ; recherche de solutions pour l'installation d'un verrou de confort dans les chambres.



Boîte aux lettres mise en place dans les UPSI

La CDSP observe également avec satisfaction une augmentation significative des programmes de soins et leur relativement bonne efficacité, mesurable au travers un taux de ré hospitalisation (21 %) plus bas que celui constaté sur le plan national (32 % en 2015).

Ces progrès sont toutefois longs à se mettre en place. L'établissement renvoie quasi-systématiquement sur la CDSP la recherche d'expériences réussies dans d'autres établissements, alors que ce travail relève pourtant de sa seule responsabilité, ou invoque, sans véritablement pouvoir l'incarner, que l'actualisation et la complétude des informations écrites dues aux patients dépendent de l'ensemble « AP-HP ».

En outre, les membres de la CDSP déplorent des points d'inquiétude nombreux et persistants, touchant aux droits fondamentaux et au respect de la dignité humaine, tels que :

- une prégnance des hospitalisations sans demande de tiers ou en urgence, pourtant réputées être exceptionnelles (Cf. *supra* § 3.4) ;
- des pratiques d'isolement chaque année plus nombreuses positionnant l'établissement comme le plus utilisateur de cette indication dans le département et parfois de façon non conforme aux bonnes pratiques recommandées par la haute autorité de santé (HAS) (Cf. *infra* § 9) ;
- l'absence d'audits réguliers des pratiques de contention (Cf. *infra* § 9) ;
- enfin, le nombre insuffisant d'activités proposées aux patients ou dans des conditions inadaptées (Cf. *infra* § 7.6).

A l'issue de sa dernière visite (le 18 septembre 2019), la CDSP a émis quatorze recommandations.

5.2 LA COMMISSION DES USAGERS POURRAIT JOUER UN ROLE PLUS IMPORTANT DES A PRESENT

La commission des usagers (CDU) est évoquée dans le livret d'accueil de l'établissement et dans le fascicule d'information du patient hospitalisé sans son consentement (Cf. *supra* § 4.1.1). On trouve sa composition dans les unités de soins dans une version qui reste à mettre à jour pour la moitié de ses membres à la suite du renouvellement des CDU intervenu en 2019.

Commune à l'ensemble de l'établissement, la CDU se réunit en plénière quatre fois par an et il est fait référence à des réunions mensuelles d'usagers, dites « missions restreintes », qui traitent les plaintes et réclamations au fil de l'eau. Ces réunions sont organisées par la personne chargée des relations avec les usagers. Leur fonctionnement n'appelle pas de commentaire particulier si ce n'est de souligner que les représentants des usagers regrettent l'absence de la direction dans les réunions restreintes.

Les représentants des usagers (UNAFAM 92, France Alzheimer 92) sont associés à diverses réflexions institutionnelles (livret d'accueil, processus droits des patients, conditions d'accès au dossier médical, certification, plus récemment sur le projet des usagers, etc.) et à la production de leur propre rapport d'activité. Ils sont également présents dans les instances liées à la qualité et la sécurité des soins et, bien évidemment, à l'instance décisionnelle de l'AP-HP par le biais de leurs représentants.

La CDU est régulièrement destinataire du bilan annuel et du suivi trimestriel cumulé des plaintes et réclamations et, pour la première fois, le 4 décembre 2019, du rapport annuel des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Il y a toutefois tout lieu de penser que la présentation de ce rapport était incomplète au vu du support utilisé puisqu'aucune donnée quantitative et qualitative n'y figure. S'il est toujours utile de rappeler l'encadrement juridique des soins sans consentement, l'analyse partagée avec les représentants des usagers des pratiques en matière d'isolement et de contention est indispensable pour faire progresser les droits des patients, comme le prévoit l'instruction ministérielle du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention.

Enfin, les représentants des usagers interrogés n'avaient pas connaissance des recommandations du précédent rapport du CGLPL.

La présence des membres de la CDU dans les unités de psychiatrie est peu fréquente (une fois par an) et leurs représentants au titre des usagers ne sont pas associés à des réunions soignants-soignés en psychiatrie.

Les plaintes et réclamations spécifiques à la psychiatrie traitées par la CDU peuvent paraître peu nombreuses (vingt-cinq en 2019) mais représentent 38 % des griefs reçus pour l'ensemble de l'établissement. Aucune plainte ou réclamation n'a fait l'objet d'une médiation. Par unité, elles se répartissent de la manière suivante :

	2018 Total CCL =65	2019 Total CCL = 65
UPSI A	5	3
UPSI B	4	14
Addictologie	1	1
Psychiatrie Générale	2	4
Psy Sujet âgé	4	1
Hôpital de Jour	1	1
Accueil Permanent		1
Total réclamations en psychiatrie	17	25

Source : hôpital Corentin Celton (CCL)

Si les motifs sont variés et souvent en rapport avec le mode de prise en charge sous contrainte, deux émergent : l'absence d'activités proposées aux patients et le refus de visites opposé à des

familles. Ces critiques devraient pouvoir être identifiables dans la maquette du rapport annuel renseigné en ligne pour l'ARS. Si cet outil est peu adapté aux activités de psychiatrie, les items « autres », pourtant prévus à cet effet, ne sont malheureusement pas documentés par l'établissement.

La durée moyenne d'instruction et de réponse aux plaintes et réclamations est de 36 jours.

Si les représentants des usagers à la CDU se disent satisfaits de la prise en charge, cette appréciation ne peut s'appuyer sur l'exploitation des questionnaires de satisfaction qui ne sont pas présentés en CDU (en contradiction avec l'article R. 1112-80 du code de la santé publique (CSP)). Les seuls résultats produits portent sur l'unité de psychiatrie du sujet âgé et sur un nombre très faible de répondants hospitalisés. Un test de mesure la satisfaction serait en cours à l'hôpital de jour, sous forme de « smiley » à cocher informatiquement sur le chariot de soins. Ce test n'était pas encore très opérationnel au moment du contrôle.

RECOMMANDATION 5

La commission des usagers doit être destinataire de toutes les informations nécessaires à sa mission. Le rapport annuel de la CDU doit permettre d'identifier distinctement les motifs de plaintes et réclamations en psychiatrie. Il convient d'associer davantage les représentants des usagers ou de leurs familles au fonctionnement des unités de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier précise que « suite à cette recommandation, le service de psychiatrie a fait évoluer sa présentation concernant le rapport annuel présenté devant la commission des usagers sur l'utilisation des moyens de contention et le recours aux mesures d'isolement. »

5.3 LES REGISTRES DE LA LOI SONT PARTIELLEMENT DOCUMENTES DES MENTIONS LEGALES ET PEU CONTROLES

5.3.1 La tenue des registres

Cinq registres, permettant d'enregistrer 100 patients chacun, ont été examinés durant la mission de contrôle : trois consacrés aux soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement (SDDE) – à la demande d'un tiers (SDT), d'urgence (SDTU) ou en cas de péril imminent (SPI) – et deux réservés aux soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE).

Ces registres sont globalement bien tenus par la cellule de coordination des soins sans consentement. Ils sont documentés mais avec un mois de retard. S'il a été indiqué que ce décalage était conjoncturel et peu fréquent, il n'en reste pas moins anormal au regard de l'obligation légale imposant de renseigner le registre dans les 24 heures.

En outre, certaines mentions obligatoires sont manquantes : les dates de délivrance au patient des décisions d'admission, de maintien des soins et de la forme de ses prises en charge, associées à l'information sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours. Les décisions correspondantes sont conservées à part dans les dossiers administratifs des patients. Les arrêtés du préfet y figurent mais pas les décisions du directeur.

RECO PRISE EN COMPTE 3

La complétude des mentions obligatoires du registre de la loi visées à l'article L.3212-11 du code de la santé publique doit être garantie et ce dans les délais légaux.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique « *Nous faisons le nécessaire pour que notre organisation soit modifiée afin que cela soit réalisé de manière systématique.* »

Ceci méritera toutefois d'être vérifié lors du prochain contrôle.

5.3.2 Le contrôle des registres

Les registres sont contrôlés par la commission départementale des soins psychiatriques en moyenne deux fois par an. Le dernier contrôle par le procureur de la République remonte à 2017. Le préfet du département, le maire de la commune, siège de l'établissement ainsi que le président du tribunal judiciaire n'ont pas exercé leur droit de contrôle.

RECOMMANDATION 6

Les autorités investies par la loi doivent exercer effectivement et régulièrement leur pouvoir de contrôle.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier rappelle son « *entière disponibilité pour accueillir ces différentes autorités* ».

5.4 LE NOMBRE D'AUTORISATIONS DE SORTIE EST EN BAISSSE ET LES PROGRAMMES DE SOINS, TRES HOSPITALO-CENTRES, SONT MAL EVALUES

Les sorties de courtes durée ou permissions de sortie sont autorisées quel que soit le mode d'hospitalisation du patient. Elles sont déterminées en fonction de son état de santé et accompagnent sa trajectoire de rétablissement. Leurs durées sont progressives, sous la forme d'une demi-journée pour débiter puis pouvant aller jusqu'à 48h. L'accord de sortie doit être donné par le médecin pour les hospitalisations en soins libres auquel s'ajoute l'autorisation du directeur ou son représentant pour les hospitalisations en soins sans consentement, sous réserve d'absence d'opposition du préfet pour les SDRE. Le refus du directeur est motivé par écrit. Dans le cadre d'une admission à la demande d'un tiers, le tiers est informé de la sortie du patient lorsque cette sortie est non accompagnée.

Des sorties de courtes durées sont organisées dès l'effectivité du traitement (à J + 15 de l'admission ou au plus dans les 8 semaines), d'abord sous la forme de sorties de moins de 12h – accompagnées, pour les patients admis en soins sans consentement, par un soignant ou un membre de la famille et à raison de une ou deux sorties dans la semaine (visite du domicile, réappropriation de l'environnement social). Puis une permission de 48h est accordée. Contrairement à ce qui est fait en unité de psychiatrie générale, dans les UPSI A et B il n'est pas systématisé d'entretien infirmier de départ et de retour de permission en vue d'une évaluation du risque suicidaire.

S'agissant des autorisations de sortie accordées en application de l'article L.3211-11-1 du code de la santé publique, les chiffres fournis par l'établissement montrent une baisse très significative

du nombre de sorties à partir de 2017 (2017/2016 : - 45,6 % ; 2018/2016 : - 70,3 %) alors même que le nombre très élevé de sorties avait été relevé lors du précédent contrôle.

Trois explications ont été avancées à cette forte baisse :

- la donnée n'était pas homogène (confusion de sorties dans l'enceinte et hors de l'hôpital, comptage redondant selon les durées) ;
- la multiplication des « programmes de soins » dont certains s'apparente parfois à des hospitalisations séquentielles programmées ;
- une gestion plus en autonomie des parcours propres à chaque UPSI.

En 2019 (cumulé au 31/10), on comptait 340 sorties autorisées pour 110 admissions en soins sans consentement. Ce qui est conforme au format classique décrit plus haut de deux à trois sorties au cours du séjour mais ne représente, en définitive, qu'une sortie accordée par jour en moyenne.

La communauté médicale est, à présent, plutôt encline à proposer des programmes de soins comme mesure d'accompagnement du patient inscrit dans une pathologie par définition chronique. Ce changement est récent. Les programmes de soins (PDS) sont, depuis peu, en nette progression. La part des programmes rapportée aux admissions en soins sans consentement est la suivante :

- 2016 : 69 %
- 2017 : 57 %
- 2018 : 51 %
- 2019 : 81 %

Le suivi de ces PDS reste en effet fragile puisque sur quatre-vingt-dix patients en PDS initiés en 2019, vingt-quatre ont réintégré au moins une fois l'hôpital, deux, deux fois et trois, trois fois. Près du tiers des patients en PDS ont donc été réadmis en hospitalisation complète.

Le contenu de ces PDS demeure très étayé par le recours hospitalier puisque les programmes strictement ambulatoires sont minoritaires (vingt-deux sur quatre-vingt-dix).

A la date de dernière visite de la CDSP le 14 octobre 2019, sur les quarante-neuf lits de psychiatrie, quarante-trois étaient occupés ; cinquante-trois personnes étaient en programme de soins, dont quatorze à l'hôpital de jour et trente-neuf au CMP.

Les durées moyennes d'hospitalisation et des programmes de soins ne sont pas produites de façon concomitante ou très en retard. Elles permettraient pourtant d'ouvrir une réflexion sur les raisons de leurs variations respectives et comment ces modalités interagissent entre elles.

En cas de rupture de l'observance du programme (rendez-vous en CMP ou venue en hôpital de jour), le patient est, en premier lieu, recontacté pour renouer le lien. L'hôpital tente de le remobiliser par tous moyens et en impliquant l'entourage. Des visites à domicile de soignants sont possibles. Au besoin, il peut être fait appel en complément à une ambulance ou à l'intervention de la police en cas de dangerosité du patient. Dans ce cas, la contrainte s'exerçant, une réintégration et une nouvelle hospitalisation interviennent.

Les médecins rencontrés sont conscients qu'un bilan quantitatif à l'échelle de l'établissement des programmes de soins n'est pas suffisant et font part de leurs difficultés à mener à bien une évaluation qualitative des programmes.

RECOMMANDATION 7

Eu égard aux conséquences sur les libertés individuelles du non-respect des programmes de soins, l'établissement doit rapidement se doter de moyens fiables et permanents pour en faire l'analyse quantitative et qualitative.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier déclare « *Nous envisageons la mise en place d'une cellule pluri-professionnelle d'analyse des pratiques qui sera chargée de réaliser cette analyse en concertation avec le comité d'éthique du GHU.* » Il n'en précise toutefois pas les échéances.

5.5 LES AVIS DE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONFORTENT LES PRISES EN CHARGE SOUS FORME DE SOINS CONTRAINTS

Le collège convoqué en application de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique est composé de façon conforme : un psychiatre et un membre de l'équipe pluridisciplinaire à la prise en charge (désigné avec son accord par le cadre de l'unité), un autre psychiatre ne participant pas à la prise en charge (en pratique celui qui est d'astreinte).

Trente-sept avis de collège ont été rendus en 2019 : seize premiers avis pour des patients admis en 2018 et vingt et un avis pour des patients admis avant 2018.

Les avis de collèges n'ont abouti à aucune proposition de levée en 2019. Il n'y a eu aucune saisine du fait d'un désaccord avec le préfet.

Il a été possible d'assister à une réunion de collège au cours du contrôle. Il s'agissait d'un patient admis en soins sous contrainte depuis près de 4 ans et bénéficiaire d'un programme de soins (un traitement médicamenteux par injection tous les mois en CMP). L'entretien a duré une demi-heure dans un climat de confiance et empreint de beaucoup d'écoute et de respect de part et d'autre. Il a permis l'évaluation de l'état de santé mentale du patient et celui-ci a pu donner son avis.

Le débriefing après la sortie du patient a permis d'échanger plus largement sur le rôle des familles en appui des stratégies d'observance et l'aide que pourrait apporter *l'e-santé* comme outil de lien avec la structure de suivi ambulatoire.

5.6 LES PRESENTATIONS DEVANT LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION, PROCHES DE LA DATE D'ADMISSION, NE SONT PAS RESPECTUEUSES DE LA DIGNITE DES PATIENTS

5.6.1 L'information du patient quant à la saisine du juge des libertés

Comme indiqué *supra* (Cf. § 4.1.1), la notification de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement s'accompagne de la remise du fascicule : « *vos droits, garanties et voies de recours* », dans lequel les coordonnées du juge des libertés et de la détention (JLD) sont mentionnées. Ce fascicule indique de façon explicite que le patient a droit de prendre conseil auprès d'un avocat de son choix mais sans faire de lien avec le contrôle du JLD.

5.6.2 L'organisation de l'audience foraine

Une salle d'audience correctement identifiable est installée en rez-de-chaussée du bâtiment de la psychiatrie. Les conditions de saisine et d'organisation des audiences sont satisfaisantes à la

fois en termes de procédures, *via* la préparation des dossiers par la cellule de coordination des soins sans consentement, que de locaux et d'équipements. Les locaux sont exclusivement réservés à cet effet et comportent un sas d'entrée, deux boxes avocat/client et une salle d'audience (avec neuf places assises pour le public) destinée également à la fonction de salle des délibérés. Elle est équipée pour de la visioconférence dont l'usage reste très exceptionnel (dernièrement durant la grève des transports de décembre 2019).



Salle d'audience foraine

Une audience se tient le jeudi matin s'insérant dans une tournée entre plusieurs établissements (Clamart mardi, Nanterre mercredi matin, Colombes mercredi après-midi, Rueil-Malmaison jeudi après-midi). Entre un et six dossiers sont examinés. Il arrive parfois que cette audience serve également à d'autres établissements dont les dossiers risqueraient d'être forclos (cinq à six par an).

Le juge ne souhaitant pas « *exposer davantage la maladie du patient* », les audiences se font toutes à huis-clos, après la prise d'un arrêté de confidentialité par le juge, sauf pour le tiers, le tuteur ou curateur, le soignant et, au cas par cas, la famille. L'accord du patient sur la présence du public à l'audience n'est pas recherché. Bien qu'aucun incident n'ait été déploré depuis 2012, un agent de sécurité attend devant la porte fermée de la salle d'audience en cas de besoin.

Les éventuels certificats médicaux attestant de l'impossibilité pour le patient de se présenter devant le JLD sont établis le matin même de l'audience par un psychiatre de l'établissement ne participant pas à sa prise en charge. Cette situation a concerné 14 patients sur 125 en 2019.

Le déroulé de l'audience est le suivant :

- le patient (sans contention) quitte l'unité de soins, accompagné d'un soignant une demi-heure avant l'audience pour s'entretenir avec son avocat dans l'un des boxes attenants à la salle d'audience ; il a été indiqué que pour les patients qui ne sont pas en capacité d'être entendus ou qui refusent de se rendre à l'audience, les avocats acceptent de plus en plus souvent d'aller rencontrer leur client en chambre ;
- l'audience se tient en présence du juge, de la greffière, du patient et de son avocat, du soignant qui l'accompagne et de l'agent administratif de la cellule de coordination des soins sans consentement ;
- le juge vérifie sur pièces la régularité de l'hospitalisation, fait état du contenu du certificat médical, rappelle les conditions d'hospitalisation et s'entretient avec le patient pour entendre ses arguments ;
- puis le juge délibère seul avec la greffière ;

- le patient et l'avocat sont invités à revenir pour la notification de la décision dont une copie est remise au patient ; toutefois, si le patient est « tendu », le juge met en délibérés et la décision n'est notifiée que le lendemain par les soignants ;
- le juge fait état des possibilités d'appel ; en revanche, il n'est pas systématiquement expliqué que, même en cas d'appel confirmant la décision ou de délai dépassé, il est possible de le ressaisir.

Durant le contrôle, il a été possible d'assister à une audience et à l'examen de deux dossiers (une admission en SDTU et une en SPI). Il n'y avait pas d'avocat ce jour-là (situation rarissime en raison de la grève des avocats au début de l'année 2020). Sur les deux dossiers, un patient « inaudible » ne s'est pas présenté. Le déroulé a été similaire à celui précédemment décrit. Aucun des participants n'avait constaté que le patient présent à l'audience portait des sur-chaussures de bloc opératoire en lieu et place de ses chaussures (vraisemblablement considérées comme dangereuses car avec lacets), et cela ne choquait personne non plus. Le juge était en tenue civile comme il arrive quelquefois aux avocats de l'être aussi. S'agissant du second dossier, rapidement traité en l'absence du patient, le juge a directement confirmé la décision de maintien. Le juge présent a souligné que les dossiers sont bien préparés dans l'établissement.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les patients qui se présentent devant le JLD doivent être habillés avec leurs effets personnels de façon correcte et respectueuse de leur dignité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *le service veillera à ce que cette recommandation soit mise en œuvre de manière systématique pour toute audition devant le JLD. Un rappel a été fait en ce sens aux équipes soignantes.* »

Sur un plan quantitatif, 125 audiences ont été tenues en 2019. Sur les 125 patients, 21 étaient absents : 14 pour motif d'inaudibilité, 5 pour refus de s'y présenter (dont 2 patient acceptant de ne voir que l'avocat) et 2 pour non-lieu.

A l'examen des délais de présentation avant 12 jours, sur les 125 patients présents à l'audience on constate que :

- 26 % d'entre eux sont présentés au JLD à 7 jours ou moins de l'admission ;
- 6,4 % le sont 6 jours avant le 12ème jour ;
- 20 % le sont 5 jours avant le 12ème jour ;
- 4,8 % le sont au dernier jour du délai.

La recommandation émise dans le rapport de visite du CGLPL en 2017, préconisant que la présentation du patient au JLD ne soit pas trop proche de son jour d'admission, de façon à permettre au juge d'apprécier l'évolution du patient sur une durée suffisante, reste d'actualité.

RECOMMANDATION 8

La présentation d'un patient devant le juge des libertés et de la détention ne doit pas être trop proche de son admission.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier considère que « *les auditions devant le JLD sont réalisées dans le respect de la réglementation et du délai de 12 jours à l'issue de l'admission en fonction de la disponibilité du juge des tutelles (sic!) et de l'organisation du service.* »

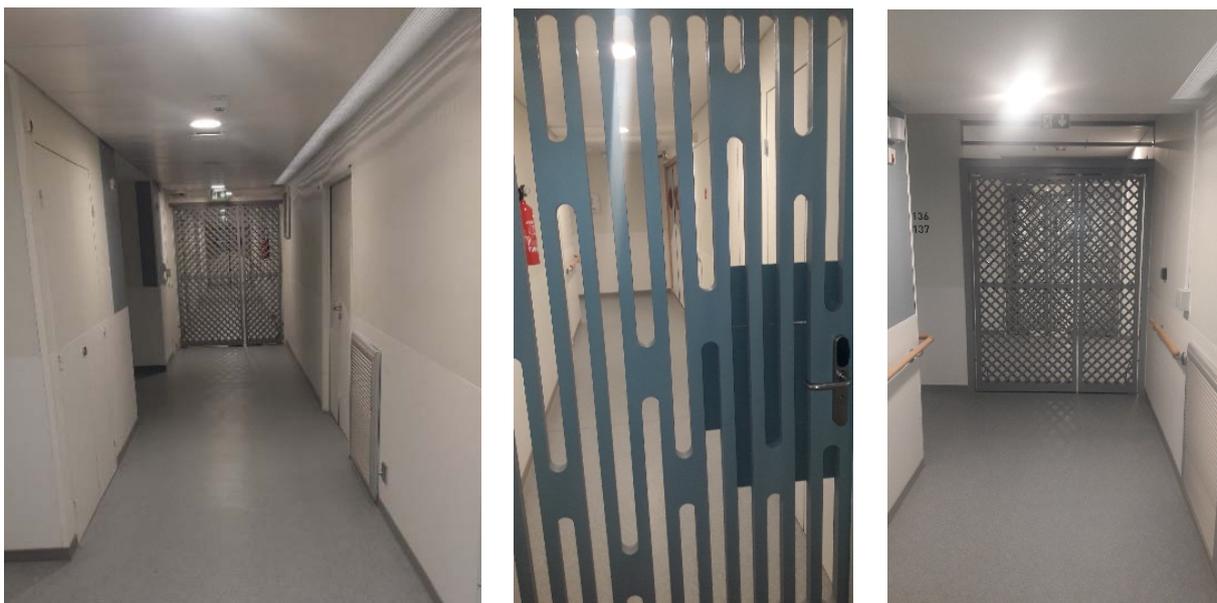
Sur le plan qualitatif, on note une mainlevée d'hospitalisation complète et 3 non-lieux sur 126 décisions prononcées par le JLD en 2019. Il en a été de même en 2018 (une mainlevée avec programme de soins sur 120 décisions). En 2017, sept mainlevées avec programme de soins avaient été prononcées par le JLD (sur 136 décisions).

La cour d'appel de Versailles (Yvelines), saisie à treize reprises en 2019, n'a infirmé qu'une fois la décision du JLD, tout comme en 2018 (sur onze décisions) et en 2017 (sur six décisions).

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA PREOCCUPATION SECURITAIRE PORTE GRAVEMENT ET SYSTEMATIQUEMENT ATTEINTE A LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR DES PATIENTS EN SOIN SANS CONSENTEMENT

Dans les deux unités de psychiatrie de soins intensifs (UPSI A et UPSI B) accueillant des patients en soins sans consentement, la liberté de circulation est très restreinte. Ces unités sont fermées en permanence et les grilles qui ont été installées aux entrées (en remplacement de portes qui, a-t-il été dit, ont été détériorées) contribuent à leur conférer une ambiance carcérale.



Grilles aux différents accès des UPSI A et B

L'établissement assimile soins sans consentement et enfermement en affectant l'ensemble des patients en SSC dans ces unités fermées, quel que soit l'état psychique de la personne. Cela n'est conforme ni à la loi, ni à la logique de personnalisation de la prise en charge, personnalisation qui ne doit pas porter que sur les soins mais aussi sur les règles de vie⁷.

Ces unités fermées accueillent également des patients en soins libres, qui se voient ainsi abusivement privés de leur liberté d'aller et venir, certes en signant un accord – mais peut-on considérer ce consentement totalement éclairé s'agissant de patients, par principe, en crise aiguë puisqu'en unité dite de soins intensifs ?

⁷ L'article L 3211-3 du CSP prévoit que « les restrictions à la liberté individuelle doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental et à la mise en œuvre du traitement requis ».

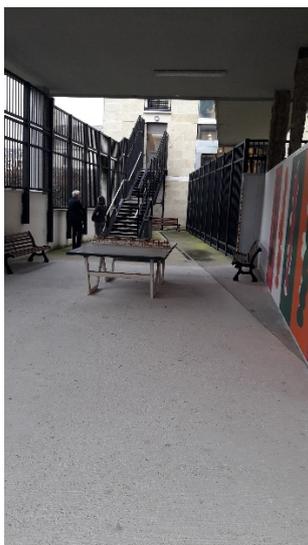
RECOMMANDATION 9

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier affirme que « *les patients ont la possibilité de circuler au sein de l'établissement sur demande et en fonction de l'état clinique de chaque patient. Les patients en soins libres peuvent être hospitalisés en unité fermée. Cette hospitalisation fait l'objet d'un accord signé par le patient lors de son admission. Cet accord n'empêche pas le patient de solliciter la possibilité de sortir du service avec une souplesse et une adaptation de cette libre circulation en fonction de son état clinique.* »

Cette affirmation est contredite par les constats effectués par les contrôleurs.

Les unités sont situées en étage ; aussi l'accès à l'air libre est-il très restreint. L'unité A dispose bien d'un escalier permettant de descendre dans une courette très minérale et entourée de hauts murs et de grilles. Mais la porte de cet escalier est fermée en permanence pour des « *raisons de sécurité* » ; les patients de cette unité ne sont jamais autorisés à se rendre sans surveillance dans la courette et doivent donc attendre les « *tours de promenade* », de quelques dizaines de minutes, organisés trois fois par jour pour fumer (en l'absence de fumoir au sein de l'unité) ou prendre l'air.



Vues de la cour de promenade de l'UPSI A

L'UPSI B est dépourvue de cour. Les patients de cette unité peuvent se rendre dans un jardin, relativement vaste et verdoyant, au centre de l'hôpital, mais à condition de bénéficier d'autorisation médicale et toujours accompagnés s'agissant des patients en SSC. A défaut d'autorisation médicale, les patients ne bénéficient d'aucun accès à l'air libre ni de possibilité de fumer. Il est à noter, concernant cette unité et uniquement pour les patients en soins libres, que les médecins délivrent fréquemment des autorisations de sortie hors et dans l'hôpital (pour aller à la cafétéria par exemple).

RECOMMANDATION 10

Durant la journée, un accès permanent à un espace extérieur doit être garanti à chaque patient, sauf restriction médicale motivée par son état clinique, réévaluée régulièrement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *la configuration du site, entièrement ouverte sur la ville et associant différentes activités ambulatoires, en soins de suite et de réadaptation et en gériatrie, tout comme l'architecture du bâtiment de la psychiatrie rendent difficile la possibilité de prévoir un accès permanent à un espace extérieur. Néanmoins, suite à cette recommandation, une réflexion est en cours afin d'élargir les plages d'accès à l'extérieur* ».

La cafétéria de l'établissement est située à l'entrée de l'hôpital, avec un accès direct sur le parvis extérieur. Elle est dès lors inaccessible aux patients des unités fermées, sauf autorisation médicale spécifique dont ne bénéficient qu'exceptionnellement les patients en SSC. L'accès à la bibliothèque de l'hôpital est également impossible (mais un chariot passe dans les unités une fois par semaine avec un choix de livres et la possibilité d'en commander, Cf. *infra* § 7.6).

Il existe une très belle salle de sport dans les locaux de l'hôpital de jour mais les patients des unités A et B ne peuvent y aller qu'accompagnés par un soignant et cette possibilité n'est pratiquement pas utilisée.

6.2 DANS LA VIE QUOTIDIENNE, LA CONTRAINTES EST LA REGLE

Les règles de vie au sein des unités A et B prévoient que de nombreux objets sont systématiquement interdits, sans effectuer de distinction en fonction de l'état psychique du patient. Sont ainsi prohibés, par exemple : les cintres, les cordons et lacets, les ceintures, les téléphones, les ordinateurs portables, les radios, les cigarettes, les briquets, etc.

Les patients déambulent donc avec des chaussures sans lacets ou en sur-chaussures.

RECOMMANDATION 11

Toute mesure de retrait des effets personnels doit être individuelle, nécessaire et proportionnée au regard de la protection de la sécurité des personnes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier annonce qu' « *un travail en équipe sera réalisé afin d'adapter le protocole sur le retrait des effets personnels pour que cette mesure soit individualisée et adaptée à l'état clinique de chaque patient.* » Il précise que « *durant la crise Covid-19, le téléphone a été laissé aux patients afin de leur permettre de maintenir le lien avec leurs proches. Afin de permettre aux patients de conserver leurs téléphones portables, un protocole précisant les règles d'utilisation sera préparé par le service.* »

L'absence d'échéancier précis empêche de considérer cette recommandation comme prise en compte.

Les patients ne peuvent gérer leurs cigarettes, ne peuvent fumer quand ils le souhaitent (absence de fumoir ou d'accès libre à l'extérieur). Il a été indiqué que trois « sorties cigarettes » d'une vingtaine de minutes étaient autorisées quotidiennement (à 10h, 15h et 20h), sous réserve de la disponibilité des soignants pour les accompagner.

Le placard de leur chambre n'est pas accessible aux patients. Les clés sont détenues par les soignants. En définitive, les patients n'ont droit à rien et la sécurité prime sur leur bien-être, les plaçant dans une dépendance totale vis-à-vis des soignants.

Les patients sont confinés à un espace comprenant uniquement leur chambre (accès sans restriction d'horaire), la salle commune (faisant office de salle de télévision et de salle à manger) et les couloirs de circulation de l'unité.

Il est également interdit à un patient de se rendre dans la chambre d'un autre patient. Les règlements intérieurs des unités indiquent pourtant « *votre chambre est un espace privé* » ; on pourrait donc en déduire que le titulaire de la chambre peut décider de l'usage qu'il en fait et des personnes qu'il souhaite y accueillir⁸.

Les horaires de lever et de coucher des patients sont réglementés : réveil à 8h30 et extinction des lumières à 23h.

Le port du pyjama n'est obligatoire qu'en chambre d'isolement. Il a toutefois été rapporté un recours protocolisé – et semble-t-il assez fréquent – au port du pyjama dans le cadre de l'accueil des personnes suicidaires. Ce protocole, dénommé « surveillance visuelle horaire » (SVH), prévoit le port systématique d'un pyjama anti-suicide pour ce type de patients pendant une phase d'évaluation d'au moins 24h, alors même qu'ils sont hospitalisés en chambre ordinaire. Cette pratique ne manque pas d'interroger quant à sa pertinence thérapeutique au regard de l'atteinte à la dignité du patient et à la stigmatisation qu'elle représente.

RECOMMANDATION 12

Le port imposé du pyjama dans certaines situations cliniques doit rester une mesure individualisée et non systématique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique qu'« *une réflexion d'équipe sera menée en ce qui concerne les modalités d'utilisation du pyjama en cas de risque particulièrement élevé de passage à l'acte auto-agressif* ».

6.3 LES POSSIBILITES DE RELATIONS AVEC LES PROCHES SONT LIMITEES ET PEU RESPECTUEUSES DE L'INTIMITE DU PATIENT

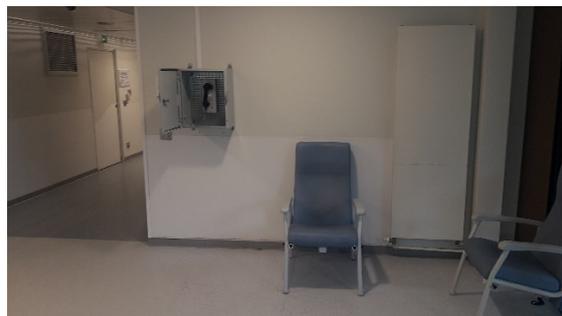
6.3.1 Le téléphone

Comme indiqué précédemment, tous les patients sont systématiquement et en permanence privés de leur téléphone portable personnel, quel que soit leur état clinique. Il existe, dans la salle commune de chaque unité, un poste téléphonique mural encastré dans un caisson métallique fermable à clé. L'implantation de ces cabines ne permet aucune confidentialité des conversations : si un paravent a été disposé autour du poste de l'unité B, celui de l'unité A reste totalement à la vue et à l'ouïe de tous.

L'accès à ce téléphone, pour les appels entrants comme sortants, est soumis à autorisation médicale tant sur le principe que sur le nombre d'appels autorisés. Les horaires sont limités, la

⁸ Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier tient à confirmer « *qu'il n'est en effet pas envisageable, pour des raisons de sécurité, de laisser les patients aller librement dans n'importe quelle chambre de l'unité.* »

cabine n'étant accessible que de 10h à 12h15 et de 14h30 à 19h. Le reste du temps, le boîtier métallique est fermé à clé. Les appels sont gratuits.



Postes téléphoniques de l'UPSI B (entourée d'un paravent) et de l'UPSI A

RECOMMANDATION 13

Sauf restriction médicale personnalisée et régulièrement réévaluée, un accès au téléphone doit être garanti à tout moment aux patients et ce dans des conditions satisfaisantes de discrétion ou de confidentialité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier se contente d'indiquer qu' « un projet d'isolement de la cabine est à l'étude afin de garantir une meilleure confidentialité ».

6.3.2 Les visites

Les visites des familles ne sont possibles que sur autorisation médicale.

Elles sont interdites en chambre. En l'absence de salon des familles et d'accessibilité à un jardin – sauf pour les patients de l'UPSI B qui bénéficient d'une autorisation de sortie dans le parc ou à la cafétéria de l'hôpital – les visites ne peuvent se dérouler que dans la salle commune de l'unité ce qui empêche, là encore, toute confidentialité ou intimité.

RECOMMANDATION 14

La possibilité de recevoir des visites régulières doit être garantie pour les patients. Seul un motif médical ou la nécessité de protéger l'intégrité physique et morale des personnes concernées peut motiver une mesure de restriction à l'exercice de ce droit. Des espaces doivent être aménagés permettant l'accueil des familles et proches dans des conditions satisfaisantes de dignité et d'intimité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique qu' « une pièce pour l'accueil des familles est en cours d'aménagement », sans plus de précisions sur la nature de cette pièce et sur les restrictions apportées au droit de visite.

7. LES CONDITIONS DE VIE

7.1 BIEN QUE MODERNES, LES LOCAUX DES UNITES DE PSYCHIATRIE DE SOINS INTENSIFS NE SONT PAS CONVIVIAUX ET PEU ADAPTES DU FAIT DE LEUR IMPLANTATION EN ETAGE

Les services de psychiatrie ont emménagé en 2017 dans le bâtiment Berthaux qui regroupe, outre les consultations extérieures, l'accueil d'urgence, deux hôpitaux de jour (anciennement installés dans la ville) et cinq unités d'hospitalisation complète dont l'unité de gérontopsychiatrie, celle d'addictologie et les trois unités de psychiatrie de secteur. La psychiatrie générale – qui n'accueille pas de patients en soins sans consentement – est située au deuxième étage, les UPSI A et B au premier.

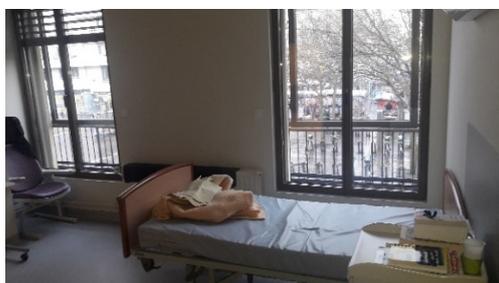
7.1.1 Les chambres

Les chambres sont presque toutes individuelles (sauf deux chambres doubles à l'UPSI A et une à l'UPSI B), avec sanitaires complets.

Le choix de bénéficier d'une chambre simple ou double dépend avant tout de la disponibilité et du profil du patient. Il est discuté en équipe.

Pour la plupart vastes et lumineuses, les chambres sont équipées d'un mobilier de type hospitalier (un lit, une table de chevet, une tablette de lit roulante, un fauteuil, un placard) en bon état. Plusieurs boutons d'appel sont accessibles (dans la chambre et dans la salle d'eau), reliés au poste infirmiers.

Les fenêtres peuvent être entrebâillées par le patient, une deuxième vitre empêchant toute précipitation dans le vide.



Vues d'une chambre individuelle



Vues d'une chambre double

La porte de chaque chambre est percée d'un vaste hublot. A la suite d'une observation de la CDSP, des bandes de film translucide ont été apposées sur ces hublots, sans toutefois les occulter complètement, la « *nécessité de surveillance primant sur l'intimité du patient* ».

La porte ne dispose pas de verrou de confort et le patient ne peut pas plus fermer sa table de chevet ou son placard dont la clé est gérée par les soignants.

Certaines chambres de l'unité A n'ont pas de liseuse, l'éclairage n'étant assuré que par un plafonnier dont l'interrupteur est situé en dehors de la chambre. Les volets électriques ne peuvent être commandés que par les soignants, seuls à disposer de la télécommande.

Aucune décoration personnelle n'est admise. Il n'est pas non plus possible de posséder un téléviseur. L'absence de prise électrique est cohérente avec l'interdiction de tout appareil avec cordon.

7.1.2 Les locaux communs

Les choix architecturaux ont d'importants impacts sur les conditions de vie des patients. Comme indiqué précédemment (Cf. *supra* § 6.1) l'implantation en étage empêche tout accès direct à l'air libre. L'absence de salle d'activité dans les unités restreint les espaces communs à la salle à manger – qui fait également office de salle de télévision – et au hall de chaque unité, situé devant le poste infirmier. Si le hall de l'unité B est relativement convivial avec quelques décorations murales (offertes par la famille d'un patient), des canapés et une vue sur le parvis de l'hôpital, celui de l'unité A est d'une triste vacuité.



Vues du hall de l'unité A

Les couloirs sont aveugles et, pour ceux de l'UPSI A, dépourvus de couleurs et de toute décoration. La présence visible des grilles d'accès renforce le caractère sinistre des locaux.



RECO PRISE EN COMPTE 5

La qualité des chambres, globalement très satisfaisante, doit être harmonisée entre les unités et améliorée pour rendre celles-ci encore plus agréables et respectueuses de l'intimité et de la dignité des patients. Les locaux communs doivent être égayés et décorés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « la décoration de l'UPSI A, sur le modèle de ce qui a été fait à l'UPSI B, est prévue dans le cadre des projets du département médico-universitaire. Une réflexion est également en cours concernant la mise en place d'un éclairage de nuit dans les chambres complémentaire à l'éclairage existant. Ces deux opérations se concrétiseront d'ici la fin de l'année. »

7.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE SONT GARANTIES MAIS LE LAVAGE DU LINGE PERSONNEL N'EST PAS FACILITE

7.2.1 L'accès aux sanitaires

Toutes les chambres des deux UPSI sont dotées d'une salle d'eau avec un lavabo surmonté d'un miroir, un cabinet d'aisance avec abattant et une douche à l'italienne. La température de l'eau de la douche et du lavabo est réglable mais l'absence de flexible, de rideau ou séparation de douche, de patère et de porte-serviettes complique singulièrement l'usage au quotidien.

En l'absence de verrou de confort sur la porte de la salle d'eau – tout comme sur celle de la chambre – et ce que la chambre soit individuelle ou double, l'intimité ne peut être garantie, provoquant un sentiment d'insécurité chez certains patients rencontrés. Il a été indiqué qu'une réflexion était en cours en vue de l'installation de verrous de confort sur les portes des chambres.



Sanitaires des chambres des
UPSI



RECO PRISE EN COMPTE 6

Des verrous de confort doivent être apposés sur les portes des chambres et des sanitaires pour permettre de garantir l'intimité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que l'installation de verrous de confort est « *prévue à court terme* ».

7.2.2 L'entretien des locaux

Comme indiqué *supra* (Cf. § 3.2.1), l'établissement ne dispose d'aucun agent des services hospitaliers. L'entretien des locaux est assuré par une entreprise privée qui intervient sept jours sur sept pour nettoyer les sols, les sanitaires et la salle à manger. Le nettoyage de l'environnement du patient est assuré par le personnel soignant, à qui il incombe également de préparer les chambres pour les entrants.

La propreté des locaux ne souffrait d'aucune critique lors de la visite.

7.2.3 Le linge

Les draps sont changés au minimum une fois par semaine et à la demande si nécessaire, aucun problème de disponibilité n'étant évoqué.

En principe, le patient (ou sa famille) doit fournir et entretenir ses serviettes de toilette ; des dépannages par l'hôpital sont toutefois possible.

L'entretien du linge personnel incombe à la famille. En cas d'impossibilité, il arrive que les soignants utilisent un lave-linge situé dans l'hôpital de jour (au rez-de-chaussée du bâtiment) mais l'absence de sèche-linge est déplorée. Il est donc parfois nécessaire de se rendre dans un pressing en dehors de l'hôpital.

RECOMMANDATION 15

L'établissement doit pourvoir à l'entretien du linge des patients ne bénéficiant pas d'autorisation de sortie ou, à défaut, mettre à disposition une buanderie leur permettant de laver et sécher leurs effets.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *durant l'épidémie de Covid, un circuit d'entretien du linge des patients a été mis en place sur l'ensemble des secteurs de l'hôpital. Une réflexion est en cours en lien avec les services logistiques afin de pérenniser ce dispositif.* »

Pour les personnes indigentes, le CHU dispose d'un petit stock de vêtements et de sous-vêtements jetables. Des kits d'hygiène peuvent également être fournis.

7.3 LA GESTION DES – NOMBREUX – BIENS RETIRES AUX PATIENTS EST SECURISEE

Comme évoqué *supra* (Cf. § 6.2) les règlements intérieurs des unités fixent de très nombreux interdits. De ce fait, les patients ne peuvent conserver quasiment aucun bien par devers eux, sinon les habits qu'ils portent, une fois retirés lacets et cordons. Si les patients ne sont pas fouillés, ils sont « *invités à ouvrir leurs sacs et vider leurs poches* ». Cette opération se déroule en principe en chambre.

L'inventaire est dressé, à l'arrivée, dans le dossier patient informatisé (logiciel ACTIPIDOS™) ; un exemplaire papier en est imprimé et signé contradictoirement en présence de deux soignants. Cet exemplaire est archivé au sein de l'unité dans le dossier « papier » du patient. Il est au besoin réactualisé après chaque mouvement (par exemple à l'occasion d'une sortie).

Les biens non autorisés sont conservés dans les placards des chambres, fermés à clé et gérés par les soignants. Les téléphones portables, MP3, ordinateurs, tablettes, systématiquement retirés tout comme leurs chargeurs, sont conservés soit dans un coffre au sein de l'unité, soit dans le placard de la chambre (non accessible par le patient seul). Certains patients peuvent être autorisés par le médecin à conserver un MP3 ou un poste de radio mais uniquement en journée, dans les parties communes et sans cordon.

Les cigarettes sont systématiquement stockées au poste infirmier et gérées par les soignants.

Les valeurs (bijoux, cartes bancaires et argent) sont remises à la régie de l'hôpital, ouverte du lundi au vendredi de 9h à 13h et de 14h à 16h. Les patients bénéficiant d'une permission de sortie le week-end doivent donc anticiper pour récupérer leurs biens. Les pièces d'identité sont conservées dans des casiers nominatifs dans les bureaux infirmiers. Il est toléré que le patient conserve jusqu'à 20 euros, soit sur lui (mais à ses risques et périls), soit en les confiant aux soignants.

Pour la gestion de l'argent des patients placés sous protection juridique, le dispositif suivant a été mis en œuvre à la suite de la réforme intervenue le 1^{er} janvier 2020 interdisant à la régie de faire office de « banque des patients » : le tuteur est invité à faire un virement à la régie ; le patient protégé va à la régie (accompagné d'un soignant) retirer en liquide la somme correspondante ; cette somme est conservée dans un coffre au sein de chaque unité où est mis en place un cahier de suivi des entrées et sorties d'argent.

7.4 LES REPAS, SERVIS AVEC DES COUVERTS ET DE LA VAISSELLE EN PLASTIQUE, NE SONT PAS DES MOMENTS DE PARTAGE

Les repas, préparés sur un autre site de l'AP-HP (hôpital Broca dans le 13^{ème} arrondissement de Paris), sont livrés en plateaux individuels nominatifs et servis dans des barquettes en plastique, avec des couverts et verres également en plastique. Il a été indiqué aux contrôleurs « *qu'ils devraient, en principe, être servis dans de la vaisselle traditionnelle mais que cela n'est pas réalisé pour des problèmes logistiques* ».

Les menus, à l'élaboration desquels les patients ne sont pas associés, ne sont pas affichés dans les unités. Il est possible de bénéficier de menus spécifiques (diabétique, hypocholestérolémiant, sans sel, etc.) et d'un menu végétarien mais pas d'un menu végétal. Les menus végétariens seraient, selon les patients interrogés, très peu variés, avec des œufs (omelette ou œuf dur) tous les jours.

Aucun aliment ou friandise n'est autorisé en chambre.

Sauf pour les patients placés en isolement, les repas se prennent en salle à manger collective qui sert aussi de salle d'activité et de salon de télévision. Le placement y est libre, par table de huit personnes à l'UPSI A, de quatre à l'UPSI B. Les soignants ne participent pas aux repas.

Il n'est pas organisé de repas thérapeutique dans les UPSI A et B.

Les horaires des repas (8h30, 12h30, 19h) n'appellent pas d'observation. Un goûter (à 16h30) et une tisane (vers 21h30/22h) sont proposés, toujours en salle à manger.

RECOMMANDATION 16

La dimension thérapeutique des repas doit être davantage explorée, en y faisant participer activement le personnel soignant. Les repas doivent être servis dans de la vaisselle et avec des couverts traditionnels et les menus doivent être affichés à l'avance.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier précise que « *le service de restauration de l'hôpital Corentin Celton a été profondément transformé au cours des derniers mois. Les repas sont désormais produits par la cuisine de l'hôpital Broca, l'un des objectifs du projet consistant à utiliser de nouveau de la vaisselle traditionnelle. Malheureusement, pour des problèmes d'effectifs, les responsables du service de restauration sont contraints, très régulièrement, de revenir à de la vaisselle en plastique. Concernant les couverts, le service a validé le principe de mise à disposition de couverts traditionnels. Ces couverts ont été commandés sur le budget du DMU.* »

7.5 LA SEXUALITE DES PATIENTS EST CONSIDEREE COMME INOPORTUNE

Comme cela avait déjà été relevé lors de la précédente visite, la sexualité des patients ne donne lieu à aucune réflexion collective. Le sujet est même écarté – voire caricaturé – au motif que « *ce n'est pas la préoccupation des patients qui sont là pour se soigner* » et « *ils ne sont pas en état de pleine conscience* ». Pour d'autres interlocuteurs, la question n'a pas à se poser car « *l'hôpital n'est pas un lieu de vie* ».

Les relations éventuelles entre patients – ou entre patients et proches lors des visites – ne sont donc pas admises au sein de l'hôpital. L'interdiction, posée par les règlements des unités, de recevoir quiconque dans sa chambre, contribue à ce tabou.

Il a toutefois été indiqué que le sujet peut parfois être évoqué lors des entretiens médicaux « *sous l'angle de la prévention des risques et de la contraception* ». Des accompagnements de patientes au planning familial peuvent être réalisés, le cas échéant. Enfin, des préservatifs auraient été commandés pour les unités ouvertes de psychiatrie générale et d'addictologie mais il n'est pas envisagé d'en proposer dans les UPSI.

RECOMMANDATION 17

Une réflexion doit être conduite sur la sexualité des patients. Leur seul statut ne permettant pas de postuler qu'ils ne sont pas à même d'accorder un consentement éclairé à un acte sexuel, les patients – en soins sans consentement comme en soins libres – doivent conserver leur liberté sexuelle, dans les seules limites du droit commun et du respect de l'intimité de chacun. Les personnes qui le souhaitent doivent avoir accès à des moyens de protection et de contraception.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *la prise en charge de nos patients, par nature globale, pluridisciplinaire et sur le long terme, ne se limite pas à leur séjour en hospitalisation complète. Ainsi, chaque psychiatre du service veille à inclure systématiquement la question de la sexualité dans le cadre d'une approche individualisée en veillant à fournir une information pertinente (en particulier sur la prévention des IST, sur la contraception et sur la notion de consentement).* »

En outre, des liens existent avec le planning familial permettant de proposer aux patients qui le souhaitent de disposer d'une prise en charge spécifique. Concernant la sexualité au sein même des unités de soins, nous souhaitons rappeler que des cas d'agressions sexuelles entre patients ont malheureusement été à déplorer il y a quelques années, et que la priorité doit rester la prévention de telles situations. »

7.6 EN DEPIT DE PLUSIEURS INITIATIVES PORTEES PAR UNE ERGOTHEREPEUTE DURANT L'ANNEE 2019, LES POSSIBILITES D'ACTIVITES SONT TOUJOURS INEXISTANTES

A la suite du précédent rapport du CGLPL, qui avait pointé l'absence chronique d'activités – thérapeutiques comme occupationnelles – proposées aux patients hospitalisés en UPSI, le CHU a engagé une ergothérapeute en novembre 2018. Celle-ci a proposé un panel d'activités, tant au sein des unités qu'en dehors, dont l'animation implique également les soignants.

Il a ainsi été envisagé, pour l'UPSI A :

- un atelier « jeux de société » le lundi et le mercredi après-midi, sur inscription, dans la salle à manger de l'unité ;
- un atelier « activités sportives » le mardi et le vendredi après-midi, sur inscription, dans la salle de sport située au 2^{ème} étage du bâtiment de psychiatrie ;
- des activités non programmées : ping-pong dans la cour de l'unité, magazines et jeux de société, coloriage, mandala, à disposition des patients en salle à manger.

Pour l'UPSI B, il était prévu la programmation, les mercredi, jeudi et le week-end, de différentes activités animées par les soignants, telles que revues de presse, jeux de société, esthétique, origami.

Enfin, l'ergothérapeute a mis en œuvre à destination des patients des UPSI A et B des séances individuelles de balnéothérapie, les lundis et mercredis, au sein de l'hôpital Corentin Celton.

Ces initiatives, portées par la seule ergothérapeute avec un soutien pour le moins mesuré de l'équipe médicale qui considère que « *les patients doivent se concentrer sur leurs soins* », ont malheureusement disparu avec le départ de cette ergothérapeute fin 2019, à peine un an après son arrivée⁹.

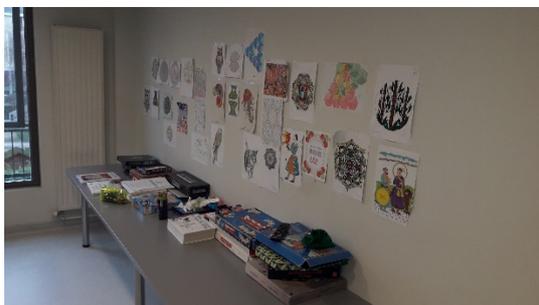
Dans l'attente du recrutement – en cours au moment du contrôle – d'un nouvel ergothérapeute, les soignants ne prennent pas le relais « *par manque de temps* ». Si certains s'y sont déclarés favorables (il a été indiqué un projet d'ateliers de sophrologie et de relaxation individuelle), en pratique, plus rien n'est proposé aux patients des UPSI A et B.

Le planning d'activités affiché dans l'UPSI B – pourtant très minimaliste puisqu'il ne mentionne que des « jeux de société » le mercredi de 11h à 11h30 et une « revue de presse » le jeudi de 15h30 à 16h30 – n'était pas mis en œuvre lors de la visite.

⁹ Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier tient à rappeler que « *la création d'un poste d'ergothérapeute est un choix de service, unanimement soutenu par le corps médical et le corps paramédical. Le départ de la précédente ergothérapeute, dont le travail était là encore unanimement apprécié, s'explique par des motifs personnels et non par une quelconque difficulté d'intégration au sein du service.* » Il considère « *sans fondement* » la phrase « *l'équipe médicale considère que 'les patients doivent se concentrer sur leurs soins'* ».

Ces propos ont pourtant bien été tenus aux contrôleurs.

Des jeux de société sont bien disponibles dans la salle à manger de l'UPSI B – quasiment aucun à l'UPSI A – mais, selon les informations recueillies, il est exceptionnel que les soignants proposent une partie aux patients.

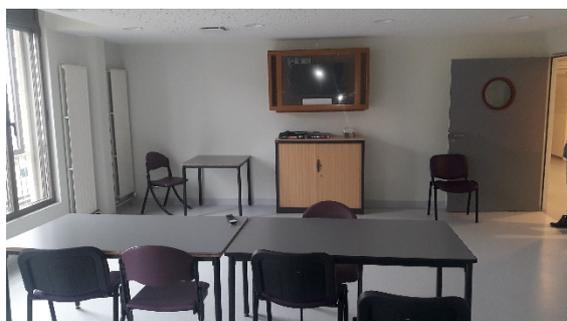


Jeux de société disponibles en UPSI B



Jeux de société disponibles en UPSI A

Les locaux n'aident pas, la même salle servant de salle à manger, de salle de télévision et, potentiellement, de salle d'activités. Aucun équipement (baby-foot ou vélo d'appartement par exemple) n'est disponible dans ces deux unités.



Salle à manger, de télévision et d'activités de l'UPSI A



Salle à manger, de télévision et d'activités de l'UPSI B

De fait, la seule possibilité de distraction, en dehors de la télévision, est le passage du chariot de la bibliothèque, une fois par semaine, proposant le prêt de livres ou revues. Des revues sont également disponibles à l'UPSI B (aucune à l'UPSI A). L'ennui des patients, pointé dans le précédent rapport du CGLPL, demeure donc d'actualité.

Les patients des unités de psychiatrie de soins intensifs doivent se voir proposer un éventail d'activités thérapeutiques, éducatives, récréatives, sportives artistiques et culturelles adaptées à leur état de santé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *de nombreuses initiatives sont en cours au sein du service. Ces initiatives sont appelées à reprendre très rapidement avec le recrutement en cours d'une nouvelle ergothérapeute.* »

8. LES SOINS

8.1 L'ACCUEIL ET LE PARCOURS DE SOINS SONT ASSURES 24H SUR 24 MAIS SANS QUE NE SOIENT GARANTIS, LA NUIT, L'EXAMEN SOMATIQUE SYSTEMATIQUE, LA CONFORMITE LEGALE DES CERTIFICATS ET LE RESPECT DE LA DIGNITE DES CONDITIONS DE PRISE EN CHARGE

Comme indiqué précédemment, pour l'ensemble du secteur concerné les soins sont hospitalo-centrés : les unités d'hospitalisation, les hôpitaux de jour, les unités d'addictologie et le CMP sont localisés dans le même établissement.

Les hospitalisations réalisées dans les unités de psychiatrie générale sont, pour la majorité d'entre elles, initiées par le centre d'accueil permanent et de soin (CAPS) – qui assure un accueil 24h sur 24h pour les patients du secteur comme pour ceux d'autres secteurs – et, pour une faible partie, par le service des urgences de l'hôpital européen Georges-Pompidou, avec l'unité de psychiatrie de liaison rattachée à l'hôpital Corentin Celton.

Le CAPS est intégré à l'unité de soins externes (USE) du centre hospitalier Corentin Celton. Outre le CAPS, l'USE, unité située au rez-de-chaussée, comprend le CMP, les trois hôpitaux de jour, et les consultations externes de différents intervenants (psychiatres, addictologues, neuro-psychologues, neurologues, etc.).

8.1.1 Les locaux de l'USE

Ils sont vastes, neufs avec une signalétique simple permettant une circulation aisée. Ils sont le lieu d'une activité importante et variée.

a) Les locaux du CAPS

Ils comprennent :

- une salle d'accueil avec salle d'attente : un des trois aides-soignants, présents sur l'amplitude 8h/16h30, procède à l'accueil et oriente les patients. Il peut également commencer la prise en charge en cas de manifestation d'impatience ou d'anxiété ;
- quatre bureaux d'entretiens infirmiers (pour les sept ETP infirmiers) ; les IDE interviennent sur les entrées du CAPS et assurent les suivis du CMP ;
- deux boxes de soins (un box simple – pour prise des constantes et préparations des piluliers – et un box avec un lit-brancard), permettent de faire les injections et d'accueillir les patients pour l'injection, le repos de 3h et la distribution des repas ;
- une deuxième petite salle d'attente ouverte sépare ces boxes ; elle permet l'attente pendant les soins mais aussi l'accueil des familles lorsqu'une hospitalisation nécessite une attente pour les différentes démarches administratives ;
- une pharmacie est attenante aux box de consultation ; elle comprend des chariots avec les piluliers nominatifs pour les patients suivis au CMP, ainsi qu'une armoire recevant la dotation globale nécessaire aux premiers soins.

Les postes informatiques dans ces locaux sont sous écran de verre, incrustés dans le meuble bureau afin d'en éviter utilisation comme projectile en cas d'agitation.



Fauteuil pour les soins infirmiers



Lit-brancard



Armoire pour les piluliers des patients suivis en CMP

b) Les autres locaux de l'USE

Toute une série de locaux complètent l'unité de soins externes :

- un bureau de coordination avec des postes informatiques, salle de repas du personnel et les tableaux des suivis des patients qui sont vus à domicile ;
- une dizaine de bureaux nominatifs pour les consultants externes psychiatres, addictologues, gériatres ;
- plusieurs boxes polyvalents pour les consultations des externes et des suivis après hospitalisation ;
- les bureaux et la salle de réunion du « centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé » (CRRPSA) qui compte deux infirmiers, une équipe mobile de gérontopsychiatrie intersectorielle, un neurologue et des neuro psychologues ;
- les bureaux de consultations des quatre psychiatres (dont un avec une compétence de psycho trauma) et du médecin généraliste du service d'addictologie (dont les lits d'hospitalisation sont situés dans les étages) ;
- les bureaux de deux assistantes sociales ;
- un secrétariat.

8.1.2 Le fonctionnement de l'accueil de l'urgence psychiatrique

Il n'y a pas d'entrée directe en service de psychiatrie hormis les entrées organisées avec accord médical en provenance des autres services d'accueil d'urgence (SAU) dont, plus fréquemment l'hôpital européen Georges-Pompidou et le centre SAU Antoine Béclère à Clamart.

a) L'organisation

Elle est fonction des horaires d'ouverture du CAPS.

De 8h à 16h30 : le CAPS accueille, traite et oriente toutes demandes.

De 16h30 à 8h : un téléphone est à la disposition des patients à l'entrée de l'accueil, dans le couloir devant la porte du CAPS. Il est accessible à tous afin d'obtenir une consultation psychiatrique 24h/24. La nuit les personnes y sont accompagnées depuis l'entrée de l'hôpital par l'équipe de sécurité. Un personnel de soin des unités d'hospitalisation UPSI A et UPSI B répond alors à l'appel :

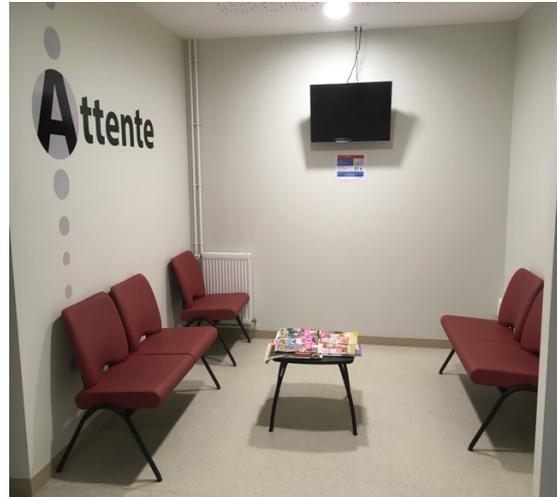
- - de 16h30 à 19h30 et de 7h à 8h, c'est le premier qui décroche ;
- - de 19h30 à 7h, c'est l'équipe de nuit qui répond avec un planning organisé.

Si nécessaire, un infirmier se détache du service et organise la consultation dans les locaux du CAPS, en prévenant le psychiatre de garde qui réalise l'entretien avec l'infirmier.

Les samedi et dimanche, ce sont les infirmiers des services d'hospitalisation, selon un planning préétabli, qui répondent aux appels et se déplacent avec le psychiatre.



*Téléphone permettant l'accueil
24h sur 24h*



*Salle d'attente dans le service
des urgences*

b) La permanence médicale de soins

Les matins de la semaine, la permanence médicale repose sur la présence des psychiatres.

A partir de 13h30, ce sont les internes, au nombre de onze, qui assurent l'accueil jusqu'à 18h30, avec la possibilité de faire appel aux psychiatres consultant dans les locaux.

De 18h30 à 8h, la garde est effectuée sur place par un psychiatre senior ainsi que les samedis, dimanches et jours fériés.

c) L'offre de soins

A l'issue de la consultation d'accueil, les patients dont l'état clinique le permet reçoivent des soins en ambulatoire ; si nécessaire, une hospitalisation est organisée vers les unités de psychiatrie générale ou d'addictologie. Pour les patients traités en ambulatoire, un temps de repos de quelques heures dans la petite salle d'attente ou sur le brancard du box de consultation, ou parfois sur un lit dans les unités d'hospitalisation après l'administration d'un traitement, est possible avant le retour à domicile.

Les hospitalisations en soins libres ou en soins sans consentement sont organisées en fonction du secteur d'origine. Si la personne ne relève pas du secteur, elle est orientée vers son service de référence par ambulance médicalisée.

Les mineurs de plus de 16 ans peuvent être accueillis avec les parents.

Les entretiens sont effectués par un psychiatre accompagné par un infirmier ; ils peuvent également être réalisés par un interne qui fera appel à un senior si nécessaire.

C'est le médecin qui informe et explique la mesure de soin sans consentement et effectue la recherche du tiers s'il n'est pas présent.

En cas de recours à la mesure dite de péril imminent, les médecins de SOS psychiatrie sont appelés pour établir le certificat en qualité de médecin n'appartenant pas à l'établissement.

Cette organisation permet un accès direct, 24h sur 24, à un entretien avec un médecin psychiatre. En revanche, l'examen somatique, réalisé par les internes du service (Cf. *infra* § 8.3.1) et indispensable pour exclure toute origine somatique à la symptomatologie psychiatrique, ne sera réalisé qu'ultérieurement dans le service de psychiatrie. En cas d'urgence somatique, il est fait appel au médecin de garde présent à l'hôpital Corentin Celton pour les autres services dont la cardiologie et la gériatrie.

RECOMMANDATION 19

Le circuit d'accueil et d'hospitalisation en psychiatrie doit permettre un examen somatique complet et systématique avant toute hospitalisation en service de psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *cet examen est effectivement réalisé de manière systématique en cas d'admission au sein du service* », confirmant ainsi que l'examen somatique a lieu une fois l'hospitalisation prononcée c'est-à-dire potentiellement le lendemain si la décision est prise durant la soirée par le psychiatre de garde.

8.1.3 Le service d'urgence de l'hôpital européen Georges-Pompidou (HEGP)¹⁰

Un accueil psychiatrique est assuré de 8h30 à 18h30 aux urgences de l'hôpital Georges-Pompidou (Paris XVème). Une convention entre le GHU Sainte-Anne (Paris 14^{ème}) et le centre hospitalier Corentin Celton définit les modalités de la participation de Sainte-Anne à cet accueil. Actuellement, l'équipe infirmière psychiatrique est composée de quatre ETP d'IDE du GHU Sainte-Anne et la présence médicale psychiatrique est partagée entre des psychiatres de la psychiatrie de liaison rattachée à l'hôpital Corentin Celton et des psychiatres de Ste-Anne.

Les patients sont tous accueillis par l'infirmière d'accueil et d'orientation du service d'urgence et sont vus par le médecin urgentiste qui réalise l'examen somatique. Le patient est ensuite orienté vers l'équipe psychiatrique qui organise la suite de la prise en charge en fonction de l'état clinique.

En cas de nécessité, et après avis du psychiatre présent sur place, le médecin urgentiste rédige le premier certificat pour les soins sans consentement. Dans le cadre des mesures de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, les deux médecins, le psychiatre et le médecin urgentiste appartiennent tous deux à l'AP-HP. Les deux certificats sont donc rédigés par des médecins appartenant au même établissement, ce qui interroge quant à la validité juridique de ces mesures. Le service juridique de l'AP-HP, consulté sur cette question, aurait répondu que, bien que relevant tous deux de l'AP-HP, les médecins n'appartiennent pas à la même entité juridique (hôpital Corentin Celton et HEGP) ni au même département médico-universitaire (Cf. *supra* § 3.4).

¹⁰ Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur propose une rédaction alternative de ce paragraphe, dont il a été en partie tenu compte.

RECOMMANDATION 20

L'établissement doit se conformer à l'article L 3212-1 du code de la santé publique concernant l'admission en soins psychiatrique à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, selon lequel le (premier) certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier considère que l'article L 3212-1 du CSP est bien respecté en indiquant que pour le premier certificat de SDT et pour le certificat en SPI « *le psychiatre du GHU de Ste. Anne ne pouvant pas certifier pour une hospitalisation à Ste. Anne fera appel à un psychiatre de liaison ou à un senior du SAU. Le psychiatre de HEGP appartenant au DMU psychiatrie et addictologie du groupement hospitalier ne pourra pas certifier pour Corentin Celton, il fera appel à un senior des urgences de l'HEGP* ». La question de leur appartenance commune à l'AP-HP demeure néanmoins.

En revanche, il n'y a pas d'avis psychiatrique à l'HEGP de 18h30 à 8h30 et les urgentistes refusent de faire des certificats sans l'avis d'un psychiatre. Si le patient relève d'un autre secteur que celui de Corentin Celton, il est adressé au CPOA. Les soins sur décision du représentant de l'Etat sont orientés à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police (Paris 14^{ème}). Pour les patients du secteur dont l'état nécessite un avis psychiatrique, soit la personne est adressée au CAPS pour consultation psychiatrique, soit elle est admise dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) en attendant la venue du psychiatre à 8h30 le lendemain. Elle peut encore être placée en attente sur un des deux lits-brancards, situés dans une pièce aveugle, à proximité des bureaux réservés à l'équipe de psychiatrie de liaison. Il a été indiqué que certains patients peuvent y être attachés en fonction de leur état d'agitation. La décision de contention est prise par l'urgentiste ; elle est inscrite dans le dossier du patient avec la surveillance demandée et réalisée mais aucun registre n'est tenu pour contrôler et évaluer ces pratiques.

Ainsi donc, la prise en charge des urgences psychiatriques la nuit à l'HEGP n'apporte pas une réponse digne et égale pour toutes les situations.

A titre d'exemple, au cours de leur visite les contrôleurs ont pu constater qu'une personne, connue des services psychiatriques et en rupture de soins, avait passé une grande partie de la nuit sur un lit-brancard dans une pièce sans fenêtre en attendant la consultation psychiatrique.



Lit d'attente dans les bureaux de consultation de l'unité de psychiatrie de liaison dans le service des urgences de l'hôpital européen Georges-Pompidou

RECOMMANDATION 21

La prise en charge des patients aux urgences doit être réalisée dans le respect constant de leur dignité, en tous lieux et à toute heure du jour ou de la nuit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *les patients non orientés la nuit vers des services d'urgences psychiatriques sont gardés aux urgences, souvent parce qu'ils nécessitent une surveillance médicale (intoxication médicamenteuse ou toxique. Ils bénéficient d'un accueil dans une chambre de l'Unité d'hospitalisation de courte durée et sont évalués par le psychiatre le matin à 8h30, si leur état le permet. Le box d'attente situé en face du bureau du psychiatre utilisé en journée qui ne possède pas de fenêtre n'a pas pour vocation d'accueillir des patients pour hospitalisation. Il sert uniquement à la prise en charge durant l'évaluation psychiatrique, l'examen somatique, la prise en charge médicamenteuse la décision et réalisation de la mesure d'hospitalisation. Aucun patient n'y séjourne donc sans surveillance médicale ou infirmière de l'équipe de psychiatrie. Ce lieu n'est donc pas une chambre d'hospitalisation mais un simple box d'examen, par définition temporaire.* »

Cette organisation théorique est contredite par la pratique observée par les contrôleurs.

8.2 LA PRIVATION DE LIBERTÉ ET L'INACTIVITÉ DES PATIENTS SONT AU CENTRE DES SOINS PSYCHIATRIQUES

8.2.1 Les soins

Les soins et leur organisation sont sensiblement similaires dans les deux unités UPSI A et B à la seule différence que l'isolement et la contention ne se pratiquent que dans l'unité UPSI A.

Les soins consistent en l'administration de médicaments et d'entretiens avec les différents intervenants.

Le psychiatre senior est présent tous les matins avec les internes et les externes.

Les relèves infirmières quotidiennes, qui se font en présence des médecins, et la réunion de synthèse hebdomadaire permettent de faire le point sur les différentes prises en charge et d'adapter les projets de soins. Le service est également pourvu de temps d'assistante sociale.

Les entrées sont toutes vues par le psychiatre puis régulièrement selon l'évolution de l'état clinique du patient.

Le médecin fait la visite avec l'interne et les externes.

Les familles sont reçues sur rendez-vous par le médecin deux fois par semaine.

La distribution des traitements se fait en chambre.

Il n'existe ni supervision, ni analyse de la pratique, ni réunion soignants/soignés et le choix de l'absence de temps de psychologue dans ces deux unités interroge.

RECOMMANDATION 22

L'absence de temps de psychologue permettant des entretiens individuels et de temps de réflexion collective sur les pratiques professionnelles et le fonctionnement institutionnel, réduit l'éventail des possibilités thérapeutiques attendues dans un établissement public et représente une atteinte au droit à la santé des patients hospitalisés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique qu'« *une réflexion est en cours afin de déployer du temps de psychologue au sein des unités de soins intensifs A et B.* »

Par ailleurs, il tient à « *contester vivement le constat d'une 'absence de réflexion sur les pratiques professionnelles'* », considérant que cette affirmation « *fait injure au travail de l'ensemble des équipes. (...) En effet, outre les EPP réalisées dans le cadre des démarches qualité et portant sur des aspects cruciaux de prise en charge (...) et les 4 à 5 RMM annuelles qui elles aussi traitent de situations concrètes dont l'analyse aboutit à la mise en place de mesures correctives et de leur suivi, le service est quotidiennement engagé dans une telle réflexion.*

Il ajoute qu'un des praticiens hospitaliers du service est « *spécialisée dans les questions d'éthiques médicales et intervient régulièrement dans le cadre de questionnement des équipes sur le consentement aux soins et la bientraitance. [Elle] vient d'encadrer une thèse sur la légitimité éthique de l'hospitalisation sans consentement et des mesures d'isolement et de contention.* »

Les séances de sismothérapie qui sont prescrites sont réalisées à l'hôpital Sainte-Anne ou à l'hôpital du Kremlin Bicêtre (Val-de-Marne). Les patients concernés sont mutés dans ces établissements même lorsqu'ils relèvent des soins sans consentement.

8.2.2 Les activités

Comme cela a été mentionné (Cf. *supra* § 7.6), il n'existe pas d'activités thérapeutiques pour les patients, ni d'activité groupale depuis le départ de l'ergothérapeute qui effectuait des prises en charge groupales et individuelles ainsi que des évaluations des capacités adaptatives des patients.

Les patients déambulent dans les couloirs en témoignant de leur ennui.

RECOMMANDATION 23

Les activités thérapeutiques individuelles et groupales doivent être réactivées, la preuve de leur efficacité dans les prises en charge psychiatriques étant unanimement reconnue.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *ces activités sont amenées à reprendre très rapidement dans le cadre du recrutement en cours d'une nouvelle ergothérapeute au sein du service.* »

8.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT EFFECTUES AVEC REGULARITE PAR LES INTERNES SOUS LA RESPONSABILITE D'UN MEDECIN EN ADDICTOLOGIE

Tous les patients hospitalisés en unité de soins psychiatriques bénéficient d'un examen somatique dans les 24 heures qui suivent leur admission.

8.3.1 Les soins somatiques

Les examens et soins somatiques sont réalisés par les onze internes en psychiatrie présents dans les différentes unités. Ils sont « seniorisés » par le médecin généraliste du service d'hospitalisation en addictologie, qui intervient à la demande des internes dans les unités de psychiatrie UPSI A et B.

Les internes peuvent également recourir ou obtenir facilement un avis ou rendez-vous auprès des spécialistes présents au centre Hospitalier Corentin Celton, comme le cardiologue, le neurologue et le gériatre ou, pour les autres spécialités, à l'HEGP.

Des bilans sanguins systématiques sont effectués dès l'admission avec la réalisation d'un électrocardiogramme, différentes sérologies, un test de grossesse pour les femmes et une recherche des toxiques urinaires.

Les patients placés en chambre d'isolement sont examinés quotidiennement au niveau somatique par l'interne et les autres patients une à deux fois par semaine selon les besoins.

8.3.2 Les prises en charge spécialisées

Une prise en charge des troubles métaboliques, fréquents parmi les patients présentant des troubles psychiatriques est renforcée par l'accès possible à des hôpitaux de jour des services de diabétologie de l'HEGP.

La présence, sur le site de Corentin Celton, d'une unité d'addictologie avec consultation et hôpital de jour permet une prise en charge renforcée et fluide dans les cas fréquents de conduite addictive associée aux troubles psychiatriques. La prise en charge somatique et addictologique est souvent initiée dès le passage par le CAPS. En effet parmi les infirmiers en poste à l'USE, trois infirmiers ont un diplôme universitaire sur la prise en charge des addictions, et un infirmier a un diplôme universitaire du sujet âgé de plus de 60 ans.

Ainsi, un patient présentant des troubles en rapport avec une addiction a très rapidement un premier rendez-vous infirmier avec bilan permettant une évaluation et orientation dans le cadre d'une amorce du travail motivationnel. Sa situation est présentée au *staff* hebdomadaire du service d'addictologie afin de lui proposer un projet de soin.

Les suivis en addictologie concernent surtout des dépendances au tabac et à l'alcool. Les patients présentant une dépendance aux opiacés avec des traitements de substitution, dont la buprénorphine ou la méthadone, sont plutôt suivis par le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de l'HEGP.

BONNE PRATIQUE 3

La complémentarité organisée entre les unités d'accueil et d'hospitalisation et les services d'addictologie permet une détection précoce et un suivi adapté des patients présentant des troubles en rapport avec une addiction.

8.4 LA PHARMACIE N'A PAS ACCES AU DOSSIER INFORMATIQUE ET NE S'IMPLIQUE PAS DANS LA MISE EN ŒUVRE DE LA CONCILIATION MEDICAMENTEUSE

Les prescriptions sont informatisées et vérifiées. Des messages d'alerte sont envoyés par voie informatique en cas d'anomalie et le pharmacien peut être amené à se déplacer dans les services en cas d'urgence. Toutefois, le pharmacien n'a pas accès au dossier des patients hospitalisés en psychiatrie, ce qui rend impossible la vérification d'éventuelles contre-indications et incompatibilités médicamenteuses.

La mise en œuvre de la conciliation médicamenteuse, démarche de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses, qui vise à assurer la continuité des soins entre les différentes étapes de la prise en charge d'un patient, n'est pas actuellement possible.

RECOMMANDATION 24

Le droit au soin comprend un accès aux données et informations contenues dans le dossier médical par les professionnels de santé intervenant auprès de chaque patient. L'établissement doit permettre l'exercice de cet accès au pharmacien impliqué dans la prise en charge du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier confirme que « *les pharmaciens ne sont effectivement pas habilités à consulter les dossiers médicaux de psychiatrie. L'hôpital Corentin-Celton applique les règles d'accès au dossier médical informatisé Orbis telles qu'elles ont été définies pour l'ensemble de l'APH-HP.* »

Pour le CGLPL, les règles définies par l'AP-HP doivent donc être modifiées.

Tous les services ont une dotation minimale et le réapprovisionnement ou toute demande spécifique sont satisfaites en temps réel.

Il n'y a pas de garde de pharmacie le week-end mais les médecins ont accès à une armoire spécifique si des médicaments venaient à manquer ; l'interne en pharmacie de garde à l'HEGP peut également dépanner à la demande.

La pharmacie a un représentant à la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) commun avec l'HEGP.

9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

9.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT, DONT LES AMENAGEMENTS NE RESPECTENT PAS LA DIGNITE DES PATIENTS, NE SONT PAS LES SEULS LIEUX OU DES MESURES D'ISOLEMENT SONT PRATIQUEES, PARFOIS AVEC LA CONSIGNE « SI BESOIN »

9.1.1 Les chambres où se pratique l'isolement

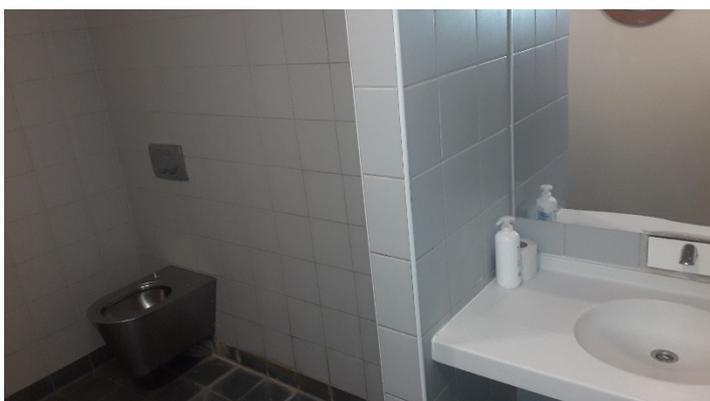
L'isolement se pratique uniquement dans l'unité UPSI A où il est annoncé deux chambres d'isolement (CI) (chambres n° 104 et 105). Une chambre hôtelière (n° 103) est présentée comme étant une chambre « sécurisée ». Les contrôleurs constatent pourtant qu'il s'agit d'une chambre transformée en chambre d'isolement, meublée seulement d'un lit. Selon les informations recueillies, cette chambre est très régulièrement utilisée comme chambre d'isolement. De fait, l'hôpital dispose donc de trois CI et non deux comme indiqué dans le rapport annuel sur l'isolement produit par l'établissement.

Selon différents témoignages, des isolements peuvent, en outre, être pratiqués dans les chambres hôtelières si les trois CI s'avèrent occupées. Il n'existe pas de trace écrite de ces isolements puisque seuls les lieux dédiés sont inventoriés dans le registre de la contention et d'isolement (Cf. *infra* § 9.2).

RECO PRISE EN COMPTE 7

Toute mesure d'isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. La chambre n° 103 doit être considérée et référencée comme une chambre d'isolement à part entière et non comme une chambre hôtelière.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « suite à cette recommandation, une étude est en cours afin de requalifier, en fonction des besoins du service, cette chambre en chambre d'isolement. Dans le cas contraire, cette chambre sera aménagée en chambre hôtelière. »



Les sanitaires, communs aux deux CI, accessibles depuis les deux chambres (portes à droite) et depuis les deux sas d'entrée ; les WC sont visibles depuis le hublot d'une portes de sas (ceux des portes des chambres sont occultés).



Les deux CI « officielles » sont identiques à celles décrites dans le précédent rapport du CGLPL, avec, notamment, une grande salle d'eau commune comprenant WC, douche et lavabo. De ce fait, l'accès direct et permanent aux toilettes est impossible lorsque les deux CI sont occupées simultanément. Par ailleurs, l'intimité du patient ne peut être garantie, les WC étant visibles depuis l'oculus d'un des sas.

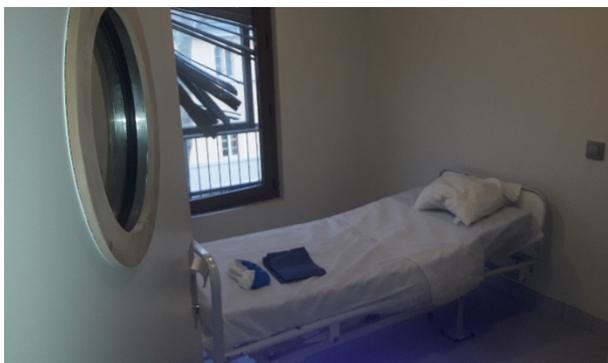
Dans les CI, l'intensité des lumières des plafonniers n'est pas modulable, il n'y a ni veilleuse ni bouton d'appel accessible en position couchée et, *a fortiori*, lorsque la personne est attachée sur le lit ; enfin l'horloge, située dans le sas, n'est visible ni la nuit ni du lit.

La troisième CI (chambre n° 103) dispose de sa propre salle d'eau ; là encore, la visibilité directe sur les WC depuis un hublot ne permet pas de garantir l'intimité et la dignité du patient. Comme dans les autres CI, l'horloge disposée dans le sas n'est pas lisible la nuit, ni visible depuis le lit. En outre, lors de la visite, le volet était défectueux sans pour autant que la chambre ne soit considérée comme non utilisable.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les personnes placées en chambre d'isolement doivent pouvoir satisfaire leurs besoins physiologiques dignement à l'abri des regards et doivent avoir accès à un dispositif d'appel et à une indication horaire, même en position contenue.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « *les travaux d'adaptation des locaux* » afin de satisfaire à cette recommandation « *sont planifiés* ».



Chambre n° 103



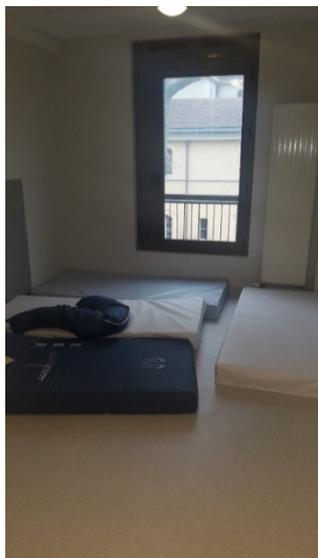
Vue sur les WC depuis le hublot

Par ailleurs, il a été indiqué aux contrôleurs que, en règle générale, les patients placés en isolement conservaient leur lit de regard sauf de rares exceptions liées à une forte sur-occupation. Toutefois, la chambre n° 103 étant officiellement considérée comme une chambre hôtelière et non comme une CI, le patient isolé dans cette chambre ne conserve pas systématiquement son lit de regard.

Il a, enfin, été constaté que la chambre n° 102, totalement dépourvue de mobilier, n'était équipée que de matelas en mousse posés à même le sol. Il a été expliqué que cet aménagement s'imposait pour l'hébergement quotidien d'une patiente hospitalisée depuis plusieurs années mais présentant toujours un état clinique instable.

Dans le dossier de la personne occupant la chambre n° 102, 173 mesures d'isolement sont comptabilisées pour le seul premier semestre 2019, mesures d'isolement séquentiel avec, en outre des indications « si besoin ». Ces mesures d'isolement ne sont pas renseignées dans le

registre des isolements et de la contention puisque ce dernier ne retient que les isolements en espaces dédiés (Cf. *infra* § 9.2).



La chambre n° 102

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les décisions de mise en isolement avec la mention « si besoin » sont proscrites. La situation clinique doit être médicalement évaluée au moment de chaque décision.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier confirme que « *cette mention 'si besoin' concernant les décisions de mise à l'isolement est effectivement à proscrire. Ce point sera revu avec les équipes afin de préciser les modalités de prescription de ce type de décisions.* »

9.1.2 La contention

La pratique de la contention est, selon tous les témoignages, rare et uniquement dans les chambres d'isolement. En dehors des indications portées sur le registre de l'isolement et de la contention, les contrôleurs n'ont pas pu vérifier ce point.

9.2 LE CONTENU DU REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST INEXPLOITABLE

9.2.1 Le recueil des données constituant le registre

Conformément à la réglementation, l'établissement s'est doté d'un registre d'isolement et contention et produit un rapport annuel d'analyse de ces pratiques.

Les décisions d'isolement et de contention sont inscrites, par les médecins du service ou ceux intervenant dans le cadre de la permanence de soins ainsi que par les internes toujours « seniorisés », dans le logiciel de prescriptions ACTIPIDOS™, alors que le dossier du patient se trouve dans le logiciel ORBIS™.

Les données en sont ensuite extraites chaque semaine par l'assistante de gestion en vue de renseigner un fichier Excel™ permettant par la suite de faire une analyse des pratiques.

La coexistence de deux logiciels (ACTIPIDOS™ et ORBIS™), source d'erreurs déjà mentionnée dans le rapport du CGLPL en 2017, reste toujours d'actualité. La migration sur le logiciel ORBIS™ de l'intégralité des décisions médicales et du suivi infirmier des mesures d'isolement et de contention est toutefois prévue pour 2020.

Ces différentes opérations sont probablement, pour partie, la source des manques et des incohérences constatés au cours de la lecture croisée du rapport annuel de 2018 avec le contenu du fichier Excel™.

Il y est fait uniquement mention des deux chambres d'isolement de l'unité UPSI A (chambres n° 104 et 105) et il n'apparaît, à aucun moment, ni la chambre n° 103, ni les autres espaces non dédiés à l'isolement et la contention mais néanmoins utilisés en tant que tels décrits dans le chapitre précédent.

RECO PRISE EN COMPTE 10

Tous les espaces où se pratiquent l'isolement et la contention doivent être identifiés et reportés dans le registre de l'isolement et de la contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier indique que « l'adaptation du registre afin d'apporter les compléments mentionnés dans le rapport sont en cours. »

Le législateur impose que le terme de « prescription » soit abandonné au profit du terme de « décision » d'isolement et de contention afin d'insister sur la privation de liberté que représente de telles décisions et sur l'aspect dernier recours de la mesure. La prescription ne concerne que le suivi des mesures.

La persistance de l'utilisation du vocable prescription en place de celui de décision n'est pas anodin et témoigne de la place que tient l'isolement dans la prise en charge du patient.¹¹

9.2.2 Données quantitatives de l'isolement et de la contention

Les différents documents remis aux contrôleurs afin de procéder à l'analyse des données concernant la pratique de l'isolement et de la contention montrent de nombreux manques et incohérences qui conduisent à des interrogations sur la réalité des pratiques d'isolement. Le tableau ci-dessous est établi avec les données extraites du rapport de l'isolement et de la contention pour l'année 2018.

Année 2018	Nombre de mesures	Nombre de patients distincts	Nombre moyen de mesure	Durée moyenne des mesures	Durée maximale	Pourcentage des patients
Isolement	80	49	1,6	6h58	24h	30 %
Contention	11	10	1,1	21h	21h	6 %

¹¹ Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier considère qu'« il s'agit là d'une interprétation arbitraire dont on peut s'interroger sur la neutralité. Que les rapporteurs émettent un avis sur la place que l'isolement tiendrait dans nos pratiques est une chose, mais que ce soit étayé par le constat de l'emploi d'un mot plutôt que d'un autre nous semble plus que discutable ».

Parmi les quarante-neuf patients ayant été en isolement en 2018, certains ont fait plusieurs séjours en CI. Et il ressort que près du tiers des patients hospitalisés dans cette unité vont en isolement.¹²

Les chiffres concernant *la durée moyenne de la mesure*, et *la durée maximale* sont source d'interrogations. En effet la lecture directe du fichier Excel™ comme celle de certains dossiers de patients fait état de durées beaucoup plus longues (plusieurs jours, voire plusieurs semaines). Il est donc impossible d'évaluer le temps réel d'isolement des patients à partir de ces données et donc de conduire une réflexion sur les pratiques d'isolement de ce service.

De plus, le croisement des données portées sur le registre avec celles extraites des dossiers patients interroge. En effet, le registre recense 80 mesures d'isolement pour l'ensemble de l'année 2019 alors que, comme indiqué précédemment (*Cf. supra* § 9.1.1), le dossier d'une seule patiente fait mention de 173 mesures sur un seul semestre... L'incohérence de ces chiffres laisse à penser que le registre n'est pas exhaustif et ne permet donc pas d'évaluer la réalité des pratiques en la matière, qui ne sont pas recensées comme elles devraient l'être au regard de la loi (notamment en comptabilisant également les mesures pratiquées en dehors des espaces dédiés).

Par ailleurs, la lecture du fichier Excel™ et de quelques dossiers fait ressortir une pratique fréquente de l'isolement dit « séquentiel ». Si cette pratique peut s'entendre durant une période brève pour « tester » la possibilité de lever une mesure d'isolement, un tel isolement partiel ne peut se comprendre dans la durée comme constaté dans certains dossiers. Le séquentiel ne doit être envisagé que durant un temps court, pour permettre une levée progressive de l'isolement ; ce n'est pas un blanc-seing pour pouvoir replacer quelqu'un en isolement à tout moment sans qu'un médecin ne reprenne une décision.

RECOMMANDATION 25

L'isolement est une privation de liberté dont la pratique est encadrée par la loi et fait l'objet d'un recueil précis tant dans sa durée que dans sa forme. L'hôpital doit se conformer aux textes en la matière.

Le rapport de 2018 fait état des difficultés de recueil, des questionnements autour des différents items mais reste purement descriptif, sans réflexion sur la prise en charge des quarante-neuf patients isolés sur les 160 patients admis en soins sans consentement et, comme le prévoient les textes, sur « *la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre* » (article L 3222-5-1 du CSP).

¹² Cela représente 30 % des patients hospitalisés dans cette unité fermée mais ce chiffre doit être rapporté au nombre d'hospitalisations psychiatriques dans l'établissement afin de pouvoir en faire une analyse plus juste et pertinente.

RECOMMANDATION 26

Le registre de l'isolement et de la contention doit permettre un recueil exhaustif de toutes les mesures d'isolement et de contention, et le rapport annuel doit permettre une réflexion sur ces pratiques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier précise que « *les écarts proviennent de la non-indentification d'une chambre d'isolement et des mesures itératives très fréquentes pour certains patients qui n'ont pas été entièrement recensées pour certains patients dans le rapport annuel.* »

10. CONCLUSION¹³

Cette nouvelle visite de l'établissement avait pour objet principal d'apprécier les suites données aux recommandations émises lors des contrôles de mai 2016 et janvier 2017.

Force est de constater que presque toutes ces recommandations sont restées lettre morte et que les atteintes aux libertés individuelles demeurent très importantes, voire se sont accentuées, dans les deux unités dites de soins intensifs (UPSI A et B).

La modernisation des locaux ne s'est pas accompagnée d'une évolution quant aux modalités de prise en charge des patients en soins sans consentement. Les atteintes aux libertés individuelles et les interdits sont nombreux dans la vie quotidienne, justifiés soit par des considérations sécuritaires, soit par une volonté affirmée de « *rappeler que l'hôpital n'est qu'un lieu de soins* ».

Si la contention demeure exceptionnelle, la pratique de l'isolement est, pour autant que l'on puisse en juger compte tenu du manque de fiabilité des instruments de recensement, importante, sous-évaluée et ne fait pas l'objet d'une réflexion.

La plupart des professionnels rencontrés, notamment ceux du corps médical, n'ont pas semblé être disposés à mettre en œuvre les recommandations du CGLPL, en en contestant soit la légitimité, soit la pertinence, recommandations pourtant largement partagées par la commission départementale des soins psychiatriques dont il convient de saluer l'action.

Convaincus du bien-fondé de leurs pratiques, ces médecins refusent d'entendre que d'autres prises en charge sont possibles, moins attentatoires aux libertés individuelles et aux droits fondamentaux des patients. Ils arguent de « *spécificités locales* » (un hôpital situé dans un environnement très urbanisé ; des patients aux « *pathologies complexes et en crise aiguë* »), de la « *brièveté des séjours* » et d'une « *plus grande efficacité sur le long terme* » – sans être en mesure de documenter cette affirmation – pour justifier les nombreuses restrictions aux libertés individuelles.

Pour les médecins, une prise en charge davantage respectueuse des droits fondamentaux et de la liberté d'aller et venir est « *totale et inenvisageable au regard de la sécurité des patients* » et serait, en tout état de cause, « *ingérable pour les soignants qui vont tous demander à partir* ».

Ceci est d'autant plus regrettable que l'hôpital bénéficie, comparativement à d'autres, de moyens importants, notamment sur le plan humain, permettant une offre abondante de soins, tant en intra qu'en extra hospitalier.

¹³ Dans sa réponse au rapport provisoire, le directeur du centre hospitalier considère cette conclusion comme « *surprenante et en contradiction avec un rapport qui lui est méthodique, structuré et qui formule des recommandations que nous sommes tout à fait enclins à suivre. La conclusion cite en effet des propos qui auraient été tenus et qui traduiraient, pour les rapporteurs, un état d'esprit global. Cette méthode est discutable, par essence arbitraire et le texte pourrait être utilement remplacé par une synthèse générale des principales recommandations (...).* »

11. ANNEXE : SIGLES UTILISES

AP-HP : assistance publique - hôpitaux de Paris
ARS : agence régionale de santé
AS : aide-soignant
ASH : agent de services hospitaliers
CAPS : centre d'accueil permanent et de soins
CDSP : commission départementale des soins psychiatriques
CDU : commission des usagers
CGLPL : contrôleur général des lieux de privation de liberté
CI : chambre d'isolement
CMP : centre médico-psychologique
COMEDIMS : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles
CPOA : centre psychiatrique d'orientation et d'accueil
CREX : comité de retour d'expérience
CRRPSA : centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé
CRUQPC : commission régionale avec les usagers et de la qualité de la prise en charge
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSP : code de la santé publique
DAF : dotation annuelle de fonctionnement
DMU : département médico-universitaire
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EI : événement indésirable
EPRD : état prévisionnel des recettes et de des dépenses
EPP : évaluation des pratiques professionnelles
ETP(R) : équivalent temps plein (rémunéré)
FEI : fiche d'événement indésirable
GHU : groupe hospitalo-universitaire
HAS : haute autorité de santé
HDJ : hôpital de jour
HEGP : hôpital européen Georges Pompidou
HUPO : hôpitaux universitaires Paris-Ouest
IDE : infirmier diplômé d'Etat
JLD : juge des libertés et de la détention
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
PDS : programme de soins
PMR : personne à mobilité réduite
RI : règlement intérieur
RMM : revue de mortalité et de morbidité

SAU : service d'accueil d'urgence

SDDE : soins sur décision du directeur d'établissement

SDRE : soins sur décision du représentant de l'Etat

SDT : soins à la demande d'un tiers

SDTU : soins à la demande d'un tiers en urgence

SPI : soins en péril imminent

SSC : soins sans consentement

SVH : surveillance visuelle horaire

T2A : tarification à l'activité

TJ : tribunal judiciaire

UDAF : union départementale des associations familiales

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

USE : unité de soins externes

UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

UPSI : unité de psychiatrie de soins intensifs

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