



---

## Rapport de visite :

16 au 23 novembre 2020 – 2<sup>ème</sup> visite

Groupe hospitalier

universitaire Paris Psychiatrie

et Neurosciences – site de

Sainte-Anne

*(Paris)*



## SYNTHESE

Cinq contrôleurs ont effectué une visite du site de Sainte-Anne du groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences (GHU), situé 1 rue Cabanis dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, du 16 au 23 novembre 2020.

Un confinement national était en vigueur en raison de la pandémie de Covid-19. La présence et la circulation dans les unités ont été réduites par les contrôleurs.

Il s'agissait de la seconde visite, la première ayant eu lieu en septembre 2015.

Le projet d'établissement était en cours d'élaboration pour la période 2021-2025, à l'échelle du GHU qui est né le 1<sup>er</sup> janvier 2019 de la fusion de l'établissement public de santé Maison Blanche, du groupe public de santé Perray-Vaucluse et du centre hospitalier Sainte-Anne.

Le site de Sainte-Anne correspond à sept secteurs parisiens de psychiatrie pour adultes, répartis dans quatre pôles offrant de l'hospitalisation sectorisée (pôles 5-6-7, 14 à vocation hospitalo-universitaire, 15, 16), et à deux pôles transversaux (clinique des maladies mentales et de l'encéphale - CMME ; centre psychiatrique d'orientation et d'accueil - CPOA).

Le contrôle a porté sur les unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes qui accueillent des patients en soins sans consentement, ainsi que sur le CPOA et l'unité Covid située à la CMME.

L'offre de prise en charge intra et extra hospitalière varie notablement d'un secteur à l'autre, non seulement en raison de disparités dans la population concernée mais aussi en termes d'existence ou non un dispositif d'accueil de crise, du caractère ouvert ou fermé des unités d'hospitalisation, des dénominations des dispositifs, *etc.* Le taux d'occupation des lits est hétérogène, allant de 34 % à 111 % selon les secteurs et les unités visitées. Les bonnes pratiques identifiées dans le rapport sont symptomatiques de cet état des lieux varié : elles s'appuient parfois sur un constat réalisé dans une unité seulement.

Le personnel, tant médical que non médical, est stable. Le rapport relève avec intérêt l'intégration des agents de services hospitaliers qualifiés aux équipes soignantes, le souci de faire le lien entre les équipes de jour et les équipes de nuit dans certaines unités, la présence soignante renforcée auprès des patients dans l'unité Covid afin de lutter contre leur isolement.

Le rapport identifie aussi des marges de progrès dans la prise en compte des droits des patients. Le comité d'éthique, réformé à l'aune de la fusion de plusieurs établissements, nécessite une attention particulière en vue d'une réelle irrigation de ses conclusions dans les pratiques professionnelles.

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) communique un rapport annuel qui ne contient ni observation des données recueillies ni conclusion sur les constatations qu'elle a opérées et ne distingue pas les sites visités dans le département de Paris.

L'information des patients est insuffisante du fait de l'absence de diffusion des informations contenues dans le livret d'accueil, lesquelles sont lacunaires s'agissant particulièrement de la commission des usagers (CDU) et de l'accès aux représentants des cultes. Les règles de vie ne sont pas affichées dans les unités, sauf exceptions. La copie de la convocation devant le juge des libertés et de la détention n'est pas systématiquement remise à l'intéressé. L'ensemble n'est pas accessible aux patients allophones, qui sont en permanence nombreux, l'établissement accueillant une proportion importante de patients sans domicile identifié en région parisienne parmi lesquels des étrangers, même si le recours aisé à une prestation d'interprétariat a été notée positivement. Le CGLPL a par ailleurs relevé avec intérêt l'affichage, dans une unité, de la

liste des droits des patients en soins sans consentement énumérés à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

Certains outils de la prise en charge, comme la personne de confiance ou la confidentialité de la présence, sont insuffisamment investis.

Les patients en soins sans consentement gagneraient à être reçus par le collège des professionnels de santé lorsque ce dernier doit se réunir en vue d'étudier leur situation. Par ailleurs, il n'est pas admissible que les patients pris en charge dans l'unité Covid ne soient pas présentés au JLD, même par visioconférence.

Si la recherche d'un tiers pour éviter le soin psychiatrique accompagné de la procédure de péril imminent (SPPI) est développée au CPOA, le CGLPL regrette que l'identité du tiers ne soit jamais portée à la connaissance des patients par le biais de la décision initiale de placement en soins psychiatriques du directeur.

Le registre de la loi a été dématérialisé et présente un format et un contenu adapté, sauf à signaler qu'il n'est pas renseigné dans les vingt-quatre heures des décisions et qu'il ne mentionne pas les dates d'information des patients s'agissant des décisions du représentant de l'Etat ou du directeur de l'établissement et s'agissant de leurs droits.

Au regard des conditions matérielles d'hospitalisation, l'absence de placard individuel sécurisé dans les chambres d'hospitalisation ainsi que le fait que le vestiaire permettant de bénéficier de dons de vêtements est en train de péricliter sont critiqués.

Par ailleurs, il a été constaté le recours systématique à la mise en pyjama, sans chaussures parfois, pour les patients de certaines unités. Si le CGLPL porte aussi la discussion sur les patients placés en chambre d'isolement, il la porte avec force s'agissant des patients circulant librement dans les unités.

Enfin, concernant l'isolement et la contention sont soulevés les problèmes de l'intégration de certaines chambres dans la capacité en lits d'hospitalisation normale de l'établissement et des manques dans leur équipement (accessibilité d'un dispositif d'appel et d'un interrupteur pour la lumière, siège, horloge) ou encore l'existence de fenestrons ouverts directement sur le couloir. De manière plus générale, l'établissement n'a pas inscrit dans ses documents institutionnels de présentation et de pilotage l'objectif de l'isolement ou de la contention comme ultime recours et les équipes ne se saisissent pas de la possibilité d'analyser le registre pour évaluer leurs pratiques et les faire évoluer.

Ces éléments sont assez semblables à ceux qui avaient été identifiés lors de la visite de 2015.

Sauf exceptions notées dans le rapport, l'établissement se saisit dorénavant des sujets repérés.

## 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** ..... 17  
Le remplacement des soignants de l'équipe de nuit par des soignants de l'équipe de jour lorsque les premiers sont en congés permet de maintenir le lien entre les professionnels d'une même unité, au profit de la prise en charge des patients.
- BONNE PRATIQUE 2** ..... 18  
Les agents des services hospitaliers qualifiés assistent aux transmissions.
- BONNE PRATIQUE 3** ..... 27  
Les droits du patient en soins sans consentement énoncé à l'article L.3211-3 du code de la santé publique font l'objet d'un affichage dans une unité, en complément de leur transmission individuelle lors de la notification des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement.
- BONNE PRATIQUE 4** ..... 27  
Il est aisément possible aux équipes médicales et soignantes de recourir à une prestation d'interprétariat.
- BONNE PRATIQUE 5** ..... 29  
L'établissement se saisit de la question des violences au moyen de l'observatoire local de la violence, constitué de représentants de tous corps de métiers et de plusieurs services et qui agit auprès du personnel par de l'information, de la formation, une intervention dans l'élaboration des procédures.
- BONNE PRATIQUE 6** ..... 36  
La dématérialisation du registre de la loi s'accompagne de l'apport de fonctionnalités *a minima* identiques à celle d'un registre papier renseigné précisément, dans le souci d'assurer le bon suivi des mesures de soins sans consentement.
- BONNE PRATIQUE 7** ..... 52  
Le CPOA se donne le temps et les moyens de rechercher les proches d'un patient afin d'éviter une mesure de SPPI.
- BONNE PRATIQUE 8** ..... 75  
L'organisation et la formalisation de nombreux passages infirmiers dans chaque chambre de patient atteint par la Covid-19 permet d'assurer une surveillance forte et de diminuer le sentiment d'enfermement.

### 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** ..... 26  
Le patient doit être informé de l'identité du tiers qui a sollicité une décision d'hospitalisation en soins sans consentement auprès du directeur de l'établissement à travers la décision écrite d'admission prise par ce dernier.

<b>RECOMMANDATION 2</b> .....	<b>33</b>
Conformément à l’art. R.3223-11 du code de la santé publique, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doit produire un rapport d’activité contenant des observations sur les données recueillies et des conclusions sur les constatations qu’elle a opérées.	
<b>RECOMMANDATION 3</b> .....	<b>36</b>
Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal de 24 heures. Les dates de l’information du patient sur l’arrêté du préfet ou la décision du directeur ainsi que celles de la notification de ses droits doivent figurer au registre de la loi.	
<b>RECOMMANDATION 4</b> .....	<b>38</b>
Le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient concerné en formation collégiale.	
<b>RECOMMANDATION 5</b> .....	<b>40</b>
Le juge des libertés et de la détention doit se faire présenter les patients de l’unité Covid, le cas échéant en recourant à un dispositif de visioconférence, leur état de santé n’étant pas par principe incompatible avec l’audience judiciaire.	
<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>41</b>
La porte de la salle d’audience doit rester systématiquement ouverte pour toutes les audiences.	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>46</b>
Le port du pyjama doit être une exception dûment justifiée par une consigne médicale individualisée et temporaire. Le patient doit pouvoir porter des sous-vêtements et des chaussures protégeant correctement ses pieds en toutes circonstances.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>64</b>
Les chambres d’isolement doivent toutes disposer d’un dispositif d’appel y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d’allumer ou éteindre sa lumière, d’un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l’heure et de la date. L’intimité et la dignité du patient placé en isolement ou contention interdisent les fenestrons ouverts sur les couloirs.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>65</b>
L’établissement doit inscrire dans son projet d’établissement comme médical l’objectif d’un recours limité aux mesures d’isolement et de contention, et décrire les moyens à mettre en œuvre pour cela.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>66</b>
Les chambres d’isolement sont des outils de sécurité destinés à permettre la gestion d’un moment de crise. Elles ne peuvent remplacer une chambre d’hospitalisation et apparaître comme des chambres dans les logiciels ou outils de gestion des lits.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>66</b>
Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d’isolement. Il doit être décidé au cas par cas, en fonction de la clinique et du bénéfice attendu, et motivé dans le dossier du patient.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>71</b>
Les mesures d’isolement et de contention du CPOA doivent intégrer le registre éponyme de l’établissement, à l’instar de celles pratiquées par les autres unités.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>72</b>
L’analyse d’un registre opérationnel de l’isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n’a pu être obtenu par d’autres moyens. Par ailleurs, l’objectif de mise à jeun d’un patient en vue de le soumettre à un	

traitement d'électroconvulsivothérapie (ECT) ne peut jamais constituer une indication de placement à l'isolement ou sous contention.

## 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 ..... 31**

L'information des patients sur la possibilité d'accéder à un culte de leur choix doit être améliorée de manière durable et concrète.

### **RECO PRISE EN COMPTE 2 ..... 48**

Il conviendrait de déployer le wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès internet gratuit aux patients.

### **RECO PRISE EN COMPTE 3 ..... 75**

Les possibilités d'accéder à l'air libre, d'avoir des occupations variées, d'entretenir des liens familiaux doivent être organisées au sein de l'unité Covid, dans des conditions similaires à ce qu'elles sont dans la population générale soumise à une période d'isolement sanitaire.

## PROPOSITIONS

*Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.*

### **PROPOSITION 1 ..... 19**

Il pourrait être utile d'institutionnaliser et faciliter la possibilité pour les équipes de recourir à de la supervision par un professionnel extérieur.

### **PROPOSITION 2 ..... 23**

Le comité d'éthique doit diffuser plus efficacement l'information sur la manière dont il peut être saisi et le résultat de ses travaux pour qu'il puisse irriguer les pratiques professionnelles.

### **PROPOSITION 3 ..... 24**

Les informations contenues dans le livret d'accueil doivent être portées à la connaissance des patients, soit par la distribution de sa version imprimée, soit par d'autres moyens, en veillant aussi à ce que les patients allophones accèdent à son contenu.

### **PROPOSITION 4 ..... 25**

Des règles de vie doivent être élaborées dans les unités et portées à la connaissance des patients de manière visible et efficace, y compris à l'attention des patients allophones.

### **PROPOSITION 5 ..... 30**

Il faut mieux faire connaître aux soignants la notion de personne de confiance, harmoniser les procédures de désignation de celle-ci, s'assurer que son accord est systématiquement demandé et obtenu et surtout, pour que cette désignation soit efficace et que les patients bénéficient réellement de son assistance, mobiliser les soignants pour la mise en œuvre de ces procédures.

- PROPOSITION 6** ..... 32  
La procédure permettant de garantir la confidentialité de la présence des patients dans l'hôpital doit être précisée. La possibilité de recourir à la procédure d'anonymisation doit faire l'objet d'une information plus large.
- PROPOSITION 7** ..... 34  
La composition et les coordonnées des membres de la CDU, en particulier les représentants des usagers, doivent être insérés dans le livret d'accueil.
- PROPOSITION 8** ..... 39  
La copie de la convocation devant le JLD doit être remise au patient.
- PROPOSITION 9** ..... 45  
Chaque patient doit pouvoir disposer d'un placard sécurisé avec un système de fermeture individuel fourni par l'établissement.
- PROPOSITION 10**..... 45  
L'hôpital doit rapidement réorganiser institutionnellement le vestiaire et faire en sorte que toutes ses fonctions, des dons de vêtements à leur distribution régulière, soient assurées de façon pérenne.
- PROPOSITION 11**..... 50  
Les salles d'eau attenantes aux chambres, permettant l'utilisation d'un WC et d'un point d'eau, doivent être laissées en permanence libres d'accès aux patients qui y sont accueillis. La limitation de cet accès ne peut être envisagée que pour des raisons médicales identifiées.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>SOMMAIRE</b> .....	<b>8</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>10</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>10</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>12</b>
2.1 Le site de Sainte-Anne, devenu un des maillons d'un établissement « leader dans le traitement des pathologies psychiatriques » à Paris, a une organisation interne qui n'est ni unifiée ni lisible .....	12
2.2 Quelques documents financiers permettent d'apprécier positivement l'évolution du budget du GHU au profit du bien-être des patients .....	14
2.3 Les ressources humaines sont stables sauf exception mais la politique active de recrutement et de formation a été suspendue par la crise sanitaire .....	14
2.4 L'activité d'hospitalisation, à flux tendu dans certains pôles, concerne une part importante de patients hors secteur .....	19
2.5 Le comité d'éthique n'irrigue pas la pratique des professionnels .....	23
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>24</b>
3.1 L'information des patients en soins sans consentement, orale et écrite, est incomplète .....	24
3.2 L'établissement s'est saisi du sujet des violences .....	27
3.3 La personne de confiance, peu désignée, est rarement prévenue .....	30
3.4 Les possibilités d'accès des patients à un culte de leur choix ne sont pas portées à leur connaissance .....	31
3.5 Un service de l'hôpital prend en charge la protection juridique des majeurs sous tutelle ou sous curatelle .....	32
3.6 La confidentialité de l'hospitalisation n'est pas parfaitement assurée .....	32
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>33</b>
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques fonctionne <i>a minima</i> et la représentation des usagers dans la vie de l'établissement souffre de ne pas être suffisamment identifiable par les patients et leurs familles .....	33
4.2 La dématérialisation récente du registre de la loi n'a pas encore permis de le renseigner dans le délai légal .....	35
4.3 Les programmes de soins sont largement utilisés, les dispositifs d'aval sont étoffés et articulés avec les soins mais ne répondent pas à tous les besoins .....	36
4.4 Le recours au juge des libertés et de la détention est effectif mais le nombre de patients non comparants est élevé .....	38
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>43</b>

5.1	La liberté d’aller et venir est restreinte de façon disparate en cette période de pandémie .....	43
5.2	La possibilité de verrouiller les placards et coffres individuels des patients n’est ni uniforme ni toujours adaptée et la possibilité d’entretenir son linge personnel dépend trop souvent de la famille .....	44
5.3	Le port du pyjama, systématique dans certaines unités, va jusqu’à impliquer l’interdiction de conserver sous-vêtements et chaussures.....	45
5.4	Les communications avec l’extérieur, qui s’effectuent dans des conditions variables selon les unités, ont été légèrement restreintes du fait de la Covid-19 .....	46
<b>6.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>49</b>
6.1	La prise en charge en urgence est organisée en plusieurs filières .....	49
6.2	Les modalités d’accès aux soins psychiatriques respectent les droits des patients .....	54
6.3	L’accès aux soins somatiques est totalement assuré .....	56
<b>7.</b>	<b>L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>59</b>
7.1	Les chambres d’isolement sont confondues avec des chambres d’hospitalisation .....	59
7.2	Les pratiques d’isolement et contention ne sont ni analysées ni interrogées à l’échelle des services comme de l’institution.....	64
7.3	Le registre est exhaustivement renseigné mais non exploité .....	67
<b>8.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>74</b>
8.1	L’unité Covid s’organise entre limitation des restrictions de liberté et locaux inadaptés .....	74
8.2	La prise en charge des mineurs .....	76
8.3	La prise en charge des personnes détenues.....	76
<b>9.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>77</b>
9.1	Appréciation générale sur le suivi des observations antérieures.....	77
9.2	Points saillants des constats .....	78
9.3	Ambiance générale .....	79

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Fabienne Viton, cheffe de mission ;
- Annie Cadenel, contrôleure ;
- Luc Chouchkaïeff, contrôleur ;
- Bruno Rémond, contrôleur ;
- Cédric de Torcy, contrôleur.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du site de Sainte-Anne du groupe hospitalier universitaire Paris Psychiatrie et Neurosciences (GHU), situé 1 rue Cabanis dans le 14<sup>ème</sup> arrondissement de Paris, du 16 au 23 novembre 2020.

Il s'agissait de la seconde visite, la première ayant eu lieu en septembre 2015.

Le contrôle a porté sur les unités d'hospitalisation à temps complet pour adultes qui accueillent des patients en soins sans consentement.

Au moment du contrôle et depuis le 30 octobre 2020, un confinement était en vigueur en raison de la pandémie de Covid-19. La présence et la circulation dans lesdites unités ont été réduites par les contrôleurs et les constats n'ont pas pu porter sur l'ensemble des éléments habituels.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 16 novembre à 9h30. Ils l'ont quitté le 23 novembre à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction générale du GHU.

La réunion de présentation de la mission s'est déroulée par visioconférence, en présence du directeur général et son adjoint, de la directrice des affaires juridiques, des relations avec les usagers et du mécénat, de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), du vice-président de la CME chargé des conditions de prise en charge et du chef du pôle du centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) – du service médico-psychologique régional (SMPR) – et de Vigilans Paris<sup>1</sup>

Une salle de travail et un équipement en informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs avaient été diffusées dans les unités. Le GHU les a dotés de moyens de protection sanitaire individuelle (masques et surblouses jetables, gel hydroalcoolique, lingettes désinfectantes) et des consignes leur ont été communiquées.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des

---

<sup>1</sup> Dispositif de veille post-hospitalière pour les suicidants.

libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec le magistrat chargé de la coordination des JLD.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et certaines se sont entretenues avec eux.

Une réunion de restitution a eu lieu en visioconférence le 25 novembre à 15h30, avec une assemblée élargie au sein de la direction et de la communauté médicale.

Un rapport provisoire a été adressé le 12 janvier 2021 au président du tribunal judiciaire de Paris et au procureur de la République près le même tribunal, au préfet de police de Paris, à l'agence régional de santé (ARS) d'Ile-de-France et au directeur général du GHU. Ce dernier a transmis des observations par courrier du 22 février 2021. Elles ont été intégrées au présent rapport définitif.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LE SITE DE SAINTE-ANNE, DEvenu UN DES MAILLONS D'UN ETABLISSEMENT « LEADER DANS LE TRAITEMENT DES PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES »<sup>2</sup> A PARIS, A UNE ORGANISATION INTERNE QUI N'EST NI UNIFIEE NI LISIBLE

Si en 2015 Sainte-Anne était un centre hospitalier autonome couvrant sept secteurs de psychiatrie pour adultes<sup>3</sup>, il est depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019 un des sites du GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences qui couvre vingt des vingt-quatre secteurs de psychiatrie de Paris<sup>4</sup> après réunion de l'établissement public de santé Maison Blanche, du groupe public de santé Perray-Vaucluse et du centre hospitalier Sainte-Anne. Ces secteurs organisent la prise en charge de la population résidant dans les 5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup>, 7<sup>ème</sup>, 8<sup>ème</sup>, 9<sup>ème</sup>, 10<sup>ème</sup>, 14<sup>ème</sup>, 15<sup>ème</sup>, 16<sup>ème</sup>, 17<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements de Paris.

Le projet d'établissement, en cours d'élaboration pour la période 2021-2025, est établi à l'échelle du GHU.

L'offre d'hospitalisation en psychiatrie du site de Sainte-Anne, qui couvre huit secteurs pour adultes, est répartie dans six pôles. Quatre portent le numéro des arrondissements concernés (pôle 5-6-7, pôle 14, pôle 15 auquel est en sus associé une dimension universitaire, pôle 16) et deux autres le nom des dispositifs transversaux qu'ils regroupent : clinique des maladies mentales et de l'encéphale (CMME) ; centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) et service médico-psychologique régional (SMPR). Les quatre pôles d'arrondissements regroupent un à trois secteurs.

Chaque secteur correspond à l'origine à un bassin homogène de population. Certains arrondissements sont regroupés dans un unique secteur (5<sup>ème</sup>, 6<sup>ème</sup> et 7<sup>ème</sup> arrondissements par exemple) et d'autres sont subdivisés en plusieurs secteurs (par exemple, deux secteurs pour le 16<sup>ème</sup> arrondissement et trois pour le 15<sup>ème</sup> arrondissement). Mais le 14<sup>ème</sup> arrondissement, pourtant peuplé de près de 140 000 habitants en 2017, correspond à un seul secteur.

Chaque secteur organise son offre de prise en charge intra et extra hospitalière avec des variations notables.

La capacité d'hospitalisation à temps plein varie d'un secteur à l'autre, tant en nombre qu'en nature et fonctionnement interne des unités. Le secteur 75G03 est par exemple le seul à offrir une hospitalisation d'urgence et de courte durée dans un centre d'accueil de crise (CAC, cf. § 6.1.3). La plupart des secteurs disposent d'une double offre d'unité ouverte et d'unité fermée. A l'inverse, le secteur 75G04 ne fonctionne qu'avec une unité fermée et le secteur 75G03 qu'avec une unité ouverte ; ces deux secteurs ne sont réunis dans le pôle 5-6-7 que depuis février 2020

---

<sup>2</sup> Source : site internet du GHU et plaquettes de présentation.

<sup>3</sup> La visite n'ayant pas porté sur la prise en charge infanto-juvénile, aucune précision n'est faite quant aux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

<sup>4</sup> Trois autres secteurs de Paris (couvrant les 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 11<sup>ème</sup> et 12<sup>ème</sup> arrondissements) sont dévolus aux Hôpitaux de Saint-Maurice (qui a fait l'objet d'une visite du CGLPL en mai 2011, [rapport accessible sur le site internet du CGLPL](#)). Le secteur correspondant au 13<sup>ème</sup> arrondissement relève de l'Association de santé mentale du 13<sup>ème</sup> (ASM13, visite du CGLPL en juin 2018, [rapport accessible sur le site internet du CGLPL](#)).

et l'offre de lits d'hospitalisation n'était pas mutualisée sous une identité de pôle à la date de la visite, la notion de secteur restant prédominante<sup>5</sup>.

La notion de secteur induit les appellations des unités, mais c'est aussi le cas de leur localisation dans les bâtiments de Sainte-Anne ou d'un aspect de leur fonctionnement. Cela rend l'orientation physique de l'utilisateur ou du visiteur difficile, abstraction faite des travaux en cours sur le site lors de la visite. Ainsi, dans les documents mis à disposition, les unités sont présentées diversement : « secteur 3 Lévy-Valensi » nommée par ailleurs « secteur 3 Intra » ; « secteur 14 protégée » ou « unité protégée », l'adjectif « protégée » signifiant « fermée » ; « secteur 15 bâtiment Magnan ouvert » et « secteur 15 bâtiment Magnan unité de soins intensifs (USI) », USI signifiant « fermée » ; « secteur 16 bâtiment K » nommée par ailleurs « pavillon K » sans autre distinction que bâtimentaire avec le « pavillon J » alors que le premier est ouvert et le second fermé. La seule dénomination stable est au final le numéro d'unité fonctionnelle (UF).

Le site de Sainte-Anne a été présenté aux contrôleurs comme permettant une organisation spécifique à chaque pôle, sur une base sectorielle, sans autre régulation centralisée (notamment en matière d'admissions ou de régulation de l'occupation des lits). Si la variété des prises en charge constitue un atout en matière de soins, elle interroge dans un postulat de sectorisation.

Les contrôleurs se sont rendus dans les unités suivantes :

Pôle	Service ou secteur	Dénomination de l'unité (S.= secteur)	Numéro d'unité fonctionnelle (UF)	Nombre de lits (hospitalisation)	Nombre chambres d'isolement	Nombre chambres sécurisées
5-6-7	75G03	CAC	5 556	6	-	-
		S.3 HC Lévy-Valensi	5550	26	-	-
	75G04	Pavillon E	3 300	18	-	-
14	75013	Ferrus Rdc	2 022	15	-	-
		Ferrus 1 <sup>er</sup> étage	2 021	16	-	-
		Joffroy 1 <sup>er</sup> étage	1 013	13	-	-
15 (service hospitalo-universitaire - SHU)	75G14	S.14 unité protégée	2 052	18	2	-
		S.14 unité de secteur	2 053	20	-	-
	75G15	Magnan ouvert	1 927	15	-	-
		Magnan USI	1 929	11	-	1
	75G16	Pavillon J	1 930	13	1	1
		Pavillon K	2 030	20	-	-

<sup>5</sup> Il a été indiqué que la réunion au sein du pôle a pour seul effet de faire accéder « à quatre lits de plus ».

16	75G17-18	Benjamin Ball Rdc	5 109	26	-	-
		Benjamin Ball 1 <sup>er</sup> ét.	5 111	21	-	3
CPOA		CPOA	1 928	4	-	-
CMME		Unité Covid	5 701	16	-	-
Total				258	3	5

## 2.2 QUELQUES DOCUMENTS FINANCIERS PERMETTENT D'APPRECIER POSITIVEMENT L'EVOLUTION DU BUDGET DU GHU AU PROFIT DU BIEN-ETRE DES PATIENTS

Du fait de la création du GHU, les documents budgétaires et comptables agrègent, depuis 2019, les données relatives aux différents sites, ce qui ne permet pas de disposer d'une série pluriannuelle (2016-2020) prenant le relais de celle examinée en 2015 lors de la précédente visite du CGLPL et permettant d'évaluer l'évolution des recettes et des dépenses de fonctionnement comme d'investissement du site de Sainte-Anne *stricto sensu* afin d'apprécier les améliorations apportées à l'accueil et au séjour des patients.

À la demande des contrôleurs, quelques données financières ne prenant en compte que le site de Sainte-Anne ont pu être reconstituées. On ne constate pas de rupture dans l'évolution des recettes et des dépenses, de fonctionnement comme d'investissement, ce qui signifie à tout le moins une certaine stabilité dans l'évolution des moyens que l'hôpital met au service des patients, tout en dégagant un résultat annuel positif.

Il en est ainsi des charges de personnel, qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel non médical, ce qui, compte tenu du glissement vieillesse technicité (GVT), fait apparaître une stabilité d'ensemble des effectifs. Du côté des recettes, le constat est le même, qu'il s'agisse des deux dotations annuelles de financement (DAF) ou de la tarification à l'activité (T2A). Le montant des immobilisations est élevé (16 millions d'euros en 2017, 24 millions d'euros en 2018), mais n'a pu être financé que grâce à d'importantes recettes provenant de cessions immobilières (16 millions d'euros en 2018) ou foncières (14 millions d'euros en 2020). L'opération la plus lourde a été la rénovation complète du bâtiment de neurochirurgie (83 millions d'euros). Pour l'avenir, un emprunt de 75 millions d'euros a été contracté fin 2019, une première tranche de 15 millions d'euros ayant été appelée au cours de cette année.

## 2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT STABLES SAUF EXCEPTION MAIS LA POLITIQUE ACTIVE DE RECRUTEMENT ET DE FORMATION A ETE SUSPENDUE PAR LA CRISE SANITAIRE

### 2.3.1 Le personnel médical

En octobre 2020, selon les données transmises par l'établissement, 438,40 équivalents temps-plein (ETP) de personnel médical sont budgétés pour l'ensemble du GHU, sans poste vacant. En 2019, dans les pôles de psychiatrie du site Sainte-Anne, il s'est agi de 224,90 ETP moyens rémunérés (ETPMR), dont 149,84 en intra hospitalier et 75,06 en extra hospitalier.

Comme lors de la visite précédente, il a été indiqué que, globalement, aucun poste ne restait longtemps vacant et qu'aucune difficulté de recrutement n'était rencontrée pour remplacer les partants. Les départs résultent souvent de passages à la retraite, ou de fins de contrats. Une inquiétude se fait jour toutefois : les candidatures seraient moins nombreuses qu'il y a quelques années lors des recrutements.

Pour le CAC, le CPOA et l'unité Covid, on se réfèrera aux paragraphes consacrés à ces dispositifs (cf. § 6.1. pour le CPOA et le CAC ; § 8.1 pour l'unité Covid).

Les médecins interviennent à la fois en intra et en extra hospitalier, dans des proportions différentes selon les pôles, certains renforçant l'extra hospitalier, d'autres non. Des disparités dans la répartition des ressources médicales au sein des unités ont aussi été constatées, qui tiennent à des choix faits en fonction des projets de service. En rapport avec ces différences, il a été signalé aux contrôleurs une organisation « *très cloisonnée* » et l'existence de « *querelles de clochers* ».

Les statuts des médecins couvrent toute la palette des statuts hospitaliers et universitaires : praticien hospitalo-universitaire (PHU), praticien hospitalier (PH), praticien contractuel, assistant des hôpitaux, praticien attaché associé (deux dans les pavillons du secteur 16).

Par ailleurs, des postes d'internes sont répartis dans les pôles : trois dans le pôle 5-6-7, trois dans le pôle 14 pour la psychiatrie adulte, vingt-quatre dans le pôle 15 SHU, trois dans le pôle 16, trois dans le pôle CPOA-SMPR-VigilanS, neuf au pôle CMME, un au pôle somatique. Ces postes sont tous occupés. La présence d'internes était visible quotidiennement dans les unités visitées.

### 2.3.2 Le personnel non médical

En 2019, dans les pôles de psychiatrie du site de Sainte-Anne, il s'est agi de 1 219,27 ETPMR de personnel non médical, dont 776,97 en intra hospitalier et 442,30 en extra hospitalier, occupés par 1 302 personnes.

#### a) Le personnel soignant

Le personnel soignant est plutôt stable : il est constaté une ancienneté moyenne des infirmiers diplômés d'Etat (IDE) rattachés à Sainte-Anne de neuf ans, confirmée par les entretiens menés par les contrôleurs. Il n'y a pas non plus de problématique liée à un taux d'absentéisme important.

Pourtant, environ 150 postes de soignants, dont des cadres, sont vacants, malgré une politique active de recrutement qui s'illustre notamment par l'intervention sous forme de *job dating* de cadres des pôles de psychiatrie dans les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de Perray-Vaucluse et de Sainte-Anne, comme ce fut encore le cas le 14 février 2020. Elle ne suffit pas à combler la vacance des postes, liée à un secteur d'emploi en tension en Ile-de-France, malgré 150 nouvelles embauches annuelles de soignants à l'échelle du GHU. Depuis le début de la crise sanitaire, ces interventions ont de surcroît dû être arrêtées.

Le recours à l'intérim a augmenté ces dernières années, ainsi qu'en atteste le bilan social 2018 communiqué aux contrôleurs. Il a été rendu plus difficile par la crise sanitaire en 2020.

Concernant les cadres de santé, un cadre de proximité est positionné dans chacune des unités visitées, parfois à temps partiel, parfois infirmier faisant fonction de cadre (secteur 3 Lévy-Valensi ; pavillon J du secteur 16, compétent également dans le pavillon K le jour de la visite, CPOA), complétés par un double niveau de cadre supérieur de pôle et d'un cadre supérieur de secteur ou de secteurs. Seules les deux unités Magnan ouvert et Magnan USI du secteur 15 n'ont qu'un seul cadre de santé, en harmonie avec le projet de service qui incite les IDE et aides-soignants (AS) à passer d'une unité à l'autre régulièrement.

Selon les données communiquées aux contrôleurs, le personnel soignant est rattaché aux unités visitées dans des proportions variables, comprises entre 0,7 et 1,3 IDE et AS par lit. Le seul point commun réside dans les horaires de jour et de nuit, ainsi que dans le fait que le cadre d'unité est

associé au recrutement des soignants dans l'équipe. Pour le reste, les plannings quotidiens s'inspirent de plannings-types propres à chaque unité, actualisés récemment, la précédente mise à jour datant de 2018. Ils tiennent compte du nombre de lits, de l'architecture de l'unité (sur plusieurs niveaux par exemple), du projet de soins et du projet médical.

Si le quota de présence prévu par « *l'effectif de sécurité* »<sup>6</sup> n'est pas atteint, le cadre de santé peut solliciter des soignants issus du pool de remplacement de jour, du pool de remplacement de nuit, du dispositif Hublot<sup>7</sup>, de l'intérim. Le pôle 15 hospitalo-universitaire dispose d'un outil supplémentaire de renforcement des équipes : le *pool* d'accompagnement, qui permet d'inscrire au planning un soignant chargé de l'accompagnement de patients à l'extérieur de l'unité. D'autres unités ont inclus la tâche d'accompagnement des patients dans leur effectif cible, d'autres non.

Il a rarement été cité d'activités animées par les soignants au sein des unités parmi les tâches régulièrement accomplies. Une parole recueillie par les contrôleurs le résume : « *Un collègue aide-soignant faisait des ateliers quand il avait le temps. Mais on n'est pas formé et on n'a pas le temps* ». L'initiative de soignants du pavillon J de faire jouer au tennis deux patients sur le terrain du site de Sainte-Anne le 19 novembre après-midi est apparue rare. Si un soignant anime des activités, c'est qu'il a été spécialement affecté à cette tâche au sein du pôle, comme les unités Magnan du secteur 15 le pratiquent en matière d'activités sportives.

Lors de la visite, la description de l'équipe soignante présente quotidiennement a trop souvent correspondu à cet effectif de sécurité. « L'effectif cible » ou « effectif de fonctionnement », qui correspond à de meilleures modalités de travail auprès des patients et qui est également établi à l'issue d'une concertation annuelle, est rarement décrit, les équipes soignantes s'étant habituées aux minima. Pourtant, en plus des soignants prévus le matin ou l'après-midi, qui associent au moins un infirmier et un aide-soignant (et plus dans les unités de capacité plus importante), les contrôleurs ont souvent constaté qu'un soignant était aussi présent en journée.

Les unités du secteur 13 souffrent particulièrement d'une présence réduite à l'effectif de sécurité : selon les éléments recueillis, l'unité Joffroy Rez-de-chaussée (Rdc) a été fermée depuis l'été 2020 à cause du manque de personnel et le personnel de l'unité Ferrus Rdc a décrit sa situation comme toujours particulièrement préoccupante. Les départs se sont multipliés, y compris chez les cadres, remplacés par de jeunes professionnels dépassés par une charge de travail importante notamment en raison – a-t-il été dit aux contrôleurs – « *d'une file active importante, de l'intervention d'un centre médico-psychologique dans l'unité, de lits pour adolescents mal situés, d'un projet médical et soignant qui n'est plus adapté, etc.* ». Un prestataire a été chargé d'aider l'équipe à déterminer un nouveau projet médical et soignant et des postes de soignants restent ouverts au recrutement pour faciliter la sortie de ce qui a été qualifié de « *cercle vicieux* ».

Une situation semblable au pavillon J du secteur 16 a précédemment donné lieu à la fermeture de l'unité, puis à la recréation de l'unité dans un bâtiment temporaire en octobre 2019 pendant la réfection du pavillon, ainsi qu'à un nouveau projet de service puis à la réintégration dans le pavillon J en septembre 2020 avec une nouvelle équipe soignante, volontairement préservée

---

<sup>6</sup> Effectif de sécurité : nombre et qualité des agents devant être présents, sauf à mettre en péril la sécurité des soins.

<sup>7</sup> Le dispositif Hublot recense les soignants volontaires pour effectuer des remplacements rémunérés en heures supplémentaires.

pendant une phase de calage et de recrutement en limitant les admissions à treize patients (pour dix-sept lits).

La nuit, entre un et trois soignants sont présents dans chaque unité, dont *a minima* un IDE. Il s'agit d'équipes spécifiques à la nuit, sans action particulière autre que le temps des transmissions infirmières pour faire le lien entre l'activité de jour et l'activité de nuit, sauf au secteur 3 Lévy-Valensi où le remplacement de l'équipe de nuit en cas de congés est assuré par un soignant de jour.

### BONNE PRATIQUE 1

Le remplacement des soignants de l'équipe de nuit par des soignants de l'équipe de jour lorsque les premiers sont en congés permet de maintenir le lien entre les professionnels d'une même unité, au profit de la prise en charge des patients.

#### *b) Autres catégories de personnel*

A chaque unité sont dévolues des ressources en :

- personnel administratif et médico-administratif, dont le rôle est pivot en matière de soins sans consentement ;
- psychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, plus exceptionnellement art-thérapeute, qui en pratique sont rarement dans les unités d'hospitalisation à temps complet, le choix du pôle ou du secteur étant plus souvent de les affecter en extra hospitalier afin d'y renforcer la prise en charge pluridisciplinaire et de faire de l'hospitalisation un temps plus médicalisé. Pourtant, l'intervention de ces professionnels a aussi été citée au titre des moyens de désescalade pour aborder certains patients. Il a été précisé qu'il était difficile de recruter des ergothérapeutes, même si un venait d'être recruté au sein de l'unité Pavillon E (secteur 4) et que les activités d'un autre ont été évoquées dans l'unité protégée du secteur 14 ;
- assistants socio-éducatifs, comprenant des assistants de service social (ASS), dont l'importance est soulignée partout en raison des patients hors secteur, sans domicile fixe ou migrants. Cette catégorie de personnel est en général maintenue dans les unités d'hospitalisation à temps complet, particulièrement dans les unités ouvertes (à raison de 0,6 à 1,96 ETP occupés par un à trois assistants) ;
- agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), rattachés comme l'équipe soignante au cadre de l'unité depuis quelques années, intégrés à l'équipe au point d'assister à ses réunions et de pouvoir y exprimer leurs observations des patients ; les ASHQ sont affectés dans les unités à hauteur de 1 à 7,27 ETP représentant entre une et huit personnes, en notant que les unités les moins fournies sont les unités du secteur 13 et que les unités Magnan ouverte et USI mutualisent leur ressource ; leur planning couvre la journée du matin au soir.

## BONNE PRATIQUE 2

Les agents des services hospitaliers qualifiés assistent aux transmissions.

### 2.3.3 La formation

La politique de formation a été décrite aux contrôleurs comme « *très active* », le GHU y consacrant 3 % de la masse salariale soit environ trois millions d'euros, parmi lesquels un million est délégué aux pôles pour leur propre politique de formation. Outre un catalogue de formation institutionnel établi par le GHU, chaque pôle peut ainsi financer une offre particulière pour ses équipes. La valorisation des parcours professionnels s'illustre à la fois par des études promotionnelles (accompagnant la promotion interne) et par des demandes individuelles, ces dernières étant financées prioritairement par le budget du pôle ou alors par le GHU.

La formation est accessible à tous les agents. Certaines formations, comme celle relative à la gestion de l'agressivité, sont ouvertes aux IDE et aux AS indifféremment.

Les contrôleurs ont rencontré des cadres de santé ayant bénéficié de dispositifs d'études promotionnelles ou devant en bénéficier rapidement. Cela est à relier au constat de l'ancienneté moyenne de douze ans du personnel de Sainte-Anne, tous corps confondus. A titre d'exemples, un IDE a acquis la qualification d'art-thérapeute et œuvre à ce titre dans l'unité S3 Lévy-Valensi, un autre a obtenu un master en éducation thérapeutique du patient (ETP) et coordonne un programme d'actions d'ETP sur le pôle 15 SHU. L'acquisition du diplôme d'infirmier de pratique avancée (IPA) est possible.

Il a également été cité, pour une dizaine de cadres de santé, un dispositif récent de « simulation managériale » afin de renforcer leurs compétences à animer une équipe.

En matière de droit des soins sans consentement, les plus jeunes soignants se réfèrent à leurs années en IFSI, les autres à de l'auto-formation.

Pour l'adaptation des élèves et des jeunes infirmiers à la psychiatrie, il a partout été fait état du « *gros étayage par les cadres* ». Un nouvel arrivant, bénéficiant de la désignation d'un référent-infirmier, s'inscrit dans un programme de formation incluant notamment l'entretien motivationnel. Par ailleurs, les réunions cliniques, qui ont lieu à échéance régulière dans les unités et sont animées par les médecins, sont l'occasion d'acquérir ou de compléter des compétences spécialisées. Elles ont aussi cette vocation de formation, comme le fait d'associer un soignant aux entretiens médicaux, selon les propos émanant tant de représentants du corps médical que des métiers du soin.

De manière plus générale, il a été constaté que la crise sanitaire a suspendu l'accès à la formation. Les soignants interrogés ne pouvaient citer que des formations suivies en 2019, au mieux au début de l'année 2020. Ils n'en attribuaient pas la cause à des difficultés liées aux plannings.

### 2.3.4 La supervision

Selon les informations données aux contrôleurs, seules les équipes du pôle CMME bénéficient d'une supervision, assurée par un psychologue d'un prestataire extérieur. Ailleurs, la notion est inconnue et les interlocuteurs renvoient à l'appui ou au débriefing par un psychiatre ou un psychologue de l'unité, ou alors à la possibilité de consulter le psychologue du personnel.

Le psychologue du personnel assure par ailleurs des interventions de débriefing et *defusing*<sup>8</sup> au titre de la prévention des risques psycho-sociaux lorsqu'une équipe a vécu un moment difficile.

Il convient de rappeler que la direction de l'établissement, à l'issue d'une analyse du contenu de dix réunions de retour d'expérience qui s'est achevée en septembre 2020, a notamment identifié comme causes profondes des actes de violence le défaut de cohésion dans l'équipe.

Afin d'éviter de recourir à un prestataire externe, le GHU envisagerait de se doter d'un *pool* de superviseurs internes. La taille du GHU permettrait effectivement de garantir la méthodologie propre à ce type d'intervenants.

### PROPOSITION 1

Il pourrait être utile d'institutionnaliser et faciliter la possibilité pour les équipes de recourir à de la supervision par un professionnel extérieur.

Dans ses observations du 22 février 2021 au rapport provisoire, la direction du GHU rapporte que cette recommandation a été mise à l'ordre du jour d'une CME sous forme de : « *organisation et institutionnalisation d'un dispositif de supervision auquel pourrait recourir les professionnels sur la base du volontariat* ».

## 2.4 L'ACTIVITE D'HOSPITALISATION, A FLUX TENDU DANS CERTAINS POLES, CONCERNE UNE PART IMPORTANTE DE PATIENTS HORS SECTEUR

Le GHU annonce une file active de 60 000 patients, parmi lesquels 95 % sont pris en charge en ambulatoire<sup>9</sup>.

Les pôles directement concernés par la visite<sup>10</sup> ont pris en charge une file active de 30 025 patients en 2018 dont 3 333 hospitalisés à temps plein soit 11,1 %, et de 29 831 patients en 2019 dont 3 166 hospitalisés à temps plein soit 10,6 %. En incluant les pôles CPOA et CMME, la file active de 2018 est de 40 033 patients dont 3 816 hospitalisés à temps plein soit 9,5 % et celle de 2019 de 39 769 patients dont 3 616 hospitalisés à temps plein soit 9,1 %.

Lors de la précédente visite du CGLPL, une file active de 33 620 patients avait été retenue pour l'année 2014 au CH Sainte-Anne.

Les admissions se font directement dans les unités quand le patient est adressé, ou par les services d'accueil d'urgence des hôpitaux parisiens, ou par le CPOA ou le CAC ou l'infirmierie psychiatrique de la préfecture de police (IPPP, cf. §.6.1).

### 2.4.1 L'occupation des lits

Le taux d'occupation de l'ensemble des lits du GHU est de 96 %. Si aucun lit supplémentaire n'est jamais installé, il a aussi été précisé aux contrôleurs que :

<sup>8</sup> Le *defusing* est une technique de prise en charge des personnes qui viennent de vivre un traumatisme psychique dans les premières heures de celui-ci (Source Wikipédia).

<sup>9</sup> Source : site internet du GHU.

<sup>10</sup> Pôles 5-6-7, 14, 15, 16.

- il arrive que le patient d'un secteur soit temporairement pris en charge dans un autre secteur (système dit de « subsistance ») ; dans ce cas, le médecin du secteur de référence se déplace dans l'unité temporaire auprès du patient ;
- le lit « miroir » ou chambre d'hospitalisation n'est jamais conservé pendant que le patient est soumis à une mesure d'isolement dans un espace dédié ;
- le lit n'est pas conservé pendant les autorisations de sortie couvrant plus d'une nuit ;
- il arrive qu'un patient en soins libres (SL) passe d'une unité ouverte à une unité fermée, avec son accord écrit, pour libérer un lit dans la première.

Lors de la visite, le taux d'occupation des unités était de :

- 34 % dans l'unité S.3 Lévy-Valensi, expliqué notamment par l'affectation de deux tiers des moyens médicaux dans les structures ambulatoires afin de prévenir les besoins d'hospitalisation ;
- supérieur à 90 % (correspondant à un seul lit disponible) dans la majorité des cas ;
- 100 % au pavillon K ;
- 109 % dans l'unité Magnan USI et 111 % dans l'unité S.14 protégée, les chambres d'isolement étant occupées ; les données transmises attestent d'une sur occupation chronique, masquée par les chambres d'isolement ou sécurisées utilisées comme des chambres d'hospitalisation (cf. § 7.1).

Toutes les unités sont confrontées à l'hospitalisation de personnes sans domicile fixe et cumulant des difficultés sociales, dites « domicile indéterminé région parisienne » (DIRP) ou « hors secteurs », après évaluation conduite au CPOA, à l'IPPP ou dans les services d'accueil d'urgence (SAU) des hôpitaux parisiens. Parmi elles, la part d'étrangers, s'agissant parfois de migrants, est importante : à titre d'exemple, le 19 novembre 2020, le pavillon J prenait en charge cinq DIRP sur un total de treize patients (un italien, un afghan, un français sans domicile fixe, etc.). Cela prolonge l'hospitalisation, malgré l'action reconnue des assistants socio-éducatifs dans les unités. La politique médicale du secteur 3 se démarque et explique aussi le taux d'occupation faible de l'unité : considérant que la mission de l'hôpital n'est pas de loger mais de soigner, il est mis fin au séjour dès lors que l'état de santé est stabilisé. A l'inverse, les autres unités (secteur 4, secteur 15, etc.) décrivent que jusqu'à la moitié des patients hospitalisés à temps plein sont des « DIRP » et maintiennent la prise en charge sanitaire à défaut de prise en charge sociale.

Les secteurs ayant le moins de lits sont désavantagés par rapport à ceux qui en ont plus (cf. § 2.1 sur les disparités entre secteurs) : le système de répartition des DIRP par tour et par secteur conduit à une proportion plus importante dans les « petits secteurs » c'est-à-dire ceux qui ont le moins de lits. La capacité d'hospitalisation par rapport à la population du secteur a rarement fait l'objet de débats avec les représentants des équipes rencontrés. En revanche, la plupart ont souligné la perturbation capacitaire créée par les patients « hors secteurs ». Une répartition plus équitable des patients « hors secteurs » entre les unités d'hospitalisation à temps plein pourrait être envisagée.

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement du GHU, un groupe dégage des pistes d'action pour améliorer la prise en charge de la précarité, y compris celle issue du phénomène migratoire. Le comité d'éthique s'est également saisi de la question (cf. *infra* § 2.5).

Les durées moyennes de séjour (DMS) et durées moyennes d'hospitalisation (DMH), extrêmement variables selon les secteurs et selon les unités (DMS de 8 jours dans l'unité Magnan ouverte à 20,6 jours à Joffroy 1<sup>er</sup> étage, DMH de 13 jours à Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage à 29,2 jours

au pavillon E), démontrent seulement des politiques médicales différentes dans la gestion de la période d'hospitalisation, en fonction également de la vocation de l'unité à accueillir des patients en crise ou non.

#### 2.4.2 Les patients en soins sans consentement

Lors de la précédente visite, les admissions en SSC représentaient 30 % des entrées de personnes hospitalisées à temps complet.

En 2019, une moyenne de 127 patients a été hospitalisée chaque mois sous un statut de soins sans consentement (SSC) sur le site de Sainte-Anne, de façon stable par rapport aux deux années précédentes (1 536 patients en 2017, 1 545 en 2018, 1 522 en 2019). Il faut remonter avant 2017 pour constater une moyenne mensuelle inférieure, à 114 patients.

En 2019, les admissions en SSC ont représenté 42 % des entrées de personnes hospitalisées à temps complet (40,5 % en 2018).

Le pôle 15 est celui qui en accueille le plus (592 patients en 2019), puis viennent le pôle 16 (323), le pôle 4 (322) et le pôle 5-6-7 (285), à mettre en relation avec les caractéristiques de la population de chacun des secteurs qui composent les pôles ainsi qu'avec le nombre de leurs unités et de leurs lits.

Lors de la visite, il a pu être établi la proportion de patients en SSC suivants<sup>11</sup> :

- 100 % dans trois unités (protégée du secteur 14, Magnan USI du secteur 15, pavillon J du secteur 16) ;
- 94 % dans une unité (Ferrus 1<sup>er</sup> étage du secteur 13) ;
- 67 à 88 % dans quatre unités (secteur 3 Lévy-Valensi, pavillon E du secteur 4, Ferrus Rdc et Joffroy 1<sup>er</sup> étage du secteur 13, Magnan ouvert du secteur 15) ;
- 32 à 45 % dans deux unités (unité de secteur du secteur 14, pavillon K du secteur 16).

*A contrario*, la présence de patients en soins libres doit être questionnée dès lors que ces unités sont fermées (cf. § 5.1).

Les statuts des patients en SSC à l'admission se répartissent ainsi entre 2015 et 2019 :

		2015	2016	2017	2018	2019
Soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) <sup>12</sup>		122	124	159	184	186
Soins sur décision du directeur d'établissement (SDDE)	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT)	252	293	363	272	405
	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU)	677	589	616	648	490
	Soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI)	300	362	398	441	441

<sup>11</sup> Cet état des lieux ne peut pas être transposé à l'ensemble des unités de psychiatrie : les contrôleurs n'ont visité que les unités susceptibles d'accueillir des patients en SSC.

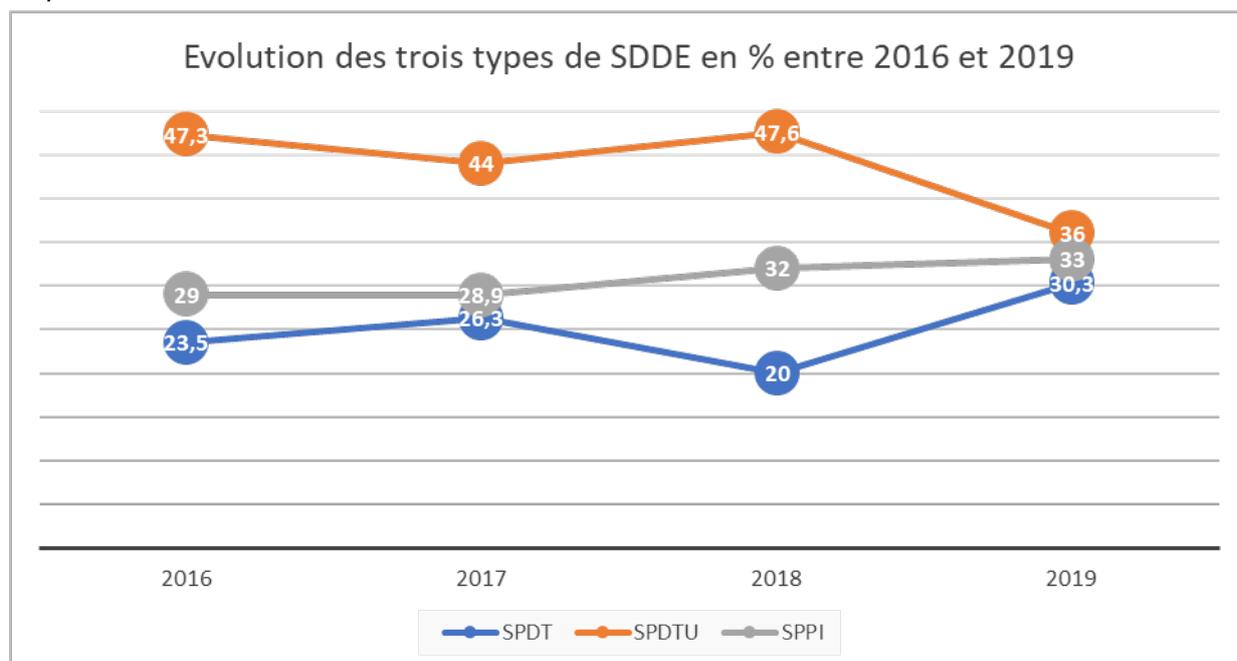
<sup>12</sup> En 2019, parmi ces 186 SDRE, 169 résultaient d'un arrêté d'un commissaire de police ou du préfet de police, 12 concernaient des personnes détenues, 5 des personnes reconnues irresponsables pénalement.

TOTAUX SDDE	1 229	1 244	1 377	1 361	1 336
TOTAUX SSC	1 351	1 368	1 536	1 545	1 522

Concernant les SDRE, leur nombre augmente au fil des ans, de même que leur part dans le nombre total de SSC : de 9 % en 2016 à 12,2 % en 2019. Dans son précédent rapport, le CGLPL constatait que la part des SDRE restait inférieure à 10 %. Il s'agit donc d'une évolution récente.

Le nombre de SSDE augmente aussi au fil des ans, mais leur part dans le nombre total de SSC diminue : de 91 % en 2016 à 87,8 % en 2019.

La part des trois statuts de SDDE a évolué de la manière suivante :



Parmi les SDDE, le recours à la procédure classique des soins psychiatriques sur demande d'un tiers (SPDT) a connu une hausse de dix points en 2019, ce qui manifeste un effort de mise en œuvre de la procédure la plus protectrice des droits du patient. Parallèlement, le recours à la procédure des soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence (SPDTU) a fortement diminué et celle des soins psychiatriques pour péril imminent (SPPI) a augmenté.

En 2019, sur dix patients hospitalisés en SDDE, une proportion presque égale l'a été en SPDT, SPDTU, SPPI. La procédure de SPPI, qui est la plus dérogatoire puisqu'elle n'implique qu'un avis médical et aucun tiers, occupe une place importante dans le processus d'admission en psychiatrie à Sainte-Anne. Elle est probablement à relier à l'action des services qui accueillent les patients en urgence (*cf. infra* § 6.1) mais aussi au public des DIRP (*cf. supra* § 2.4.1).

Deux arrêts de la Cour de cassation<sup>13</sup>, successivement rendus en 2019, concernent l'admission en SPPI et sont susceptibles de faire encore évoluer les pratiques : il a été jugé qu'un médecin du CPOA ne remplit pas la condition d'extériorité exigée par l'article L3212-1 2° du code de la santé publique pour établir le certificat médical initial. Dorénavant, le GHU fait intervenir un praticien de SOS psychiatrie, avec qui une convention a été nouée.

<sup>13</sup> Cour de cassation, première chambre civile, arrêt du 11 juillet 2019 et arrêt du 5 décembre 2019.

## 2.5 LE COMITE D'ETHIQUE N'IRRIGUE PAS LA PRATIQUE DES PROFESSIONNELS

La plate-forme éthique décrite dans le rapport de 2015 n'existe plus sous cette forme.

Un comité d'éthique, présidé par un médecin du site de Maison Blanche, a été installé en 2019 à la création du GHU. Son existence est inscrite dans le règlement intérieur de l'établissement. Une réunion d'avril 2019 a désigné un collège de treize membres issus du personnel du GHU puis une réunion de mai a adopté un règlement de fonctionnement et a envisagé deux thèmes de travail ; la composition d'un collège de personnalités extérieures a par la suite été validée.

Le premier thème de travail (attitudes à l'égard des personnes atteintes d'une maladie psychiatrique avérée et fragilités sociales : les cas des migrants, des précaires, des personnes âgées) a fait l'objet d'une synthèse écrite le 8 janvier 2020.

Il a ensuite régulièrement fait un point d'actualité de la pandémie de Covid-19 au GHU au cours de l'année 2020 et il est probable que les dates de réunions annoncées pour aborder le second thème de travail (la dignité du patient quand la communication est altérée) n'ont pas pu être respectées. Aucun autre document n'a été transmis aux contrôleurs.

Le comité d'éthique est encore largement inconnu des professionnels rencontrés par les contrôleurs. Même le professionnel le plus informé, soucieux d'éthique dans l'exercice quotidien de ses fonctions, sachant pouvoir en consulter les travaux dans l'intranet du GHU, ne savait pas comment le saisir.

Les réflexions sont donc portées localement – et diversement – dans les unités, par les médecins et les cadres de santé, en fonction de l'actualité de la vie dans le service. La réouverture du pavillon J a ainsi été l'occasion de s'interroger sur les règles de vie, sur les consignes médicales, sur « *le juste milieu à trouver entre le cadre et les besoins individuels* », sur « *l'adaptation nécessaire à l'angoisse du patient* » ; ces questions persistaient d'ailleurs lors du passage des contrôleurs dans l'unité, signe positif de la prééminence du souci éthique dans les pratiques mais signe aussi de réponses encore insuffisantes.

### PROPOSITION 2

Le comité d'éthique doit diffuser plus efficacement l'information sur la manière dont il peut être saisi et le résultat de ses travaux pour qu'il puisse irriguer les pratiques professionnelles.

Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire, la direction générale précise que l'activité du comité d'éthique « *a été fortement impactée par la crise sanitaire, dont celle de communiquer en interne sur ses travaux, sa composition... Ce point va être réglé, dans un premier temps, par la création d'une newsletter* », à l'échéance du premier semestre 2021.

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

#### 3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, ORALE ET ECRITE, EST INCOMPLETE

##### 3.1.1 Les documents généraux d'information

###### a) *Le livret d'accueil*

Le livret d'accueil, dans sa version de février 2020 intitulée « *Soins en psychiatrie, hospitalisation* », concerne l'ensemble du GHU. Pour cette raison, les informations données, si elles sont *a priori* complètes, n'ont pas un caractère directement opérationnel pour les patients de Sainte-Anne en particulier. Le document renvoie donc régulièrement à l'équipe soignante de l'unité d'hospitalisation pour obtenir un renseignement (exemple : l'accès aux aumôniers).

Il s'adresse à l'ensemble des patients de psychiatrie. Les modalités d'admission, libre ou sans consentement de la personne, sont présentées de façon synthétique sur une demi-page. Il est renvoyé à des plaquettes informatives plus précises sur les différents statuts de SSC (*cf. infra*). Quatre pages sont consacrées aux « *réclamations et recours* » avec mention des coordonnées des instances compétentes.

Il n'est pas traduit dans d'autres langues – alors que les patients allophones sont nombreux (*cf. supra* § 2.4) – mais une page titrée « *Interprétariat* » invite en français, anglais, allemand, espagnol, portugais, arabe les patients à solliciter l'aide du personnel pour bénéficier de l'apport de certains de ses membres parlant plusieurs langues. Il est dommage que le livret ne présente pas ouvertement la possibilité de bénéficier d'un interprète professionnel.

Surtout, le livret n'est pas distribué, sauf exceptions. Il est présent dans les unités, mais le plus souvent seulement dans le bureau infirmier. Les informations qu'il contient ne sont donc pas portées à la connaissance des patients.

#### PROPOSITION 3

Les informations contenues dans le livret d'accueil doivent être portées à la connaissance des patients, soit par la distribution de sa version imprimée, soit par d'autres moyens, en veillant aussi à ce que les patients allophones accèdent à son contenu.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, transmises le 22 février 2021, la direction du GHU annonce la refonte du livret d'accueil du GHU et l'organisation de sa diffusion au sein des différents services du GHU au cours du premier semestre 2021 ainsi que sa traduction dans les langues principales des usagers du GHU au cours du deuxième semestre de la même année.

###### b) *Le règlement intérieur*

Le règlement intérieur, dans sa version d'août 2019, en langue française, concerne l'ensemble du GHU. Il s'agit d'un document de trente-neuf pages principales et vingt pages d'annexes.

Sa consultation résulte d'une démarche volontaire, le document n'étant pas accessible directement dans les unités d'hospitalisation.

### c) Les règles de vie

Si en 2015 des règles de vie étaient définies dans chaque unité, ce n'est plus le cas dans toutes en 2020. Quand elles existent, elles prévoient les règles relatives aux repas, aux sorties de l'unités, aux visites, aux cigarettes et cigarettes électroniques, aux coffres individuels, au téléphone et aux sorties dans le petit jardin (unité protégée) au courrier (pavillons J et K). Des changements liés à la pandémie de Covid-19 sont parfois indiquées (horaires des repas pour assurer la distanciation sociale aux pavillons J et K ; sorties limitées à 1 km pendant une heure maximum en vigueur pour l'ensemble de la population sur le territoire français à la date de la visite au pavillon K). Elles n'existent qu'en français. Ni leur contenu ni les items régis ne sont harmonisés.

Lors de la visite de 2020, les contrôleurs ont constaté qu'elles ne sont plus affichées dans les unités, sauf exception comme au pavillon E où elles sont visibles sur la paroi vitrée du bureau infirmier, ou dans les pavillons J et K. Parfois, une indication sur ses horaires d'ouverture est affichée sur la porte d'accès au jardin, ou une indication sur le rythme et le nombre de cigarettes consommables quotidiennement (pavillon K), ou une indication sur les conditions d'accès au téléphone fixe de l'unité (Magnan USI). Dans tous les cas, les affichages ne sont pas mis en valeur. Certains affichages sont liés à la pandémie de Covid-19 lors de la visite : horaires des visites plus restreints ou nécessité de prendre un rendez-vous, capacité d'accueil de la salle de télévision réduite, etc.

La réflexion largement partagée s'est exprimée ainsi : « *Il est difficile d'avoir des règles de vie écrites quand les consignes sont individualisées* ». Le CGLPL considère que cela n'empêche pas l'élaboration de règles minimales communes de nature à servir de repère à tous les patients, sous réserve de précisions médicales individuelles divergentes.

#### PROPOSITION 4

Des règles de vie doivent être élaborées dans les unités et portées à la connaissance des patients de manière visible et efficace, y compris à l'attention des patients allophones.

La direction du GHU annonce le 22 février 2021 dans ses observations au rapport provisoire que l'élaboration, l'affichage et la traduction des règles de vie des unités seront réalisées au plus tard au deuxième semestre 2021.

L'information consiste en revanche systématiquement en une description des horaires de vie dans le service à l'occasion de l'accueil réalisé par le personnel soignant, qui comprend aussi une visite des locaux.

#### 3.1.2 Les documents concernant les seuls patients en soins sans consentement

La situation a peu évolué depuis 2015.

Les secrétariats des unités constituent toujours un élément pivot entre l'équipe médicale et soignante en unité et le bureau de la loi : ils transmettent les éléments utiles au fur et à mesure des échéances légales. Les médecins s'appuient sur ces agents pour les leur rappeler.

Les décisions de SDDE à la demande d'un tiers (SPDT, SPDTU, décision initiale et décision de réintégration) ne mentionnent toujours pas l'identité du tiers. Celui-ci est, dans tous les cas, connu lors de la présentation devant le juge des libertés et de la détention (JLD), la procédure judiciaire ne cachant pas son identité. Par ailleurs, il ressort des entretiens avec des représentants

des équipes que l'identité de la personne qui a initié la demande d'hospitalisation en SSC est souvent rapidement discutée avec le patient dès lors qu'il y est accessible.

### RECOMMANDATION 1

Le patient doit être informé de l'identité du tiers qui a sollicité une décision d'hospitalisation en soins sans consentement auprès du directeur de l'établissement à travers la décision écrite d'admission prise par ce dernier.

Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire, la direction générale du GHU réfute cette possibilité en précisant : « *Le code de la santé publique ne prévoit pas que l'identité du tiers ayant formulé la demande de soins soit divulguée au patient d'une manière systématique. La CADA<sup>14</sup> depuis 2006 avec l'avis 200662245, constamment réitéré dans les demandes d'accès aux informations de santé formulées par les patients, exclut que l'identité du tiers soit communiquée au demandeur.* ».

Le CGLPL maintient sa recommandation, favorable aux patients, sans méconnaître l'analyse juridique qui écarte en l'état cette possibilité, afin de souligner la portée nationale de cette discussion.

La Cour de cassation a écarté en 2019 toute possibilité de faire rédiger le certificat médical initial d'une décision de SPPI par un médecin du CPOA, qui n'est pas extérieur à l'établissement. Le GHU s'y conforme : un médecin de SOS psychiatrie, avec qui une convention a été nouée, intervient (*cf. supra* § 2.4.2).

L'important travail de mise en place de procédures déjà constaté en 2015 continue à être utilisé, après actualisation. Outre les décisions et courriers-types, des imprimés existent pour procéder à la notification d'un arrêté préfectoral (décision initiale, de maintien, de modification de la forme de la prise en charge, de réintégration, etc.) et des diverses décisions du directeur (hospitalisation complète continue, levée des soins psychiatriques sans consentement, maintien, réintégration transfert par un autre établissement). A chaque notification, il est précisé que le patient reçoit dans une langue qu'il comprend une information sur sa situation juridique et ses droits, voies de recours et garanties, dont il est précisé qu'elle se trouve au *verso* de la décision.

Les certificats médicaux qui motivent les décisions ne sont pas transmis aux patients.

Le notificateur est, selon les unités, soignant ou médecin, ou les deux indifféremment, ou l'un complété par l'autre pour donner des explications complémentaires. Cela n'a pas paru poser de difficulté.

Un exemplaire des documents est systématiquement remis au patient.

Le processus d'information et de notification concernant les documents judiciaires fait en revanche l'objet de constats différents (*cf.* § 4.4.1).

Il a été observé en sus dans l'unité protégée du secteur 14 que la liste des droits du patient en SSC telle qu'énoncée à l'article L.3211-3 du code de la santé publique (CSP) est affichée sur un panneau central<sup>15</sup>.

<sup>14</sup> CADA : commission d'accès aux documents administratifs.

<sup>15</sup> Les contrôleurs invitent toutefois l'équipe à actualiser le document affiché.

### BONNE PRATIQUE 3

Les droits du patient en soins sans consentement énoncé à l'article L.3211-3 du code de la santé publique font l'objet d'un affichage dans une unité, en complément de leur transmission individuelle lors de la notification des décisions d'hospitalisation en soins sans consentement.

Par ailleurs, quatre brochures de quatre pages, actualisées en août 2019, décrivent chacun des quatre types de SSC (SDRE, SPDT, SPDTU, SPPI). Ces documents pédagogiques sont transmis aux patients. Ils sont également très utiles aux soignants et aux médecins pour être en capacité d'expliquer la procédure.

Enfin, il est fait appel à une société d'interprétariat, Darija-Phone, pour une prestation assurée soit par téléphone soit sur place, selon les besoins et les disponibilités. La possibilité d'y recourir est largement connue de l'ensemble du personnel. Des interventions régulières auprès d'un patient peuvent aussi être programmées par l'équipe, pour des motifs diversifiés : pour un patient afghan d'une unité d'hospitalisation complète visitée est par exemple acté le principe de trois interventions par semaine ; le 19 novembre sa présence était attendue pour aider l'équipe à entrer en contact avec la famille résidant en Afghanistan.

### BONNE PRATIQUE 4

Il est aisément possible aux équipes médicales et soignantes de recourir à une prestation d'interprétariat.

Pour autant, la prestation ne couvre pas tous les besoins : il est notamment reproché aux interprètes de ne pas connaître les spécificités de la psychiatrie.

## 3.2 L'ETABLISSEMENT S'EST SAISI DU SUJET DES VIOLENCES

### 3.2.1 Les plaintes et réclamations

La possibilité d'exprimer une plainte ou une réclamation est exposée dans le livret d'accueil du GHU (cf. § 3.1.1.a sur l'intérêt d'une meilleure diffusion). Celles reçues par téléphone sont également prises en compte<sup>16</sup>, même si elles sont plus rares.

Les éléments indiqués dans le rapport d'activité 2019 de la commission des usagers (CDU) le sont à l'échelle du GHU. Ceux concernant Sainte-Anne particulièrement (psychiatrie, neurologie) ou ceux rapportés par secteur (intra et extra) sont encore trop larges pour être utilisés dans le cadre du rapport de la visite des seules unités de psychiatrie accueillant des patients en soins sans consentement.

Les plaintes et réclamations reçoivent une réponse, dans un délai de près de vingt jours en 2019. Des médiations sont proposées.

### 3.2.2 Les événements indésirables

Depuis 2016, les événements indésirables (EI) sont déclarés sur le logiciel *QualNet 2*<sup>®</sup>. Le personnel rencontré dans les unités en connaît l'existence et en reconnaît la maniabilité, même s'il n'a pas témoigné à titre individuel d'un recours fréquent à cet outil.

<sup>16</sup> Source : Bilan d'activité 2019 de la commission des usagers (CDU) du GHU.

Depuis 2019, les EI sont recueillis sur l'ensemble du GHU, à raison de 1 847 fiches d'événements indésirables (FEI). Leur typologie se répartit ainsi pour le GHU : prise en charge / soins 24 % ; technique 23 % ; violences 19 % ; sécurité des biens et des personnes 16 % ; logistique ; organisation / management 6 % ; dommage aux professionnels (hors violences) 3 % ; etc.

Environ la moitié des déclarations à l'échelle du GHU concernent le site de Sainte-Anne<sup>17</sup>, ce qui s'explique principalement par une habitude de recours plus importante au logiciel.

La direction de la qualité et de la gestion des risques incite à la déclaration, quitte à devoir ensuite « faire de la pédagogie » pour améliorer la qualité des FEI. Elle ne dispose pas d'autres sources d'alimentation des FEI que les déclarations du personnel : les plaintes et réclamations ne sont pas intégrées aux FEI, ce qui est regretté par les interlocuteurs rencontrés car « tout concerne la qualité et la gestion des risques ».

Les cadres de santé sont chargés de rechercher et communiquer les éléments de réponse aux FEI qui les concernent. Une quinzaine de jours est nécessaire en moyenne pour que le déclarant obtienne une réponse, mais le délai est très variable.

Le bilan des EI et des EI graves (EIG) est présenté à la commission des usagers (CDU).

Il ressort des éléments transmis par le GHU que les EI liés directement aux items « violence » et « sécurité des biens et des personnes » sont déclarés dans les proportions suivantes en 2019 et 2020 (jusqu'à la date de la visite), dans les seules unités visitées par le CGLPL :

- CPOA : 19 EI sur 103 soit 18,4 % ;
- Pôle 5-6-7 : 19 EI sur 66, soit 29,2 % ;
- Pôle 14 : 26 EI sur 86, soit 30,2 % ;
- Pôle 15 : 25 EI sur 143, soit 17,5 % ;
- Pôle 16 : 22 EI sur 88, soit 25 %.

Aucune FEI n'a concerné ces derniers temps à Sainte-Anne des violences du personnel sur les patients. L'hypothèse de telles violences n'est pas écartée par principe s'agissant d'un risque au même titre que d'autres.

Il arrive que des soignants déclarent un fait dont est directement victime un patient, comme il se doit en pareil cas (vol d'effets personnels déclaré dans « sécurité des biens », agression sexuelle déclaré dans « violences »). La problématique des violences de nature sexuelle entre patients a disparu, selon les données des EI. Quand un patient est victime de violence, par exemple d'un autre patient, une procédure décrit la prise en charge de la victime par les soignants. Elle prévoit l'accompagnement à l'unité médico-judiciaire et le dépôt de plainte. Il est aussi prévu que la police vienne directement à Sainte-Anne prendre la plainte.

En 2019, on décomptait au GHU 254 FEI liés à la manifestation violente d'un patient ou d'un proche envers un professionnel, dans plus de la moitié des cas sous forme de violences physiques. Un observatoire local de la violence (OLV), conduit sous forme d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) relative à la prévention de la violence depuis plusieurs années, réunit dorénavant des professionnels du GHU issus de services diversifiés. L'OLV analyse les conditions dans lesquelles surviennent les situations ressenties comme une atteinte ou menace

---

<sup>17</sup> Faute d'analyse distinguant les services de psychiatrie visités par le CGLPL des autres, les données issues du bilan de gestion des EI en 2019 présenté au CHSCT du GHU de mars 2020 ne sont pas rapportés ici. Si une présentation des données pôle par pôle y est faite, elle ne distingue pas – notamment – l'intra et l'extra hospitalier.

d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique d'un membre du personnel par un patient, propose des recommandations, des mesures préventives et correctives, réajuste la politique permettant d'assurer la sécurité à l'hôpital. Il se rend dans les services, a conçu des supports d'information pour le personnel (affiche « *Appel à renfort* », plaquettes d'information « *Gérer les situations d'agression à l'hôpital* », « *Guide pratique d'évaluation des risques de violence et des conduites à adopter* », « *grille d'évaluation du risque de violence* » et plaquette « *Prévenir les conséquences traumatiques post-agression à l'hôpital par la conduite du defusing* ») et veille à ce que des formations adaptées soient proposées (pour les soignants « *Formation OMEGA prévention des conduites agressives* », pour les internes « *Conduite à tenir devant un état d'agitation* », pour l'encadrement « *Initiation au defusing* »). Il intervient aussi dans l'élaboration de procédures, comme celle concernant l'appel à renfort.

Parallèlement, l'analyse de dix réunions de retours d'expérience organisés au GHU (retex, environ une vingtaine sont animés annuellement à Sainte-Anne depuis trois ans) a été conduite récemment concernant les violences, de façon à en faire apparaître les causes profondes. Ont été particulièrement identifiés : le défaut d'ouverture des structures, le défaut de procédure de gestion de la crise incluant la détection de ses signes précurseurs et son désamorçage, le défaut de cohésion dans l'équipe, le défaut de fonctionnement des alarmes, le bouleversement de l'environnement qui majore l'anxiété. Des préconisations en ressortent, notamment en matière de formation.

#### BONNE PRATIQUE 5

L'établissement se saisit de la question des violences au moyen de l'observatoire local de la violence, constitué de représentants de tous corps de métiers et de plusieurs services et qui agit auprès du personnel par de l'information, de la formation, une intervention dans l'élaboration des procédures.

Concernant les unités du secteur 13, en crise lors de la visite (*cf. supra* § 2.3.2), il a d'abord été indiqué que les EI ne rapportent pas d'autres difficultés que celles relatives aux ressources humaines et aux erreurs médicamenteuses. La comparaison du nombre de certains EI entre les pôles présentée *supra*, semble indiquer le contraire : le pôle 14, qui comprend les unités du secteur 13, a la part la plus importante de déclarations d'EI liées à la violence ou à la sécurité des biens et des personnes.

Dans l'ensemble des événements rapportant une atteinte aux biens ou aux personnes dans les unités visitées, une part non négligeable relève de faits de vol d'effets personnels, en lien avec des intrusions parfois (*cf. infra* § 5.1 et § 5.2).

Concernant la mise en œuvre des mesures d'isolement et de contention, sur cinquante-et-une FEI pour l'ensemble du GHU treize seulement concerneraient Sainte-Anne (soit 25 %), selon ce qui a été indiqué aux contrôleurs. Elles rapporteraient l'indisponibilité de la chambre d'isolement (CI), un effectif de soignants insuffisant, un accident de travail suite à l'exécution par un soignant d'une tâche liée à de l'isolement, la défaillance d'une alarme (*cf. infra* § 7).

Concernant le risque de fugue, qui est systématiquement mis en avant pour justifier le port permanent du pyjama lequel induit souvent l'absence de sous-vêtements et de chaussures (*cf. infra* § 5.3), il est quantifiable à travers les « *sorties sans autorisation* » : dix déclarées en 2018, quatorze en 2019, dix en 2020. En 2020, d'après les données fournies, le CPOA est le plus concerné par les sorties sans autorisation, puis l'unité protégée du secteur 14 pôle 15 SHU (deux

cas), le secteur 4 du pôle 5-6-7 (deux cas), le secteur 13 du pôle 14 (un cas). Même si la direction de la qualité et de la gestion des risques envisage que des données supplémentaires apparaissent dans le « rapport de garde » des cadres<sup>18</sup>, les mesures prises pour lutter contre les fugues sont à ce jour sans rapport avec le risque réel qu'elles représentent. Aucun retour d'expérience n'a été organisé à ce sujet, aucune des fugues n'ayant atteint le degré de criticité nécessaire. Une recommandation est donc faite concernant le pyjama au § 5.3.

### 3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE, PEU DESIGNEE, EST RAREMENT PREVENUE

Certaines unités (secteur 13 1<sup>er</sup> Joffroy, 1<sup>er</sup> Ferrus, Rdc Ferrus) déclarent qu'aucune personne de confiance n'a été désignée. Dans d'autres unités, le nombre de patients ayant désigné une personne de confiance est peu élevé : sept à l'USI, trois au secteur 3 Intra, quatre au pavillon J. En revanche, dans d'autres unités, le nombre de patients ayant désigné une personne de confiance est plus élevé : douze dans l'unité K, douze aussi à l'unité protégée. En tout état de cause, les pratiques sont très différentes d'une unité à l'autre et les patients ne sont pas systématiquement informés de cette possibilité qu'ils ont de désigner une personne de confiance et de son intérêt.

De même, il a été indiqué aux contrôleurs, lors de leurs visites dans les unités, que même si une personne de confiance était désignée par un patient, celle-ci n'était pas toujours et systématiquement prévenue de cette désignation et qu'il était encore plus rare qu'il lui soit demandé de confirmer par écrit qu'elle acceptait cette mission. Enfin, seules deux unités (Magnan ouvert, pavillon J) déclarent que des patients ont bénéficié de l'intervention de la personne de confiance qu'ils avaient désignée et il ressort des entretiens avec les responsables des différentes unités qu'il n'en est pas ainsi le plus souvent.

#### PROPOSITION 5

Il faut mieux faire connaître aux soignants la notion de personne de confiance, harmoniser les procédures de désignation de celle-ci, s'assurer que son accord est systématiquement demandé et obtenu et surtout, pour que cette désignation soit efficace et que les patients bénéficient réellement de son assistance, mobiliser les soignants pour la mise en œuvre de ces procédures.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, le représentant de l'établissement indique que l'harmonisation de la procédure de désignation de la personne de confiance et sa validation par les instances est en cours au premier semestre 2021. Il ajoute que les soignants devront être sensibilisés par l'encadrement après avoir mis le sujet de la personne de confiance à l'ordre du jour d'une réunion des cadres au cours du même premier semestre et qu'un webinaire destiné à mieux faire connaître la notion devrait être organisé à échéance du deuxième semestre.

Il est aussi précisé que l'établissement renforcera la sensibilisation des soignants au respect des droits des patients dans le cadre du projet d'établissement en cours de finalisation.

<sup>18</sup> Les contrôleurs n'ont pas pris le temps d'aller consulter ces rapports de garde sur une période donnée.

### 3.4 LES POSSIBILITES D'ACCES DES PATIENTS A UN CULTE DE LEUR CHOIX NE SONT PAS PORTEES A LEUR CONNAISSANCE

Le GHU a mis à la disposition des aumôniers catholique, protestant et musulman sur le site de Sainte-Anne un lieu qualifié « d'aumônerie » comprenant un bureau commun, une assez grande salle servant de chapelle catholique et des commodités sanitaires, ceci dans l'attente de la rénovation du rez-de-chaussée de l'église historique qui, actuellement en travaux, ne sera à nouveau disponible que courant 2021. Les aumôniers y assurent une permanence, du lundi au vendredi tous les après-midis et parfois même le matin pour l'aumônier catholique, deux après-midi par semaine pour l'imam et un après-midi par semaine pour la pasteure. Ces trois aumôniers effectuent aussi des visites dans les unités, mais uniquement à la demande des patients. Leurs rémunérations, comme celle d'une déléguée du diocèse de Paris auprès de l'aumônier, sont prises en charge par l'hôpital ainsi que les frais de fonctionnement des locaux mis à leur disposition.

Sauf en période de confinement, du fait de la pandémie de Covid-19, l'aumônier catholique célèbre chaque dimanche une messe dans la « chapelle ». Il organise aussi au cours de l'année plusieurs goûters festifs.

Mais l'aumônier musulman ne peut faire de même, la décoration et le mobilier de la chapelle étant totalement dédiés au culte catholique. Ce ne sera plus le cas prochainement lorsque les travaux actuellement en cours au rez-de-chaussée de l'église historique seront terminés, ce qui permettra d'y relocaliser les aumôneries dans un espace qui permettra d'affecter à chaque culte une salle de prière.

Le GHU n'a pas de convention avec le culte juif. Il a été indiqué qu'en général les patients concernés contactaient directement un rabbin mais qu'en cas de nécessité, le cadre de l'unité tenait à leur disposition les coordonnées permettant de joindre un aumônier.

Les relations entre les aumôniers et la direction de l'hôpital sont cordiales. De nombreuses réunions ont lieu au cours de l'année et chaque aumônier adresse annuellement à la direction de l'hôpital un rapport d'activité. L'entente entre ces aumôniers paraît aussi être excellente, à preuve le fait que l'aumônier catholique a accepté que, dans le cadre d'une dotation financière limitée de l'hôpital, la rémunération de l'aumônier musulman soit partiellement prise sur les crédits qui lui revenaient.

En revanche, il a été constaté que les patients n'étaient guère informés dans les unités des possibilités qui leur étaient offertes d'accéder au culte de leur choix. Le livret d'accueil ne comporte que des indications très succinctes, rédigées en termes très généraux et sans aucune précision pratique (*cf. supra* §.3.1.1.a). Et jusqu'à l'arrivée des contrôleurs, il n'était pas prévu d'afficher dans les unités les coordonnées et les jours de permanence des différents aumôniers.

#### RECO PRISE EN COMPTE 1

L'information des patients sur la possibilité d'accéder à un culte de leur choix doit être améliorée de manière durable et concrète.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale indique que « l'affichage dans les services de l'organisation des aumôneries au sein du GHU Paris » a été réalisé le 17 novembre 2020 et sera à réitérer. Elle précise que le recrutement d'un aumônier pour le site Henry Ey est en cours.

### 3.5 UN SERVICE DE L'HOPITAL PREND EN CHARGE LA PROTECTION JURIDIQUE DES MAJEURS SOUS TUTELLE OU SOUS CURATELLE

Compétent pour l'ensemble des sites hospitaliers composant le GHU, et comprenant quinze agents, le service des majeurs protégés gère près de 400 dossiers sur 2 000 situations de majeurs protégés (soit 20 %) dont 172 pour le seul site de Sainte-Anne.

Sur le site de Sainte Anne, il s'agit pour l'essentiel de patients qui n'y sont plus hospitalisés à temps complet mais dont la tutelle ou la curatelle est assurée gratuitement par le service de l'hôpital qui assume pour eux et en leur nom toutes les fonctions financières, fiscales, administratives, juridiques et sociales de la vie courante.

En revanche, il n'a pas été possible de recueillir des informations sur les relations des mandataires associatifs et privés exerçant le même rôle auprès des patients hospitalisés. Il a simplement été indiqué aux contrôleurs qu'ils ne venaient que très rarement dans les unités et que les questions financières (versement ou retrait d'espèces) ne se réglaient pas facilement.

Concernant le dépôt et la gestion des espèces des patients bénéficiant d'une mesure de protection, compte tenu de la suppression de la soumission des préposés d'établissement (mandataires judiciaires à la protection des majeurs) aux règles de la comptabilité publique et de la clôture des comptes des majeurs protégés à la trésorerie des centres hospitaliers qui en découle, le GHU a mis en place un système de conventions avec des associations ou des entreprises afin de disposer directement sur le site de l'argent de vie et /ou du tabac dont les patients ont besoin.

### 3.6 LA CONFIDENTIALITE DE L'HOSPITALISATION N'EST PAS PARFAITEMENT ASSUREE

Le respect du droit à la vie privée est énoncé dans le livret d'accueil de la manière suivante : « *L'ensemble du personnel est soumis au devoir de discrétion, de réserve et au secret professionnel sur toutes les informations qui vous concernent ainsi que sur votre présence au sein de l'établissement* ». Pour autant, il n'existe pas de protocole permettant au personnel soignant de s'approprier les phrases et les mots à employer pour garantir la confidentialité d'une hospitalisation lors d'un appel téléphonique d'une personne extérieure s'enquérant de la présence d'un patient dans une unité.

Par ailleurs, si la procédure d'anonymisation de la présence d'un patient dans une unité de l'hôpital est correctement mise en œuvre, soit sur la demande de celui qui souhaite en bénéficier, soit sur proposition des responsables de l'unité – principalement lorsqu'il s'agit d'une personnalité hospitalisée –, la possibilité de cette anonymisation n'est pas présentée et proposée systématiquement à tous les patients arrivants.

#### PROPOSITION 6

La procédure permettant de garantir la confidentialité de la présence des patients dans l'hôpital doit être précisée. La possibilité de recourir à la procédure d'anonymisation doit faire l'objet d'une information plus large.

L'établissement indique dans ses observations en réponse au rapport provisoire que la procédure permettant de garantir la confidentialité de la présence des patients dans l'hôpital et sa diffusion dans chaque service sera effectuée au cours du premier semestre 2021.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES FONCTIONNE A MINIMA ET LA REPRESENTATION DES USAGERS DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT SOUFFRE DE NE PAS ETRE SUFFISAMMENT IDENTIFIABLE PAR LES PATIENTS ET LEURS FAMILLES

#### 4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) est présidée par un psychiatre retraité. Les usagers y sont représentés par l'UNAFAM<sup>19</sup> et la FNAPSY<sup>20</sup>, sa composition comprend encore un magistrat, mais la fin de son mandat en mars prochain mettra fin à la présence de celui-ci. Elle se réunit (treize fois en 2019), examine des dossiers de patients (1 705 en 2019) et reçoit des plaintes (onze en 2019).

Elle a effectué cinq visites en 2019, sans qu'il soit précisé combien d'unités du site de Sainte Anne en ont fait l'objet. A chacune de ces visites, cinq à huit patients demandent à être reçus par la CDSP, selon le président de la CDSP qui précise que de son point de vue les patients ont parfois une meilleure connaissance des missions de la CDSP que certains professionnels. Les contrôleurs n'ont pas observé d'affiche informant de la visite programmée le 9 décembre 2020.

Le rapport d'activité 2019 de la CDSP – qui était en cours de diffusion par l'agence régionale de santé (ARS) quelques semaines après la visite des contrôleurs de novembre 2020 et fait parfois l'objet de l'envoi annuel au CGLPL – se limite à deux tableaux statistiques, l'un sur les données chiffrées des soins sans consentement à l'échelle du département de Paris sans distinguer les sites d'hospitalisation, l'autre sur les données chiffrées de son activité. Le rapport ne produit ni observation sur ces données ni conclusion sur les constatations qu'elle a opérées.

### RECOMMANDATION 2

Conformément à l'art. R.3223-11 du code de la santé publique, la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) doit produire un rapport d'activité contenant des observations sur les données recueillies et des conclusions sur les constatations qu'elle a opérées.

#### 4.1.2 La place des usagers

##### a) La commission des usagers

Les représentants des usagers sont en place dans les différentes instances du GHU. Un agent à plein temps de l'établissement est chargé des relations avec les usagers.

La commission des usagers (CDU) est présidée par une représentante de l'UNAFAM, après l'avoir été par celle de la FNAPSY. Elle s'est réunie quatre fois en 2019. Le rapport d'activité 2019 de la CDU prévoit l'élaboration d'un projet des usagers inscrit dans le futur projet d'établissement. Cependant, les représentants des usagers (RU) rencontrés ont indiqué aux contrôleurs que ce projet des usagers était « *au point mort* ».

Selon les RU, le fonctionnement de la CDU à l'échelle du GHU n'est pas adapté à une véritable prise en compte de la place des usagers dans la vie de l'établissement. Une avancée pourrait être

<sup>19</sup> UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

<sup>20</sup> FNAPSY : Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie.

constituée par ce que prévoit le règlement intérieur de la CDU : « *deux représentants des usagers délégués sont chargés, l'un pour le nord et l'autre pour le sud de Paris, d'examiner et traiter les plaintes et réclamations qui relèvent d'un site particulier* », mais ce dispositif n'est pas effectif. Les RU sont très peu sollicités par les patients, ce qu'ils rapportent à l'affichage rare ou manquant des informations nécessaires pour les solliciter dans les unités. Les RU et leurs missions semblent également mal connus des professionnels des unités. Le livret d'accueil (*cf. supra* § 3.1.1.a), qui présente les missions de la CDU, n'en donne pas la composition ni les coordonnées de ses membres, renvoyant aux professionnels des unités le soin de transmettre ces informations à la demande des usagers.

#### PROPOSITION 7

La composition et les coordonnées des membres de la CDU, en particulier les représentants des usagers, doivent être insérés dans le livret d'accueil.

Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire transmis le 12 janvier précédent, la direction du GHU indique que la composition et les coordonnées des membres de la CDU seront intégrés au livret d'accueil dans le cadre de sa refonte au cours du premier semestre 2021.

#### *b) La maison des usagers*

Une maison des usagers (MDU) est installée depuis 2003 sur le site de Sainte-Anne, voisine de la cafétéria et de l'espace coiffure ; elle a vocation à recevoir tous les usagers du GHU. Elle se veut, telle que présentée sur sa plaquette et sur le site internet du GHU, « *un lieu de soutien, d'entraide et de relais en e-santé mentale pour les patients, les proches et les aidants naturels*. ». Neuf associations d'usagers y tiennent des permanences bimensuelles ou mensuelles pour un total de quarante heures par mois.

Au moment de la visite des contrôleurs, la MDU est fermée du fait de la crise sanitaire, sa réouverture est prévue pour la deuxième quinzaine de janvier 2021. En l'absence d'un rapport d'activités de la MDU communiqué aux contrôleurs et du fait de sa fermeture, il a été impossible à ceux-ci de mesurer l'ampleur de son activité et la présence des usagers en son sein, qui selon les RU restent extrêmement faibles.

#### 4.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Le questionnaire de satisfaction de l'hospitalisation complète a été renseigné par 1 563 patients ou familles en 2019 (les nombres sont comparables en 2018), dont très peu dans les pôles de psychiatrie à l'exception notable des secteurs 14 et 15 du pôle 15 SHU qui cumulent à eux deux 1 109 réponses, tous les autres pôles de psychiatrie cumulant 195 réponses. Dans le pôle 15, l'intervention des secrétaires médicales auprès des patients au moment de la levée de l'hospitalisation permet d'augmenter nettement le taux de retour. Ces réponses au questionnaire de satisfaction sont ainsi le fait de 36 % de la file active en hospitalisation complète en psychiatrie et donc peu significatives. Il est cependant à noter que 34,5 % des répondants indiquent ne pas avoir reçu le livret d'accueil (*cf. supra* § 3.1), et que 56,9 % indiquent ne pas avoir été informés de la possibilité de rencontrer des associations de patients à la MDU (*cf. supra* § 4.1.2).

Le rapport d'activité de la CDU qui rend compte de cette enquête précise que « *Le questionnaire est rempli par le patient dans 98 % des cas en 2019 contre 98,2 % en 2018 et 87 % en 2017* », ce qui est manifestement faux, et glisse charitablement sur les 56,9 % de patients qu'on n'a pas informés des activités de la MDU. Aucune analyse ni proposition d'amélioration du taux de réponse n'est proposé. On apprend cependant qu'un nouveau questionnaire unique aux différents sites du GHU est déployé en 2020.

#### 4.2 LA DEMATERIALISATION RECENTE DU REGISTRE DE LA LOI N'A PAS ENCORE PERMIS DE LE RENSEIGNER DANS LE DELAI LEGAL

Le « bureau de la loi » du site de Sainte-Anne est placé sous la responsabilité d'une cadre administrative coordinatrice qui dispose de trois agents sur le site consacrés à la tenue du registre de la loi, ainsi que d'un agent dans chacun des autres sites du GHU. La tenue du registre de la loi pour tout le GHU se fait à Sainte-Anne. Comme lors de la précédente visite du CGLPL, ce bureau veille attentivement à la bonne application des procédures concernant les SSC, mais l'extension de son activité à l'ensemble du GHU depuis bientôt deux ans le confronte à un enjeu d'uniformisation des pratiques.

Prévue de longue date, la dématérialisation du registre de la loi a été initiée le 1<sup>er</sup> janvier 2019 et généralisée en juin 2020. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les mesures de SSC concernant les nouveaux patients entrants mais aussi les patients réhospitalisés sont répertoriées dans le registre dématérialisé auquel les contrôleurs ont eu accès. Des registres papier contenant d'une part les mesures de SDRE et d'autre part les mesures de SDDE ont été tenus en parallèle de l'introduction du registre dématérialisé jusqu'en mai 2020. Les registres papier de janvier 2020 ont été consultés par les contrôleurs.

La consultation, aisée et intuitive, des deux registres dématérialisés de SDRE et de SDDE se fait à partir d'un fichier alphabétique recensant tous les patients du GHU (avec diverses possibilités de tri, dont celui du site d'hospitalisation) qui permet d'accéder à chaque fiche de patient en SSC, dans laquelle sont renseignées les informations prévues à l'art. L.3212.11 du CSP.

Cependant, les dates de l'information du patient sur l'arrêté du préfet ou la décision du directeur ainsi que celles de la notification de ses droits n'apparaissent pas et il a été indiqué aux contrôleurs que la version du registre qui sera mise en place fin novembre 2020 comportera ces informations.

A partir de la fiche individuelle, on accède aux documents numérisés qui y sont attachés sous la forme d'un ou plusieurs fichiers en format PDF datés contenant chronologiquement les documents suivants : les arrêtés initiaux, de maintien, de levée avec ou sans programmes de soins (PDS) du préfet en cas de SDRE ; les certificats médicaux de 24h, 72h, mensuels de levée, de PDS ; les décisions du directeur initiales, de maintien, de levée avec ou sans PDS en cas de SDDE ; les certificats et avis médicaux à huit jours pour présentation au JLD ; les courriers des patients ne souhaitant pas se présenter au JLD ; les ordonnances du JLD et de la cour d'appel ; les rapports du collège des professionnels de santé ; les notification des ordonnances du JLD signées ou non par le patient ou par défaut par un soignant ; les certificats médicaux et arrêtés du préfet ou décisions du directeur en cas de transfert dans un autre établissement (cas fréquent à Paris concernant les voyages pathologiques).

La version actuelle du registre ne dispose pas de la fonctionnalité qui permettrait de vérifier aisément s'il est renseigné dans les 24h ; il a été précisé aux contrôleurs que ce serait le cas dans la version qui allait être mise en place à la fin novembre 2020. En attendant cette fonction

essentielle aux opérations de contrôle du registre, une recherche par le nom des patients reçus en audience du douzième jour par le JLD a fait apparaître que si toutes les mesures de SSC font l'objet de l'ouverture immédiate d'une fiche patient, celle-ci est renseignée plus tardivement. Ainsi, le 20 novembre, parmi les douze fiches examinées aux dates d'ouverture des 29, 30 et 31 octobre, six fiches ne disposent pas des documents qui doivent y être annexés ; et parmi les dix fiches examinées dont les dates d'ouverture se situent les 9, 10 et 11 novembre, aucune ne dispose des documents qui doivent y être annexés. Soit, pour cet échantillon, des retards pour la moitié des dossiers datant de quarante jours et pour la totalité des dossiers datant de dix jours. La charge de travail bien réelle qu'a nécessité la dématérialisation, et le nombre relativement faible d'agents affectés à cette tâche explique certainement ces retards, qui doivent être résorbés afin que le registre de la loi soit renseigné dans le délai légal de 24 heures.

### RECOMMANDATION 3

Le registre de la loi doit être renseigné dans le délai légal de 24 heures.

Les dates de l'information du patient sur l'arrêté du préfet ou la décision du directeur ainsi que celles de la notification de ses droits doivent figurer au registre de la loi.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction générale du GHU rapporte que le travail concernant le délai d'alimentation du registre est en cours et a pour échéance le premier semestre 2021. Elle n'indique rien concernant l'inscription des dates d'information du patient sur l'arrêté du préfet ou la décision du directeur ainsi que celles de la notification de ses droits.

L'existence d'une mesure de protection juridique antérieure à l'hospitalisation est fréquemment non renseignée. Il a été précisé aux contrôleurs que l'information était difficile à obtenir des unités d'hospitalisation, mais que la situation s'améliorait du fait de la sensibilisation des assistantes de service social (ASS).

Le registre de la loi est régulièrement visé par le président de la CDSP et par le procureur de la République. En attendant la nouvelle fonctionnalité à venir fin novembre 2020 et qui permettra la signature en ligne, un cahier de visas des autorités a été mis en place.

### BONNE PRATIQUE 6

La dématérialisation du registre de la loi s'accompagne de l'apport de fonctionnalités *a minima* identiques à celle d'un registre papier renseigné précisément, dans le souci d'assurer le bon suivi des mesures de soins sans consentement.

## 4.3 LES PROGRAMMES DE SOINS SONT LARGEMENT UTILISES, LES DISPOSITIFS D'AVANT SONT ETOFFES ET ARTICULES AVEC LES SOINS MAIS NE REPONDENT PAS A TOUS LES BESOINS

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

Les demandes médicales d'autorisations de sortie et de PDS pour des SDRE ne rencontrent pas de refus fréquents du préfet. Si le préfet oppose un refus, un deuxième avis médical est rédigé.

Les PDS sont largement utilisés pour le suivi ambulatoire des patients en SSC. Selon les données transmises par l'établissement, au 17 novembre 2020, 90 patients initialement admis en SDRE et

236 patients initialement admis en SDDE bénéficiaient d'un PDS, soit respectivement 62,5 % et 63 % des patients en SSC à ce jour.

Dans la plupart des unités, les contrôleurs ont rencontré des PDS centrés sur le suivi en ambulatoire, mais aussi quelquefois des PDS faisant une très large place à l'hospitalisation complète dans un seul des secteurs étudiés. Les dossiers examinés par sondage au bureau de la loi font apparaître des programmes évolutifs dans la durée courte à moyenne après la sortie d'hospitalisation, tel ce patient qui bénéficie tout d'abord d'une permission de deux jours, puis d'un retour à domicile avec accueil deux fois par semaine à l'hôpital de jour pendant quinze jours, puis d'un suivi en consultation au centre médico-psychologique (CMP). Les modalités de nombreux PDS restent ensuite identiques sur plusieurs années, ce qui peut témoigner d'une situation clinique inchangée, ou bien de l'absence de réévaluation médicale de ces PDS.

#### 4.3.2 Les prises en charge en sortie d'hospitalisation complète

L'articulation avec les CMP est effective au sein de chaque pôle, certains rendent également possible en fin d'hospitalisation complète l'accès des patients au centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ou à l'hôpital de jour voisin de l'unité d'hospitalisation pour un des secteurs, facilitant ainsi le passage de relais.

Le territoire parisien dispose d'une palette importante de prises en charge médico-sociales, sociales et d'accès au logement qui ne répondent cependant que partiellement aux besoins des patients de psychiatrie hors hospitalisation. Le GHU dispose de plusieurs MAS<sup>21</sup> et EHPAD en son sein, il a signé de nombreuses conventions avec des structures sociales et médico-sociales dont le CASVP<sup>22</sup> pour être réservataire de places en EHPAD, il participe au groupement de coopération sanitaire et médico-sociale (GCSMS) « Un chez-soi d'abord », il est le siège d'un pôle psychiatrie et précarité qui regroupe pour tout Paris l'ensemble des unités spécialisées dans la précarité dont plusieurs équipes mobiles et des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) psychiatriques. Cependant, les sorties des patients en SSC sans domicile, en particulier les migrants, restent difficiles, pour permettre à ceux-ci de disposer d'un hébergement, condition indispensable à la continuité des soins (cf. *supra* § 2.4.1).

#### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

Les collèges des professionnels de santé sont organisés selon une procédure élaborée et suivie par le bureau de la loi, qui informe les unités des délais de convocation. Composés conformément à la loi, ils produisent des rapports qui sont placés au dossier de chaque patient et annexés dans le registre de la loi. Les rapports qu'ont consulté les contrôleurs portaient la mention « *patient informé* », ce qui ne dit en rien que le patient a été reçu par le collège.

Les entretiens des contrôleurs dans les unités confirment que le patient n'est ni associé, ni invité à se présenter à cette étape de son hospitalisation.

<sup>21</sup> MAS : maison d'accueil spécialisé ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>22</sup> Centre d'action sociale de la ville de Paris.

**RECOMMANDATION 4**

Le collège des professionnels de santé doit recevoir le patient concerné en formation collégiale.

Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire, la direction générale du GHU rappelle que « *le code de la santé publique ne prévoit pas la présence du patient concerné lors de la réunion du collège* » puis indique que « *néanmoins, la présence du patient, en fonction de son état de santé, pourrait être intéressante quand le patient se trouve toujours hospitalisé au moment de la convocation de ce collège* ». Le GHU s'engage à mener une réflexion sur ce sujet.

Afin de souligner la portée nationale de cette discussion, la recommandation est maintenue en l'état.

#### 4.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EST EFFECTIF MAIS LE NOMBRE DE PATIENTS NON COMPARANTS EST ELEVE

##### 4.4.1 Les locaux et l'organisation des audiences

Une convention datée du 27 octobre 2015 entre le tribunal judiciaire (TJ) de Paris et l'ARS d'Ile-de-France organise le fonctionnement du contrôle par le JLD des SSC sur le site de Sainte-Anne. Elle concerne tous les patients du GHU Paris psychiatrie et neurosciences, c'est-à-dire non seulement ceux hospitalisés sur le site de Sainte-Anne mais également ceux hospitalisés sur les sites de Maison Blanche et Henry Ey. Une réunion annuelle se tient dans le cadre de cette convention.

La salle d'audience, inaugurée en 2015, est indiquée au sein de l'hôpital par des panneaux signalétiques<sup>23</sup> et par une pancarte sur la porte d'entrée. Un agent de sécurité dont la présence est prévue par la convention est présent à l'entrée des locaux, mais il n'accède par à la salle d'audience. Un couloir est équipé de sièges et sert de salle d'attente. Il dessert plusieurs pièces :

- un seul bureau d'entretien avec les avocats, ce qui au regard de l'activité et de la présence de deux avocats commis d'office le matin contraint ceux-ci et leurs clients à attendre leur tour pour se relayer dans cet unique bureau, ou bien à utiliser le bureau des greffiers. Ce bureau de l'avocat, spacieux, est clos par une cloison vitrée donnant sur le couloir mais des bandes occultantes limitent la vue vers l'intérieur et son insonorisation est correcte ;
- des sanitaires avec deux WC, dont un pour les personnes à mobilité réduite ;
- une salle d'audience, avec une large table centrale et des chaises placées autour, ainsi que des chaises pour le public. Le JLD et son greffier, qui disposent chacun d'un poste informatique, prennent place d'un côté de la table, tandis que le patient et son avocat s'installent en face d'eux ; le représentant de l'établissement hospitalier, quand il est présent, se place sur le côté. Le côté du JLD et de son greffier est équipé d'un bouton d'appel (type PTI<sup>24</sup>) dont certains magistrats ne connaissent pas l'existence ;
- une salle des délibérations, qui semble peu utilisée.

<sup>23</sup> Bien que des travaux en cours sur la voirie intérieure de l'établissement ait momentanément fait disparaître la signalétique à l'entrée du site de Sainte-Anne, le bureau d'accueil renseigne les personnes venues à l'audience de l'extérieur du site.

<sup>24</sup> Protection du travailleur isolé.

Conformément aux exigences de la loi, la requête est transmise par le bureau des admissions au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD. Les patients en SSC sont notifiés de la convocation à l'audience par fax reçu du greffe vers le bureau des admissions du GHU, lequel retransmet immédiatement les convocations aux secrétariats des unités d'hospitalisation. Ce sont les équipes soignantes, médecins ou soignants suivants les unités, qui informent les patients de cette convocation, et qui leur apportent les informations sur le rôle du juge et de l'audience. Les notifications sont placées au dossier des patients. Certaines unités, où les soignants sont sensibles à ce que la convocation devant le JLD peut avoir de questionnant, voire d'inquiétant, systématisent les explications données au patient à ce sujet. Ce n'est pas le cas dans toutes les unités, des patients rencontrés à l'audience ayant indiqué aux contrôleurs n'avoir reçu aucune information. La copie de la convocation du JLD n'est pas remise au patient. Une formation des soignants sur la fonction du JLD serait de nature à améliorer l'information des patients. Suivant les pôles, un *pool* composé d'aides-soignants est affecté à l'accompagnement des patients à l'audience, ou bien l'accompagnement est réalisé par un soignant de l'unité.

#### PROPOSITION 8

La copie de la convocation devant le JLD doit être remise au patient.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, l'établissement indique qu'un rappel est en train d'être fait aux services au premier semestre 2021.

Les avocats commis d'office sont inscrits sur une liste tenue par le barreau de Paris. Ils reçoivent une formation obligatoire de huit heures par an pour pouvoir assurer leurs fonctions auprès des patients présentés au JLD. Chacun d'entre eux assure environ une demi-journée tous les deux mois, ce qui permet la présence de deux avocats chaque matin et un avocat chaque après-midi.

Les juges et leurs greffiers ne font état d'aucune difficulté dans l'organisation des audiences et dans la qualité des dossiers reçus. Ils regrettent la rareté de la caractérisation des certificats médicaux en termes de pathologie et surtout d'effet de celle-ci sur le comportement des patients, ce qui peut parfois rendre délicat le contrôle du maintien ou non des soins sans consentement.

Concernant les certificats médicaux à douze jours des patients en SDDE, les juges semblent observer que les médecins souhaiteraient rédiger l'avis médical à une date la plus proche possible de l'échéance de l'audience afin de tenir compte de l'état actualisé du patient. Ces derniers se reposeraient ainsi sur la perspective de l'audience alors qu'ils ont la possibilité de faire lever la mesure par le directeur de l'établissement avant l'audience s'ils considèrent l'état du patient adapté à une sortie. Cette question doit faire prochainement l'objet d'une réunion entre les magistrats et l'établissement.

La plupart des mesures de SDRE étant initiée par l'IPPP, les juges disposent, en plus des certificats médicaux, des procès-verbaux d'interpellation de la police, ce qui de leur point de vue permet d'apprécier pour ces cas-là la portée des faits d'atteinte à l'ordre public.

#### 4.4.2 Les effets de la crise sanitaire liée à la COVID-19

Pendant la première vague de la crise sanitaire du printemps 2020, les audiences foraines ont été suspendues. Les unités d'hospitalisation et la salle d'audience n'étant pas équipées du matériel de visioconférence, il était demandé aux patients s'ils souhaitaient s'entretenir avec le juge. Dans ce cas, le juge joignait le patient par téléphone, puis l'avocat qui avait eu la possibilité

de s'entretenir préalablement avec son client, également par téléphone. Cependant, une ordonnance au moins consultée par les contrôleurs précise que le juge n'a pu joindre le patient du fait de l'encombrement des lignes téléphoniques. Les autres patients faisaient l'objet d'un certificat médical de non-audiençabilité ou bien de non-transportabilité du fait du contexte sanitaire, et la décision du JLD était alors prise soit à l'audience, soit à l'issue de la procédure d'examen sans audience<sup>25</sup>. Les contrôleurs n'ont pu disposer de données sur le nombre de patients ayant pu être entendus par le juge par le truchement du téléphone. Les audiences foraines ont repris le 23 juin, la localisation de la salle d'audience et la saison permettant que les patients attendent à l'extérieur sous les arcades ou dans un petit jardin attenant à la salle d'audience.

Pour la deuxième vague à l'automne 2020, les audiences foraines n'étaient pas interrompues au jour de la visite des contrôleurs. Cependant, les patients accueillis dans l'unité Covid<sup>26</sup> ne sont pas présentés au JLD. Du côté de l'unité on indique que les JLD ne souhaitent pas les recevoir en audience foraine, tandis que du côté des JLD on précise que pour ces patients des certificats médicaux de non-transportabilité ont été présentés (cf. également *infra* § 8.1).

Une ordonnance parue pendant la visite des contrôleurs, le 18 novembre 2020<sup>27</sup> rend de nouveau possible le recours à des audiences par « *un moyen de télécommunication audiovisuelle* », ce qui devrait faciliter la présentation des patients de l'unité Covid au JLD dès lors que l'établissement dispose d'un équipement de visioconférence accessible, ce qui a été confirmé au CGLPL par le biais des observations transmises en février 2021 en réponse au rapport provisoire.

## RECOMMANDATION 5

Le juge des libertés et de la détention doit se faire présenter les patients de l'unité Covid, le cas échéant en recourant à un dispositif de visioconférence, leur état de santé n'étant pas par principe incompatible avec l'audience judiciaire.

### 4.4.3 Le déroulement de l'audience

Des audiences se tiennent quatre jours par semaine pour tous les patients du GHU, la première moitié de chaque matinée étant consacrée aux patients du site de Sainte-Anne.

Dans la semaine de visite des contrôleurs et celle qui l'a précédée, une moyenne journalière de sept patients hospitalisés sur le site de Sainte-Anne étaient convoqués à l'audience, tous sauf un pour des audiences à douze jours d'hospitalisation.

Le 19 novembre 2020, quatre patients de Sainte-Anne étaient inscrits au rôle : tous étaient concernés par le contrôle du douzième jour d'hospitalisation, trois en SPI et un en SDTU ; l'un d'entre eux a fait l'objet d'un certificat médical de non-transportabilité, mais son avocat était présent. Les contrôleurs ont assisté aux audiences consacrées à ces patients.

<sup>25</sup> Rendue possible par l'art. 8 de l'ordonnance 2020-304 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière non pénale.

<sup>26</sup> L'unité Covid prend en charge des patients de psychiatrie (de tout le GHU) dont le test a objectivé une positivité au coronavirus mais qui ne nécessite pas d'hospitalisation en service spécialisé (cf. § 8.1).

<sup>27</sup> Ordonnance n°2020-1401 du 18 novembre 2020 portant adaptation des règles applicables aux juridictions de l'ordre judiciaire statuant en matière pénale.

Les deux avocats commis d'office sont arrivés peu avant 9h. Un seul bureau d'avocat étant prévu, l'un d'eux s'y est entretenu avec chacun de ses clients tandis que l'autre attendait son tour pour disposer du bureau. Les avocats précisent qu'ils reçoivent le dossier la veille de l'audience, ce qui est suffisant de leur point de vue. Ils indiquent que les certificats médicaux sont correctement renseignés au regard de la loi (date, heure).

Les patients présents portent des habits de ville et des chaussures.

Le représentant de l'établissement hospitalier est présent, les mandataires judiciaires – pourtant convoqués – sont absents, ce que plusieurs intervenants notent comme habituel, un interprète est présent pour l'audience d'un patient ne parlant pas français. La porte de la salle d'audience n'est pas restée systématiquement ouverte pendant toutes les audiences. Celles-ci ont été menées à un rythme rapide, de quelques minutes à dix minutes, le juge n'expliquant pas systématiquement son rôle mais prenant le temps d'écouter le patient. Les avocats n'ont pas soulevé de moyens de défense procéduraux ou juridiques. Le juge a fait connaître sa décision dans trois des quatre cas ; pour le dernier il a indiqué qu'elle serait communiquée au patient dans l'après-midi.

#### RECOMMANDATION 6

La porte de la salle d'audience doit rester systématiquement ouverte pour toutes les audiences.

Selon les données fournies par le tribunal judiciaire, en 2019 pour l'ensemble des patients du GHU Paris psychiatrie et neurosciences<sup>28</sup> 4 287 décisions ont été rendues. La mesure de SSC a été confirmée pour 3 382 patients, soit 79 %. Une mainlevée de la mesure a été prononcée pour 152 d'entre elles, soit 3,5 %. Dans 645 cas (15 %) il s'agit de mains-levées de SSC décidées avant l'audience par le directeur ou le préfet, ou bien ordonnées entre la saisine et l'audience, et dans 40 cas il s'agit d'une demande d'expertise<sup>29</sup>.

Concernant les mainlevées, un compte-rendu de la commission médicale d'établissement (CME) fait référence à une étude partielle réalisée par un interne du CPOA portant sur 127 mainlevées en 2019 (dates inconnues) qui fait apparaître que « *la majorité des problèmes relevés étaient souvent liés à la motivation des certificats* ».

S'agissant de la présence ou non des patients à l'audience, les données du JLD indiquent que 2 320 patients ont comparu devant lui et que 4 287 décisions ont été rendues parmi lesquelles 645 concernaient des patients dont la mesure avait été levée avant l'audience. Par déduction, il apparaît ainsi que 1 322 patients n'ont pas comparu devant le JLD (30 %), sans qu'il soit possible d'identifier combien avaient refusé de comparaître et combien avaient fait l'objet de certificats médicaux de non-audiençabilité ou de non-transportabilité.

Par le biais de ses observations au rapport provisoire, l'établissement hospitalier apporte les précisions suivantes concernant le seul site de Sainte-Anne : « *Les statistiques du JLD pour le GHU Paris ne permettent pas de déduire un nombre de patients non comparant aux audiences. En effet, sur 1 751 saisines concernant le site Sainte-Anne en 2019, 186 patients (11 %) n'étaient,*

<sup>28</sup> Les données propres aux patients du site de Sainte Anne n'ayant pas été fournies aux contrôleurs.

<sup>29</sup> Le total de ces différentes décisions ne correspond pas exactement au nombre annoncé de décisions rendues.

*soit pas auditionnables, soit ont refusé de se rendre à l'audience. 297 patients ont bénéficié, alors que la saisine était envoyée, d'une levée de la mesure ou d'un programme de soins, soit 17%. ».*

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST RESTREINTE DE FAÇON DISPARATE EN CETTE PERIODE DE PANDEMIE

D'après les déclarations qui ont été faites aux contrôleurs, en temps normal, la plupart des unités d'hospitalisation sont ouvertes, les contraintes en termes de liberté d'aller et venir restant des exceptions y compris pour les patients en soins sans consentement. Au moment de la visite, la période de confinement a entraîné la fermeture de quelques unités habituellement ouvertes vers l'extérieur (Ferrus Rdc, secteur 14 unité de secteur, unités Magnan ouvert, Pavillon K) tandis que d'autres sont restées ouvertes (secteur 3 Lévy-Valensi, unité Benjamin Ball Rdc). Certaines unités sont fermées même en temps normal, notamment des unités recevant des patients en soins libres (SL) comme par exemple le secteur 4 Pavillon E (pôle 5-6-7) ou l'unité Joffroy 1<sup>er</sup> étage (pôle 14)<sup>30</sup> ; le motif invoqué est souvent le risque de fugue des patients en SSC.

Toutes les unités disposent d'espaces extérieurs vastes, équipés de mobilier de jardin et parfois arborés mais ne disposant pas toutes d'un abri contre les intempéries. La plupart des unités placées en étage ont un accès au jardin ; ce n'est pas le cas de l'unité secteur 3 Lévy-Valensi, située au 1<sup>er</sup> étage, qui possède une terrasse plantée correctement organisée avec notamment un petit abri contre les intempéries. Le jardin ou terrasse des deux unités du pôle 5-6-7 (secteur 4 et secteur 3) sont librement accessibles toute la journée y compris pour les patients en SSC ; ce n'est pas le cas dans d'autres pôles. Ainsi, les patients des unités Magnan USI et protégée (pôle 15), situées au 1<sup>er</sup> étage, ne peuvent se rendre dans le jardin qu'en présence d'un soignant, en raison de risques de chute dans l'escalier ou de fugue ; il a été déclaré aux contrôleurs que l'accès au jardin était proposé systématiquement, une à deux fois par demi-journée, pour des périodes variant entre 5 et 30 minutes. De même, le jardin du pôle 16 est ouvert aux patients de l'unité Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage deux fois par demi-journée pour des durées de 30 minutes à 1 heure.

Si les patients ont accès librement à leurs chambres toute la journée, en revanche, les unités leur offrent peu d'espaces de vie collective ; la plupart du temps, cela se résume à la salle à manger et à un local télévision. Ainsi, dans le secteur 4 pavillon E, la salle à manger n'est ouverte qu'aux heures de repas et le local télévision ne permet pas de recevoir plus de cinq ou six personnes. Ce n'est pas le cas des unités du pôle 14 (unités Joffroy 1<sup>er</sup> étage et Ferrus Rdc), où les patients peuvent circuler librement d'un étage à l'autre et accéder notamment à une agréable cafétéria située au 2<sup>ème</sup> étage, qui propose notamment quelques livres et journaux.

Le site de l'hôpital est cerné par des murs et des clôtures. Il a été précisé aux contrôleurs qu'en temps normal l'accès était libre, notamment à de simples promeneurs ; au moment de la visite, en raison de la situation sanitaire et du confinement imposé, seuls un accès pour les voitures et un accès pour les piétons étaient ouverts et contrôlés.

Des visiophones sont placés aux entrées des pavillons et des unités d'hospitalisation.

L'équipe de sécurité du site est chargée des contrôles à l'entrée de l'hôpital et de la sécurité incendie ; elle peut être amenée à intervenir à l'intérieur de l'enceinte de l'hôpital à l'encontre

---

<sup>30</sup> Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, l'établissement souhaite préciser que « le secteur 13 filtre les entrées/sorties du bâtiment et n'a donc pas d'aile fermée ». Le CGLPL maintient son constat d'une porte d'unité fermée.

de personnes malintentionnées (vendeur de produits stupéfiants, personne voulant entrer de force dans une unité), ou sur appel d'une unité qui aurait vu un patient fuguer, ou en renfort en cas d'incident provoqué par un patient non maîtrisé malgré les renforts des unités voisines. Il a été déclaré aux contrôleurs que les agents de sécurité n'intervenaient jamais physiquement ; ils dialoguent avec la personne et assurent sa sécurité et celle des personnes présentes, sans jamais la toucher.

Les interventions restent relativement rares : deux à trois par mois pour présence d'un vendeur de produits stupéfiants, une dizaine par an pour un patient agité, moins de dix par an pour une personne malintentionnée dans l'enceinte ou pour une fugue.

Le PC sécurité est informé de l'occupation des chambres d'isolement avec l'indication d'une éventuelle contention et dispose de clés permettant d'y accéder (*cf. infra* § 7.2.2)

## 5.2 LA POSSIBILITE DE VERROUILLER LES PLACARDS ET COFFRES INDIVIDUELS DES PATIENTS N'EST NI UNIFORME NI TOUJOURS ADAPTEE ET LA POSSIBILITE D'ENTREtenir SON LINGE PERSONNEL DEPEND TROP SOUVENT DE LA FAMILLE

L'hôpital dispose d'une régie où les patients sont invités à déposer des sommes d'argent, valeurs et cartes bancaires. Ils ont aussi la possibilité de conserver des sommes peu importantes – entre 20 et 40 euros selon les unités – qu'ils peuvent placer dans des coffres individuels ou, s'ils préfèrent, confier au cadre de leur unité. Les sommes remises au cadre sont placées dans des enveloppes individuelles et tout mouvement fait l'objet d'un inventaire cosigné.

Dans la plupart des unités d'hospitalisation, chaque patient dispose d'un coffre de sûreté placé dans son armoire. Dans l'unité Ferrus Rdc, il a été signalé aux contrôleurs que ces coffres étaient en cours d'installation. Certains coffres disposent d'un code – qui ne fonctionne pas toujours (exemple, Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage) – et peuvent aussi être ouverts avec une clé universelle, qui est détenue par le cadre ; d'autres nécessitent l'utilisation d'une clé spécifique, que le patient peut conserver ou confier au cadre.

Dans certaines unités, les armoires individuelles peuvent être sécurisées à l'aide d'un cadenas ; en général, les patients doivent acheter le cadenas, sauf dans l'unité Joffroy 1<sup>er</sup> étage, qui fournit des cadenas qui ont tous la même clé, laquelle est détenue par le cadre.

Il a été déclaré aux contrôleurs que la crainte d'oublier le code et l'obligation de demander à un soignant de venir ouvrir le cadenas incitaient de nombreux patients à ne pas utiliser leur coffre ni le cadenas de leur armoire au détriment de la protection des biens qu'ils y ont placés.

Seules quelques unités disposent de verrous de confort dans les chambres des patients. Ces verrous ne peuvent être actionnés que de l'intérieur : ils permettent de sécuriser la chambre lorsqu'on y est mais pas lorsqu'on la quitte.

Parfois, des patients préfèrent confier leurs biens, notamment leurs téléphones portables, aux soignants par crainte de vols. L'examen des événements indésirables pour les années 2019 et 2020 (*cf. supra* § 3.2.2) révèle des cas d'intrusion dans des chambres et de vols dans plusieurs unités (unités Joffroy 1<sup>er</sup> étage, Magnan ouvert, Magnan USI, Ferrus Rdc, Benjamin Ball Rdc et 1<sup>er</sup> étage).

### PROPOSITION 9

Chaque patient doit pouvoir disposer d'un placard sécurisé avec un système de fermeture individuel fourni par l'établissement.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du GHU annonce son projet d'installer des coffres sécurisés dans les chambres individuelles au cours du premier semestre 2021, dans le cadre de la réforme des régies. Elle précise que les coffres ont été achetés et que leur installation est en cours.

Le CGLPL maintient sa recommandation sous forme de proposition, les travaux en cours ne concernant que les chambres individuelles et non pas les chambres doubles.

La plupart des unités disposent d'un lave-linge et d'un sèche-linge, mais les patients ne sont que rarement autorisés à confier leur linge personnel pour y être nettoyé ; c'est notamment le cas des pavillons J et K et de l'unité protégée du pôle 15. En général, ils sont invités à les confier à leurs familles.

Quelques unités proposent des vêtements aux patients indigents, qui proviennent de dons de soignants ou d'un vestiaire de l'hôpital appelé couramment « *vestiaire de l'aumônerie* ».

Des associations de santé mentale subventionnées par l'hôpital proposent aux patients nécessiteux des prêts ou dons de sommes d'argent, comme dans les unités du pôle 15 ou dans l'unité Benjamin Ball ; ils sont généralement destinés à faciliter la sortie d'un patient.

Il apparaît que le vestiaire de l'hôpital remplit de plus en plus difficilement sa fonction, ce qui est particulièrement préjudiciable vu la proportion de patients sans relais extérieur pour entretenir leur linge (cf. *supra* § 2.4) : depuis novembre 2018, les bénévoles qui le géraient, dans une pièce faisant partie des locaux affectés à l'aumônerie, sont partis. Les dons de vêtements ont cessé mais le local où se trouvent les vêtements antérieurement stockés est ouvert une fois par semaine, ce qui permet aux patients munis d'un bon ou accompagnés d'un membre du personnel soignant de venir chercher les vêtements dont ils ont besoin, mais sans qu'un « responsable » de ce vestiaire gère ce dispositif pourtant indispensable compte tenu du nombre de patients en grandes difficultés financières et sociales.

### PROPOSITION 10

L'hôpital doit rapidement réorganiser institutionnellement le vestiaire et faire en sorte que toutes ses fonctions, des dons de vêtements à leur distribution régulière, soient assurées de façon pérenne.

L'établissement annonce le 22 février 2021 dans ses observations en réponse au rapport provisoire que la réorganisation du vestiaire est en cours avec une échéance au premier semestre 2021.

## 5.3 LE PORT DU PYJAMA, SYSTEMATIQUE DANS CERTAINES UNITES, VA JUSQU'A IMPLIQUER L'INTERDICTION DE CONSERVER SOUS-VETEMENTS ET CHAUSSURES

Le port du pyjama répond à des règles variables d'une unité à l'autre. Parfois, il est systématique durant les premiers jours de l'admission ; il est souvent destiné à éviter les tentatives de suicide ou de fugue ; ou bien il est justifié par le fait qu'il « *aide le patient à prendre conscience de sa*

*maladie* » ; enfin, il arrive qu'il réponde au seul besoin de vêtir le patient, notamment en raison de son indigence.

La question de la conservation des sous-vêtements et de chaussures n'est pas réfléchi uniformément dans les unités, et des patients restent ainsi durablement nus sous leur pyjama et se déplacent avec les pieds protégés par de simple « sur-chaussures » en papiers, identiques à ce qui est proposé au voyageur qui doit passer sous un portique de détection métallique, ce qui leur retire toute possibilité de sortir dans le jardin de l'unité ; quelques unités proposent des sabots en plastique ou acceptent le port de chaussures dont les lacets ont été retirés. Au moment de la visite, tous les patients des unités Ferrus Rdc, Magnan ouvert, Magnan USI étaient en pyjama ; dans les deux unités du bâtiment Magnan, il leur était remis des sabots en plastique et les patients pouvaient changer de pyjama à tout moment en se servant dans un chariot disposé dans le couloir.

### RECOMMANDATION 7

Le port du pyjama doit être une exception dûment justifiée par une consigne médicale individualisée et temporaire. Le patient doit pouvoir porter des sous-vêtements et des chaussures protégeant correctement ses pieds en toutes circonstances.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction générale du GHU indique que la sensibilisation des services au port exceptionnel du pyjama doit être proposée aux instances au cours du premier semestre 2021.

Hormis l'interdiction de fumer à l'intérieur, les restrictions dans l'usage du tabac sont variables : dans certaines unités, les cigarettes et briquets sont conservés par les soignants, et remis aux patients qui le demandent lorsqu'ils sortent à l'extérieur ; au pavillon J, la distribution est limitée à sept cigarettes par patient et par jour ; dans l'unité Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage, il est remis à chaque patient qui en demande un maximum de quatre cigarettes par créneau d'ouverture du jardin. Certaines unités récupèrent cigarettes et briquets au moment d'aller se coucher. Quelques unités, comme l'unité Magnan ouverte, ne disposent pas de lieu permettant au patient de fumer lorsque l'accès au jardin est fermé, notamment la nuit ; il doit alors demander l'autorisation d'aller dans le jardin au soignant de l'équipe de nuit qui est libre de donner son accord ou non.

Les patients qui ne sont pas autorisés à sortir de leur unité n'ont pas toujours la possibilité de faire acheter leur tabac par des soignants (par exemple, l'unité Magnan USI) ; ils doivent alors faire appel à un proche, sinon, à la « *solidarité entre patients* ». Les unités proposent des substituts nicotiques sous forme de patches ou de gommes. L'unité protégée du pôle 15 laisse à disposition les cigarettes électroniques.

Toutes les chambres des unités d'hospitalisation possèdent un coin toilette avec douche, à l'exception de l'unité Magnan ouvert. Les patients de cette unité doivent se partager trois douches accessibles toute la journée. Ces douches, très demandées le matin, sont correctement équipées, avec un coin pour se déshabiller, un siège et des patères.

## 5.4 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR, QUI S'EFFECTUENT DANS DES CONDITIONS VARIABLES SELON LES UNITES, ONT ETE LEGEREMENT RESTREINTES DU FAIT DE LA COVID-19

Hormis à Magnan USI et dans l'unité protégée du pôle 15, où les téléphones portables sont systématiquement confisqués, les restrictions sur la conservation des téléphones portables sont

rare et font l'objet d'une consigne médicale précisant le nombre d'appels quotidiens et de numéros autorisés ; parfois, la consigne précise que le patient peut conserver son téléphone portable après que la carte SIM en a été retirée. Dans certaines unités, les cordons d'alimentation sont remis aux soignants en raison des risques de suicide ; les patients peuvent alors confier leurs téléphones le temps de les recharger. Dans l'unité Benjamin Ball Rdc, qui reçoit des adolescents, ces derniers se voient retirer leurs téléphones portables sur prescription médicale au moment du coucher pour éviter qu'ils passent la nuit à s'en servir pour jouer. Quelques unités, notamment Magnan USI et unité protégée précitées, disposent d'un poste téléphonique, placé dans un couloir, où la confidentialité n'est pas assurée. Dans la plupart des unités, les patients peuvent demander aux soignants de composer le numéro d'appel sur un téléphone fixe – sauf contre-indication médicale – puis le transférer sur un téléphone sans fil qui leur est prêté le temps de l'appel, ce qui leur permet d'aller téléphoner en toute confidentialité. Les appels sont gratuits et peuvent être internationaux.

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier sans devoir quitter leur unité et sans aucun contrôle à l'exception des colis reçus, qui sont ouverts par le destinataire en présence d'un soignant ; il est ainsi arrivé qu'un colis contienne de la nourriture périssable, qui a été confisquée, ou des cigarettes, qui ont été conservées par les soignants pour être remises au patient en respectant les règles de vie de l'unité (cf. *supra* § 5.3). Selon les unités, le courrier départ nécessite l'apposition d'un timbre ou non ; dans l'affirmative, le timbre est payé par le patient, qui doit s'en faire remettre par un proche ou sortir de l'hôpital pour en acheter ; il a été déclaré aux contrôleurs qu'aucun patient ne s'en était jamais plaint et que les envois de courrier étaient rares.

En temps normal, les proches peuvent rendre visite aux patients dans de bonnes conditions : horaires larges et souples, accès aux chambres dans certaines unités, mise à disposition de petits salons ou, à défaut, d'un bureau libre. Les restrictions liées à la période de confinement sont présentées diversement et ont eu des répercussions inégales selon les unités : visites autorisées dans le hall exclusivement et en nombre restreint (Ferrus Rdc), interdites dans les chambres (secteur 3 Lévy-Valensi, Magnan ouvert), libres (secteur 4 pavillon E, pavillon K), libres sur rendez-vous pour ne pas dépasser quatre visiteurs simultanément (pavillon J et unité protégée du pôle 15).

Chaque unité dispose d'un téléviseur installé soit dans la salle à manger, soit dans un salon de taille parfois restreinte équipé de fauteuils ; ainsi, le local télévision du pavillon E ne peut pas recevoir plus de trois personnes ; dans certaines unités, comme Magnan ouvert, par mesure de précaution liée au Coronavirus, le nombre de patients présents dans le local est limité à deux ou trois. En général, le téléviseur est éteint à une heure permettant de voir jusqu'au bout les diffusions de première partie de soirée.

Les patients peuvent généralement conserver leurs ordinateurs personnels sauf de rares contre-indications médicales ; l'unité 5109 du pôle 16 dispose d'une tablette qui peut être prêtée à un patient. A l'inverse, l'unité protégée du pôle 15 les interdit. Dans les bâtiments équipés de la wifi, certaines unités permettent son accès aux patients avec un code individuel (unités Magnan ouvert et pavillon K, Benjamin Ball Rdc et 1<sup>er</sup> étage), d'autres ne le permettent pas (pavillon J), sans lien avec l'accès laissé ou non au téléphone portable. Dans certaines unités, les patients peuvent conserver leurs appareils du type lecteur MP3 sauf contre-indication médicale (par exemple, l'unité protégée).

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Il conviendrait de déployer le wifi dans les unités d'hospitalisation afin de permettre un accès internet gratuit aux patients.

L'établissement précise le 22 février 2021 dans ses observations en réponse au rapport provisoire : « *déployer le wifi dans les unités d'hospitalisation pour permettre un accès gratuit aux patients* » est « *planifié dans le cadre du schéma directeur des systèmes d'information* » et reçoit une « *mise en place progressive* ».

## 6. LES SOINS

### 6.1 LA PRISE EN CHARGE EN URGENCE EST ORGANISEE EN PLUSIEURS FILIERES

La prise en charge de l'urgence et de la crise est organisée en plusieurs filières :

- le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) sur le site de Sainte-Anne ;
- les équipes soignantes psychiatriques relevant des pôles du site de Sainte-Anne dans quatre services d'accueil et d'urgence (SAU) parisiens ;
- un centre d'accueil et de crise (CAC) géré par le pôle 5-6-7.

Ces filières sont en place et plus ou moins articulées dans un contexte où le schéma directeur régional des urgences psychiatriques est toujours en cours d'élaboration (ce qui a des incidences sur l'articulation avec le SAMU) et alors que le groupe « urgences » du projet d'établissement du GHU n'a pour l'instant pas réussi à résoudre la question d'une organisation structurée de l'accueil d'urgences entre ces filières.

#### 6.1.1 Le CPOA

Le CPOA, ouvert 24h/24, a une vocation régionale et n'est pas réservé à l'accueil en urgence des patients du site de Sainte-Anne. Il accueille en urgence et en consultation sans rendez-vous toute personne venant d'elle-même ou orientée par tous types de service, du médecin de ville au SAU, en passant par police secours et les pompiers (sauf les SDRE qui relèvent le plus fréquemment de l'IPPP).

Le CPOA réalise aussi des visites à domicile (VAD), dans le cadre d'un dispositif gradué de réponse à l'urgence psychiatrique.

Il a également une fonction de régulation téléphonique et de répartition entre les secteurs de psychiatrie d'Ile-de-France des patients au « domicile indéterminé en région parisienne » (DIRP). Il opère enfin une plate-forme téléphonique d'information « Psy Ile-de-France ».

En 2019 on relève 12 350 passages de patients, dont 56,33 % en provenance du domicile, 16,64 % de l'hôpital général, 16,03 % de la voie publique, 5,93 % d'institutions sociales et médico-sociales. 76,09 % des patients sont venus par leurs propres moyens, 16,81 % en ambulance, 2,28 % accompagnés par les pompiers et 1,7 % accompagnés par la police.

#### a) Les locaux et l'accueil

Après un accès par quelques marches ou une rampe adaptée aux personnes à mobilité réduite (PMR), on accède au centre d'un bâtiment en L à un hall d'accueil doté d'un grand panneau informant sur le déroulement de la consultation au CPOA et sur les orientations ; ces informations, très claires, sont également disponibles sur la page CPOA du site du GHU.

Dès leur arrivée, les personnes sont accueillies par un IDE à travers une large banque ouvrant sur le bureau d'accueil. Cette banque est actuellement équipée d'un plexiglas souple de façon à assurer la prévention de la pandémie de Covid-19. Les personnes sont enregistrées au plan administratif et il leur est demandé si elles ont sur elles des médicaments ou des objets dangereux. On leur explique qu'elles vont être reçues rapidement par un IDE, puis si nécessaire par un psychiatre. Elles sont ensuite invitées, ainsi que leur éventuel accompagnant, à s'asseoir dans une salle d'attente voisine de l'accueil. Les témoignages des personnes présentes dans la salle d'attente et les observations des contrôleurs sont concordants sur un délai d'attente maximal de 45 minutes le jour de la visite. Les entretiens avec les IDE ont lieu par ordre d'arrivée,

sauf exception médicalement justifiée. La salle est partagée en deux zones sensiblement égales séparées par des claustras, l'une dotée de banquettes pour l'attente, l'autre pour les entretiens infirmiers dotée de tables rondes et matérialisée au sol par des bandes « zone de confidentialité ». L'aménagement de cette salle d'environ 60 m<sup>2</sup><sup>31</sup> a volontairement été pensé comme un lieu d'accueil et d'entretien le plus banalisé possible. Cette organisation de prime abord surprenante ne nuit pas à la confidentialité des entretiens des patients avec les IDE : un fond musical discret est diffusé, de la partie salle d'attente on entend légèrement les voix mais pas le contenu des échanges. Une porte, ouverte 24h/24, donne sur un jardin.

De chaque côté de l'accueil et de la salle d'attente, deux ailes se déploient, où se situent :

- une salle où se gèrent l'accueil et la régulation téléphoniques ;
- une salle de réunion et des bureaux administratifs ;
- quatre chambres individuelles en bon état, équipées d'un lit hospitalier, d'une table, d'une chaise et d'une salle d'eau (lavabo, douche, WC) attenante dans un état moyen. Ces salles d'eau sont fermées à clé de façon systématique, le patient doit en demander l'ouverture. Les motifs justifiant la fermeture des salles d'eau n'ont pas convaincu les contrôleurs : prévenir les risques de suicide, mais ils semblent limités car les pommeaux de douche sont muraux, sans flexible ; prévenir la potomanie de certains patients (une coupure de l'arrivée d'eau pourrait être effectuée dans ce cas) ; favoriser l'apaisement, ou bien garder le contact en incitant (de fait contraignant) la personne à demander l'ouverture de la salle d'eau.

#### PROPOSITION 11

Les salles d'eau attenantes aux chambres, permettant l'utilisation d'un WC et d'un point d'eau, doivent être laissées en permanence libres d'accès aux patients qui y sont accueillis. La limitation de cet accès ne peut être envisagée que pour des raisons médicales identifiées.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, l'établissement indique qu'une « sensibilisation des services au fait que l'accès aux salles de bain ne peut être restreint que sur avis médical » doit être faite à échéance du premier semestre 2021.

- deux boxes pour des prises en charge courtes, qui sont en fait des petites chambres dotées d'un lit pour tout équipement ;
- plusieurs WC, ainsi qu'une salle de bains pour PMR ;
- quatre bureaux d'entretiens médicaux ;
- une chambre de « réanimation psychique en soins intensifs » attenante au poste de soins lui-même contigu au bureau d'accueil des IDE, dotée d'une porte vitrée donnant sur les locaux des soignants et d'une porte pleine donnant sur le couloir, équipée d'un lit hospitalier classique, qui a trois fonctions :
  - l'apaisement d'un patient ;
  - l'isolement de la salle d'attente pour des patients agités, ou bien pour ceux qui ont été amenés menottés par police secours et qui sont démenottés au départ de l'équipage policier, en attendant leur entretien avec un IDE ;

<sup>31</sup> Dont le mobilier était en court de renouvellement le jour de la visite des contrôleurs.

- elle est également utilisée pour réaliser des contentions (cf. § 7.1.5).

Il a été assuré aux contrôleurs qu'elle n'était jamais fermée à clé quand un patient s'y trouve. En cas d'occupation de cette chambre, les quatre chambres et les deux boxes peuvent également être utilisés pour les mêmes fonctions.

#### *b) Le personnel et l'organisation d'équipe*

Un effectif d'infirmiers constitue des équipes tournantes de cinq IDE le matin, six IDE l'après-midi, cinq IDE la nuit dont trois hommes. S'y ajoutent trois IDE pour les VAD d'urgence et un ASHQ matin et après-midi. En cas de besoin, il est fait recours à l'intérim. Les nouveaux IDE sont en doublure pendant un mois ; les soignants accèdent à des formations notamment à la désescalade et les alternatives à la contention. Deux cadres de proximité sont présents de 8h à 20h.

Le personnel médical est composé pour l'ensemble du pôle de neuf praticiens hospitaliers et assistants (8,4 ETP), quatorze attachés (5 ETP) et trois internes.

Un *staff* d'une heure se tient tous les matins à 8h45, réunissant les médecins de garde de nuit, les IDE du matin, les cadres de santé, les médecins et internes présents et le chef de service.

#### *c) Le parcours patient et l'orientation*

A la suite de l'évaluation réalisée par l'IDE, le dossier est présenté à un médecin psychiatre, qui reçoit à son tour le patient et éventuellement la personne qui l'accompagne. Le médecin, en lien avec l'infirmier référent, décide alors soit d'un temps d'observation, de « consultation prolongée », d'« hospitalisation brève » sur place, ou bien d'une réorientation.

Un patient peut être réorienté vers un SAU quand il relève d'un secteur qui y détache des soignants de psychiatrie (médecins, IDE), du moins pendant les heures où ces soignants y sont présents. C'est également le cas pour les patients qui relèvent de certains secteurs qui font systématiquement une évaluation à l'arrivée du patient, même si celui-ci est passé par le CPOA. Dans ce cas le patient est directement adressé à son unité d'hospitalisation complète de secteur.

Si la situation d'une personne présente la nécessité d'un avis somatique, ou en cas d'affluence au CPOA, les patients sont réorientés vers les SAU.

A l'issue des entretiens ou d'un temps d'observation, le patient peut repartir avec une prescription et une orientation vers un CMP ou un psychiatre libéral, ou bien une orientation peut être décidée vers une unité d'hospitalisation d'un secteur de psychiatrie ou vers une clinique privée. Dès que l'indication d'hospitalisation dans une unité de secteur est posée, le transfert est organisé, y compris la nuit. La nécessité de transférer la nuit peut tenir à la gestion du flux de patients présents.

Le CPOA se donne le temps et les moyens de rechercher les proches d'un patient afin d'éviter une mesure de SPPI, y compris quand un certificat médical en SPPI a déjà été réalisé par un SAU qui adresse au CPOA pour désignation du secteur, et même si, parfois, dans un contexte de pression sur les lits, une unité ne prendrait qu'un patient en SSC. Une fiche traçabilité a été élaborée à cet usage, elle est utilisée par les IDE qui ont la pratique de l'investigation. Elle prend en compte une recherche de tiers qui aurait été effectuée en amont, elle fait apparaître la durée de la recherche d'un tiers qui peut s'étendre d'une à vingt-quatre heures, elle précise les motifs de l'absence d'un tiers identifié ; si un tiers est présent ou a été joint à distance et ne peut signer la demande de soin, elle précise le motif de cette impossibilité. Le temps nécessaire à cette

recherche peut déterminer la poursuite de l'accueil de la personne durant plusieurs heures, voire la nuit. Les internes ont été informés de la volonté de limiter le recours à la procédure de SPPI. En 2019, 47,01 % des patients n'ont pas été hospitalisés à l'issue de leur passage au CPOA. Parmi les 5 278 patients hospitalisés, 94,83 % l'ont été dans une unité d'un secteur de psychiatrie.

### BONNE PRATIQUE 7

Le CPOA se donne le temps et les moyens de rechercher les proches d'un patient afin d'éviter une mesure de SPPI.

#### *d) La régulation téléphonique et la répartition des patients entre secteurs*

La régulation de l'accueil psychiatrique en urgence en Ile-de-France fonctionne 24h/24 et dispose de deux lignes tout public et d'une ligne réservée au SAMU et aux pompiers. L'infirmier régulateur est en lien permanent avec ses collègues de l'accueil du CPOA.

Le CPOA a la mission de désigner le secteur psychiatrique dont relèvent les patients et en particulier de répartir les nouveaux patients dont le domicile est indéterminé en région parisienne (DIRP). Il s'appuie sur une note de l'ARS datée de 2013 qui a rappelé les principes de la sectorisation psychiatrique et fixé les règles de désignation du secteur dont relèvent les patients en fonction de leur situation au regard du domicile de façon à garantir l'accès et la continuité des soins.

#### *e) La plate-forme téléphonique « Psy Ile-de-France »*

C'est à partir du CPOA qu'opère la plate-forme téléphonique « Psy Ile-de-France »<sup>32</sup>, numéro gratuit qui fonctionne de 11h à 19h, 7j/7 avec une mission d'évaluation, d'information, d'écoute et de soutien, auprès de tout public dont les professionnels (comme les infirmières scolaires).

Bien que tous les appels à la plate-forme « Psy Ile-de-France » ne soient pas tracés, le retour d'expérience fait apparaître que, pensée au départ pour répondre à l'entourage de personnes présentant des troubles psychiques, elle reçoit finalement beaucoup d'appels de malades.

Les répondants à la régulation et à la plate-forme sont des IDE régulateurs formés à l'accueil, et un psychologue pour la deuxième ligne de « Psy Ile-de-France » mise en place à l'issue de la première vague de Covid-19, lequel peut assurer jusqu'à trois rendez-vous téléphoniques avec un appelant.

#### 6.1.2 Les SAU parisiens où interviennent des soignants des secteurs rattachés au site de Sainte-Anne

Les équipes soignantes psychiatriques relevant des pôles du site de Sainte-Anne sont présentes dans quatre services d'accueil et d'urgence (SAU) parisiens :

- à l'hôpital Cochin (pôle 5-6-7) : les soignants sont présents 24h/24, mais il n'y a plus de psychiatre de minuit à 9h ;
- à l'hôpital Saint-Joseph (pôle 14) : les soignants sont présents de 8h30 à 18h30, 7j/7 ;
- A l'hôpital européen Georges Pompidou (pôle 15) : les soignants sont présents de 8h30 à 18h30, 7j/7 ;

<sup>32</sup> 01 48 00 48.

- à l'hôpital Ambroise Paré (pôle 16) : les soignants sont présents de 8h30 à minuit, 7j/7. Ces SAU n'ont pas été visités par les contrôleurs.

### 6.1.3 Le centre d'accueil et de crise (CAC) Ginette Amado

Ce CAC est géré par le pôle 5-6-7. Il est destiné exclusivement aux patients résidents dans les 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> arrondissements. Le 7<sup>ème</sup> arrondissement ayant été récemment intégré à ce pôle, l'offre de soins du CAC n'est pas encore ouverte aux habitants de cet arrondissement. Il est ouvert 24h/24, 7j/7. L'accueil est inconditionnel, sans nécessité d'une indication médicale préalable.

Historiquement situé au cœur du 6<sup>ème</sup> arrondissement pour que les patients accueillis le soient au plus près de leur domicile, il est depuis mars 2020 provisoirement hébergé dans l'enceinte du site de Sainte-Anne pendant la durée de travaux dans l'immeuble de son implantation.

Il dispose de six lits d'hospitalisation dans quatre chambres simples et une chambre double (neuf lits sur le site habituel) et de douze places d'accueil à temps partiel. L'équipe du CAC pratique « l'accueil mobile » : elle peut si nécessaire recevoir une famille demandeuse d'avis et de soutien pour un proche qui ne se déplace pas vers les services de soins, et réaliser des VAD en urgence en binôme avec l'équipe du CMP.

L'équipe est stable, pluridisciplinaire et organisée pour maintenir la référence médecin et IDE pendant toute la prise en charge d'un patient. L'effectif de fonctionnement du personnel non médical est de deux IDE matin et après-midi ainsi que trois IDE de journée, et deux IDE de nuit (tous les IDE tournent sur les trois postes) plus un ASHQ matin et après-midi. L'effectif médical est constitué d'un PH à temps plein et un assistant. Une psychologue est également présente.

Le patient arrivant est accueilli par un IDE, qui présente ensuite le dossier au médecin et à l'équipe. Une hospitalisation à temps plein au sein du CAC peut être proposée pour quatre à cinq jours maximum. Une hospitalisation à temps partiel peut aussi être proposée au sein du CAC, ou une prise en charge ambulatoire en lien avec le CMP. Les patients nécessitant une hospitalisation de plus longue durée sont transférés dans l'unité d'hospitalisation du secteur. Au jour de la visite des contrôleurs, quatre patients hospitalisés à plein temps et cinq à temps partiel sont présents, tous en soins libres. Des patients en SDDE peuvent être accueillis.

Le CAC ne dispose ni d'une chambre d'isolement ni de matériel de contention et l'équipe n'en souhaite pas pour éviter le risque de ce que qu'un médecin nomme le « *tapis roulant de la psychiatrie* » ; face à un patient agité, l'équipe préfère la négociation et la « *contention humaine* ».

Tous les locaux sont ouverts, dont le portail du jardin qui fait office de porte d'entrée du CAC ; sur les instances de l'établissement, l'équipe du CAC s'est résolue à fermer ce portail la nuit, mais ce n'était pas son intention première.

Les chambres sont équipées de verrous intérieurs.

Bien qu'il y ait dans l'équipe pluridisciplinaire conscience du caractère stigmatisant de la mesure, il peut être occasionnellement demandé à une personne hospitalisée de se mettre en pyjama (le pyjama personnel est possible) dans des cas de patients non connus et très désorganisés. Ces mises en pyjama ne font pas l'objet de consignes médicales, elles sont laissées à l'appréciation de l'équipe infirmière, au discernement de laquelle les médecins font toute confiance. De même, le médecin présente au patient le retrait nocturne du téléphone (ou du chargeur) comme systématique, mais les IDE appliquent ce retrait en fonction de la situation. Il serait souhaitable

d'inverser la proposition : les téléphones sont à la libre disposition des patients, sauf raisons médicales évaluées.

## 6.2 LES MODALITES D'ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES RESPECTENT LES DROITS DES PATIENTS

Tous les secteurs permettent l'accès à une prise en charge ambulatoire diversifiée à travers les centres médico-psychologiques (CMP), hôpitaux de jour (HJ), équipes mobiles, centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) sauf le secteur du 7<sup>ème</sup> arrondissement qui n'en dispose pas. De façon notable, le CMP du secteur 13 est ouvert, hors restrictions sanitaires liées à la Covid-19, de 9h à 20h du lundi au vendredi.

Dans les services, les contrôleurs ont pu observer que les patients bénéficiaient partout, régulièrement et parfois plusieurs fois par semaine d'entretiens avec un médecin psychiatre, et un interne. Sauf exception, il y a toujours au moins un médecin senior le matin et l'après-midi, en plus de l'interne. Selon le nombre de médecins et internes qui interviennent dans l'unité, un système de médecin-référent est parfois adopté, comme au pavillon K où un médecin senior parmi les trois alternativement présents et un interne parmi deux sont référents d'un patient, ou encore au secteur 17-18. Une organisation pyramidale peut aussi exister, comme au secteur 14 unité protégée où un patient voit un interne tous les jours, un assistant en fonction des besoins, un PH une fois par semaine lors de la « visite en chambre » réalisée par un aréopage médical. Les patients peuvent ainsi être sollicités quotidiennement pour un entretien médical au cours de l'hospitalisation.

Les traitements sont régulièrement revus et ajustés.

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

La permanence des soins hors heures ouvrables est assurée pour tout le site de Sainte-Anne, en premier niveau, par un interne de garde de psychiatrie. Cette garde est placée sous la responsabilité d'un senior d'astreinte.

Les entretiens se tiennent avec les infirmiers dans la mesure de leur disponibilité. Ils ne sont pas formalisés dans le dossier médical dans tous les services.

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu très régulièrement dans toutes les unités. Les réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins dans la mesure du possible : psychiatres, généralistes parfois, internes, assistantes de service social, psychologues, infirmiers, aides-soignants.

Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps spécifique.

Les soignants bénéficient ainsi d'une réflexion en équipe pluridisciplinaire étayée par des références médicales pour accéder à l'expression des potentiels thérapeutiques et de la connaissance clinique. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

En revanche, il n'y a que très peu de réunions institutionnelles entre pôles pour évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques. Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire communiqué le 12 janvier précédent, le GHU précise : « *La crise sanitaire et les restrictions qu'elle impose n'ont pas permis de montrer le nombre important de réunions institutionnelles entre pôles pour évoquer les difficultés de prises en charge ou échanger sur certaines pratiques : neuromodulation, avis addictologie, psychiatrie gériatrique, etc.* ».

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante de service social. Les familles sont associées au projet de soin dans toutes les unités.

La mise en œuvre de la rédaction des directives anticipées en psychiatrie n'est pas encore développée et, en raison de l'épidémie de Covid-19, il n'y a plus de réunions soignants-soignés dans les quelques services où elles étaient mises en place.

Par ailleurs, les activités, occupationnelles et thérapeutiques, intégrées au projet de soin, sont plus ou moins développées selon les services. Tous proposent des prises en charge pluridisciplinaires et l'intervention de psychomotriciens, ergothérapeutes, art-thérapeutes, mais en période de crise sanitaire les activités de groupe étaient réduites. L'accès à des outils comme la médiation animale, le piano, les jeux vidéo, la lecture vidéo et le baby-foot sont souvent possibles.

Certains services ont une offre et un plateau technique importants comme les unités du secteur 13 qui partagent un espace au 2<sup>ème</sup> étage. Le secteur 3 mutualise les capacités de prise en charge de l'hôpital de jour contigu à l'unité d'hospitalisation complète, permettant aux patients des sorties sans rupture des soins engagés.



*Salle d'ergothérapie et cafétéria pour les unités du secteur 13*

Toutefois, les unités qui disposent de salles d'activités sont peu nombreuses et il y a rarement une information organisée relative aux activités thérapeutiques. Le bouche-à-oreille entre patients ou la prescription médicale semblent les moyens les plus usités pour diriger les patients vers les activités. Cela est particulièrement préjudiciable aux patients dans les unités fermées qui ne disposent pas d'activités visibles dans le service.

Chaque pôle est le support d'une association permettant le financement et la gestion des activités. Les gestionnaires de ces associations indiquent avoir, grâce à elles, les moyens de remplir ces missions.



*Salles d'activités physiques et d'ergothérapie du pôle 16*

Une seule unité, celle du secteur 4 au pavillon E (secteur dépourvu en extra hospitalier de CATTP), ne dispose d'aucune salle d'activité autre qu'une table et cinq chaises dans le renforcement situé entre le jardin et la porte d'entrée, ainsi qu'une petite salle de télévision.



*Espace d'activité et salle de télévision du pavillon E du secteur 4*

## 6.3 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST TOTALEMENT ASSURE

### 6.3.1 Le pôle somatique

Le projet médical partagé met l'accent sur le développement des soins somatiques dans l'amélioration des liens avec la médecine de ville mais aussi la création d'un hôpital de jour somatique ouvert à tous les patients de psychiatrie ou qui présentent un handicap pour proposer un bilan somatique complet avec regroupement des consultations spécialisées, l'accès à l'imagerie, aux bilans biologiques, l'accès à la neurophysiologie en lien avec le médecin traitant. Ce projet d'hôpital de jour est prévu à l'horizon 2022.

Le projet médical aborde également l'achèvement du dispositif « Psysom » destiné aux patients dépourvus de médecin traitant, dispositif qui s'appuie sur le déploiement d'infirmiers de pratique avancée (IPA) formés à la prise en charge somatique et permettant un accompagnement dans la prise en charge en centre de santé et en éducation thérapeutique, avec la participation de médiateurs pairs pour l'animation des programmes.

En ce qui concerne l'offre de soins actuelle pour les services de psychiatrie, les médecins généralistes présents dans l'établissement sont réunis au sein d'un pôle spécifique à l'échelle du GHU, abrité sur le site de Sainte-Anne, dans un bâtiment préfabriqué.

Outre le médecin chef de service, quatre médecins somaticiens se partagent trois ETP (deux praticiens hospitaliers et deux attachés à mi-temps) ; deux postes à temps plein sont cependant actuellement vacants ce qui limite un total déploiement de l'offre de soins. Un interne à temps partiel est également affecté au service et des médecins réservistes (réserve sanitaire) permettent une présence de somaticiens dans l'unité Covid du lundi au samedi matin (cf. § 8.1). Les médecins généralistes sont répartis dans les unités d'hospitalisation ; certains assistent aux *staffs* du matin.

Les demandes d'examen s'effectuent sur le logiciel *Cortexte* sur repérage des soignants ou demande des patients. Les consultations se font soit dans les unités pour les patients dont la sortie est difficile ou au sein des bureaux du pôle somatique. Le médecin généraliste est assisté d'un infirmier du pôle somatique (en unité comme au sein du pôle). L'équipe comprend, à l'échelle du GHU, sept infirmiers et bientôt un huitième ; deux infirmiers seront ainsi bientôt affectés au site de Sainte-Anne où il n'y en a qu'un actuellement.

Au sein même du pôle somatique, des consultations de gynécologie sont proposées. La contraception est gérée par les psychiatres et la gynécologue, mais pas par les somaticiens.

Les somaticiens n'examinent pas tous les patients nouvellement admis mais uniquement ceux pour lesquels les psychiatres souhaitent un avis car l'admission dans les services se fait majoritairement *via* les services d'urgences où les patients ont été examinés par les urgentistes. Les patients placés en isolement sont par contre systématiquement examinés au moins une fois par les somaticiens.

Les éléments médicaux somatiques sont consignés dans le dossier médical informatisé de *Cortexte*, et sur accord du psychiatre, une synthèse somatique s'inscrit dans le compte-rendu global d'hospitalisation du patient pour le médecin traitant.

La permanence des soins somatiques est assurée par le dispositif de garde et d'astreinte de psychiatrie. Un somaticien est joignable 24h/24 au téléphone pour des avis et conseils mais ne se déplace pas la nuit et les week-ends.

### 6.3.2 L'accès aux autres soins spécialisés

Pour tous les besoins d'examens et d'avis spécialisés, les patients ont accès facilement au plateau technique du bloc neurosciences de Sainte-Anne. Les structures privées avoisinantes peuvent être également sollicitées pour des spécialités manquantes comme la dermatologie et actuellement la cardiologie dont le poste est vacant.

Le site de Sainte-Anne dispose également d'un service hospitalier d'addictologie et d'un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Un des médecins généralistes était auparavant également au CSAPA mais actuellement il n'y a plus d'addictologue dans l'équipe du pôle somatique.

Une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) spécifique « odontopsy » permet également l'accès aux soins dentaires pour tous les patients du GHU, de psychiatrie ou qui présentent un handicap moteur.

Par le biais de ses observations en réponse au rapport provisoire, l'établissement ajoute qu'il est aussi possible de recourir à l'unité de psychiatrie de l'adulte âgé qui fait partie du pôle 16.

Les électroconvulsivothérapies (ECT) sont réalisées dans le bâtiment des neurosciences par les psychiatres et l'équipes des anesthésistes. Des mesures d'isolement sont décidées pour s'assurer que le patient sera à jeun en vue de l'anesthésie (cf. § 7.3).

Le pôle somatique dispose d'un aide-soignant chargé de l'accompagnement des patients vers les spécialités au bloc neurosciences ou à l'extérieur de Sainte-Anne. La présence de cet aide-soignant est rapportée comme facilitatrice de l'acceptation comme de la réalisation pratique des examens et consultations extérieures, le soignant pouvant rapporter les résultats.

### 6.3.3 L'accès aux traitements

L'accès aux traitements respecte la sécurité et la confidentialité.

La pharmacie à usage intérieur (PUI) des sites de Sainte-Anne et de Perray-Vaucluse assure le circuit du médicament ; la PUI, sur le site de Sainte-Anne, est positionnée dans des locaux suffisamment grands mais actuellement sans chauffage.

A Sainte-Anne, la PUI réapprovisionne les services en dispensation nominative hebdomadaire. Une dotation d'urgence classique est mise en place.

Dans les unités, les infirmières confectionnent les piluliers journaliers et délivrent le traitement aux patients de manière confidentielle un par un dans la salle de soins ou le bureau infirmier. Les unités du secteur 14 disposent d'un local spécifique permettant un temps d'échange autour du médicament.

L'équipe est composée (pour l'ensemble du périmètre de la PUI) de six pharmaciens (dont quatre pharmaciens hospitaliers, un assistant et un second en cours de recrutement), de cinq postes d'internes en pharmacie et d'externe en pharmacie, d'un cadre de santé, de quinze préparateurs en pharmacie, et de personnels administratifs et agents de stérilisation. Une astreinte de pharmacie est organisée à l'échelle du GHU.

Le contrôle des prescriptions est réalisé à 100 %, sans difficulté rapportée pour corriger les prescriptions le nécessitant.

Les pharmaciens participent régulièrement aux réunions de synthèse du lundi dans certains services. La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se réunit environ trois fois par an. Plusieurs psychiatres sont présents aux réunions ainsi qu'un médecin généraliste.

La pharmacie hospitalière développe des activités cliniques particulières dans certains secteurs :

- la conciliation médicamenteuse ;
- l'éducation thérapeutique, à laquelle tous les pharmaciens ont été formés.

## 7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT CONFONDUES AVEC DES CHAMBRES D'HOSPITALISATION

L'établissement répertorie huit chambres d'isolement (CI) spécifiquement équipées pour cet usage (même si elles peuvent être amenées à servir de chambre d'hospitalisation), à raison de trois chambres dans l'unité Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage du secteur 17-18, deux dans l'unité protégée du secteur 14, une dans l'unité Magnan USI du secteur 15 et deux dans le pavillon J du secteur 16. Les unités des secteurs 4, 3, 13 utilisent des chambres d'hospitalisation individuelle à défaut d'avoir un espace dédié ou une CI. L'éventail est ainsi très large entre l'utilisation de CI se rapprochant des recommandations de la haute autorité de santé (HAS) et l'absence d'espace dédié. Toutes les chambres d'isolement sont néanmoins comptabilisées par les soignants et cadres en tant que chambres, dans une confusion entre outil de mise en sécurité et chambre d'hospitalisation (cf. § 7.2).

Globalement, les chambres d'isolement ayant fait l'objet d'une rénovation comportent un revêtement mural sécurisé tout en étant similaires à celui d'une chambre hôtelière.

Concernant le matériel de contention utilisé, il comprend partout des sangles à cinq points d'attache (ventrale et aux deux bras et deux chevilles) par un système à aimant, sauf au CPOA qui utilise un système de fermeture à clef. Les sangles sont nettoyées après utilisation.

#### 7.1.1 Pôle 16

Au pôle 16, l'unité Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage comporte trois CI identiques, deux partageant un même sas. Elles ne comportent qu'un lit métallique fixé au sol ; il n'y a pas de siège ou pouf. Une table à roulettes est amenée pour les repas. La pièce peut être aérée par une ouverture (en apportant une perche) en haut de la grande fenêtre permettant la vue sur l'extérieur. Une climatisation est installée. Le patient ne peut allumer ou éteindre seul la lumière. Il n'y a pas de bouton d'appel mural ou portatif lors des contentions. Le patient a un accès libre à une salle d'eau pourvue d'une porte fermable, et comportant WC, douche et lavabo en fonctionnement. La porte de la chambre comporte, à l'intérieur du sas, un fenestron permettant au soignant de voir l'intérieur de la chambre ; la porte du couloir est pleine et ne permet pas la visibilité sur la personne. Il n'y a pas d'horloge pour se réparer dans le temps. Les personnes disposent de draps, oreiller et couvertures.

Le patient ne peut pas fumer, sauf lorsqu'il bénéficie de sorties séquentielles. Des substituts nicotiniques sont proposés.



*Chambre d'isolement et salle d'eau, pôle 16*

### 7.1.2 Pôle 5-6-7

Dans le pavillon E du secteur 4, deux chambres individuelles d'hospitalisation sont bien identifiées pour les phases d'isolement. Elles sont appelées chambre sécurisée et chambre d'apaisement mais sont *de facto* utilisées en chambre d'isolement. Le lit est un lit métallique non fixé au sol ; un placard fermé par cadenas se trouve dans une des chambres. L'une d'entre elles est très petite (moins de 7 m<sup>2</sup>) mais lumineuse. Une salle d'eau est attenante à la chambre avec porte fermable (il est indiqué que la règle est de la laisser ouverte) ; elle comporte douche, WC et lavabo. L'aération est possible au niveau de la fenêtre en hauteur et un volet occultant peut être baissé ; le patient peut allumer ou éteindre la lumière.



*Chambre utilisée au pavillon E du secteur 4*

Un bouton d'appel est présent mais n'est pas accessible lors des phases de contention. Il n'y a pas d'horloge. Les deux chambres ne disposent pas de sas et un fenestron sur la porte permet la visibilité des personnes enfermées ou attachées depuis le couloir.

Les patients ne peuvent pas fumer car ils ne sont jamais accompagnés à l'extérieur ; des substituts nicotiniques sont proposés.

Le repas est servi dans la chambre sur une table à roulettes. Trois jeux de contention (avec scellés de vérification) sont à disposition des soignants, soigneusement rangés et propres, de trois tailles différentes.

Dans l'unité du secteur 3 Lévy-Valensi, l'isolement est pratiqué dans la chambre du patient, en retirant, le cas échéant, les petits meubles pouvant être dangereux (table de chevet et chaise).

Outre que les mesures sont, au regard du nombre de patients de la file active, très faibles en nombre, elles sont également courtes dans la durée. Les chambres disposent de boutons d'appel, de l'accès à la lumière, au volet, à l'aération de la pièce et à la salle d'eau (disposant de WC, lavabo et douche), du placard. Le lit est un lit d'hôpital classique. Les portes de chambres comportent une partie vitrée non occultable laissant voir le patient en isolement ou contention depuis le couloir.



*Chambre type du secteur 3 et fenestron de porte*

Les patients sont emmenés pour fumer dans un espace extérieur.

### 7.1.3 Pôle 15 SHU

Dans l'unité protégée du secteur 14<sup>33</sup>, les deux CI sont identiques et disposent d'un sas commun. Un fenestron sur la porte séparant le couloir des deux chambres n'est néanmoins pas occulté. Une horloge est positionnée dans le sas mais n'est pas visible par le patient s'il est contentonné. Le jour n'est pas indiqué sur cette horloge. L'accès est libre à une salle d'eau comprenant WC, douche et lavabo. Il n'y a pas de bouton d'appel dans la chambre ou au niveau du lit mais uniquement dans la salle d'eau. Le lit est fixé au sol et comporte les contentions déjà installées. Il n'y a pas de pouf ou fauteuil pour le soignant ou le patient. Le patient ne peut de lui-même allumer ou éteindre la lumière ni actionner le volet occultant. Une grande fenêtre apporte une belle luminosité à la pièce de même qu'une vue sur l'extérieur. L'aération de la pièce est possible par les soignants.

Le patient ne peut pas fumer durant le temps de l'isolement et des substituts nicotiques sont proposés.

Un bassin et un urinal sont donnés au patient lors des contentions.

L'unité Magnan USI du secteur 15 dispose d'une CI dite chambre sécurisée avec un lit fixé au sol, un pouf haut et un accès libre (sauf exception) à un WC et à une salle d'eau avec douche et lavabo. Il n'y a pas de sas mais deux portes d'accès différentes à la chambre, qui disposent toutes les deux d'un fenestron occultable. Le patient ne peut pas fumer ; il est placé au besoin sous substituts nicotiques. Il n'y a pas de bouton d'appel mural ou accessible lors des contentions. Il n'y a pas d'horloge ni indication du jour.

---

<sup>33</sup> L'unité protégée du secteur 14 compte dix-huit lits (six chambres individuelles et six doubles) et deux CI, même si les soignants indiquent vingt lits avec une répartition de quinze lits pour le secteur et cinq lits dits universitaires à vocation intersectorielle pour psychoses résistantes sur lesquelles la sismothérapie est souvent proposée. Une dizaine de patients sont en permanence sur liste d'attente sur les lits universitaires.

Le pavillon J du secteur 16 comporte deux CI, dont l'une est appelée chambre d'apaisement car son lit n'est pas fixé au sol et qu'elle n'a pas de sas. L'accès est en principe libre pour les WC et le lavabo. Il n'y a ni dispositif d'appel, ni accès à l'interrupteur de la lumière, ni horloge. Les patients prennent leur repas sur une tablette à roulettes apportée à l'occasion. Il n'y a pas d'accès au tabac pendant l'isolement.



*Chambre utilisée dans l'unité Magnan USI du secteur 15*



*Chambre d'isolement, unité protégée du secteur 14*



*Chambre d'isolement du pavillon J, secteur 16*

#### 7.1.4 Pôle 14

Aucune des unités du secteurs 13 ne dispose au moment du contrôle d'une CI. En cas de besoin, quelques chambres individuelles sont alors utilisées, deux ayant un lit fixé au sol. Toutes les portes de ces chambres comportent un fenestron permettant de voir les personnes isolées ou contentonnées à l'intérieur.



*Chambres utilisées au secteur 13 et patio fermé*

Les chambres disposent d'un bouton d'appel sauf lors des contentions. L'aération de la chambre est réalisée avec une perche au niveau de la fenêtre haute ; l'accès à l'interrupteur de la lumière est possible de même que l'accès à la salle d'eau comportant WC, douche et lavabo. Un petit jardin fermé permet aux soignants d'y amener les patients pour fumer, mais il n'est pas entretenu.

#### 7.1.5 Pôle CPOA

Au CPOA, les soignants indiquent ne pas faire d'isolement mais uniquement des contentions, principalement dans une pièce attenante à la salle des infirmiers, porte non verrouillée (*cf. supra* § 6.1.1.a).

Le matériel de contention de ce service est différent : sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles, dotées d'un système de fermeture à clef. Selon les précisions apportées<sup>34</sup>, l'attache ventrale n'est pas utilisée.

Les contentions ne sont pratiquées qu'après avoir recherché des alternatives, elles sont prescrites, avec une surveillance toutes les quinze minutes (durée spécifique au CPOA), elles ont une durée la plus courte possible, d'un quart d'heure à une heure, et un soignant reste à proximité immédiate derrière la porte. Le CPOA a mis très tôt en place un registre papier de la contention, contrôlé par le cadre de santé, et poursuit l'inscription de ces prescriptions dans le registre informatisé à partir de *Cortexte*. Les contrôleurs ont pu constater que les décisions de contention concernant des patients au CPOA n'apparaissent pas dans le registre informatisé.

Le registre n'indique ni isolement ni contention en 2020. En l'absence de traçabilité fournie aux contrôleurs, ces pratiques n'ont pas pu être analysées qualitativement comme quantitativement.

En conclusion, les contrôleurs observent une très forte hétérogénéité dans les locaux utilisés pour pratiquer l'isolement et la contention. Aucune CI ne répond totalement aux critères de respect de la dignité ; des chambres hospitalières sont parfois plus respectueuses des droits mais moins sécurisées et sources de pratiques diamétralement opposées entre un usage très faible à un usage plus fréquent que la moyenne (*cf. infra* § 7.2).

<sup>34</sup> Observations de l'établissement en réponse au rapport provisoire.

## RECOMMANDATION 8

Les chambres d'isolement doivent toutes disposer d'un dispositif d'appel y compris pendant les phases de contention, de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière, d'un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l'heure et de la date. L'intimité et la dignité du patient placé en isolement ou contention interdisent les fenestrons ouverts sur les couloirs.

Dans ses observations du 22 février 2021 en réponse au rapport provisoire, la direction générale du GHU indique que l'équipement de « *toutes les chambres d'isolement d'un système d'appel, de la possibilité d'allumer/éteindre la lumière, d'horloge et de sièges* » ainsi que l'obstruction « *des fenestrons ouverts sur les couloirs* » sont en cours à l'issue d'un groupe de travail sur les chambres d'isolement ayant rendu ses recommandations en décembre 2020. Lesdites recommandations sont mises en œuvre progressivement.

Afin de souligner la portée de sa préconisation, le CGLPL maintient la recommandation.

## 7.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION NE SONT NI ANALYSEES NI INTERROGÉES A L'ÉCHELLE DES SERVICES COMME DE L'INSTITUTION

### 7.2.1 La politique menée

L'établissement ne mentionnait déjà pas le sujet du recours à l'isolement et à la contention dans le *Projet médical partagé GHT psychiatrie et neurosciences 2017-2022*, ou dans le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS.

Seul le *Projet de soins et socio-éducatif partagé* évoque la prévention des violences par la formation des professionnels, le développement de visites à domicile médecin-infirmier et les pratiques d'isolement dans une fiche : « *L'isolement et contention : des pratiques encadrées et maîtrisées* ». Ce chapitre rappelle synthétiquement le cadre légal et détermine trois objectifs : le respect des droits et de la dignité des patients, la qualité et sécurité des soins et la formation des professionnels. Cinq propositions en découlent : élaborer et mettre en œuvre une campagne d'information à destination des professionnels, identifier les pratiques en matière d'isolement et contention, formaliser les échanges et réflexions sur la pratique, mettre en œuvre les recommandations de la HAS et élaborer un plan de formation spécifique. Seule la formation *Omega* (prévention des violences) a réellement été mise en place auprès de nombreux soignants, les autres propositions n'ayant pas été concrétisées.

Pour autant, un rapport 2019 sur la réduction du recours aux mesures d'isolement et contention a été présenté au conseil de surveillance le 26 juin 2020 après adoption par la CDU le 4 juin 2020. Il n'a pas été présenté à la CME, dont la réunion a été reportée à la suite de l'épidémie de Covid-19. Ce rapport intègre les réflexions d'un comité de pilotage composé de six membres dont trois vice-présidents de la CME. Il présente uniquement le chiffre global de l'isolement dans l'établissement, calculé à 20 % de la file active. Surtout, les observations du comité de pilotage indiquent déjà l'absence d'analyse institutionnelle des pratiques, rappellent les recommandations nationales et proposent une feuille de route 2020-2021 dans laquelle, outre la formation des agents à la prévention et à la prise en charge des violences, on trouve la nécessité de développer les mesures alternatives, de clarifier les aspects immobiliers et de disposer d'espaces adaptés. La crise sanitaire a malheureusement stoppé les réflexions en 2020.

Enfin, un audit expérimental qualité sur la traçabilité des pratiques d'isolement et de contention a été mené sur l'analyse de 160 dossiers patients de 2018 ; il notait des améliorations à apporter sur de nombreuses traçabilités comme le changement de statut pour les patients en soins libres en CI au-delà de douze heures d'isolement, les mesures alternatives recherchées, la prise en compte des addictions, le souhait du patient de prévenir quelqu'un.

L'établissement indique avoir surtout investi la formation de la prévention des violences par le programme *Omega*. Cette formation vise à développer des aptitudes chez les professionnels pour assurer la sécurité des intervenants et adopter les modes d'intervention les plus adaptés en situation d'agressivité. Malheureusement quelques services déplorent un manque de personnel rendant impossible la mise en œuvre de ces pratiques.

### RECOMMANDATION 9

L'établissement doit inscrire dans son projet d'établissement comme médical l'objectif d'un recours limité aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens à mettre en œuvre à cet effet.

Par le biais des observations au rapport provisoire, la direction du GHU annonce que l'objectif d'un recours limité aux mesures d'isolement et de contention a été intégré au projet d'établissement en cours de finalisation. Il est également prévu, à l'avenir, d'élaborer « *un plan d'actions sur la limitation du recours à l'isolement et à la contention* ».

Le CGLPL prend acte de ces annonces, mais maintient la recommandation afin d'en souligner la portée.

#### 7.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont reportées dans le logiciel *Cortexte* par les médecins (surtout les internes), qui renseignent le dossier informatisé du patient.

Plusieurs protocoles sont à la disposition des soignants dans le logiciel *ad hoc* disponible sur l'intranet : « *Isolement d'un patient en service de psychiatrie* » (version 21 février 2018) ; « *Contention d'un patient en service de psychiatrie* » (version du 16 février 2018) ; enfin une fiche du 25 mars 2019 précise la « *Procédure de prescription et de surveillance de l'isolement et de la contention dans Cortexte* », une « *procédure simplifiée* » ayant été diffusée le 24 avril 2020. Ces protocoles sont clairs et actualisés ; ils mentionnent que les services de sécurité incendie sont systématiquement informés de l'isolement ou contention d'une personne.

Un autre protocole est relatif à la « *Visualisation des registres des isolements et contentions dans Cortexte* » par les services et date du 20 juin 2019. Aucun service ne connaissait néanmoins, durant le contrôle, cette possibilité de visualisation des données et ne l'avait utilisé à des fins d'analyse.

Dans la pratique, les CI sont très souvent comptabilisées dans les lits d'hospitalisation avec soit des entrées directes en CI depuis l'extérieur sans disponibilité d'une chambre hospitalière, soit des patients placés en CI et dont la chambre d'hospitalisation n'a pas été conservée. Pour exemple, une unité de dix-huit lits et deux CI accueillait vingt patients au moment du contrôle, une autre de onze lits et une CI en accueillait douze. Plusieurs services avaient ainsi, au moment du contrôle, plus de patients que de lits (*cf. supra* § 2.4.1). Or le personnel initialement prévu pour ces lits n'a pas été modifié pour tenir compte des malades supplémentaires présents dans le service. Par ailleurs, les personnes placées en CI n'ayant plus de chambre hospitalière à la fin

de la crise, elles y sont maintenues sans que leur état de santé le nécessite, même si certains médecins indiquent que, dans ce cas, la porte reste ouverte ou qu'ils utilisent l'isolement séquentiel.

### RECOMMANDATION 10

Les chambres d'isolement sont des outils de sécurité destinés à permettre la gestion d'un moment de crise. Elles ne peuvent remplacer une chambre d'hospitalisation et apparaître comme des chambres dans les logiciels ou outils de gestion des lits.

Dans ses observations au rapport provisoire, la direction du GHU indique que la gestion des lits de l'établissement est en train d'être revue avec une échéance au premier semestre 2021. Elle s'engage à « *contrôler que les chambres d'isolement n'apparaissent pas dans les logiciels ou outils de gestion des lits* ».

Le CGLPL prend acte de l'engagement de l'établissement mais souligne la portée de sa recommandation en la maintenant en l'état.

Les procédures de décision sont respectées. Lorsque l'isolement est décidé par l'interne, la confirmation par le senior de jour ou d'astreinte (par téléphone) est sollicitée et tracée. L'acte médico-légal de cette décision sur le logiciel *Cortexte* est néanmoins très souvent laissé à l'interne dans de nombreux services, avec des erreurs de codification CI/hors CI. Si cet acte administratif sur *Cortexte* est délégué aux internes, les seniors doivent former les internes et assurer régulièrement un contrôle de ces transcriptions.

La surveillance est assurée, tant médicale avec deux visites physiques par vingt-quatre heures, que soignante toutes les heures par les infirmiers. Elle est tracée sur l'outil informatique mais pas encore de manière exhaustive dans tous les services. Elle est parfois remplacée ponctuellement par une vérification à l'œil nu. Le rythme est quasi partout d'une surveillance toutes les heures. Deux soignants doivent obligatoirement être réunis pour entrer dans la chambre d'isolement, quelle que soit la clinique de la personne isolée, ce qui est difficile dans les services où le planning est tendu.

Le quotidien des personnes placées en isolement reste marqué dans de nombreux services par le port systématique du pyjama bleu, parfois sans sous-vêtement (*cf.* également § 5.3). Les téléphones n'y sont pas permis et un téléphone du service est parfois, au coup par coup, prêté au patient pour appeler, de même qu'une radio. Un soignant reste présent aux côtés du patient pendant le repas pris en chambre sur une tablette à roulettes. L'accès au tabac est partout impossible sauf exception, tout comme l'accès à l'extérieur.

### RECOMMANDATION 11

Le port du pyjama hospitalier ne peut être systématique en chambre d'isolement. Il doit être décidé au cas par cas, en fonction de la clinique et du bénéfice attendu, et motivé dans le dossier du patient.

La direction du GHU s'engage à « *sensibiliser les services au port limité du pyjama dans les chambres d'isolement* » au cours du premier semestre 2021, sans autre précision.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode d'isolement séquentiel mais dont la durée excède, dans de nombreux services, vingt-quatre heures, avec par exemple des isollements répétés de nuit.

Il n'a été rapporté dans aucun service la mise en œuvre d'un entretien médical spécifique à l'issue de la mesure d'isolement.

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, sont signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement par les infirmiers comme indiqué dans le protocole soignant.

### 7.3 LE REGISTRE EST EXHAUSTIVEMENT RENSEIGNE MAIS NON EXPLOITE

Les pratiques d'isolement et de contention ne sont pas encore analysées par les équipes soignantes de manière régulière, bien que ce constat ait déjà été fait dans la présentation du rapport 2019 sur l'isolement et la contention devant le conseil de surveillance.

Les décisions de placement en isolement et contention sont sérieusement tracées sur le logiciel *Cortexte*. La durée est renseignée, de même que le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié), le motif de la décision initiale et les consignes de surveillance. La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

L'analyse du registre montre, sur une extraction à la demande du CGLPL de la période du 1<sup>er</sup> janvier au 31 octobre 2020, les chiffres suivants.

#### 7.3.1 Pole 16

Pour les deux unités de psychiatrie adultes du pôle 16 (Benjamin Ball Rdc, Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage), le recours à l'isolement et à la contention est concentré dans l'unité du 1<sup>er</sup> étage, si besoin au profit des patients de l'unité du Rdc alors transférés administrativement.

**Unité Benjamin Ball 1<sup>er</sup> étage :** sur une file active de **350 patients** dont 230 admis en SSC (65,7 %), 51 (**14,6 %**) ont été placés en CI lors de 96 mesures pour des durées moyennes de 3 jours (une durée maximum de 78 jours, correspond à la prise en charge d'un patient particulièrement difficile). Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 18 (sur les 96, soit **18,7 %**). La durée moyenne intègre des isollements séquentiels dont la durée semble variable et l'isolement exceptionnel de 78 jours ; sans ce dernier, la durée moyenne corrigée est de **2,2 jours**.

12 mesures d'isolement (sur 96, soit **12,5 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres.

92 mesures sur les 96 sont indiquées hors CI ; les soignants indiquent qu'il doit s'agir d'une erreur de codage, l'isolement en chambre normale n'étant pratiqué qu'exceptionnellement.

15 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 28 mesures, soit **29,4 %** des patients placés en isolement et **4,3 %** de la file active ; la moyenne des durées de ces contentions était de **1,3 jour** ; la durée maximale de contention a été de 3 jours.

52 mesures sur les 124 (41,9 %) ont été initiées par un interne sur le logiciel *Cortexte*.

#### 7.3.2 Pôle 5-6-7

##### **Pavillon E du secteur 4 :**

Sur une file active de **151 patients**, 93 étaient en SSC (61,6 %), 19 (**12,6 %**) ont été soumis à 68 mesures d'isolement pour des durées moyennes de **1,7 jours** (durée maximum de 7 jours).

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 7 (sur les 68, soit **10,3 %**).

2 mesures d'isolement (sur 68, soit **2,9 %**), de 24 heures chacune, ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Une des deux a été transformée en SSC dans les 24 heures et a duré 24 heures, mais la seconde n'a pas dépassé 24 heures.

27 mesures sont indiquées hors CI alors qu'il n'y a pas de CI et que toutes sont ainsi hors CI. Des erreurs de codage sont donc manifestes pour les 41 autres mesures.

7 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 13 mesures, soit **36,8 %** des patients placés en isolement et **4,6 %** de la file active. Les soignants mettent ce chiffre en rapport avec les locaux inadaptés et dangereux pour le patient enfermé. La moyenne des durées de ces contentions était de 1,8 jour ; la durée maximale de contention a été de 8 jours pour un patient bien spécifique qui a été très difficile à prendre en charge. Sans cette situation exceptionnelle de 8 jours, la moyenne corrigée est de **1,3 jour**.

31 mesures ont été initiées par l'interne sur les 81 mesures d'isolement et contention (38,27 %).

#### Unité secteur 3 Lévy-Valensi :

Sur une file active de **268 patients**, 17 (**6,34 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 62 mesures pour des durées moyennes de **1,7 jour** (durée maximum de 14 jours).

2 mesures d'isolement (sur 62 soit **3,2 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres et n'ont pas été suivies d'une mesure de SSC ; elles ont duré 24 et 48 heures.

2 mesures ressortent avec des durées plus longues de 329 heures et 208 heures, pour des patients nécessitant d'être à jeun avec la sismothérapie. L'indication de l'isolement dans le cadre de la prévention du risque de l'anesthésie générale devrait être discuté, y compris en comité d'éthique. Cela ne rentre pas dans le cadre des recommandations de la HAS et une recommandation est faite à ce sujet en fin de développement.

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 6 (sur les 62, soit **9,7 %**).

8 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 11 mesures, soit **47 %** des patients placés en isolement et **3 %** de la file active. Le taux de contention par rapport aux patients isolés est élevé (la moyenne des établissements contrôlés est à 27,4 %) mais le taux de contention vis-à-vis de la file active est plus bas que la moyenne des établissements français contrôlés (3,9 %) ; les soignants l'expliquent par l'absence de CI et du risque pour la sécurité des patients dans les chambres hôtelières. La moyenne des durées de ces contentions était de **1,1 jour** ; la durée maximale de contention a été de 3 jours.

Toutes ont lieu hors CI puisqu'il n'y a pas de CI mais le registre n'indique que deux mesures hors CI. Des erreurs de codage sont donc manifestes pour les 60 autres mesures.

7 mesures ont été décidées par l'interne sur les 73 mesures d'isolement et contention (9,6 %).

#### 7.3.3 Pôle 15 SHU

##### Unité protégée du secteur 14 :

Sur une file active de **222 patients**, 206 étaient en SSC (93 %), 97 (**43,7 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 333 mesures pour des durées moyennes de **2,8 jours** (durée maximum de 33 jours).

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 84 (sur les 333, soit **25,2 %**). Les soignants indiquent que la durée moyenne d'isolement est majorée par la pratique de sorties séquentielles qui peuvent se prolonger.

40 mesures d'isolement (sur 333 soit **12 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. Les quelques mesures non régularisées après 24 heures concernaient des mineurs.

238 mesures (sur 333 soit **71 %**) sont indiquées **hors CI** alors qu'il n'est pas rapporté par les soignants que cette pratique soit aussi fréquente, d'autant que le service dispose de deux CI. Des erreurs de codage sont probablement en cause.

60 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 145 mesures, soit **61,9 %** des patients placés en isolement et **27 % de la file active**. La moyenne des durées de ces contentions était de **2,4 jours** ; la durée maximale de contention a été de 23 jours pour un patient bien spécifique qui a été très difficile à prendre en charge.

334 mesures ont été décidées par l'interne sur les 373 mesures d'isolement ou contention (**89,6 %**).

Ces chiffres, très élevés par rapport aux autres établissements français contrôlés (la moyenne vis-à-vis de la file active est de 14,5 % de patients isolés et 3,9 % de patients contenus) sont expliqués par les soignants par la concentration de patients souffrant de psychoses résistantes sur les lits « universitaires » (un quart des lits). Le registre ne permet pas ce jour de distinguer parmi les patients isolés et contenus, la part de ceux relevant de cette prise en charge intersectorielle. Mais à considérer que trois quarts des patients admis dans les lits universitaires aient nécessité une phase d'isolement au regard de leur clinique spécifique, le taux de patients du secteur ayant une phase d'isolement ne serait tout de même pas inférieur à 30 à 35 % ce qui reste un taux très élevé par rapport aux taux habituellement constatés, au surplus dans une unité fermée, même d'admission.

#### Pavillon J du secteur 16<sup>35</sup> :

Sur une file active de **165 patients**, 160 étaient en SSC (97 %), 65 (**39,4 %**) ont été placés en CI lors de 226 mesures pour des durées moyennes de 3,1 jours (durée maximum de **54 jours**). Si on ôte cet isolement exceptionnel sur une clinique particulière, la durée moyenne corrigée est de **2,9 jours**.

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 62 (sur les 226, soit **27,4 %**).

7 mesures d'isolement (sur 226 soit **3 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres.

178 mesures (sur 226) sont indiquées hors CI.

43 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 115 mesures, soit **66,1 %** des patients placés en isolement et **26 %** de la file active. Ces chiffres élevés de contention sont expliqués par les soignants par l'inadéquation des chambres d'isolement et l'absence d'espace d'apaisement. La moyenne des durées de ces contentions était de **2,1 jours** ; la durée maximale de contention a été de 18 jours.

212 mesures (62 %) ont été décidées par l'interne sur les 341 mesures (isolement et contention).

#### Unité Magnan USI du secteur 15 :

Sur une file active de **147 patients**, 139 étaient en SSC (94,6 %), 42 (**28,6 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 153 mesures pour des durées moyennes de **2,9 jours** (durée maximum de 19 jours).

---

<sup>35</sup> Cette unité a été installée dans des locaux transitoires pendant une phase de travaux. Elle n'a été réinstallée dans le pavillon J qu'en septembre 2020.

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 44 (sur les 153, soit **28,8 %**).

2 mesures d'isolement (sur 153, soit **1,3 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres et l'une a été régularisée en SSC, l'autre ayant été de 45 heures.

65 mesures (sur 153) sont indiquées prises hors CI ce qui est rapporté comme erroné par les soignants.

18 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 48 mesures, soit **42,9 %** des patients placés en isolement et **12,2 %** de la file active. La moyenne des durées de ces contentions était de **3,2 jours** ; la durée maximale de contention a été de 19 jours.

136 mesures (67,7%) ont été décidées par l'interne sur les 201 mesures (isolement et contention).

#### 7.3.4 Pôle 14<sup>36</sup>

##### Unité Joffroy 1<sup>er</sup> étage du secteur 13 :

Sur une file active de **126 patients**, 66 (52,4 %) étaient en SSC, 23 (**18,3 %**) ont été soumis à 95 mesures d'isolement pour des durées moyennes de **1,5 jour** (durée maximum de 4 jours).

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 3 (sur les 95, soit **3,2 %**).

16 mesures d'isolement (sur 95, soit **16,8 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres. 7 n'ont pas été transformées en SSC après 24 heures.

63 mesures sont indiquées hors CI dans le registre mais de fait, toutes sont hors CI puisqu'il n'y a pas de CI. Des erreurs de codage sont suspectées pour 32 mesures.

14 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 48 mesures, soit **60,9 %** des patients placés en isolement et **11,1 %** de la file active. 4 mesures sortent du lot avec des durées de 110 à 130 heures. La moyenne des durées de ces contentions était de **1,9 jour** ; la durée maximale de contention a été de 6 jours.

68 mesures (47,6 %) ont été décidées par l'interne sur 143 mesures d'isolement et contention.

##### Unité Ferrus 1<sup>er</sup> étage du secteur 13

Sur une **file active de 132 patients**, 84 étaient en SSC (63,6 %), 31 (**23,5 %**) ont été soumis à 92 mesures d'isolement pour des durées moyennes de **4,8 jours** (durée maximum de 21 jours).

Le nombre de mesures supérieures à 72 heures est de 47 (sur les 92, soit **51,1 %**).

9 mesures d'isolement (sur 92, soit **9,8 %**) ont été initiées alors que le patient se trouvait en soins libres et une seule a été transformée en SSC. Quatre mesures dépassant 24 heures concernaient néanmoins un même patient mineur. Les autres avaient une durée inférieure à 24 heures.

5 mesures sont indiquées faites hors CI mais en réalité toutes le sont puisqu'il n'y a pas de CI.

21 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 58 mesures, soit **67,8 %** des patients placés en isolement et **15,9 %** de la file active. La moyenne des durées de ces contentions était de **2,6 jours** ; la durée maximale de contention a été de 11 jours.

64 mesures ont été décidées par l'interne sur les 150 prises (42,7 %).

##### Unité Ferrus Rdc du secteur 13 :

---

<sup>36</sup> Le pôle 14 comptait quatre unités d'hospitalisation complète début janvier 2020 mais l'unité Joffroy Rdc est fermée depuis juillet faute de personnel ; seules les trois unités visitées sont ici analysées.

Sur une **file active de 138 patients**, 96 étaient en SSC (69,6 %), 24 (17,4 %) ont été soumis à 69 mesures d'isolement pour des durées moyennes de **1,8 jour** (durée maximum de 10 jours).

5 mesures ont été d'une durée supérieure à 72 heures (sur les 69, **soit 7,2 %**).

1 mesure d'isolement (sur 69, **soit 1,4 %**) a été initiée alors que le patient se trouvait en soins libres et a été transformée en SSC.

5 mesures sont déclarées faites hors CI mais toutes le sont puisqu'il n'y a pas de CI. Les erreurs de codage concernent donc 64 mesures.

19 patients ont eu une contention associée à l'isolement lors de 48 mesures, **soit 79,2 %** des patients placés en isolement et **13,8 %** de la file active. La moyenne des durées de ces contentions était de **1,8 jour** ; la durée maximale de contention a été de 8 jours.

Ces chiffres, très élevés, sont mis en relation par les soignants avec le manque de personnel jusqu'au mois d'août, et avec les chambres hôtelières utilisées pour l'isolement avec un risque pour la sécurité des patients et du personnel (vitres facilement brisées aux fenêtres, mobilier, etc.).

10 mesures ont été décidées par l'interne sur les 117 prises (8,5 %).

Le fonctionnement est relativement mutualisé sur les trois unités du secteur 13 vis-à-vis de l'isolement et de la contention car seules quelques chambres hôtelières individuelles disposant d'un lit fixé au sol sont utilisées, même si elles se trouvent dans une autre des quatre unités. A l'échelle du pôle 14 on peut ainsi observer que sur 396 patients entrés dans les services, 78 ont été isolés (19,7 %) et 54 contenus (13,6 %). Ce pôle souffre actuellement d'une vacance de postes de vingt IDE dont une majorité en intra hospitalier.

### 7.3.5 Pôle CPOA

Alors même que des services indiquent recevoir des patients sous contention depuis cette unité et que les médecins du CPOA déclarent eux aussi y recourir et le tracer sur le logiciel *Cortexte*, les données du registre indiquent que sur une file active de 60 patients, 4 étaient en SSC, et aucun isolement comme aucune contention ne sont enregistrés.

Suite à la recommandation initialement formulée par le CGLPL<sup>37</sup>, la direction du GHU a rappelé en février 2021 par le biais de ses observations en réponse au rapport provisoire que le registre existe pour l'ensemble des services et qu'il « *a été harmonisé dans le cadre de la fusion des trois hôpitaux au 1<sup>er</sup> janvier 2019* ». En conséquence, la recommandation a été reformulée.

## RECOMMANDATION 12

Les mesures d'isolement et de contention du CPOA doivent intégrer le registre éponyme de l'établissement, à l'instar de celles pratiquées par les autres unités.

**L'analyse du registre est actuellement fiable au regard des renseignements enregistrés dans le logiciel sauf pour le CPOA.** Il conviendrait par conséquent de diffuser et partager au sein des équipes ces données comparatives de manière régulière ; le contrôle régulier du registre permettrait, par exemple, d'analyser les différences significatives de pratiques et d'éviter les

<sup>37</sup> « Conformément à l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, un registre doit être tenu pour toutes les mesures d'isolement et de contention prises par les médecins. »

quelques situations relevées de patients maintenus en soins libres au-delà de douze heures d'isolement ou contention.

**L'ensemble de ces chiffres montre en effet des pratiques d'isolement fortement disparates entre les secteurs et les pôles.** Parmi les services qui ne disposent pas de CI, certaines équipes médicales ont très peu recours à l'isolement, d'autres l'utilisent de manière plus forte que la moyenne. De même, parmi les services qui disposent de CI, certaines équipent y ont recours de manière très importante, d'autres beaucoup moins, sans que cela n'ait fait l'objet de discussions entre praticiens. Les durées d'isolement sont, quant à elles, plus homogènes et inférieures aux moyennes habituellement retrouvées, alors même qu'elles incluent souvent des phases séquentielles dont il n'a pas été possible de déterminer la durée et la part liée à la gestion du flux des patients.

L'association de la contention à ces isolements est nettement plus fréquente que la moyenne nationale dans certains services mais rare dans d'autres, avec souvent une pratique imposée par des locaux qui ne sont pas sécurisés ou sont inadaptés, ou par un manque de personnel.

**Cette hétérogénéité s'inscrit en effet dans le contexte de locaux totalement différents,** tant dans le confort des chambres hôtelières que dans l'existence et la conception des chambres d'isolement et dans le personnel présent auprès des patients.

Elle s'explique aussi par la confusion générale entre chambres hôtelières et chambres d'isolement alors que ces dernières ne devraient être qu'un outil de gestion d'une crise, permettant la mise en sécurité des personnes. Des personnes y sont néanmoins hospitalisées ou y restent par défaut de chambres libres. Le rôle « thérapeutique » de l'isolement est par ailleurs revendiqué par une partie des médecins.

Cette confusion amène des isolements qui ne sont plus cliniquement justifiés mais renvoient à une gestion du flux et des lits inappropriée. Les mesures d'isolement pratiquées dans certains services, de par leur nombre inexpliqué, ne peuvent pas respecter les dispositions du code de la santé publique, selon lesquelles il ne peut être recouru à l'isolement que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui. L'établissement devra aussi s'interroger sur l'utilisation de l'isolement en pré-somothérapie pour s'assurer que le patient est à jeun lors de l'anesthésie générale.

### RECOMMANDATION 13

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants, et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens. Par ailleurs, l'objectif de mise à jeun d'un patient en vue de le soumettre à un traitement d'électroconvulsivothérapie (ECT) ne peut jamais constituer une indication de placement à l'isolement ou sous contention.

Dans ses observations en réponse au rapport provisoire, l'établissement rappelle que la présentation annuelle du registre devant les instances, conformément aux textes en vigueur, est faite. En outre, il s'engage à ce que les soignants analysent les données du registre, au plus tard au cours du deuxième semestre 2021.

En revanche, l'établissement n'évoque pas la seconde partie de la recommandation concernant le placement de patients à l'isolement ou sous contention préalablement à une mesure d'ECT en vue de s'assurer qu'ils seront à jeun. Elle est maintenue.



## 8. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 8.1 L'UNITE COVID S'ORGANISE ENTRE LIMITATION DES RESTRICTIONS DE LIBERTE ET LOCAUX INADAPTES

Le suivi et l'organisation du GHU lors de la pandémie de Covid-19 a fait l'objet de la réunion fréquente (tous les quinze jours) en visioconférence des chefs de pôles et de la direction.

L'unité Covid est située dans les locaux de l'unité « CMME SAS Accueil » dont elle a pris la place. Ouverte depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2020, elle est spécialisée dans la prise en charge des patients de psychiatrie (de tout le GHU) dont le test a objectivé une positivité au coronavirus mais qui ne nécessite pas d'hospitalisation en service spécialisé. De fait, tous les patients de l'unité Covid étaient asymptomatiques au moment du contrôle. La seconde vague de l'épidémie a révélé quatorze patients positifs à Sainte-Anne, aucun n'ayant nécessité une hospitalisation spécialisée. Ces patients, positifs à l'entrée, restent ainsi quatorze jours en quarantaine dans le service, vingt-quatre jours s'ils sont immunodéprimés.

Le service compte seize lits (dans seize chambres) mais une chambre n'est pas utilisée car elle ne peut pas être aérée. Il n'y a pas de CI. L'unité de seize lits ayant été dernièrement complète, une deuxième unité Covid-psy a ouvert dans un autre site du GHU quelques jours avant le contrôle. L'unité de Sainte-Anne est située au premier étage de la CMME et ne dispose pas de jardin.

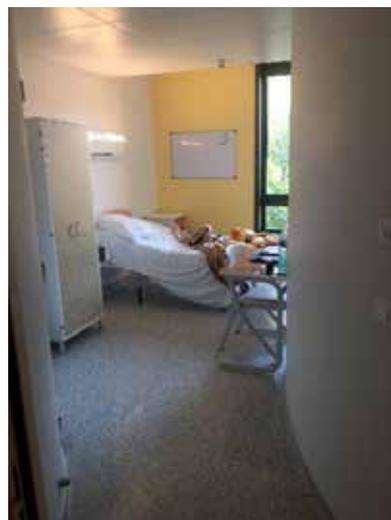
Les chambres sont modernes, lumineuses et disposent d'une salle d'eau avec WC, douche et lavabo.



*Couloir de l'unité Covid*



*Radio prêtée*



*Chambre type*

Au moment du contrôle, onze patients sont présents et âgés de 20 à 85 ans. Deux sont en soins libres mais consentant pour rester dans cette unité.

Le service a reçu vingt-quatre patients lors de la première vague (il était situé au même endroit) et vingt-neuf du 1<sup>er</sup> au 31 octobre.

Les soignants y travaillent en douze heures afin de limiter les contacts. Les équipes de nuit sont spécifiques. Cinq à six soignants sont en permanence en charge des patients ; ils sont affectés sur la base du volontariat et la moitié a déjà travaillé dans la précédente unité Covid. Il n'y a cependant pas assez de volontaires, contrairement à la première vague, d'autant que les prises en charges extra hospitalières ont été cette fois maintenues ; le recours à l'intérim permet de

compléter les équipes. Les infirmiers assurent sept passages par jour dans chaque chambre ce qui permet une surveillance forte et diminue le sentiment d'enfermement.

### BONNE PRATIQUE 8

L'organisation et la formalisation de nombreux passages infirmiers dans chaque chambre de patient atteint par la Covid-19 permet d'assurer une surveillance forte et de diminuer le sentiment d'enfermement.

L'accès aux soins somatiques est assuré par trois médecins somaticiens de la réserve sanitaire pour un total de 2 ETP (deux fois 0,8 et une fois 0,4 ETP). Il n'y a cependant pas de garde somatique et l'interne de garde de psychiatrie prend le relais de la permanence des soins, aidé en tant que de besoin d'une astreinte téléphonique d'un médecin somaticien. Un médecin somaticien est néanmoins présent le samedi matin dans l'unité, ce qui n'est pas le cas des autres unités hospitalières (cf. § 6.3).

Les mesures d'hygiène et le respect des mesures barrières sont minutieusement appliquées par tous les soignants et personnes amenés à entrer dans l'unité.

Les restrictions de liberté concernent principalement la liberté d'aller et venir qui n'existe nulle part ailleurs que dans la chambre, même si les patients n'y sont pas enfermés. Ils sont placés en quarantaine « de droit commun » mais sans aucune sortie de la chambre durant le séjour ; il n'y a ainsi pas de sortie à l'air libre, pas de possibilité de fumer, pas de visite de proches y compris avec des modalités de protection et aucune activité n'est possible.

A l'occasion de ses observations en réponse au rapport provisoire, la direction du GHU annonce que l'organisation d'activités de loisirs au sein de l'unité Covid et le déploiement d'outils, notamment numériques, pour permettre aux patients de maintenir les liens avec leurs proches ont été mis en œuvre. Elle précise que « *des tablettes ont été données par des mécènes lors de la première vague et déployées dans les unités Covid* » et que « *quatre tablettes sont déployées au sein de l'unité Covid actuellement ouverte, permettant aux patients de voir leurs proches par visioconférence* ».

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Les possibilités d'accéder à l'air libre, d'avoir des occupations variées, d'entretenir des liens familiaux doivent être organisées au sein de l'unité Covid, dans des conditions similaires à celles dont bénéficie la population générale soumise à une période d'isolement sanitaire.

L'accès à l'information est permis uniquement *via* le téléphone portable pour ceux qui ont un *smartphone* et peuvent accéder gratuitement au wifi ; sinon, cinq radios sont prêtées de même que quatre tablettes informatiques. Il n'y a pas de poste de télévision dans la chambre et pas de distribution de journaux. Six patients en SSC ont leur téléphone 24h/24 au moment du contrôle et aucun n'a d'interdiction sauf une personne qui en dispose deux heures par jour, cette restriction étant motivée dans *Cortexte*.

Pour autant sur tous les patients ayant été amenés à séjourner dans l'unité Covid lors des deux phases de l'épidémie, seuls deux ont nécessité des mesures d'isolement psychiatrique, tous les autres respectant l'interdiction de sortir de la chambre et comprenant le risque de contamination des soignants.

Les patients en SSC n'ont pas accès au JLD car le juge demande un avis médical motivé mentionnant que le patient est auditionnable mais pas déplaçable ; la visioconférence n'étant pas encore possible à la date de la visite, le contrôle du juge ne s'effectue pas. Une recommandation est faite à ce sujet au § 4.4.2, la visioconférence étant dorénavant juridiquement admise et l'établissement devant organiser la présentation des patients devant le JLD.

## 8.2 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS

Les conditions d'hospitalisation des mineurs n'ont pas été contrôlées à l'occasion de cette visite.

## 8.3 LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES

Les conditions d'hospitalisation des personnes détenues n'ont pas été contrôlées à l'occasion de cette visite.

## 9. CONCLUSION

### 9.1 APPRECIATION GENERALE SUR LE SUIVI DES OBSERVATIONS ANTERIEURES

Malgré la réunion du centre hospitalier Sainte-Anne avec deux autres établissements au sein du nouveau GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, le périmètre de la visite de 2020 a été assez semblable à celle de 2015 s'agissant des unités d'hospitalisation à temps complet accueillant des patients adultes en soins sans consentement, ainsi que les deux services d'accueil et de crise que sont le CPOA et le CAC.

Lors de la visite de septembre 2015 avaient été soulignées les évolutions déjà opérées de la structure immobilière et celles encore nécessaires s'agissant particulièrement des locaux d'hospitalisation qui présentaient une qualité très variable. La restructuration des bâtiments les plus anciens était donc nécessaire.

Si la visite de 2020 s'est effectuée dans des conditions ne permettant pas de dresser des constats sur l'état des chambres et leur équipement sanitaire, il ressort du passage des contrôleurs dans les unités que la politique de rénovation persiste mais n'a pas couvert tous les besoins signalés (étroitesse de certaines unités, sanitaires collectifs, accès nécessairement accompagné à l'air libre, etc.).

Des tensions concernant les équipes soignantes des secteurs 13 et 15 étaient à l'époque identifiées. Elles persistent de façon particulièrement vive dans les unités du secteur 13.

Le taux d'occupation des unités était qualifié d'important, en particulier au secteur 13. Il reste important dans la majorité des unités, sauf l'exception du secteur 3, et est surtout supérieur à 100 % dans l'unité protégée du secteur 14 et l'unité Magnan USI du secteur 15. Les durées moyennes de séjour en hospitalisation étaient qualifiées de courtes ; elles sont aujourd'hui qualifiées de variables selon les unités.

Les modalités très différentes de prise en charge des patients par le biais d'activités thérapeutiques avaient été signalées, « *en raison, semble-t-il, d'un manque de volonté pour échanger sur les projets thérapeutiques et sur les pratiques* » mais aussi d'un équipement et d'un investissement variables des unités et de leur personnel. Le constat est identique en 2020, sous la seule réserve que la période de crise sanitaire n'était pas propice à un approfondissement des constats sur l'offre et sur la participation à des activités collectives.

L'absence d'exploitation des bonnes pratiques par des échanges entre les équipes au-delà du secteur, et *a fortiori* au-delà du pôle, qui était regrettée en 2015 au sujet du recours à l'isolement et à la contention, du port du pyjama, de l'accès à son téléphone personnel, de la conservation avec soi du tabac, reste une réalité en 2020.

Les soins sont donc toujours pratiqués de façon très hétérogène sur le site de Sainte-Anne, même si, comme en 2015, les contrôleurs observent encore que « *dans les unités, les psychiatres sont présents et assurent un suivi régulier des patients* » et que « *la prise en charge des soins somatiques est globalement bonne* ».

Concernant le suivi de la situation juridique des patients admis en soins sans consentement, le rapport de 2015 mettait en valeur la qualité du travail accompli, comme le fait le rapport de 2020, même si la notification du placement et des droits était effectuée – et continue à l'être – par du personnel très variable en fonction des secteurs (psychiatres, cadres de santé ou infirmiers).

L'attention était attirée sur la prédominance des admissions en SPDTU parmi les admissions sur décision du directeur de l'établissement, et sur l'évolution à la hausse du recours à la procédure

de SPPI (20,5 % en 2014). Depuis, la part des SPPI dans les admissions sur décision du directeur de l'établissement a atteint 30 % et une proportion presque égale de patients a été admise en SPDT, SPDTU, SPPI. L'investissement fort du CPOA dans la recherche d'un tiers n'y suffit pas, le CPOA ne constituant qu'une des nombreuses voies d'entrée en hospitalisation en SSC à Sainte-Anne et les autres sources d'admission n'y portant toujours pas l'attention nécessaire.

Comme en 2015, des patients admis en soins libres sont placés dans des unités fermées et d'autres, admis en soins sans consentement, le sont dans des unités ouvertes. Concernant le premier cas, la période de crise sanitaire et les restrictions nationales en vigueur n'ont pas permis de comparer le détail des constats, la circulation des patients et des visiteurs étant généralement entravée pour des raisons sanitaires. Il n'en reste pas moins qu'au moins deux unités accueillant des soins libres se présentent comme durablement fermées en 2020, contre cinq unités en 2015.

## 9.2 POINTS SAILLANTS DES CONSTATS

En plus de l'augmentation du nombre de patients admis sans recourir à un tiers et de la légère augmentation du nombre de patients admis en SDRE, il a été signalé aux contrôleurs la prise en charge croissante de patients dont le domicile est indéterminé en région parisienne, personnes ayant peu de ressources financières, pas d'entourage proche mobilisable, et ne parlant pas le français, et ce avant même que les effets de la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19 sur la santé mentale de la population générale inquiètent les équipes hospitalières et commencent à produire des demandes importantes de soins.

Parallèlement, si la possibilité de recourir à un dispositif d'interprétariat est très implantée, le dispositif d'aide matérielle vestimentaire a périclité et le lavage du linge personnel n'est pas assuré à l'identique dans les unités.

Dans ces conditions, le port du pyjama dans plusieurs unités de Sainte-Anne, déjà décrié dans le précédent rapport, revêt dorénavant une justification sociale qui s'ajoute aux dimensions habituellement évoquées mêlant prise de conscience de la maladie, sécurité du patient et prévention du risque de fugue. Afin de ne pas ajouter des justifications dans la pratique indigne du port permanent du pyjama issu de la dotation hospitalière, le CGLPL recommande le traitement de la double question de l'aide vestimentaire aux patients qui en sont démunis et de l'entretien du linge personnel, dans toutes les unités. De plus, le port du pyjama ne doit jamais impliquer l'obligation de nudité en-dessous et l'absence permanente de chaussons.

Par ailleurs, illustration parmi d'autres de la pluralité des prises en charges psychiatriques sur le même site du GHU, le CGLPL attire l'attention sur les pratiques d'isolement et de contention en procédant à l'analyse comparative que le personnel du GHU est en mesure de réaliser lui-même depuis qu'il dispose d'un registre d'isolement et de contention. De cette analyse devraient découler des engagements formalisés à n'en faire qu'une pratique de dernier recours, engagements qui n'existent pas à ce jour.

L'information plus précise des patients (livret d'accueil, règles de vie, identité du tiers dans les décisions du directeur, notions de personne de confiance et de directives anticipées, exercice d'un culte, *etc.*) ainsi que leur participation plus large aux audiences du JLD et au collège des professionnels de santé constituent aussi des axes d'amélioration de la place de l'utilisateur dans l'établissement.

A l'instar de l'hétérogénéité des multiples caractéristiques de la prise en charge psychiatrique, la réceptivité du personnel du site de Sainte-Anne aux discussions avec les contrôleurs a été de

degrés très divers. Ce qui s'avère nécessiter une recommandation dans un secteur se révèle parfois être une bonne pratique dans un autre, ou ne pas y recouvrir la même réalité.

### 9.3 AMBIANCE GENERALE

La création du GHU a semblé être un sujet du passé pour le personnel du site de Sainte-Anne : le GHU existe sans avoir entaché l'attachement du personnel à l'histoire de ce site. Cela tient peut-être à la force prépondérante du secteur de psychiatrie, encore éloigné de la notion de pôle, et au lien quotidien concrètement ténu mais symboliquement fort avec la notion d'établissement.

Les difficultés de recrutement habituellement observées dans les établissements de santé mentale s'agissant des médecins n'ont pas cours mais constituent une crainte pour l'avenir. Le recrutement est déjà difficile s'agissant du personnel non médical. L'attractivité est encore forte, même si elle s'émousse : les contrôleurs ont rencontré du personnel ayant déroulé plusieurs années de sa carrière sur place en bénéficiant de promotions et en renouvelant sa motivation.

« *Leader dans le traitement des pathologies psychiatriques* » à Paris, le GHU gagnerait à mettre en œuvre les recommandations de ce rapport de visite pour l'ensemble de ses sites et le personnel du site de Sainte-Anne se montrerait à la hauteur de son histoire en s'en saisissant le premier.

16/18 quai de la Loire  
CS 70048  
75921 PARIS CEDEX 19

[www.cglpl.fr](http://www.cglpl.fr)