



Rapport de visite :

8 au 15 janvier 2021 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé
mentale départemental de
l'Aisne

Prémontré (Aisne)



SYNTHESE

L'établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne (EPSMDA) occupe une place prépondérante dans la prise en charge des soins de psychiatrie dans le département de l'Aisne puisqu'il assure les soins des 300 000 habitants de cinq secteurs de psychiatrie adulte sur sept et toute la pédopsychiatrie. Au sein de l'établissement, la psychiatrie adulte intra hospitalière est divisée en trois pôles.

Le pôle Aisne-Nord comporte deux unités d'hospitalisation complète sur le site de Prémontré : l'Accueil et la Verrerie. Trois autres « unités de proximité » se trouvent à Laon, Chauny et Hirson.

Le pôle Aisne-Sud comporte deux unités d'hospitalisation complète, la Nef et les Tilleuls. Deux autres unités de proximité se trouvent à Soissons et Villiers-Saint-Denis.

Le pôle « intra et services spécialisés » comprend, outre le service somatique, le centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPAO), une unité de réhabilitation temps plein (Tosquelles), deux unités d'accueil spécialisées (UAS Nymphée et la Closerie), l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP) intégrée dans le service médico judiciaire, et l'unité de psychogériatrie.

La pédopsychiatrie comporte quant à elle deux unités d'hospitalisation, une de semaine pour les 3-12 ans et une complète pour les 12-16 ans.

L'EPSMDA dispose au total d'une capacité de 553 lits et places, dont 388 lits d'hospitalisation complète (HC).

L'établissement participe de manière très impliquée dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM) qui prévoit par exemple le développement de la pair-aidance¹, la réorganisation de centre médico-psychologique (CMP) vers une prise en charge plus rapide et des situations de crise, l'accompagnement vers l'emploi, le développement de l'habitat accompagné et une réponse téléphonique 24h/24 pour patients, familles et professionnels.

Si ces projets sont à même d'améliorer la prise en charge des patients en soins sans consentement, les constats opérés au sein du site de Prémontré restent encore loin de ces objectifs.

1 – Sur l'organisation des soins

Il n'y a aucune organisation des urgences psychiatriques à l'échelle du département et on note l'absence de psychiatre au sein des services d'urgence, même si l'EPSMDA y projette des infirmiers des hôpitaux de proximité et quelques vacations médicales à Soissons. Par ailleurs, l'établissement n'a que très peu développé de prises en charge ambulatoires pour prévenir les hospitalisations. Un CPAO permet une prise en charge en urgence mais ses places et moyens humains sont insuffisants.

Concernant l'établissement à proprement parler, la politique de soins a été abandonnée paralysée par le déficit budgétaire. Les moyens financiers attribués par la tutelle sont insuffisants. Il n'y a ni projet d'établissement ni schéma directeur immobilier projetant les adaptations

¹ « L'approche par les pairs s'inscrit dans une dynamique d'intervention fondée sur la ressemblance entre l'individu portant le rôle d'intervention et celui portant le rôle de bénéficiaire. », in E. Baillergeau et C. Bellot (dir.) *Les transformations de l'intervention sociale. Entre innovation et gestion des nouvelles vulnérabilités?*, Presses de l'Université du Québec, 2007, p. 175.

architecturales nécessaires. Certains services souffrent de l'absence de conceptualisation de la prise en charge, alors que l'élaboration de projet médico-soignant dans chaque service permettrait l'instauration de conditions de travail stabilisées pour les soignants. L'USIP surtout requiert une redéfinition de son projet de service établissant la mission poursuivie, les profils de patients attendus et les modalités concrètes de l'organisation des soins. La prise en charge des personnes détenues en lieu et place de l'UHSA, pose question.

L'organisation des soins devra aussi clarifier la gestion de la suroccupation des lits et le cheminement des patients entre secteurs, qui faute de règles définies, restent source de tension entre services. L'établissement est également confronté au problème de nombreux patients dont les besoins en termes d'accès à la santé sont en inadéquation avec la structure (trente patients ont une orientation vers une structure médico-sociale) ; or l'établissement ne dispose pour ces patients ni d'ergothérapeute, ni de psychomotricien, ni de kinésithérapeute, ni d'éducateur. Le problème est également retrouvé chez les mineurs avec quatre mineurs sur douze chez les adolescents hospitalisés depuis plus de trois ans.

Les contrôleurs notent l'effort réalisé sur les formations initiales des nouveaux arrivants pour l'adaptation à l'emploi et la formation continue des soignants mais regrettent néanmoins l'absence de tutorat et de supervision individuelle et collective régulière. Beaucoup de soignants sont par ailleurs contractuels et non titulaires.

2 – Sur le droit d'accès aux soins

De nombreux postes de médecins psychiatres sont vacants (10 sur 59) et beaucoup de médecins n'ont pas la plénitude d'exercice (un tiers des postes occupés). Mais surtout, l'organisation de l'accès aux médecins n'est pas satisfaisante et les médecins sont trop peu présents dans les services et peu disponibles pour les soignants. Dans au moins deux services, il n'y a pas d'examen d'admission parfois avant plusieurs jours.

Pour autant, les contrôleurs ont observé la tenue de réunions cliniques régulières associant l'extrahospitalier, des réunions de synthèse associant en tant que de besoin les mandataires judiciaires et les patients concernés, quelques réunions soignants-soignés. Les activités sont presque partout intégrées au projet de soins et développées. La prise en charge somatique est totalement assurée.

La prise en charge est néanmoins entachée de procédés illégaux et non respectueux des droits des patients. Tout d'abord, la pratique des injections de traitements « si besoin » sans recherche du consentement du patient est quasi généralisée. Par ailleurs, les pratiques d'isolement et de contention sont, surtout à l'USIP, abusives ou d'habitude. En outre, de nombreux patients en soins libres sont placés en isolement sans que la mesure ne soient régularisée lors des prolongements.

Les modalités de décisions ne sont pas réglementaires de manière fréquentes, prise par des infirmiers ou des médecins sans plénitude d'exercice et sans régularisation par des médecins psychiatres titulaires. Certaines mesures sont prises ou renouvelées par simple accord téléphonique. Le transfert de patients dans d'autres services pour utiliser leur chambre d'isolement est également fréquent.

On relève une méconnaissance du patient en tant que sujet de droit dans les décisions de soins à la demande d'un tiers (SDT) antidatées par la direction de l'établissement (prises le lundi pour le week-end), également dans l'insuffisante recherche du consentement que ce soit pour des transferts vers des établissements médico-sociaux, dans l'administration de traitements non consentis ou dans la mise en place de mesures d'isolement ; enfin, l'information sur l'accès au juge est freinée par de mauvaises procédures d'information.

Pour autant des améliorations sensibles ont été apportées depuis le précédent contrôle, que ce soit à travers les formations aux droits des patients, la réalisation effective des notifications des droits par les soignants, la délivrance des livrets d'accueil et l'établissement de règles de vie presque partout, enfin, la réalisation d'un set de table sur les droits des patients.

3 – Sur la prise en charge générale des patients et le respect des libertés

La liberté d'aller et venir a certes été améliorée récemment par l'ouverture de quatre unités, mais toutes les autres restent fermées, y compris celles accueillant des personnes en soins libres.

Outre les portes des unités, la liberté d'aller et venir est entravée dans l'accès aux chambres durant la journée, dans trois unités organisées sur deux niveaux. En revanche, la généralisation des verrous de sécurité apporte incontestablement un outil de sécurisation appréciable pour les patients. Par ailleurs, les contrôleurs relèvent une nette amélioration quant aux restrictions concernant la vie quotidienne souvent limitées à ce qui est nécessaire, comme l'absence d'usage de pyjama sauf pour les détenus à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), l'accès au tabac, à la télévision, aux visites, au téléphone (sauf à l'USIP). L'installation d'allume-cigarettes mériterait d'être généralisée aux services qui n'en disposent pas encore.

La prochaine installation d'ordinateurs connectés à Internet facilitera encore davantage l'accès à la communication extérieure et à l'information. Seul le service des adolescents adopte encore des restrictions fortes sur le téléphone et impose la médiatisation systématique des communications téléphoniques.

L'hygiène, la gestion des biens des patients et les repas ne posent pas de difficulté avec même un dispositif innovant en matière de suivi nutritionnel des patients par les diététiciennes et médecins somaticiens.

Au regard des réponses apportées à ces constats, il apparaît que l'établissement n'a pas encore pris la réelle mesure de ses faiblesses vis-à-vis du respect des droits fondamentaux des personnes. Il nécessite un accompagnement appuyé des tutelles et devra faire l'objet d'une nouvelle visite rapprochée.

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** 47
Une unité plan blanc est créée pour prévenir de nouvelles situations de crise et réduire l'impact de celles-ci sur les autres unités d'hospitalisation.
- BONNE PRATIQUE 2** 52
Les patients ont la possibilité de déjeuner au sein de la cafétéria dans laquelle se rendent les membres du personnel.
- BONNE PRATIQUE 3** 56
Un affichage dans la salle d'attente des urgences explique clairement la mise en place d'une contention physique.
- BONNE PRATIQUE 4** 57
Dans le cadre de la recherche du consentement éclairé aux soins, les patients sont invités à participer à la réunion de synthèse rassemblant les soignants autour de leur prise en charge.
- BONNE PRATIQUE 5** 60
L'Oasis, bar-boutique, est ouvert 7 jours sur 7 et 365 jours par an.
- BONNE PRATIQUE 6** 63
Un médecin somaticien assure une garde sur place la nuit et le week-end.

RECOMMANDATIONS

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

- RECOMMANDATION 1** 16
Un projet d'établissement doit rapidement être élaboré afin d'y préciser les modalités de prise en compte des droits des patients et chaque service doit établir son projet médico-soignant afin d'y conceptualiser la prise en charge concrète des patients et l'approche des restrictions de liberté.
- RECOMMANDATION 2** 17
L'établissement doit recevoir de ses tutelles les moyens financiers nécessaires à l'exercice de ses missions.
- RECOMMANDATION 3** 21
L'établissement doit prévoir et respecter le nombre de soignants par unité et par tranche horaire selon la nature des patients accueillis et le type d'hospitalisation proposé, en cohérence avec le futur projet médico-soignant.
- RECOMMANDATION 4** 25
La commission départementale des soins psychiatriques doit, avec l'ensemble des partenaires, analyser les motifs et organisations amenant l'établissement d'un nombre élevé de mesures en péril imminent.

RECOMMANDATION 5	32
La personne de confiance doit davantage être associée au projet de soins.	
RECOMMANDATION 6	34
Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients.	
RECOMMANDATION 7	37
Le collège des professionnels de santé doit se réunir pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.	
RECOMMANDATION 8	37
Les entretiens entre le patient et son avocat doivent tous se dérouler dans un local répondant aux exigences de confidentialité.	
RECOMMANDATION 9	44
Chaque unité doit disposer d'un espace aménagé, convivial et suffisamment spacieux, pour permettre aux patients de recevoir dignement leur famille.	
RECOMMANDATION 10	48
Les unités n'ayant pas encore été rénovées doivent l'être au plus vite – en particulier celles accueillant des enfants – et un schéma directeur immobilier doit être adopté.	
RECOMMANDATION 11	51
L'établissement doit intégrer à la politique de prise en charge, la question de l'accès à du linge propre pour les patients dont il a la charge.	
RECOMMANDATION 12	55
Les mesures d'isolement et de contention imposées aux patients relevant de soins psychiatriques ne peuvent être décidées que par un médecin psychiatre ou validées secondairement dans l'heure par celui-ci.	
RECOMMANDATION 13	57
Les soignants doivent disposer d'un planning clair et respecté indiquant, pour chaque jour de la semaine, le médecin présent dans le service.	
RECOMMANDATION 14	58
La prescription de traitement en « <i>si besoin</i> » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.	
RECOMMANDATION 15	58
Une attention forte doit être portée sur l'adéquation des prises en charge aux besoins des patients et la recherche de leur consentement dans les solutions d'accueil proposées.	
RECOMMANDATION 16	61
L'enfermement d'un patient dans une chambre doit répondre aux lois et règles en vigueur relatives aux mesures d'isolement.	
RECOMMANDATION 17	62
Les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques doivent prioritairement être pris en charge par des UHSA.	
RECOMMANDATION 18	64
Les patients de psychiatrie doivent pouvoir accéder à des soins d'addictologie.	

RECOMMANDATION 19	68
L'isolement dans la chambre du patient doit être évité.	
RECOMMANDATION 20	69
La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et aucune décision d'isolement ou de contention ne peut être prise avec l'indication « <i>si besoin</i> ».	
RECOMMANDATION 21	69
Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre deux fois par jour. Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement à l'entrée dans une unité de soins.	
RECOMMANDATION 22	70
Le recours à la pratique de l'isolement et de la contention d'un patient mineur doit être évité par tout moyen.	
RECOMMANDATION 23	71
Le confinement d'un patient dans l'attente de test Covid ne peut s'assimiler à une décision d'enfermement en chambre d'isolement.	
RECOMMANDATION 24	72
Les placements en isolement de patients en soins libres ne peuvent dépasser douze heures sauf à ce qu'une mesure de soins sans consentement soit initiée.	
RECOMMANDATION 25	76
En raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état clinique et à la durée de leur séjour.	
RECOMMANDATION 26	78
Les patients détenus doivent disposer, comme tout patient, de leurs vêtements personnels sauf contre-indication médicale motivée.	
RECOMMANDATION 27	78
Conformément aux dispositions légales, le placement en isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours et se pratiquer exclusivement dans un espace dédié sur des considérations cliniques.	
RECOMMANDATION 28	78
En application des dispositions réglementaires, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient et dans le respect de sa dignité.	

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	26
Le comité d'éthique doit être une instance de réflexion pour permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent. L'état de ses réflexions doit être diffusé à tout le personnel.	

RECO PRISE EN COMPTE 2	28
Les décisions d'admission en soins sans consentement prises par le directeur doivent l'être en temps réel et ne peuvent être antidatées.	
RECO PRISE EN COMPTE 3	38
L'établissement ne doit pas imposer aux patients de se prononcer sur leur choix de comparaître ou non devant le juge des libertés et de la détention plusieurs jours avant l'audience au risque de les priver de l'accès effectif au juge.	
RECO PRISE EN COMPTE 4	39
Le patient détenu en soins sans consentement doit être présenté au JLD si son état clinique le permet et s'il ne refuse pas la comparution.	
RECO PRISE EN COMPTE 5	41
Les unités utilisant des moyens de contention avec serrure doivent être équipées d'un coupe-sangle pour faire face aux situations d'urgence.	
RECO PRISE EN COMPTE 6	42
Les patients doivent pouvoir accéder librement à leurs chambres et aux cours intérieures. Les verrous de confort doivent être généralisés.	
RECO PRISE EN COMPTE 7	44
Les patients doivent disposer de moyens pour rester informés.	
RECO PRISE EN COMPTE 8	70
Le port du pyjama en chambre d'isolement ne doit pas être systématique mais justifié cliniquement.	

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	30
Face aux violences, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions correctives et limiter les passages à l'acte.	
PROPOSITION 2	40
L'EPSMD aurait intérêt à réexaminer le projet de double clôture qui semble peu en cohérence avec sa situation financière et avec la protection naturelle contre les fugues et les intrusions que lui confère son implantation.	

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	5
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	14
2.1 L'EPSMDA reçoit une grande majorité des patients de l'Aisne sans projet d'établissement	14
2.2 Les dotations allouées ne permettent pas l'exercice des missions dans le respect des droits des patients.....	17
2.3 Les difficultés de recrutement des psychiatres et du personnel paramédical nuisent à une prise en charge de qualité	18
2.4 La proportion d'hospitalisation en soins sans consentement augmente, surtout celle des personnes détenues et celle fondée sur un seul certificat	23
2.5 Les thématiques abordées au sein du comité d'éthique manquent d'approfondissement et sont ignorées des soignants	25
3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	27
3.1 L'information écrite des patients en soins sans consentement est effectuée mais l'information orale est souvent lacunaire	27
3.2 Les événements indésirables sont analysés de manière exhaustive et comportent une forte proportion de violences.....	28
3.3 Les personnes de confiance sont fréquemment désignées mais rarement associées aux soins	31
3.4 L'exercice du droit de vote est encouragé mais rarement investi par les patients	32
3.5 L'accès aux cultes est facilité mais peu utilisé en pratique	32
3.6 L'investissement des travailleurs sociaux est freiné par un dialogue difficile avec certains tuteurs.....	33
3.7 La confidentialité sur la présence des patients est assurée mais l'anonymat peu sollicité	33
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	35
4.1 La commission départementale des soins psychiatriques et la commission des usagers exercent les missions qui leur sont imparties	35
4.2 Les registres de la loi sont tenus conformément aux exigences réglementaires	36
4.3 Le collège des professionnels de santé n'est pas réuni pour ceux qui sont placés en programme de soins	36
4.4 L'accès au juge des libertés et de la détention n'est pas garanti.....	37
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	40

5.1	Malgré une récente volonté d'ouverture, la majorité des unités du site de Prémontré reste fermée.....	40
5.2	Les restrictions apportées à la vie quotidienne apparaissent mesurées dans la majorité des unités.....	42
5.3	Les patients ont les moyens de maintenir les liens avec leurs proches mais pas avec le reste de la société.....	43
5.4	La question de la sexualité des patients est différemment traitée selon les unités.....	45
6.	LES CONDITIONS DE VIE.....	46
6.1	La suspension du programme de rénovation des locaux amène des différences notables en matière de qualité de l'hébergement.....	46
6.2	L'hygiène est bien prise en compte par l'établissement.....	49
6.3	Les procédures concernant les biens du patient sont respectées.....	51
6.4	Les repas sont inscrits dans le rythme et la qualité des soins.....	51
7.	LES SOINS.....	53
7.1	Les patients sont admis au sein de l'établissement sans être examinés par un psychiatre dans les cinq services d'urgence.....	53
7.2	Les soins psychiatriques ne sont ni organisés, ni permanents et ne respectent pas la recherche du consentement.....	56
7.3	L'Unité de soins intensifs en psychiatrie (USIP) remplit une mission d'UHSA dans un cadre très sécuritaire, non propice aux soins.....	60
7.4	Les soins somatiques sont totalement assurés mais pas les soins d'addictologie.....	63
7.5	La gestion des médicaments respecte les droits des patients.....	64
8.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	66
8.1	Les chambres d'isolement ne sont pas propices à l'apaisement et des espaces d'isolement hors chambre d'isolement subsistent à l'USIP.....	66
8.2	Les décisions médicales d'isolement sont trop souvent prises sans examen du patient.....	68
8.3	Le registre de l'isolement et de la contention est tenu mais peu analysé à l'échelle de l'établissement.....	71
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	75
9.1	La prise en charge des mineurs est assurée dans des préfabriqués inadaptés et la chambre d'isolement chez les adolescents est très utilisée.....	75
9.2	Les personnes détenues ne sont pas considérées comme des patients.....	77
10.	CONCLUSION.....	79

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Luc Chouchkaïeff, chef de mission ;
- Chantal Baysse ;
- Annie Cadenel ;
- Aline Daillère ;
- Céline Delbauffe ;
- Capucine Jacquin-Ravot ;
- Augustin Laborde ;
- Dominique Secouet.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale départemental de l'Aisne (EPSMDA) (02) du 8 au 15 janvier 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 8 janvier 2021 à 9h. Ils l'ont quitté le vendredi 15 janvier 2021 à 13h. La visite était inopinée. Le cabinet du préfet de l'Aisne, le président du tribunal judiciaire de Laon ainsi que le procureur de la République près ce tribunal et l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France ont été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général, le directeur des soins et de la qualité et l'attaché en charge de la gestion des patients.

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

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

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et l'une d'entre elles a souhaité avoir un entretien.

Une réunion de restitution a eu lieu, le vendredi 15 janvier 2021, avec la présence du directeur général, des membres de la direction, le pharmacien, des médecins chefs de pôle et de service et les cadres des unités contrôlées.

Un rapport provisoire a été adressé le 21 mai 2021 au directeur général de l'établissement, au préfet du département et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur de l'établissement a adressé des observations en date du 23 juin 2021, observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

Synthèse des recommandations du précédent contrôle

A l'issue de la visite de juillet 2010, les contrôleurs avaient formulé les recommandations suivantes :

- Les routes conduisant à l'établissement ne comportent aucun panneau de signalisation qui puisse aider un visiteur à s'y rendre. La signalétique au sein de l'établissement est également insuffisante.
- Un médecin ne parlant pas le français a été recruté pour assurer des fonctions de psychiatrie.
- Le pourcentage de placements prononcés pour danger ou péril imminent est particulièrement élevé.
- L'admission de patients en surnombre conduit à des placements en chambre d'isolement avec parfois fermeture de la chambre.
- Il n'est pas prévu d'expliquer ses droits à un patient au moment de son hospitalisation ; il reçoit simplement un courrier.
- Il est surprenant de constater que le juge des libertés et de la détention soit obligé de prendre une décision afin qu'un patient admis en hospitalisation libre puisse sortir de l'établissement.
- Lors de l'admission du patient, la désignation de la personne de confiance doit être formalisée.
- Dans certains services, les patients n'ont pas un accès libre à leur téléphone et doivent demander l'autorisation.
- Le courrier est plus ou moins contrôlé selon des règles différentes d'un service à l'autre.
- L'établissement devrait introduire la possibilité pour les patients d'accéder à internet dans les unités et pouvoir conserver leur ordinateur portable.
- La commission départementale des hospitalisations psychiatriques ne comporte pas de psychiatre.
- L'UNAFAM n'est pas présente au sein du CHS de Prémontré ; les coordonnées de l'association ne figurent pas dans le livret d'accueil.
- Le livret d'accueil est ancien et incomplet.
- Afin d'éviter l'admission des patients dans des unités inadaptées à leur situation et de faire jouer pleinement son rôle au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPAO), il est nécessaire d'améliorer la fluidité de son fonctionnement.
- Des chambres d'isolement ne sont pas aux normes, notamment en termes d'hygiène.
- Une réflexion doit être menée sur les modalités d'ouverture des unités d'hospitalisation qui accueillent des patients en hospitalisation libre et en hospitalisation sous contrainte.
- Aux Tilleuls les patients ont l'interdiction de se rendre dans leur chambre après le déjeuner et certains dorment par terre.
- La persistance de la dénomination d'un pavillon « l'accueil » ne facilite pas la distinction avec le CPAO.

- La pratique des prescriptions de « mise en chambre d'isolement si besoin » confère une lourde responsabilité aux infirmiers.
- Il n'est pas acceptable que les effectifs de personnel soignant soient parfois inférieurs aux minimas fixés à trois personnes.
- Dans l'unité de psychogériatrie, la confidentialité des échanges entre les patients et leurs visiteurs est inexistante.
- Les patients de l'unité de psychogériatrie devraient pouvoir accéder aux activités culturelles organisées au sein de l'hôpital, à la cafétéria et au parc de l'établissement.
- L'unité de psychogériatrie n'a jamais bénéficié d'exercice d'évacuation en cas d'incendie alors même que les chambres sont situées à 'étage.
- La fluidité du fonctionnement de l'unité de soins intensifs en psychiatrie n'est pas assurée du fait du non-respect de la durée de séjour maximale de deux mois et des difficultés de retour des patients dans leur établissement ou service d'origine.
- Les personnes détenues sont systématiquement hospitalisées en ambulance, couchées sur un brancard.
- Des livrets d'accueil spécifiques à la psychogériatrie et aux unités de pédopsychiatrie doivent être mis à disposition.
- Le temps de présence de l'enseignant devrait être augmenté afin de tenir compte du nombre, de l'âge et des besoins des jeunes pris en charge.
- Du fait de la suroccupation, des adolescents sont accueillis en chambre d'isolement, porte ouverte.
- Les mesures de contention – tant physique que chimique – ne font pas l'objet d'une traçabilité claire et séparée des dossiers individuels des patients.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 L'EPSMDA REÇOIT UNE GRANDE MAJORITE DES PATIENTS DE L' AISNE SANS PROJET D'ETABLISSEMENT

2.1.1 L'établissement dans le paysage institutionnel

L'EPSMDA occupe une place prépondérante dans la prise en charge des soins de psychiatrie dans le département de l'Aisne puisqu'il assure les soins des 300 000 habitants de cinq secteurs de psychiatrie adulte sur sept (deux étant confiés au centre hospitalier de Saint-Quentin) et toute la pédopsychiatrie (trois intersecteurs). Le département compte par ailleurs deux cliniques pour personnes en soins libres exclusivement, à Soissons et à Saint-Quentin, et très peu de psychiatres libéraux.

L'établissement dispose d'une dérogation (jusqu'à juin 2020 puis prorogée pour une durée indéterminée à compter du 3 juin 2020) pour ne pas intégrer un groupement hospitalier de territoire. Il participe de manière très impliquée dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale (PTSM) en cours de signature. Ce projet prévoit par exemple le développement de la pair-aidance, la réorganisation de centre médico-psychologique (CMP) vers une prise en charge plus rapide et des situations de crise, l'accompagnement vers l'emploi, le développement de l'habitat accompagné et une réponse téléphonique 24h/24 pour patients, familles et professionnels.

Ces perspectives iront dans le sens d'une meilleure prise en compte du droit des patients mais devront se concrétiser au sein d'un projet médico-soignant et d'établissement à ce jour inexistant (le dernier projet d'établissement date de 2013-2017) avec, depuis plusieurs années, une politique de soins abandonnée au profit d'une politique de réduction du déficit budgétaire (cf. §.2.2). Seule une « *note architecturale relative au projet long séjour* » annonce le souhait de fusionner les unités Tilleul et Accueil en une seule avec fermeture de lits, mais sans évoquer les prises en charge alternatives à mettre préalablement en place. Le centre régional d'addictologie de Picardie (CRAP) a été brutalement fermé en 2019 et laisse aujourd'hui l'établissement dépourvu de tout accès à des soins d'addictologie alors même que cet accès aux soins est fondamental en psychiatrie.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *si le dernier projet d'établissement a été établi pour la période 2013-2017, un projet médical a été réalisé ainsi qu'un schéma directeur informatique hospitalier pour la période 2018-2022, constituant par conséquent une réactualisation partielle du projet d'établissement. Par ailleurs, la mise en œuvre du projet d'établissement existant s'est poursuivie, notamment dans son volet social avec trois fiches action indiquée : organisation et gestion du temps de travail, mise à jour du guide de gestion du temps de travail et optimiser le logiciel du temps de travail.*

« *La fermeture du CRAP a été envisagée dès 2017. Si l'un des objectifs de cette fermeture était de réduire les effectifs et la masse salariale, il s'avère que les effectifs notamment paramédicaux ont continué de progresser. Ces éléments sont confirmés par l'évolution des dépenses du titre 1. Par ailleurs, si l'offre d'hospitalisation complète n'est plus présente en addictologie, les prises en charge se poursuivent dans les unités.* »

Les contrôleurs prennent acte des éléments du projet d'établissement lui donnant quelques actualisations mais maintiennent leur recommandation d'établir un réel projet d'établissement projetant la structure sur une modernisation de sa prise en charge comme le soulignent les

différents points du rapport. Concernant la fermeture du CRAP, les contrôles opérés au sein des unités ont confirmé l'absence de prise en charge d'addictologie, celle-ci n'étant possible qu'à la marge (cf. § 7).

Il n'y a aucun schéma directeur immobilier en ébauche et aucune perspective à long terme de modernisation ; or les contrôleurs ont relevé plusieurs aspects architecturaux ayant un impact sur le droit des patients (services à étage, bâtiments préfabriqués, hébergement vétuste dans trois unités ; cf. § 6.1).

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *le pavillon bleu s'il comporte des chambres à trois lits ne les utilise pas. Le taux d'occupation est au maximum de 30%, permettant d'accueillir les enfants dans des chambres individuelles. L'établissement présente chaque année un plan global de financement pluriannuel déterminant les investissements à long terme de l'établissement, y compris pour les projets architecturaux. Ce PGFP, s'il n'est pas approuvé, reste néanmoins un outil utile de prospective.* »

Les contrôleurs prennent acte de la non-utilisation des chambres à trois lits mais demandent, dans ces conditions, à ce que ces chambres non-utilisées soient vidées et condamnées. Concernant l'absence de schéma directeur immobilier, un engagement clair et réciproque des tutelles et de l'établissement doit permettre d'indiquer aux professionnels œuvrant au sein de l'hôpital, les perspectives de modernisation.

Pour autant, des administratifs, des soignants, des médecins et un syndicat rencontrés sont forces de propositions sur des sujets comme l'amélioration des pratiques de contention, la réinsertion par le travail, la prise en charge des addictions, l'amélioration de la prise en charge des 16-25 ans. La commission des usagers (CDU) a également élaboré un projet des usagers 2020-2025. Un projet médical 2020-2022 aborde l'amélioration nécessaire de l'accès aux soins y compris dans les situations d'urgence, avec des horaires d'ouverture plus adaptés des CMP, la valorisation des entretiens infirmiers, la mise en place d'une liaison télé-médicale au centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPAO) ; il évoque la réorganisation de la filière pédopsychiatrique ambulatoire et le développement d'une équipe mobile de psychogériatrie. Le projet évoque, en dernière page, la bientraitance institutionnelle et le respect des droits des patients ; la bientraitance et le respect des droits des patients sont déclinés par une charte de bientraitance, un réseau de référents droits-patients dans chaque unité de soins et un travail sur les isolements et contentions.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2019-2024 prévoit de mettre en œuvre les axes d'amélioration issus de la démarche de certification par la haute autorité de santé (HAS) dans laquelle les droits des patients sont pris en compte. L'établissement a également participé aux réunions du comité local de santé de la ville de Laon et la création d'un conseil local de santé mentale y est en cours.

Enfin, certains services souffrent de l'absence de conceptualisation de la prise en charge, par défaut de projet de service médico-soignant.

RECOMMANDATION 1

Un projet d'établissement doit rapidement être élaboré afin d'y préciser les modalités de prise en compte des droits des patients et chaque service doit établir son projet médico-soignant afin d'y conceptualiser la prise en charge concrète des patients et l'approche des restrictions de liberté.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique « *que la démarche de réflexion du futur projet d'établissement est engagée depuis mars (passages aux instances). Un CTE dédié aux projets s'est tenu le 18 janvier 2021. L'actuel projet médical 2020-2022 sera évalué et sa future version sera le fondement du futur projet d'établissement qui couvrira la période quinquennale 2023-2027. La déclinaison opérationnelle de la stratégie médicale de l'EPSMD sera faite au sein de chacun des pôles.* »

2.1.2 Les services

L'établissement de Prémontré est organisé en pôles depuis 2017. La psychiatrie adulte intra hospitalière est ainsi divisée en trois pôles : pôle de psychiatrie adulte Aisne-Nord, Aisne-Sud et pôle « intra et services spécialisés ». La psychiatrie infantile est divisée en pôle de psychiatrie infanto-juvénile Aisne-Nord et Aisne-Sud.

Le pôle Aisne-Nord comporte deux unités d'hospitalisation complète sur le site de Prémontré : **l'Accueil** (vingt-huit lits) et la **Verrerie** (vingt-cinq lits). Trois autres « unités de proximité » se trouvent à Laon (douze lits), Chauny (quinze lits) et Hirson (quinze lits).

Le pôle Aisne-Sud comporte deux unités d'hospitalisation complète, **la Nef** (vingt-cinq lits) et **les Tilleuls** (vingt-cinq lits). Deux autres unités de proximité se trouvent à Soissons (dix-huit lits) et Villiers-Saint-Denis (seize lits).

Les unités de proximité n'accueillent que des personnes en soins libres et sont « ouvertes ».

Le pôle « intra et services spécialisés » comprend, outre le service somatique, le centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (**CPAO**) de cinq lits, une unité de réhabilitation temps plein (**Tosquelles**), deux unités d'accueil spécialisées (**UAS Nymphée et la Closerie**) de vingt-cinq lits chacune, l'unité de soins intensifs psychiatriques (**USIP**) (vingt lits) intégrée dans le service médico judiciaire, et l'unité de **psychogériatrie** (quinze lits).

La pédopsychiatrie comporte deux unités d'hospitalisation, une de semaine pour les 3-12 ans (douze lits de semaine) et une complète pour les 12-16 ans (onze lits).

Seuls quatre unités du site de Prémontré sont récemment ouvertes : Tosquelles, Tilleuls, Accueil et l'unité d'accompagnement et de soutien (UAS) la Closerie.

L'EPSMDA dispose d'une capacité de 553 lits et places, dont **388 lits d'hospitalisation complète** (HC). La file active totale incluant les prises en charge intra et extra hospitalières est de 12 213 patients en 2019. Le site d'hospitalisation de l'EPSMDA est situé à Prémontré, à mi-distance entre Laon et Soissons, dans un cadre rural au centre géographique du département. L'EPSMDA dispose également, pour chaque secteur, de l'ensemble de l'offre extra hospitalière : centres médico-psychologique (CMP), centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), hôpitaux de jour, accueil familial thérapeutique ; appartements thérapeutiques. Les places d'hospitalisation à domicile (HAD) ont été transformées en résidences associatives communautaires (RAC) depuis octobre 2019 ; les patients y sont désormais pris en charge en

ambulatoire et deviennent des résidents. La prise en charge y est moins médicalisée et les soins infirmiers sont assurés par des professionnels libéraux.

Enfin, depuis le 1^{er} janvier 2020, une maison d'accueil spécialisée (MAS) de cinquante places a été ouverte sur le site de Prémontré par transformation des unités « UAS 1 et 2 ».

2.2 LES DOTATIONS ALLOUEES NE PERMETTENT PAS L'EXERCICE DES MISSIONS DANS LE RESPECT DES DROITS DES PATIENTS

En 2019, les dépenses totales de l'EPSMDA étaient de 75 095 000 euros, dont 61 158 000 consacrés aux dépenses en personnel (82 %). Ces dépenses sont en augmentation de 2 % par rapport à 2016 (+2,8 % sur les dépenses de personnel).

Les recettes étaient en 2019 de 74 595 000 euros, en augmentation de 2,6 % depuis 2016, mais de 1 % seulement en ce qui concerne la dotation annuelle de financement (DAF). En effet celle-ci se montait en 2019 à 65 467 000 euros contre 64 760 000 en 2016. Ces recettes intègrent une aide exceptionnelle de l'agence régionale de santé (ARS) de 500 000 euros dans le cadre du plan de retour à l'équilibre et les dépenses sont minorées par dix postes médicaux vacants.

Le déficit structurel réel de l'établissement s'établit autour de deux millions d'euros par an depuis plus de quatre ans. Un plan de retour à l'équilibre est en cours depuis plusieurs années ; il a conduit l'établissement à supprimer dix postes de soignants lors de la fermeture du service d'addictologie et au transfert de quarante postes vers le médico-social à l'occasion de la création d'une MAS. **Ces réductions d'effectifs sont intervenues alors même que l'analyse des plannings de présence des soignants dans les services d'hospitalisation complète montre un personnel qui n'est pas en surnombre** avec même des journées où deux soignants gèrent seuls plus de vingt patients (constat fait par les contrôleurs). Or le contrôle opéré en 2010 indiquait déjà « *qu'il n'est pas acceptable que les effectifs de personnel soignant soient parfois inférieurs aux minimas fixés à trois personnes* » (cf. § 2.3).

Le budget n'ébauche plus de planification d'investissement ou de modernisation à moyen ou long terme.

Il n'y a pas d'emprunt toxique et la capacité d'autofinancement n'a jamais été négative. Un prêt demandé pour une construction à Laon a été refusé car le plan global de financement pluriannuel (PGFP) n'a pas été validé par l'ARS.

En conclusion, si le financement de la formation des agents semble avoir été préservé (cf. § 2.3), l'établissement s'est engagé depuis plusieurs années dans une réduction des effectifs sans quantifier et qualifier ses besoins en personnel ni élaborer de projet de modernisation. Il ne dispose désormais plus des moyens de fonctionner dans le total respect des droits des patients au regard des multiples points soulevés dans le présent rapport.

RECOMMANDATION 2

L'établissement doit recevoir de ses tutelles les moyens financiers nécessaires à l'exercice de ses missions.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *le transfert de quarante postes vers le médico-social ne constitue pas une réduction d'effectifs puisque l'établissement a bénéficié d'une dotation correspondante. Par ailleurs, la suppression de*

dix postes soignants a été évoquée pour le CRAP. Ces postes ont été redéployés sur d'autres services de l'établissement et non supprimés.

Concernant l'absence de quantification et qualification des besoins en personnels, le directeur indique que la remarque est en contradiction avec celle indiquant que « l'effectif de fonctionnement du personnel soignant a été fixé pour l'ensemble des unités. »

Les contrôleurs précisent que si l'effectif a effectivement été fixé, il ne l'a pas été au regard d'une définition du besoin de soins dans chaque unité (typologie des patients accueillis, différentes charges soignantes infirmières, aides-soignantes, autres, impératifs hebdomadaires liés au JLD, aux activités ou sorties, modalités de surveillance des patients, organisation des réunions cliniques et de synthèse, etc.).

2.3 LES DIFFICULTES DE RECRUTEMENT DES PSYCHIATRES ET DU PERSONNEL PARAMEDICAL NUISENT A UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

2.3.1 Le personnel médical

Comme relevé par les contrôleurs en 2010, le recrutement de psychiatres est difficile du fait de la démographie médicale et du manque d'attractivité géographique de l'établissement. Sur les soixante postes de médecins budgétés, seuls cinquante sont effectivement occupés. En outre, ces postes ne sont pas tous pourvus par des médecins de plein exercice – douze sont des médecins associés – ce qui constitue une difficulté en termes d'organisation médicale et de permanence des soins. Leur engagement au service de l'hôpital et des patients est patent ; toutefois le déficit de formation, notamment juridique, en matière de soins sans consentement pour certains et l'impossibilité d'être signataires des certificats, sont une source de difficultés.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement demande sur quels éléments le contrôleur se fonde pour évoquer le déficit de formation juridique en matière de soins sans consentement.

Les contrôleurs répondent avoir demandé la liste des formations et évaluations des pratiques professionnelles suivies par les praticiens, les cinq dernières années et n'avoir constaté que très peu de formations sur les droits des patients et les soins sans consentement en général, sous réserve que l'établissement adresse aux contrôleurs des éléments nouveaux.

La plupart des psychiatres exerce à la fois en intra et en extra hospitalier, certains étant exclusivement sur l'intra, d'autre uniquement sur l'extrahospitalier.

Au jour de la visite des contrôleurs, l'établissement disposait de 44,80 équivalents temps plein (ETP) de médecins psychiatres répartis en intra et extra hospitalier : 25,50 ETP de praticiens hospitaliers, 4,30 ETP de vacataires et contractuels à temps partiel et 15 ETP d'attachés dont 12 attachés associés.

Au 11 janvier 2021, en hospitalisation à temps plein, les unités de la Verrerie et l'Accueil au sein du pôle Aisne-Nord disposent de 2,70 ETP de médecins psychiatres alors que la seconde n'est dotée que d'un intérimaire. Le pôle Aisne-Sud est pourvu d'1 ETP de psychiatre pour chacune des unités la Nef et les Tilleuls. L'unité infanto-juvénile du pôle d'Aisne-Nord bénéficie de 2 ETP de pédopsychiatres.

Le pôle intra et services spécialisés totalise 9,3 ETP de psychiatres repartis en 1,50 ETP au CPAO, 1,70 ETP à l'unité de réhabilitation Tosquelles, 3,60 ETP à l'unité de soins intensifs psychiatriques (USIP), 1,50 ETP en psychogériatrie et 1 ETP aux unités d'accompagnement et de soutien (UAS).

Par ailleurs, la moyenne d'âge des praticiens hospitaliers laisse craindre une situation compliquée dans les années futures.

Le pôle somatique a un poste vacant sur quatre. **Contrairement à ce qu'écrit la direction dans ses observations du 23 juin 2021**, il n'a pas été indiqué au moment du contrôle qu'il s'agissait du poste de médecin DIM ; les contrôleurs prennent acte de cette précision.

Si l'insuffisance du nombre de médecins en intra hospitalier est donc réelle, il a été rapporté aux contrôleurs une carence de présentisme médical dans certaines unités.

En outre, il a été rapporté aux contrôleurs que les internes ne choisissent plus l'établissement pour y effectuer leurs stages ; la direction de l'établissement indique quant à elle « *que l'interne présent en 2019/2020 n'a signalé aucun défaut d'encadrement au cours de son stage* ».

Les internes doivent être accueillis dans de bonnes conditions d'encadrement.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *L'établissement a pris des mesures particulières afin d'attirer les médecins dans l'établissement. Les praticiens non-inscrits à l'ordre national des médecins (ONM) en France, lauréat de la procédure d'autorisation d'exercice (PAE) sont recrutés au dernier échelon de la grille des praticiens attachés associés. Les praticiens non-inscrits à l'ONM sont accompagnés dans leur parcours de formation, au-delà des droits ouverts. De nombreux médecins sont hébergés à des conditions avantageuses par l'établissement. Cet hébergement, attribué à titre gracieux pour les attachés associés, est adapté à la situation personnelle du médecin et prend en compte la composition familiale du médecin (studio de l'internat ou maison au sein de Prémontré). La mise en place d'un contrat spécifique à des médecins vacataires, inscrits à l'ONM, désireux d'assurer des vacances dans l'établissement, permet de proposer une rémunération attractive, fondée sur le salaire d'un PH ou d'un intermédiaire. L'établissement a missionné des cabinets spécialisés à partir de 2020 pour faire de l'approche directe auprès de psychiatres hospitaliers ou non, y compris dans l'Union européenne (en précisant que la crise sanitaire n'a pas facilité ce travail de prospection). L'établissement a recruté trois médecins intérimaires, prenant le risque de dégrader son résultat d'exploitation, afin de maintenir une offre de soins sur le secteur d'Hirson.* »

2.3.2 Le personnel non médical

a) Les ressources humaines

L'effectif global du personnel non médical de l'établissement est de 1 224,24 équivalents temps plein (ETP). Parmi eux, 490 sont des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), 87 sont aides-soignants (AS) et 66 agents de service hospitaliers qualifiés (ASHQ).

Si tous les IDE sont titulaires de leur poste, 14 % des AS sont embauchés en contrat à durée déterminée. Des difficultés de recrutement dans le Nord du département sont rapportées.

Au sein des unités d'hospitalisation complète de Prémontré, 146 ETP d'infirmiers sont budgétés et répartis entre les dix unités visitées par les contrôleurs, l'USIP bénéficiant du plus fort taux de présence soignante avec vingt et un postes d'IDE. Les aides-soignants à hauteur de 49 ETP sont plus particulièrement affectés dans les unités spécialisées telles Nymphée et la Closerie.

Les assistantes de service social (5,7 ETP) sont réparties dans toutes les unités hors le CPAO et l'USIP, mais des postes sont vacants du fait de difficultés de recrutement.

Seuls 3,5 ETP de psychologues sont affectés en intra hospitalier, ils interviennent essentiellement dans les unités de « deuxième ligne » la psychogériatrie et les unités spécialisées.

Un éducateur spécialisé partage son temps entre les unités Accueil et Tilleuls et un moniteur-éducateur est affecté à l'unité le Nymphée. Enfin, un kinésithérapeute intervient à 0,5 ETP en psychogériatrie.

Il a été indiqué aux contrôleurs que les effectifs réduits de certaines de ces catégories professionnelles ainsi que le manque de kinésithérapeutes, d'orthophonistes et d'ergothérapeutes serait le résultat de difficultés de recrutement (comme pour tous les autres types d'établissements) et non pas de budgétisation. En conséquence, les patients ne bénéficient pas de ces soins spécialisés.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *Des études promotionnelles font l'objet, chaque année, d'une étude attentive en fonction des résultats aux concours, des besoins de l'établissement. Depuis 2018, l'EPSMD a clairement identifié trois métiers en tension, un appel à candidature a été lancé pour permettre l'accès aux formations suivantes : psychomotricien, orthophoniste et ergothérapeute. En 2018, une formation de psychomotricien a été financée. L'EPDMD s'est également engagé dans une politique d'accueil d'élève psychomotricien dans le cadre de contrat d'apprentissage. En 2019, une formation d'ergothérapeute a été financée. Un appel à candidature pour la formation d'assistant de service social est prévu l'été 2021.* »

Les contrôleurs soulignent l'effort effectué par l'établissement sur ces métiers en tension.

b) L'organisation du travail

En 2017, un bilan a été effectué sur l'organisation générale du travail et les effectifs du personnel en intra et extra hospitalier et un diagnostic établi par un cabinet conseil. Une remise à plat de l'accord local a été négocié avec les représentants syndicaux dans le but d'augmenter le présentisme et de réorganiser les services. La durée du travail a été fixée à 7h et 40 minutes, les congés annuels à vingt-cinq jours et les congés obtenus au titre de la réduction du temps de travail (RTT) à dix-neuf jours.

Des maquettes organisationnelles ont été établies et fixent un effectif de fonctionnement du personnel soignant, modulable selon les unités (sauf l'USIP) et le nombre de lits, que doivent respecter les cadres lors de l'établissement des plannings.

L'effectif de fonctionnement du personnel soignant a été fixé pour l'ensemble des unités (hors CPAO) sous la forme suivante :

- trois agents (IDE et AS) pour assurer le service le matin de 6h20 à 14h ;
- un ou deux agents positionnés en journée de 8h à 15h40 ou de 9h à 16h40 (dont les agents à mi-temps thérapeutique ou en période de réduction de temps pour raison médicale sont prioritaires sur des horaires de 9h à 12h50 ou 8h à 11h50) ;
- quatre agents pour assurer l'après-midi de 13h30 à 21h10 ;
- deux agents travaillant la nuit de 21h à 6h30 (un IDE et un AS ou deux IDE).

Une rotation des équipes de jour assure le service de nuit.

La visite des unités a permis de recueillir les informations suivantes : à l'unité la Nef (vingt-six lits) comme à l'unité les Tilleuls (vingt-quatre lits) et à l'USIP (vingt lits), l'effectif de personnel de base est respecté et le remplacement organisé en cas d'absence (cf. *infra*) ; au CPAO (cinq lits), le nombre de soignants est officiellement réduit à deux le matin et trois l'après-midi. En pédopsychiatrie, quatre soignants le matin et quatre l'après-midi sont prévus et seraient effectifs. A l'unité la Verrerie, si l'effectif de personnel en service est respecté, il se révèle

insuffisant au regard des soins de nursing très importants. A l'UAS la Closerie, il manque régulièrement un quatrième soignant l'après-midi comme c'est le cas au sein des unités Accueil ou Tosquelles.

L'établissement a fourni aux contrôleurs les plannings des infirmiers et aides-soignants des unités l'Accueil et la Verrerie pour les mois de février et novembre 2020. L'analyse a porté sur ceux du mois de février 2020, avant la pandémie. L'examen des plannings souligne un nombre de soignants inférieur à celui requis, attestant de la non-effectivité du minimum de fonctionnement validé par les instances :

- en février 2020, à l'unité l'Accueil, en semaine, les matins étaient toujours assurés par trois soignants auxquels s'ajoutaient un ou deux présents en journée. En revanche, sur les quatre agents prévus de 13h30 à 21h10, de manière régulière le service n'était pris en charge que par trois soignants. A cinq reprises, les soignants n'étaient que deux sur ce créneau (et deux en journée jusqu'à 16h40 au maximum). Le week-end, le nombre de soignants pouvait être encore plus réduit. L'un des samedis, un seul soignant apparaît en matinée, un en journée et trois l'après-midi ; cette situation se révèle également un dimanche. Les trois autres samedis, deux soignants étaient présents le matin, deux en journée et deux l'après-midi. Les trois autres dimanches, le planning faisait apparaître deux soignants le matin, un en journée et trois l'après-midi ;
- à la même période, à l'unité la Verrerie, sept jours du mois ne satisfont pas aux règles édictées. Il s'agit d'un samedi et d'un dimanche où il apparaît sur le planning que n'étaient de service que deux soignants le matin ; durant quatre jours de semaine, seuls deux soignants étaient présents le matin et trois l'après-midi. Pour une journée, deux soignants étaient présents le matin mais l'après-midi était, conformément aux recommandations, allouée quatre soignants.

Dans les deux unités et toutes les nuits, deux soignants étaient de service.

Les contrôleurs réitèrent ainsi l'observation émise en 2012.

RECOMMANDATION 3

L'établissement doit prévoir et respecter le nombre de soignants par unité et par tranche horaire selon la nature des patients accueillis et le type d'hospitalisation proposé, en cohérence avec le futur projet médico-soignant.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que l'établissement a recueilli des autodiagnostic (les maquettes organisationnelles étant en cours de formalisation) ; *« il n'est relevé aucun manquement en novembre 2020, au moment du 2^{ème} confinement. Par ailleurs, les effectifs doivent être corrélés avec le taux d'occupation des services et l'affectation des agents du pool d'aide à la compensation du service infirmier (PACSI) qui ne figurent pas sur les plannings remis. »*

Les contrôleurs soulignent que les services contrôlés (sauf la pédopsychiatrie) présentaient un taux d'occupation proche de 100 % et que les personnels présents dans les services doivent tous apparaître sur les plannings réalisés.

c) L'absentéisme et les suppléances

L'absentéisme du personnel non médical s'établit en moyenne à 9,65 % mais atteint 13 % au sein du pôle intra. Selon les nombreux témoignages recueillis, une part de cet absentéisme serait liée à la charge de travail supplémentaire générée par l'absence récurrente de psychiatre dans certains services.

S'agissant de la période particulière de la pandémie de Covid-19, dans sa première phase, 52 membres du personnel ont été atteints sur l'effectif total de 1 250 agents mais 605 agents se sont absentés au moins une journée.

Les modes de suppléance sont variés : pour les absences de quelques heures, il est fait appel à des soignants dans le cadre des heures supplémentaires ou en rappel sur des jours de repos. Le PACSI, créé en janvier 2020, est utilisé pour les absences de courte durée. Il est composé d'IDE et d'AS. Le cadre des unités qui nécessitent un remplacement saisit le cadre attaché à ce pôle qui redéploie son personnel vers les unités. Enfin, pour les absences de longue durée (du type congé de maternité) il est fait appel à des soignants dans le cadre de contrats à durée déterminée.

En revanche, une solution pour les remplacements de moyenne durée fait défaut. Le projet de l'établissement est d'utiliser la plate-forme « Hublo² » qui fait appel à des vacataires, retraités ou des étudiants en institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

d) La formation

Pour chaque catégorie de personnel, des priorités institutionnelles sont annoncées dans le plan de formation, dont les suivantes :

- la formation « Omega » (prévention des violences) a été suivie par 497 agents depuis 2011, toutes catégories professionnelles confondues. Elle est fortement conseillée à tous les nouveaux arrivants. En 2020, trente-cinq infirmiers, cinq aides-soignants et deux agents des services hospitaliers en ont bénéficié ;
- la formation intitulée « *droits des personnes hospitalisées* » est organisée pour des groupes de quinze personnes deux fois par an, par un intervenant extérieur (IRFA). Au total 306 professionnels ont suivi cette formation dont 174 depuis 2011 (infirmiers en majorité, aides-soignants, cadres de santé, assistants de service social, éducateurs, adjoints administratifs, secrétaires médicales et agent des services). Cette formation aborde la dignité, le secret professionnel, le droit à l'information, le placement sous tutelle, l'information de la famille, le droit des mineurs, les recommandations habituelles du CGLPL, l'ensemble des procédures d'admission et la chronologie de la saisine du JLD ;
- une formation spécifique a été mise en œuvre en 2019 sur les procédures de soins psychiatriques sous contrainte, animée par des juristes extérieurs. Trois sessions ont été organisées depuis. Les objectifs en sont la maîtrise des aspects juridiques et organisationnels, le repérage des situations à risque et l'identification des actions à entreprendre. Un public pluridisciplinaire est ciblé : médecins, personnel soignant, responsables des affaires juridiques, personnel de la direction qualité, personnel du bureau des entrées et personnel de la direction des usagers. Les séquences rappellent les grands principes, la procédure et la réglementation sur les levées et le rôle des professionnels de santé et des personnels intervenant dans la procédure, par catégorie

² Hublo est une plate-forme qui recense des soignants disponibles pour la gestion des remplacements inopinés.

d'admission. Le dernier module est consacré aux sorties, à la rédaction des certificats médicaux et aux programmes de soins.

Les infirmiers diplômés d'Etat et les aides-soignants bénéficient à leur arrivée dans l'établissement d'un module de trois jours de formation visant à leur intégration dans l'établissement spécialisé. Parmi les thèmes abordés : les modes d'hospitalisation dont les soins sans consentement, la présentation du pôle somatique, du logiciel *Cariatides*, le circuit du médicament ainsi que le droit des patients, la qualité et la gestion des risques.

Au sein de l'unité Nymphée, un document, rempli par chaque soignant, trace la réalité de leur prise de connaissance des dernières procédures ou notes d'information contenues dans le classeur procédure de l'unité.

Il n'est pas organisé formellement de tutorat mais il se mettrait en place spontanément dans certaines unités. Des séances de supervision ne sont organisées qu'à la demande de l'institution quand se pose un problème dans une équipe.

Concernant la formation des infirmiers en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale, le choix a été fait d'accorder annuellement cette formation, qui se déroule en quatre semestres universitaires (une semaine de présentiel par mois), à deux IDE dont l'un au CPAO pour 2021 (le second sur l'extrahospitalier). Une liste d'attente a été constituée.

2.4 LA PROPORTION D'HOSPITALISATION EN SOINS SANS CONSENTEMENT AUGMENTE, SURTOUT CELLE DES PERSONNES DETENUES ET CELLE FONDEE SUR UN SEUL CERTIFICAT

2.4.1 L'activité générale

Les chiffres communiqués pour les années 2019 et 2020 font apparaître une diminution de la file active globale alors qu'elle avait été en augmentation constante les années précédentes : pour 12 215 personnes accueillies en 2019, la file active globale s'établissait à 10 913 patients en 2020. La réduction de la file active en 2020 est mise en lien avec la fermeture des structures d'hospitalisation de jour liée à la pandémie.

Le nombre de patients en hospitalisation complète était également en diminution passant de 2 106 en 2019 à 1 860 personnes en 2020, avec une proportion d'hospitalisations à temps complet stable par rapport à la file active globale (autour de 17 %). La durée moyenne de séjour s'établissait à cinquante-deux jours. **Toutefois soixante-seize patients étaient présents à l'établissement depuis plus d'un an** au 31 décembre 2020.

Le taux d'occupation des lits se présentait en légère baisse en 2020, à l'exception du CPAO où il atteignait 102 %. Les autres unités pour adultes affichaient une variation du taux d'occupation allant de 70 % au plus bas pour la psychogériatrie et l'USIP, à 99 % à l'unité les Tilleuls.

Au sein des unités de pédopsychiatrie, le taux d'occupation chez les plus jeunes était de 16 % et celui des adolescents de 63 %.

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

L'établissement observe une diminution des admissions durant la première période de confinement par rapport aux mêmes deux mois de 2019, passant de 566 à 497.

Durant l'ensemble de l'année 2020, une modification majeure de la patientèle est intervenue se caractérisant par la prise en charge, en extra ou en intra, d'un grand nombre de nouveaux

patients (630) dont les pathologies étaient liées au contexte sanitaire et au confinement, notamment des dépressions et des tentatives de suicide.

2.4.3 Les chiffres des soins sans consentement

a) Les statistiques pour les années 2019 et 2020

Durant l'année 2019, 452 patients adultes ont été admis dans le cadre de soins sans consentement, tous statuts confondus, ils étaient 472 en 2020. **Les mesures de soins sans consentement représentaient 17,54 % de la totalité des admissions à temps plein en 2019 et 18,29 % en 2020.**

En 2019 comme en 2020, **la majorité des patients en soins sans consentement avait été admise sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) à hauteur de 79,42 % puis de 73,09 %**. Ces patients entraient à l'hôpital en 2019 sous le statut de soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) à hauteur de 42,62 % et de péril imminent (SPI) à hauteur de 37,6 % (mesures initiées aux services des urgences). Ces chiffres étaient croissants de 46,6 % pour les SDTU et de 44,35 % pour les SPI en 2020. A l'instar des observations des contrôleurs en 2012, « *le pourcentage de placements prononcés pour danger ou péril imminent est particulièrement élevé dans cet établissement* » même si l'analyse des chiffres 2020 est faussée par la pandémie comme le souligne le directeur ci-dessous.

Dans sa réponse du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement souligne que durant les phases de confinement, le recours à un tiers a été rendu difficile (impossibilité de se déplacer).

L'accroissement du nombre de patients admis en soins pour péril imminent a conduit le centre hospitalier à mettre en place un formulaire de « *recherche infructueuse de tiers* » à remplir par tout membre de l'équipe de soins des urgences dès lors qu'ils adressent un patient sous ce statut.

Les patients en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) représentaient 20,58 % en 2019 et 26,91 % en 2020. Parmi eux, la majorité était des personnes détenues : 66,67 % en 2019 et 77,17 % en 2020 (cf. *infra* § 9.2). La durée moyenne de leur séjour variait de huit à quatorze jours.

La durée moyenne de séjour était stable pour les patients en SDDE, de l'ordre de 34 jours sur les deux années de référence, tandis que celle des patients en SDRE avait chuté de 54 jours à 34 jours entre 2019 et 2020.

La proportion d'admissions en soins sans consentement a ainsi augmenté de manière importante s'agissant des patients détenus (cf. § 7.3) dans l'attente d'une prise en charge en unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), et simultanément des admissions sur le fondement d'un seul certificat médical dans le cadre du péril imminent. Dans ce dernier cadre, le seul formulaire de recherche infructueuse de tiers à destination des urgentistes ne saurait être suffisant pour limiter cette catégorie d'admissions.

RECOMMANDATION 4

La commission départementale des soins psychiatriques doit, avec l'ensemble des partenaires, analyser les motifs et organisations amenant l'établissement d'un nombre élevé de mesures en péril imminent.

b) Les patients admis en soins sans consentement au 11 janvier 2021

Au 11 janvier 2021, quarante-trois patients admis en unité de psychiatrie adulte relevaient d'une mesure de soins sans consentement dont seize à l'USIP, douze à la Nef, douze à la Verrerie, un patient au CPAO, un patient à l'unité Tosquelles et une personne à l'unité Nymphée, ces deux dernières étant hors secteur dans des unités n'accueillant que des patients en soins libres. Parmi eux, quinze avaient été admis sur décision du représentant de l'Etat. Au sein des deux pavillons de pédopsychiatrie aucun des mineurs présents n'avait été admis dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire (OPP)³. Les soignants de ces unités ont affirmé que ce type de prise en charge était extrêmement rare.

2.4.4 La suroccupation

La situation de suroccupation est gérée en interne par le transfert de patients d'une unité à l'autre. Certains secteurs sont plus particulièrement touchés les obligeant régulièrement à adresser leurs patients hors de leurs unités sectorielles. Dans ce contexte, les patients sont suivis par le secteur de rattachement et non celui de prise en charge et les psychiatres référents doivent prendre l'engagement de réintégrer les patients dès que des places se libèrent dans leurs unités. Cette prise en charge des patients hors secteur est, de fait, limitée dans le temps.

Il a été signalé aux contrôleurs que l'une des unités recevrait au moins une fois par mois un patient faute de lits dans les unités d'accueil (en général pour une seule nuit) et que d'autres utiliseraient la chambre d'isolement comme chambre hôtelière dès lors qu'un patient supplémentaire serait accueilli (cf. *infra* § 8).

2.5 LES THEMATIQUES ABORDEES AU SEIN DU COMITE D'ETHIQUE MANQUENT D'APPROFONDISSEMENT ET SONT IGNOREES DES SOIGNANTS

Le comité d'éthique dénommé localement « comité consultatif local d'éthique » (CCLE) est présidé par un pédopsychiatre œuvrant en extra hospitalier. C'est une instance pluridisciplinaire, composée de vingt-trois personnes, directeurs, professionnels de santé (personnel médical et non médical) et personnes qualifiées (trois représentants des usagers y sont invités). En sommeil durant plusieurs années, il a été réactivé en novembre 2018.

Le CCLE se réunit en principe une fois par trimestre. Cependant les comptes-rendus dont ont pris connaissance les contrôleurs révèlent l'organisation de deux réunions en 2019 et trois réunions en 2020.

Au travers de ces procès-verbaux, il apparaît que le comité d'éthique n'est pas saisi par les soignants pour les questions portant sur la dignité et le respect des droits fondamentaux mais que ses membres décident, en fin de réunion, de l'ordre du jour de la suivante. Un mail est par ailleurs envoyé aux membres pour leur demander des propositions de thématiques afin d'établir

³ Mesure qui permet au juge des enfants de placer un mineur dans une structure susceptible d'assurer son accueil et son hébergement à des fins d'évaluation et/ou de traitement spécialisé.

l'ordre du jour. Le compte-rendu des réunions est adressé aux membres de la commission médicale d'établissement (CME) et de la CDU.

Des sujets relatifs aux droits des patients y sont évoqués, sans pour autant que la réflexion soit approfondie. A titre d'exemple, la question des caméras de surveillance dans les chambres d'isolement a été abordée et le comité conclut que la systématisation des caméras est à proscrire, que ce point doit être discuté en CME et au collège médical et que « *seule l'USIP peut rester l'exception en fonction du contexte clinique et du profil du patient* ». La gestion de la sexualité dans les services a été évoquée et le comité rappelle que l'interdiction ne peut être posée, que la chambre est un lieu privé, que des distributeurs de préservatifs sont mis en place. Le débat conclut sur la préconisation d'actions de prévention sur les maladies sexuellement transmissibles et la prise en compte de la protection du patient hospitalisé, sans traduction plus précise dans les pratiques professionnelles. Lors de la réunion de septembre 2020, faisant suite à des violences par une patiente, la mixité de l'USIP a fait l'objet d'un débat. Enfin, s'agissant de la situation sanitaire, le comité d'éthique s'est emparé des recommandations du CGLPL du 25 mai 2020 relatives à l'isolement des patients durant la période de confinement.

Au sein des unités, si les soignants connaissent l'existence du comité consultatif local d'éthique, ils ignorent les sujets qui y sont abordés et les recommandations éventuellement émises. Il leur faudrait aller chercher spécifiquement sur intranet pour connaître les dates de réunions et, par suite, leur contenu.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Le comité d'éthique doit être une instance de réflexion pour permettre aux professionnels de s'approprier les principes déontologiques guidant leurs fonctions et les confronter aux difficultés pratiques qu'ils rencontrent. L'état de ses réflexions doit être diffusé à tout le personnel.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique :

« Les informations concernant le comité consultatif local d'éthique (CCLÉ) sont accessibles sur l'intranet qui reste un support de communication tout à fait pertinent et accessible à l'ensemble des personnels, qui peuvent le saisir. Les représentants des usagers participent par ailleurs aux réunions. L'établissement a initié un partenariat avec la Chaire de philosophie à l'hôpital et va créer une antenne de cette chaire à Prémontré. »

« Le CCLÉ est une instance pluraliste qui engage réflexion et débat sur des thématiques d'actualité au sein de l'EPSMD. Les échanges et les avis sont actés dans un compte-rendu accessible sur l'intranet. En revanche, le CCLÉ n'est pas une instance de décision. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et de ces efforts mais ne peuvent que maintenir les constats du ressenti des soignants dans les unités. La recommandation est à lire comme conseillant une meilleure valorisation du travail effectué.

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

3.1 L'INFORMATION ECRITE DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST EFFECTUEE MAIS L'INFORMATION ORALE EST SOUVENT LACUNAIRE

La remise d'un livret d'accueil, l'information et la notification des droits aux patients en soins sans consentement (SSC) sont en principe réalisées à l'entrée du patient au CPAO. Au cours de l'entretien d'accueil, les infirmiers expliquent au patient ses droits et remplit avec lui les documents nécessaires. Le moment choisi pour l'entretien, sa durée et le degré des détails fournis sont fonction de l'état du patient. Dans certains cas (phase trop aiguë, durée d'évaluation trop courte, etc.), l'ensemble de ces tâches est laissé aux soignants des unités d'admission. Ces derniers procèdent donc généralement à un nouvel entretien d'accueil à l'admission d'un patient, après une visite générale de l'unité en question. A cette occasion, un livret d'accueil peut être à nouveau remis au patient, qu'il peut choisir de conserver en chambre ou de faire garder par les soignants dans son casier. Lorsque l'unité dispose de règles de vie spécifiques (horaires des repas, activités, visites, accès au téléphone, tabac, interdiction des denrées périssables, respect des personnes et des biens, ouverture de la cour, présentation de l'équipe pluridisciplinaire, etc.), le patient en est informé au cours de l'entretien d'accueil. Ces règles sont généralement affichées dans les salles communes des unités concernées. D'autres unités ne disposent pas de règles de vie spécifiques et se réfèrent au règlement intérieur intégré au livret d'accueil, appliquant la règle selon laquelle « *ce qui n'est pas interdit par décision médicale est autorisé* ».

Un document « *droit et voies de recours des patients* », originellement destiné à être un « *set de table* », une charte de bientraitance ainsi que la composition et les permanences de la CDU, sont affichés dans les salles communes des unités. En outre, **un soignant est désigné comme référent « droit des patients » dans chaque unité**. Il participe à ce titre aux réunions de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) du même nom au niveau de l'établissement.

Néanmoins, la notification de la mesure de soins sans consentement et des décisions du JLD qui y sont relatives, pose plusieurs difficultés. Les contrôleurs déplorent que les décisions du directeur lors des admissions le week-end ne soient signées que le lundi avec des décisions antidatées à la date d'entrée, et la notification parfois tardive de ces décisions. En outre, en raison de l'incapacité de certains soignants à fournir des informations juridiques adaptées aux patients, ces derniers se retrouvent bien souvent dans l'ignorance de leurs droits et des voies de recours qui leur sont ouvertes. A titre d'exemple, les soignants de plusieurs unités n'avaient pas connaissance de l'existence de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP). En revanche, dans certaines unités, des soignants spécialement formés aux questions administratives procèdent à une information complète du patient sur la mesure le concernant, font signer la notification et remettent copie de la décision au patient, ce que les contrôleurs ont pu vérifier. Au sein du pavillon vert, les patients adolescents doivent signer un contrat sur leurs droits et leurs devoirs. Les décisions reprennent les termes des certificats médicaux.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Les décisions d'admission en soins sans consentement prises par le directeur doivent l'être en temps réel et ne peuvent être antidatées.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique qu'une nouvelle procédure est effective depuis le 1^{er} mars 2021.

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement.

Selon ce qui a été rapporté aux contrôleurs, les patients peuvent accéder à leur dossier médical mais n'en feraient la demande que rarement (58 demandes en 2019, 29 demandes en 2020).

3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES SONT ANALYSES DE MANIERE EXHAUSTIVE ET COMPORTENT UNE FORTE PROPORTION DE VIOLENCES

3.2.1 Les événements indésirables

Les déclarations d'événements indésirables se font sur l'intranet grâce à un logiciel auquel tout agent a accès. En revanche, il ne permet pas de déclarer un événement de manière anonyme. Une charte de déclaration d'événements indésirables à destination de l'ensemble du personnel est affichée dans les unités.

Tous les matins, le directeur des soins, de la qualité et de la gestion des risques, l'ingénieur qualité, l'assistante qualité et un cadre supérieur de santé examinent toutes les fiches émises la veille. Dès lors qu'un événement grave est signalé, sa transmission est immédiate à la direction de la clientèle et au chef de pôle concerné. Par ailleurs, une réunion autour de ces événements a lieu toutes les quinze jours avec le médecin coordonnateur des risques associés aux soins afin d'assurer le traitement de ces incidents. Par ailleurs, une cellule d'analyse des événements indésirables à laquelle participent tous les directeurs, les chefs de pôle, les cadres de santé, la pharmacie et le coordonnateur général des risques associés aux soins est réunie mensuellement. Elle assure le suivi et l'évolution des risques majeurs ceux déjà catégorisés en événements indésirables graves (EIG) mais également ceux qui sont récurrents.

Les contrôleurs ont été destinataires du bilan des fiches d'événements indésirables (FEI) pour 2019, d'une extraction des fiches relatives aux violences entre patients, et de patients à soignants, pour les années 2019 et 2020, et de l'extraction brute de l'ensemble des FEI pour le second semestre 2020.

En 2019, 1 038 FEI ont été recensées par la direction de la qualité. Leur nombre par pôle, tous motifs confondus, s'établissait à 502 pour le pôle intra et spécialités, 250 pour le pôle adulte Aisne-Nord, 137 pour le pôle infanto-juvénile Nord, 92 pour le pôle adulte Aisne-Sud, 47 au pôle administratif, 9 pour le pôle infanto-juvénile Aisne-Sud et 1 à l'IFSI. Pour le seul second semestre 2020, 505 fiches ont été recensées sur l'ensemble des structures de l'établissement. A l'échelle des seules unités intra hospitalières qui font l'objet du rapport, le nombre de FEI est de 405 au second semestre.

Lors du bilan annuel, les motifs ayant présidé à la rédaction d'une FEI sont classés par thématiques telles que management et prévention des risques, droits des patients, parcours du patient, etc. Les risques majeurs identifiés en 2019 et 2020 concernent les agressions physiques d'un patient envers un agent et d'un patient envers un autre patient. Sont également signalés en

raison de leur récurrence l'agitation d'un patient, les chutes, l'absence de prise en charge et l'absence de prescription ou de réévaluation de la mise en chambre d'isolement.

On constate une augmentation significative du nombre de signalements de manque de personnel (médical et soignant) (cf. § 8.2.3).

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *les déclarations d'EI sont accessibles à tous les professionnels via l'intranet. Une charte encadre les principes fondamentaux de la démarche et il est nécessaire que le déclarant soit identifié pour qu'une réponse lui soit faite et que la situation soit traitée. Ainsi l'anonymat des déclarations risquerait d'engendrer des effets pervers (délation, accusation ou encore règlement de compte). Par ailleurs, des CREX et RMM sont organisés pour les événements indésirables graves.* »

Les contrôleurs indiquent que certains établissements ont permis la déclaration anonyme des événements indésirables par les soignants sans en avoir observé une quelconque dérive.

3.2.2 Les violences

Pour la période du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2020, les agressions entre patients ont fait l'objet de 92 fiches d'événements indésirables tandis que 239 ont été perpétrées contre des agents. Au regard des FEI, ce nombre important de situations se concentre principalement sur quelques unités de soins et est, pour une part, le résultat d'actes d'agressivité récurrents de la part de patients, dont certains mettent en grande difficulté les équipes.

L'essentiel des agressions entre patients a été recensé à l'unité Nymphée, au pavillon vert ainsi qu'au sein des unités Tosquelles et la Verrerie. Deux tentatives d'étranglement, l'une en 2019 à l'unité le Nymphée, l'autre en 2020 à l'unité la Nef, ont été mentionnées comme étant les faits les plus graves. En juin 2020, au CPAO, est mentionnée l'automutilation par immolation d'une patiente (cf. § 3.2.3).

Les violences de patients à agents concernent majoritairement les unités USIP, la Closerie, la Verrerie et le pavillon vert. Les plus graves des événements listés se situent en 2019 et sont une tentative d'étranglement d'un patient sur un agent à l'USIP, des menaces à l'aide d'armes artisanales au pavillon vert et une tentative de strangulation à la Verrerie. La majorité des soignants des unités d'hospitalisation à temps complet a été formée à OMEGA (cf. *supra* § 2.3) mais, selon les propos recueillis, la gestion des violences reste difficile et la formation diversement appréciée sur l'opérationnalité.

Les signalements de suspicion d'agression sexuelle entre patients ont quasiment doublé entre 2018 et 2019. En 2020, trois procédures sont en cours d'instruction pour des agressions sexuelles. La procédure « *conduite à tenir en cas de suspicion d'agression sexuelle sur un patient* » a été actualisée en fin d'année 2019 avec l'ajout d'un chapitre sur la prévention. Elle devait évoluer au cours de l'année 2020 à la suite des échanges avec les forces de l'ordre et le procureur.

Lors d'incidents graves, une information est adressée sans délai à l'agence régionale de santé et des comités de retour d'expérience (CREX) sont régulièrement organisés lorsque l'incident est particulièrement grave ou soulève une difficulté de prise en charge (cf. *infra*). Les événements indésirables graves sont également présentés en commission des usagers (CDU).

L'établissement n'a cependant pas encore conceptualisé un plan de prévention des violences.

PROPOSITION 1

Face aux violences, un plan de prévention doit être conçu pour en identifier les causes, mettre en œuvre des solutions correctives et limiter les passages à l'acte.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « Clairement identifiée prioritaire dans les notes de cadrage des plans de formation 2018, 2019 et 2020, la formation Omega (prévention des situations de violence) montre l'engagement de l'établissement dans la prévention des actes de violences. Cette formation vise à permettre aux professionnels de reconnaître, évaluer et apporter des réponses adaptées aux situations de crise. Trois infirmiers et un cadre de santé ont été formés pour assurer cette action de formation auprès des agents de l'établissement. Au 11 juin 2021, 562 agents sont formés. Depuis 2020, une journée de suivi est réalisée pour les agents ayant suivi la formation depuis plus de deux ans (63 agents inscrits en 2020 et 2021). La violence et les traumatismes psychologiques suite à un événement grave ont été identifiés comme étant la première cause de situation génératrice de risque psychosocial (RPS) lors de la cartographie des RPS réalisée en 2018. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent une proposition de plan plus global de prévention, au-delà de la seule formation Omega, intégrant des modalités de prise en charge réinterrogées.

3.2.3 Les retours d'expérience (RETEX)

Les événements indésirables graves (EIG) font l'objet d'un travail d'analyse sous la forme de retours d'expériences et de consultation des dossiers des patients. La réunion d'un comité de retour d'expérience (CREX) est organisée rapidement après les faits mais après avoir entendu les témoins et protagonistes.

A titre d'exemples, deux situations (tentative d'homicide par strangulation et tentative d'immolation) ont fait l'objet d'un retour d'expérience et débouché sur des mesures correctrices, comme la redéfinition de missions, la modification de projet médical ou de procédure, l'adaptation du nombre de professionnels dans les services.

Dans le cadre de la pandémie de Covid-19, des comités de retour d'expérience ont été organisés en inter établissements par visioconférence afin de partager les pratiques de chacun.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement ajoute que le groupe s'est réuni à vingt-trois reprises en formation plénière, que l'analyse documentaire a porté sur 970 pages.

3.2.4 L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) liées aux événements indésirables

Le tableau de bord des EPP pour 2020 mentionne deux groupes de travail autour des soins somatiques relatifs l'un à la prévention des chutes, l'autre à la dénutrition, et deux groupes axés sur les soins psychiatriques autour du respect des bonnes pratiques en matière d'isolement et de contention et de prévention et gestion de la violence.

La première EPP, débutée en 2018, est terminée et fait état d'une amélioration des pratiques. La seconde, débutée en septembre 2020 n'a pas encore défini ses objectifs.

3.2.5 Les plaintes et réclamations

La direction de la clientèle et des droits des usagers assure l'analyse des plaintes et réclamations dont elle adresse les copies, ainsi que les réponses qu'elle y apporte, à la commission des usagers. Elle peut, à la demande, assister le patient par un accompagnement dans ses démarches vers la police ou la justice.

Durant l'année 2019, 95 réclamations ont été recensées pour 105 en 2020. La majorité a pris la forme d'une réclamation écrite (70 %). Les réclamations orales sont recueillies par la permanence de la commission des usagers sur le site (cf. *infra* § CDU). Ces plaintes et réclamations sont majoritairement déposées par les patients même si leur entourage ou leur tuteur en est parfois l'auteur. On note toutefois une augmentation du nombre de proches ayant déposé un courrier en 2020 (de sept à quatorze réclamations).

Le nombre de réclamations par pôle pour les années de référence s'établit à plus de 40 % au sein du pôle adulte Aisne-Sud durant les deux années. Il s'agirait de réclamations multiples formées par un même patient (dix-huit sur quarante-quatre). Les services intra et spécialisés représentent près de 30 % des réclamations et plaintes durant les deux années, la psychiatrie adulte Aisne-Nord représente 18 % en 2019 et 4 % en 2020. L'infanto juvénile et le management et soins support sont peu représentés.

Le délai moyen de traitement au sein du service est de 21 jours (analyse par les services) et le délai moyen de réponse est de 162 jours (à l'exception de quelques réclamations orales portées à la permanence de la CDU qui peuvent obtenir une réponse rapide), ce qui est trop long.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que le délai moyen de réponse aux réclamations des patients était de 19 jours en 2019 et 23 jours en 2020 ; le délai de 162 jours étant le délai maximal qui n'a concerné qu'une réclamation.

Les contrôleurs prennent acte de ces nouveaux chiffres qui ne peuvent être contrôlés et ne correspondent pas à ceux fournis au moment du contrôle.

Durant l'année 2020, la nature des réclamations portait, pour cinquante-et-une d'entre elles sur des aspects médicaux (contestation d'un diagnostic ou de la prise en charge, divergence sur les actes médicaux), pour trente-sept sur la vie quotidienne et l'environnement (perte ou vol d'objets, gestion de l'argent de poche, difficultés avec d'autres patients, repas et collations), pour neuf sur l'accueil ou l'administration (facturation d'un ambulancier, contestation du mode de prise en charge, information sur les droits et voies de recours et demande d'assistance d'avocat), et pour huit sur les aspects paramédicaux (relations avec le personnel, sorties, comportement inadapté d'un patient vers un soignant).

3.3 LES PERSONNES DE CONFIANCE SONT FREQUEMMENT DESIGNEES MAIS RAREMENT ASSOCIEES AUX SOINS

La possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance fait l'objet d'une information à la fois par le biais du livret d'accueil, mais également par voie d'affichage au sein de plusieurs unités. Si le dispositif de la personne de confiance semble ainsi être connu des soignants, plusieurs de ces derniers ont avoué ne pas comprendre la philosophie sous-jacente.

La désignation de la personne de confiance se fait généralement lors de l'admission au CPAO, sauf en cas d'admission directe au sein d'une unité, auquel cas les soignants de l'unité concernée s'en chargent. La désignation se fait par la signature, par le soignant et le patient, d'un formulaire expliquant les missions de la personne de confiance et les modalités de sa désignation.

L'information de la personne de confiance quant à sa désignation est inégale selon les unités. Dans la majorité d'entre elles, elle est uniquement informée par téléphone. Les soignants de seulement trois unités lui envoient un formulaire par courrier qu'elle doit retourner signé. Dans deux autres unités, la personne de confiance n'est pas informée de sa désignation. Les différences entre unités se retrouvent également dans la sollicitation, l'investissement et la participation des personnes de confiance à la prise en charge du patient. Alors que dans certaines unités la personne de confiance est contactée régulièrement et assiste à des entretiens médicaux, la majorité des unités ne l'associe pas au projet de soins. Ceci est regrettable car le nombre de personnes désignées par les patients est parfois important, dépassant les 50 % dans la majorité des unités et allant jusqu'à 100 % des présents à l'USIP.

RECOMMANDATION 5

La personne de confiance doit davantage être associée au projet de soins.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique qu'une part importante des patients fait l'objet d'une mesure de protection et qu'à ce titre, le mandataire judiciaire qui exerce une mesure de tutelle est l'interlocuteur privilégié du service et est systématiquement associé aux décisions concernant les soins à délivrer.

Les contrôleurs rappellent que la notion de personne de confiance est justement indépendante de celle de mandataire judiciaire.

3.4 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ENCOURAGE MAIS RAREMENT INVESTI PAR LES PATIENTS

La question du droit de vote est discutée avec les patients en période électorale. Lors des dernières élections présidentielles, une note de la direction demandait ainsi expressément aux soignants d'expliquer les enjeux et modalités des élections aux patients de leur service. Les informations sont alors généralement transmises à l'oral lors des repas, lorsque tous les patients sont réunis.

Si ce droit est expliqué, il est cependant en pratique peu mis en œuvre par les patients, qui ne demandent que rarement à se rendre aux urnes (y compris les personnes en soins libres) ou à voter par procuration. D'après les informations recueillies, aucun patient n'a demandé à voter lors des dernières élections municipales et législatives. Seuls deux patients de l'établissement ont voté aux dernières élections présidentielles, dont l'un a été accompagné aux urnes par des soignants.

3.5 L'ACCES AUX CULTES EST FACILITE MAIS PEU UTILISE EN PRATIQUE

La liste des cultes représentés dans l'hôpital figure dans le livret d'accueil, qui mentionne les coordonnées des aumôniers israélite, catholique, protestant et musulman.

Ce droit est cependant peu utilisé en pratique. Seuls quelques patients se rendent ainsi à la messe hebdomadaire dans la chapelle de l'hôpital ou ont émis le souhait de rencontrer un aumônier catholique (deux patients de l'unité Les Tilleuls et un patient de La Nef). Ce dernier se rend dans les unités une fois par semaine afin de s'entretenir avec les personnes qui en font la demande. Les autres cultes ne font par ailleurs l'objet d'aucune demande et aucun patient n'a recours aux aumôniers des autres confessions. Il ressort des observations des contrôleurs que s'il est permis

et facilité, l'exercice du droit de culte est un sujet globalement peu discuté par les patients et soignants.

3.6 L'INVESTISSEMENT DES TRAVAILLEURS SOCIAUX EST FREINE PAR UN DIALOGUE DIFFICILE AVEC CERTAINS TUTEURS

Chaque patient pour lequel une problématique sociale se pose (hébergement, RSA, etc.) est systématiquement rencontré par l'assistante sociale du CPAO, dont le relais est pris par les assistantes sociales des unités, qui identifient ainsi tous les patients ayant besoin d'une mesure de protection juridique.

Les assistantes sociales sont généralement intégrées aux réunions de synthèse et sont associées à l'ensemble des projets concernant le patient. Il n'est pas rare qu'elles accompagnent le patient à domicile, à la banque, ou pour la visite de structures sociales. Elles gèrent les relations avec les mandataires judiciaires, procèdent à des entretiens avec eux et garantissent le contact avec les familles. Dans les unités ne disposant pas d'assistante sociale (quelques unités en sont dénuées), les cadres de santé assurent les fonctions qui sont dévolues aux premières.

La majorité des patients hospitalisés sont placés sous le régime de la tutelle. Trois associations de tuteurs (l'UDAF, l'ADSEA et l'ATA⁴) et un mandataire judiciaire de l'hôpital interviennent au sein de l'établissement. Selon les unités, la majorité des tuteurs sont intégrés aux projets de sortie et présents aux réunions de synthèse. Rares sont ceux qui assistent aux audiences du JLD. Les équipes signalent cependant avoir d'importantes difficultés avec une des trois associations. Certains d'entre eux sont injoignables, ne viennent jamais rencontrer le patient dont ils ont la tutelle, tardent à donner de l'argent, ou bloquent certaines orientations de sorties.

3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE DES PATIENTS EST ASSUREE MAIS L'ANONYMAT PEU SOLLICITE

Il existe dans l'établissement une procédure permettant d'être admis de manière anonyme. Une hospitalisation sous X, contenant la mention « *séjour confidentiel* » figure alors dans la base de données de l'établissement. Il est indiqué aux contrôleurs que la demande d'anonymat est effectuée lors de l'admission, au CPAO. Cette procédure semble cependant peu connue des soignants. Elle n'est en pratique que très rarement mise en œuvre.

Outre cette procédure de confidentialité, chaque unité applique une procédure visant à protéger la discrétion des hospitalisations. Les équipes soignantes de plusieurs unités indiquent ainsi que lorsqu'un appel leur est transmis par le standard, il revient aux infirmiers ou médecins référents de confirmer ou non la présence de la personne dans l'unité. Dans tous les cas, il est indiqué que le secret médical est préservé vis-à-vis des demandes extérieures et qu'aucune information relative à l'état de santé des patients ou aux traitements et soins prodigués n'est par principe communiquée.

⁴ UDAF : union départementale des associations familiales ; ADSEA : association départementale de sauvegarde de l'enfance et de l'adolescence ; ATA : association tutélaire de l'Aisne.

RECOMMANDATION 6

Le droit à l'anonymat doit être porté à la connaissance des patients.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que l'anonymat ne s'applique que pour les accouchements sous X, les consultations anonymes des infections sexuellement transmissibles et les hospitalisations pour les toxicomanes, en déduisant qu'en dehors de ces cas prévus par la loi, seul l'article R 1112-45 du code de la santé publique permet de demander qu'aucune indication ne soit donnée sur sa présence dans l'établissement ou sur son état de santé.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où la grande majorité des hôpitaux de France pratique ce droit à l'anonymat pour toute personne le sollicitant et principalement pour les soignants et leurs familles ne souhaitant pas que leur nom apparaisse dans les listes de patients admis ; cette disposition est conforme à la législation qui ne l'interdit pas.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ET LA COMMISSION DES USAGERS EXERCENT LES MISSIONS QUI LEUR SONT IMPARTIES

4.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

La CDSP exerce sa compétence sur le centre hospitalier de Saint-Quentin et sur l'EPSMDA. Selon arrêté préfectoral du 19 décembre 2019, elle comprend deux psychiatres, deux représentants des usagers (une de l'union nationale des associations de parents et amis de personnes handicapées mentales – UNAPEI – et le second de l'union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques – UNAFAM) ; en revanche, au moment de la visite, le médecin généraliste n'avait pas été désigné.

En temps normal, la CDSP visite deux fois par an chaque établissement de santé mentale et organise deux à trois réunions annuelles pour répondre aux réclamations et examiner les dossiers des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et obligatoirement ceux sans demande de tiers (péril imminent) ou dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an. En 2020 toutefois, du fait de la crise sanitaire et de l'absence pour raison de santé durant six mois de la secrétaire de la CDSP, les visites des établissements ont été annulées mais deux réunions se sont tout de même tenues. Au moment du contrôle, aucune visite n'était encore programmée.

A l'occasion de ses réunions, ses membres examinent une cinquantaine de dossiers de patients en SSC et répondent aux courriers dont la commission est saisie. Lors de leurs visites d'établissements, ils reçoivent les patients qui en font la demande ; les dates de ces réunions sont annoncées par voie d'affichage dans les unités. Lors de la dernière visite de l'EPSMDA, le 3 octobre 2019, seize dossiers ont été examinés, six patients rencontrés et les registres de la loi ont été visés. Nonobstant ces récentes difficultés de fonctionnement, la CDSP joue son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes hospitalisées. En effet, elle alerte régulièrement l'établissement des dossiers dans lesquels les certificats médicaux ne sont pas mis à jour de l'état de santé des patients ou insuffisamment motivés, de l'absence d'avis du collège médical et peut interroger la direction sur les mesures qu'elle met en œuvre afin de faire cesser des situations contraires aux droits fondamentaux des patients, comme en juin 2019 au sujet d'une patiente hospitalisée à l'USIP, unité pourtant réservée aux hommes.

4.1.2 La commission des usagers

La commission des usagers, dont l'existence, le rôle et la composition sont mentionnés dans le livret d'accueil, comprend parmi ses membres trois représentants des patients (UNAFAM et union départementale des associations familiales – UDAF), titulaires ou suppléants, dont l'un en assure la présidence.

Cette commission se réunit quatre fois par an ; toutes les réunions se sont tenues en 2020. Les représentants des usagers participent au conseil de surveillance de l'établissement et à diverses instances comme le comité de lutte contre la douleur, le comité de lutte contre les infections nosocomiales, le comité de liaison en alimentation et nutrition et les COPIL droits des patients et qualité gestion des risques.

La CDU est informée des mesures d'amélioration de la qualité formulées par la CME et les différentes instances de l'établissement, des réclamations et des plaintes (cf. § 3.2.5), des demandes de communication d'informations médicales, des résultats des enquêtes de

satisfaction, des recours gracieux ou juridictionnels formés contre l'établissement, du suivi des mesures d'isolement et de contention et des événements indésirables graves (cf. § 3.2.2).

La CDU tient par ailleurs, deux fois par mois, une permanence sur le site de l'hôpital (vingt-quatre permanences assurées en 2019) ; le bureau de la permanence peut être joint par téléphone. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés confirme que les représentants des usagers jouent un rôle actif et que leurs positions et propositions sont écoutées et prises en compte. Ils insufflent à la CDU des propositions de recommandations qui sont régulièrement mises en œuvre. Un « *projet des usagers 2020-2025* » a été adopté en 2020. Il se propose de contribuer au respect des droits des patients au travers de deux axes : une « *cartographie des plaintes, réclamations et événements indésirables* » et une « *accessibilité facilitée pour les patients aux représentants des usagers* ». Ainsi, des visites périodiques des unités de soins ont-elles commencé d'être organisées en 2020.

4.2 LES REGISTRES DE LA LOI SONT TENUS CONFORMEMENT AUX EXIGENCES REGLEMENTAIRES

Les registres de la loi – un pour chaque type de mesure, « SDRE » et « décisions du directeur » – sont tenus par le service de gestion des patients sur deux modèles normalisés différents. Les contrôleurs ont examiné le dernier registre ouvert pour chaque type de mesure (SDDE : ouvert le 21 septembre 2020 rempli jusqu'au folio 100 et SDRE : ouvert le 27 mai 2019). Ces registres sont globalement bien tenus et convenablement renseignés au regard des exigences fixées par l'article L. 3212-11 du code de la santé publique (hormis quelques oublis ponctuels et à l'exception de la mention des dates de notification des différentes décisions et de délivrance des informations relatives aux droits, de date de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 du même code). Les registres sont à jour et complétés de copies de l'ensemble des certificats et avis médicaux intéressant le patient.

4.3 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE N'EST PAS REUNI POUR CEUX QUI SONT PLACES EN PROGRAMME DE SOINS

Aussi rapidement que leur état clinique le permet, les patients admis en SSC peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée – accompagnées de moins de douze heures ou non accompagnées de moins de quarante-huit heures – telles que les prévoient les dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique (CSP). Ces autorisations de sortie peuvent être accordées rapidement après l'admission, sans différence selon le statut d'hospitalisation ; le représentant de l'Etat s'oppose très rarement à la demande faite par le médecin. Des programmes de soins alternatifs à l'hospitalisation complète, peuvent également être mis en œuvre. Au moment du contrôle quarante-cinq patients sont en programme de soins. La plus ancienne mesure de soins sans consentement concernée par cette forme de prise en charge remonte au 26 août 2012 ; une autre date de juin 2014, cinq autres de 2015 ; la plus récente date du 24 novembre 2001. Les programmes de soins consistent exclusivement en soins ambulatoires. Aux termes de l'article L 3212-7 alinéa 3 du CSP, lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par un collège de professionnels de santé composé de deux psychiatres dont un seulement participe à la prise en charge du patient, ainsi qu'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de soins ; cette évaluation est renouvelée tous les ans. L'avis du collège est également obligatoire pour les SPDRE judiciaires avant toute décision du JLD (article L 3211-12 du CSP). Cet avis est d'autant plus

important pour les patients en programme de soins que la mesure de soins sans consentement dont ils sont toujours l'objet échappe au contrôle de plein droit du JLD. Or, si l'avis du collège est bien sollicité pour les patients en hospitalisation complète (trois oublis ont cependant été signalés en 2019 par la CDSP), il ne l'est jamais pour les patients en programme de soins alors même que pour vingt des quarante-cinq patients sous cette forme de prise en charge au moment de la visite, la mesure de soins sans consentement dure depuis plus d'un an. Les contrôleurs n'ayant, durant leur visite, pas été amenés à assister à l'une de ces réunions et les avis du collège qu'ils ont pu consulter ne comportant aucune mention utile à cet égard, il ne leur a pas été possible d'objectiver les modalités du fonctionnement de ce collège des professionnels de santé ni de vérifier, en particulier, qu'une réunion physique de ses membres est systématique. Les avis motivés ne rapportent pas les observations du patient et ne précisent pas si elles ont été recueillies ni même si le patient a été vu par les membres du collège.

RECOMMANDATION 7

Le collège des professionnels de santé doit se réunir pour tous les patients en soins sans consentement depuis plus d'un an, quelle que soit la forme de prise en charge, afin de procéder, après rencontre du patient et recueil de ses observations, à une évaluation médicale approfondie de son état et de donner un avis sur la suite à donner à sa prise en charge.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que le collège des professionnels de santé se réunit depuis le mois de novembre 2020 concernant les patients faisant l'objet d'un programme de soins ambulatoires.

Les contrôleurs n'ont pas fait ce constat lors de la visite de janvier 2021.

4.4 L'ACCES AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EST PAS GARANTI

Un vice-président du tribunal judiciaire de Laon assure, depuis le mois d'août 2020, les deux audiences hebdomadaires du juge des libertés et de la détention (JLD) organisées au sein de l'établissement. Les contrôleurs ont assisté à l'audience du mardi et du vendredi matin. Le JLD siège en tenue civile. Les locaux qui lui sont affectés sur l'emprise du CHS, convenablement indiqués, sont situés au rez-de-chaussée du bâtiment administratif. Ils comptent une salle d'audience et une salle des délibérés, adaptées aux principes de publicité des audiences et de secret du délibéré. Les entretiens avec l'avocat sont supposés se dérouler dans le bureau de la permanence de la CDU, relativement éloigné de la salle d'audience ; de ce fait, seuls les entretiens avec les premiers patients convoqués s'y déroulent avant l'arrivée du magistrat, les autres – afin de ne pas perdre de temps – se tiennent dans le vaste hall d'entrée du bâtiment sur lequel ouvre la salle d'audience, en violation du principe de confidentialité.

RECOMMANDATION 8

Les entretiens entre le patient et son avocat doivent tous se dérouler dans un local répondant aux exigences de confidentialité.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique qu'il conviendra que l'avocat et son client reviennent dans le local CDU ou s'entretiennent dans la salle d'audience durant les délibérés du JLD qui dispose d'un bureau en dehors de cette salle.

Les contrôleurs suggèrent que les conditions précises de l'audiencement soient énoncées au sein de la convention entre l'établissement et l'autorité judiciaire.

La saisine du JLD, accompagnée de l'ensemble des pièces administratives et médicales obligatoires, est adressée par télécopie au greffe du magistrat, en général six jours après l'admission, par le service de gestion des patients pour ceux en SDT ou par l'agence régionale de santé (ARS) pour ceux en SDRE. L'avis d'audience est envoyé au service de gestion des patients qui le transmet à l'unité concernée pour notification au patient. Le document de notification, signé, est ensuite renvoyé au greffe du JLD. Les tiers demandeurs à la mesure, ainsi que les tuteurs et curateurs quand le patient bénéficie d'une protection juridique, sont convoqués par le greffe du JLD mais, selon les propos recueillis, ne se présentent que très rarement à l'audience. La direction des affaires générales et juridiques a élaboré une procédure intermédiaire au processus d'information et de convocation du patient à l'audience du JLD. En effet, au moment de la notification de la décision de maintien en SSC, 72h après l'admission, un document doit être rempli et signé par le patient dans lequel il « *atteste avoir été informé de la saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre de son hospitalisation* » (alors même que le JLD n'est de fait pas encore saisi) et dans lequel il doit surtout préciser s'il accepte ou refuse « *l'entrevue* » avec le magistrat : « *en cas de refus d'entrevue, le juge des libertés et de la détention statuera au vu de mon dossier* ». Dans ce document, le patient se prononce également sur la désignation éventuelle d'un avocat choisi. Le document est renvoyé par les unités au service de gestion des patients qui, en fonction de la réponse du patient, donnée 72h après son hospitalisation – à un moment où son état de santé ne lui permet pas nécessairement d'appréhender les enjeux de la comparution devant le JLD – et plus de huit jours avant l'audience, enregistrera le patient comme ne souhaitant pas comparaître devant le magistrat. Les contrôleurs ont interrogé les agents du service sur la possibilité pour le patient de revenir sur son choix avant la date de l'audience ; il leur a été répondu que le patient pouvait à tout moment changer d'avis et comparaître ainsi devant le JLD. Dans les faits, les contrôleurs ont pu constater que tel n'était pas le cas et qu'un patient, convoqué à l'audience du 15 janvier 2021, souhaitant rencontrer le juge après avoir reçu notification de l'avis d'audience n'a pas été présenté au magistrat alors même qu'il attendait qu'on l'y accompagne et qu'il avait donné rendez-vous à un des contrôleurs à l'audience. Les soignants lui ont expliqué que sa situation serait examinée sur dossier. En effet, après qu'un patient a précisé – 72h après son admission – ne pas souhaiter rencontrer le JLD, le service de gestion des patients fait savoir à l'unité d'accueil ainsi qu'au magistrat que son cas sera étudié sur dossier et nul ne se soucie plus de réinterroger ce choix juste avant l'audience, privant ainsi le patient d'un droit d'accès effectif au juge. Il est à craindre que cette situation ne soit pas exceptionnelle, en 2020, 71,64 % des 335 saisines du JLD ont été jugées « *sur dossier* ». Alertée de cette situation lors de la réunion de restitution, la direction de l'établissement s'est engagée à supprimer ce document d'acceptation ou de refus de comparaître devant le JLD signé par le patient 72h après l'admission.

RECO PRISE EN COMPTE 3

L'établissement ne doit pas imposer aux patients de se prononcer sur leur choix de comparaître ou non devant le juge des libertés et de la détention plusieurs jours avant l'audience au risque de les priver de l'accès effectif au juge.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique « *qu'une note de service a été diffusée indiquant que le recueil de l'avis du patient devait se faire le jour de l'audience avant 8h30.* »

Les contrôleurs n'ont pu obtenir de l'établissement de chiffres précis sur le nombre de certificats d'impossibilité d'être entendu par le juge mais les patients détenus ne sont jamais présentés au JLD pour des raisons de commodité organisationnelle, afin selon les informations fournies, de ne pas solliciter d'escorte de la gendarmerie. Cependant, la proximité de la salle d'audience et de l'USIP (où ces patients sont toujours hospitalisés) au sein de l'établissement devrait permettre une présentation au JLD sans plus de difficultés que pour un déplacement à l'unité somatique qui ne nécessite pas d'escorte (cf. § 9.3). Il est à noter que dans les jours qui ont suivi la visite du CGLPL, les contrôleurs ont été informés qu'un patient détenu avait pour la première fois été présenté au JLD.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Le patient détenu en soins sans consentement doit être présenté au JLD si son état clinique le permet et s'il ne refuse pas la comparution.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que trois patients détenus ont assisté à l'audience du JLD en 2021 et que la durée d'hospitalisation des détenus peut être inférieure à douze jours.

Les contrôleurs comprennent par ces observations que les détenus sont désormais présentés devant le JLD.

Les patients convoqués à l'audience sont accompagnés par un soignant qui est présent dans la salle tout comme un des agents du service de gestion des patients. Le déroulement de l'audience est adapté à la situation particulière des justiciables concernés, auxquels les informations et explications requises sont apportées de façon appropriée à leur état clinique. La notification de la décision est le plus souvent faite directement à la fin de l'audience, une copie de la décision – avec mention des voies de recours qui sont également expliquées oralement au patient par le magistrat – étant alors remise tant au patient qu'à l'avocat ; à défaut, l'ordonnance est faxée au service de gestion des patients puis notifiée dans l'unité par un soignant. Des informations communiquées, il ressort qu'en 2020, sur un total de 335 dossiers audiencés (dont 55 concernaient des personnes en SDRE), 240 ont été jugés sans la présence du patient. Aucune requête en mainlevée n'a été adressée au magistrat et aucun appel engagé. Seules deux mainlevées ont été prononcées.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 MALGRE UNE RECENTE VOLONTE D'OUVERTURE, LA MAJORITE DES UNITES DU SITE DE PREMONTRE RESTE FERMEE

Depuis la dernière visite du Contrôle général en 2010, quatre unités ont été ouvertes : Tosquelles, la Closerie, l'Accueil et les Tilleuls. Dans ces unités, les patients sont libres de leurs déplacements en journée ; il leur est simplement demandé d'être présents lors des distributions des traitements et de retour pour 18h. L'établissement souligne que ses cinq unités de proximité situées dans le département sont ouvertes mais elles n'accueillent pas de personnes en soins sans consentement.

Si ce changement peut être positivement accueilli – surtout qu'il est intervenu en 2020, en pleine crise sanitaire liée à la Covid-19 – il n'en demeure pas moins que la majorité des unités accueillant des personnes en soins sans consentement reste fermée. Ceci concerne notamment des unités n'accueillant parfois que des patients en soins libres.

Pour les patients des unités fermées, certaines sorties à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement sont néanmoins permises, pour aller par exemple à l'Oasis ou à la Cordonnerie. Elles sont généralement conditionnées à l'accord écrit ou oral des soignants et plus rarement à un certificat médical d'un médecin psychiatre. Dans certaines unités, telles Nymphée, les Pavillons Vert et Bleu et l'USIP, ces sorties se font cependant systématiquement avec un soignant. La politique d'ouverture des unités doit être poursuivie et des protocoles de surveillance établis. La surveillance de l'établissement paraît assez souple. Si un mur d'enceinte – classé au titre des monuments historiques – encercle l'établissement, il n'englobe pas l'unité Tilleuls et les Pavillons Vert et Bleu, situées de l'autre côté du chemin départemental. Il n'empêche pas non plus d'entrer et de sortir du site principal. En effet, l'entrée principale est certes gardée par un agent au standard en charge de gérer les flux de circulation ; celui-ci, esseulé, se concentre sur le contrôle des véhicules et non sur celui des piétons. Quant à l'accès réservé aux services logistiques, situé à l'arrière des bâtiments, il est placé sous la seule surveillance d'une caméra dont les images, à l'instar de celles émises par les trente-deux autres caméras extérieures de l'établissement, et de l'aveu même des personnes en ayant la responsabilité, sont difficilement exploitables et ne permettent pas de reconnaître des visages. Enfin, une porte dérobée, percée sur le côté Est du mur, est ouverte en permanence. Tout cela évite toute dimension carcérale et crée une atmosphère générale sereine et paisible.

Pour autant, les cas de fugues seraient aussi rares que les tentatives d'intrusion de produits illicites. Il apparaît ainsi que l'emplacement de l'établissement – en pleine forêt et sans transport en commun à proximité – constitue sa meilleure protection.

Dès lors, l'intérêt du projet devant se concrétiser en 2022 et tenant à la mise en place à certains endroits d'une double clôture avec filtrage des entrées des piétons est difficilement perceptible.

PROPOSITION 2

L'EPSMD aurait intérêt à réexaminer le projet de double clôture qui semble peu en cohérence avec sa situation financière et avec la protection naturelle contre les fugues et les intrusions que lui confère son implantation.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique :

« Le projet porte sur une clôture et non une double clôture du site. L'actuel mur d'enceinte ne peut être considéré comme une clôture. Ce projet a par ailleurs été subventionné à hauteur de 50 % par l'ARS. Il convient de préciser que l'établissement a constaté en 2020, seize sorties à l'insu du service. Il est régulièrement confronté à la venue dans l'établissement de personnes extérieures aux unités qui causent des troubles à l'ordre public et qui nécessitent pour certains d'entre eux, compte tenu de la mise en danger des autres patients ou des menaces proférées à l'encontre des professionnels, une mesure de police administrative d'interdiction d'accès à l'établissement. Enfin, ce projet permettra de faciliter l'ouverture des unités. »

Les contrôleurs maintiennent leur avis dans la mesure où le mur d'enceinte a une hauteur de deux mètres et qu'aucun chiffre d'intrusion n'a pu être communiqué.



L'entrée principale du site



La seconde entrée et le mur d'enceinte

L'EPSMDA ne dispose pas d'une équipe d'intervention. En cas d'alerte déclenchée par un agent au moyen d'un équipement de protection des travailleurs isolés (PTI), tous les soignants de sexe masculin doivent immédiatement se rendre au lieu d'émission de l'alerte. Motivée par l'envie de privilégier l'intervention de soignants, cette décision semble convenir aux soignants rencontrés et répondre aux besoins.

Deux agents sont titulaires de la formation « service de sécurité incendie et d'assistance à personnes » (SSIAP), et sensibilisent les soignants dans les unités. Pour faciliter l'intervention des sapeurs-pompiers en cas d'incendie, les soignants des unités préviennent systématiquement la personne en charge du standard, postée à l'entrée du site, en cas de mise en isolement ou sous contention. Un registre spécifique est tenu mais sa portée est limitée dans la mesure où les infirmiers ne rappellent pas pour prévenir de la levée de la mesure.

Enfin, il est apparu que certaines unités, notamment le CPAO et Nymphée, ne sont pas équipées de coupe-sangle, pourtant nécessaires à la sécurité des personnes sous contention, en cas d'incendie.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les unités utilisant des moyens de contention avec serrure doivent être équipées d'un coupe-sangle pour faire face aux situations d'urgence.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que l'ensemble des unités seront équipées de coupe sangle.

5.2 LES RESTRICTIONS APPORTEES A LA VIE QUOTIDIENNE APPARAISSENT MESUREES DANS LA MAJORITE DES UNITES

Si la majorité des patients hébergés à l'EPSMDA ne peut entrer et sortir des unités comme bon lui semble, **ils disposent en revanche d'une relative liberté à l'intérieur**, dans son quotidien.

Ainsi, il apparaît que le port du pyjama est limité au strict minimum, et seulement sur prescription médicale. Aucun patient en pyjama n'a été vu, ni dans les couloirs des unités – à l'exception de l'USIP qui accueille des patients détenus – ni dans l'enceinte du site prémontré.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique qu'une réflexion a été engagée sur les tenues vestimentaires des patients à l'USIP et que le choix d'une tenue sportive a été acté.

De même, les patients souhaitant fumer sont, dans l'ensemble, en mesure de le faire à leur convenance. Si, dans certaines unités comme à Nymphée et à la Closerie, le tabac est gardé dans le bureau des infirmiers et rationné (à Nymphée : trois cigarettes le matin, trois l'après-midi et une le soir), ces dispositions semblent prises à la fois pour éviter les vols, protéger les patients vulnérables et contrôler la consommation. Les unités sont équipées de cour où les patients peuvent fumer ; toutes ont un espace abrité de la pluie. Des allume-cigares sont installés dans les unités où les patients ne sont pas autorisés à conserver leur briquet, ou parfois en complément.

Il est aussi permis aux patients de regarder leur programme télévisé le soir jusqu'à son terme, y compris si cela implique de dépasser l'heure théorique fixée à 23h.

Les repas sont en revanche pris à heures fixes. A l'exception de ceux partis déjeuner à la cafétéria (hors période Covid), tous les patients sont tenus d'y participer.

Plusieurs restrictions peuvent néanmoins être relevées et pour certaines déplorées. La nuit, les portes des cours intérieures sont fermées. Sauf à ce que les soignants de nuit acceptent de les accompagner, les patients ne peuvent donc plus y accéder pour fumer.

Si la règle applicable dans l'établissement semble être de laisser les patients accéder librement à leur chambre en journée, il apparaît que certaines personnes en sont privées, principalement dans les unités où des chambres sont situées aux étages, telles que l'Accueil et l'USIP. Par exemple, sous couvert de l'entretien des locaux, les patients hébergés au premier étage de l'unité Accueil ne peuvent accéder à leur chambre durant toute la matinée.

Enfin, seules les chambres des patients hospitalisés dans les unités réhabilitées dans le cadre du « plan d'humanisation » de l'hôpital sont équipées de verrous de confort.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Les patients doivent pouvoir accéder librement à leurs chambres et aux cours intérieures. Les verrous de confort doivent être généralisés.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que l'objectif fixé par l'établissement est de disposer de 100 % des chambres hôtelières avec verrous de confort.



Les cours du CPAO et de l'USIP

5.3 LES PATIENTS ONT LES MOYENS DE MAINTENIR LES LIENS AVEC LEURS PROCHES MAIS PAS AVEC LE RESTE DE LA SOCIETE

Comme exposé dans le livret d'accueil (points 4 et 10), les patients disposent de plusieurs possibilités pour continuer à communiquer avec leurs proches.

Le téléphone portable est l'option la plus couramment utilisée. Contrairement à ce qui se faisait lors de la précédente visite du CGLPL en 2010, le principe désormais appliqué dans l'hôpital prémontré est son utilisation libre par les patients ; l'exception est son interdiction qui doit être décidée par un psychiatre. Un téléphone sans fil est également disponible dans chaque unité pour les patients qui n'auraient pas de téléphone personnel. Ces derniers sont généralement autorisés à l'emporter dans leur chambre.

Seules les personnes prises en charge à l'USIP, aux Pavillons Vert et Bleu et à l'unité La Verrerie connaissent un sort différent, selon leur statut : les premières – pour la plupart des patients détenus – n'ont pas le droit d'avoir un téléphone portable mais elles peuvent tout de même répondre à des appels sur le poste de l'unité ; les secondes – mineures – ne sont autorisées à recevoir que deux communications par semaine, en présence d'un soignant. Enfin, à l'unité La Verrerie, le téléphone portable est interdit tant que le médecin n'a pas donné son accord.

Les personnes hospitalisées peuvent également communiquer par courrier. Des enveloppes sont ainsi données dans les unités ou sont en vente à l'Oasis. A l'exception des patients hébergés au Pavillon Vert – des mineurs – les expéditeurs sont tenus de s'acquitter des frais d'affranchissement des courriers ; des timbres sont à leur disposition auprès du buraliste ou au bureau de *La Poste* situés à l'entrée du site, ou auprès du vagemestre de l'hôpital. Ce dernier effectue deux tournées quotidiennes dans les unités ou les secrétariats de pôle. Dans le cas où un courrier avec accusé de réception est destiné à un patient, le vagemestre s'assure en personne de sa remise ; il fait alors remplir et signer un registre par le destinataire. Aucun courrier reçu ou émis n'est lu par une autre personne que celle à qui il est destiné ; seuls les colis sont ouverts par les soignants dans les unités, généralement en présence des patients, pour s'assurer que leur contenu ne présente aucun danger (parfum, alcool, etc.) ; le cas échéant, les biens sont disposés dans les casiers personnels des patients et ajoutés à l'inventaire.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que les colis sont ouverts par les patients en présence des soignants, ce qui ne correspond pas toujours à ce qui a été rapporté lors du contrôle.



Les salons réservés pour les visites des familles à l'Oasis, et dans l'unité La Verrerie

Possibilité est aussi offerte aux patients de recevoir des visites de leur famille. Le livret d'accueil en souligne même l'importance : « vos parents et amis sont les bienvenus ; leur présence est pour vous un réconfort » (point 10, page 9). Les créneaux horaires prévus sont amples, tous les jours entre 15h et 19h. Si la plupart des unités dispose d'un salon de visite spécifique, équipé et confortable, quelques-unes font exception : c'est notamment le cas du CPAO et du Pavillon Vert où les familles sont reçues dans des espaces de quelques mètres carrés seulement. L'existence d'un salon ouvert à tous les proches de patients, situé à l'Oasis, ne compense pas ce déficit dans la mesure où ces deux unités en sont géographiquement les plus éloignées.

RECOMMANDATION 9

Chaque unité doit disposer d'un espace aménagé, convivial et suffisamment spacieux, pour permettre aux patients de recevoir dignement leur famille.

En revanche, les patients de l'EPSMDA n'ont que peu de moyens de rester informés de l'actualité et de conserver ainsi un lien avec le reste de la société. Par exemple, seul le CPAO a reconduit son abonnement à un quotidien local. De même, aucune unité n'est équipée d'ordinateurs connectés à Internet et librement accessibles par les patients – seuls six postes sont disponibles à la Cordonnerie, pour tout l'établissement et seulement l'après-midi. Un projet de distribution d'ordinateurs est en cours mais aucune date de déploiement n'a été arrêtée. Il en résulte que la seule source d'information est la télévision ; or, rares sont les chambres à en être équipées. Comme l'ont déploré certains patients, l'impression d'être « coupé du monde » est forte, sentiment que renforce l'isolement géographique de l'hôpital prémontré.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les patients doivent disposer de moyens pour rester informés.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que « *la Cordonnerie est le lieu culturel mis à disposition des patients et en accès libre. Cet espace est équipé d'ordinateurs connectés à Internet. Par ailleurs chaque unité disposera d'un poste informatique avec accès wifi pour les patients (plan de déploiement en cours).* »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

5.4 LA QUESTION DE LA SEXUALITE DES PATIENTS EST DIFFEREMMENT TRAITEE SELON LES UNITES

Si la question de la contraception est traitée systématiquement par les médecins somaticiens lors de l'entretien des patientes à leur arrivée, celle de la sexualité en tant que telle est traitée très différemment selon les unités. Abordée explicitement et sans tabou entre soignants et patients dans certaines unités, elle fait l'objet de fortes restrictions dans d'autres.

Ainsi, au Pavillon vert (adolescents), les « relations amoureuses » sont explicitement interdites par le règlement. La sexualité des patients y est décrite comme une « *question épineuse* » pour plusieurs raisons, parmi lesquelles les parcours de vie des mineurs (dont plusieurs ont été victimes et/ou auteurs de violences sexuelles) et la difficulté de garantir le libre consentement des partenaires et de protéger les personnes vulnérables. Officiellement, le sujet n'est donc pas abordé et les adolescents n'ont pas accès aux préservatifs dans l'unité. En pratique, les patients peuvent néanmoins s'adresser aux soignants à ce sujet. Par le passé, des activités d'éducation à la sexualité et discussions autour de supports ludiques étaient organisées, mais elles ont été suspendues en raison de la crise sanitaire.

Dans d'autres unités, la question de la sexualité n'est pas abordée de manière systématique et ne fait pas l'objet d'une réflexion collective particulière, mais est néanmoins traitée sans tabou, au cas par cas. Ainsi, à la Verrerie, la Nef, le CPAO et aux Tilleuls, les relations sexuelles sont autorisées, pourvu qu'elles respectent les règles communes de discrétion et de préservation de l'intimité. En cas de rapprochement constaté, des échanges relatifs à la prévention (consentement, contraception, infections sexuellement transmissibles) ont lieu entre patients et soignants. Des préservatifs sont par ailleurs disponibles gratuitement sur demande, auprès des infirmiers.

Concernant l'UAS La Closerie enfin, la question de la sexualité fait l'objet d'une réflexion institutionnelle importante. Les contrôleurs constatent que le sujet est débattu et discuté facilement au sein de l'équipe soignante, qui accompagne les patients dans leurs besoins (achats de matériel, de lectures, etc.). Les patients sont décrits comme « libres », tant qu'ils ne s'exposent pas aux autres et respectent les règles de discrétion et d'intimité. Des préservatifs masculins sont disponibles gratuitement sur demande au personnel soignant (« *ils font la demande et on leur donne un petit stock* ») et les moyens de contraception sont discutés avec le médecin généraliste. Les chambres peuvent par ailleurs se fermer à clé de l'intérieur, ce qui permet de préserver l'intimité des relations existantes. La question de la vulnérabilité et du libre consentement est discutée avec les patients.

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 LA SUSPENSION DU PROGRAMME DE RENOVATION DES LOCAUX AMENE DES DIFFERENCES NOTABLES EN MATIERE DE QUALITE DE L'HEBERGEMENT

6.1.1 Présentation générale

L'EPSDMA est situé à Prémontré, au cœur de la forêt de Saint-Gobain, dans les anciens locaux de l'abbaye fondée au XIIe siècle. Disséminés sur dix-sept hectares, près de soixante-dix bâtiments, d'un, deux ou trois étages, accueillent les différents services et unités. Parmi ceux-ci figurent notamment un garage avec pompes à essence, une salle des fêtes, une salle de sport, deux terrains de football, une blanchisserie, une chaufferie et une pharmacie.

Seules l'unité des Tilleuls et celles réservées aux enfants (les Pavillons Vert et Bleu) sont situées de l'autre côté du chemin départemental 14, au-delà du mur d'enceinte par ailleurs classé comme les trois bâtiments encadrant la cour d'honneur au titre des monuments historiques.



La cour d'honneur



Bâtiments hébergeant des unités

6.1.2 Les améliorations intervenues depuis 2010

Plusieurs changements majeurs affectant positivement l'organisation et l'aménagement du site et des unités sont intervenus depuis 2010. Comme recommandé par les contrôleurs en 2010, la signalétique du site a été revue et actualisée.

Deux unités intersectorielles d'accueil spécialisé (UAS) – Le Nid et la Forêt – qui offraient selon le CGLPL des conditions d'hébergement « *contraires à la dignité des patients* » (rapport de la visite effectuée en 2010) ont ainsi été fermées.

Par ailleurs, un « *plan d'humanisation* » a depuis permis la rénovation de cinq unités : Tosquelles, la Nef, la Verrerie, la Closerie et Nymphée. Ces nouveaux bâtiments répondent aux standards de qualité attendus : les couloirs sont lumineux, les chambres, en grande majorité individuelles, sont situées au rez-de-chaussée et sont équipées de douches, toilettes et verrous de confort, des salles sont réservées à des activités spécifiques (réfectoires, salons, salles d'activités thérapeutiques, salles de visite pour les familles) et les cours intérieures comprennent une partie abritée de la pluie.

En travaux lors de la dernière visite des contrôleurs, la cantine – appelée « *cafétéria* » – destinée aux agents de l'hôpital, mais aussi aux patients et aux visiteurs, a depuis été ouverte. Elle est largement appréciée, lumineuse, spacieuse et adaptée aux différents publics ; sa fermeture partielle due à la crise sanitaire de la Covid-19 est unanimement regrettée.

A la suite du transfert de la cantine, les anciennes cuisines ont été aménagées en lieux de vie pour les patients : une partie accueille désormais l'Oasis, espace de convivialité et de détente, en remplacement de la Taverne, vétuste. Un salon de visite pour les familles y a été ouvert. L'autre partie héberge Sophora, l'espace dédié aux activités thérapeutiques. Quoique bruyants, faute d'un système d'insonorisation, ces nouveaux locaux sont plébiscités par les patients.

Un city-stade⁵ a également été installé, en 2020, entre les deux terrains de football, trop grands pour être utilisés par les patients et souvent loués au club de la ville (cf. § 7.2).

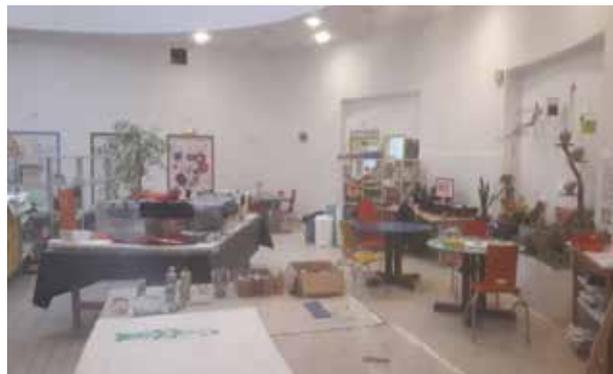
Enfin, les travaux d'aménagement d'une « unité plan blanc », destinée à servir exclusivement en cas de nouvelle situation d'urgence du type Covid-19, étaient sur le point de débiter au moment de la visite. D'un budget total de 300 000 euros, ce projet vise à ouvrir en septembre 2021 douze lits dans l'actuelle unité Le Nid, fermée depuis plusieurs années. Elle évitera ainsi de devoir déplacer des patients d'une unité à une autre, comme ce fut le cas en 2020 pour les patients de l'unité Tosquelles transférés dans les locaux de l'ancien centre régional d'addictologie de Picardie (CRAP) pour faire de Tosquelles une « unité Covid ».

BONNE PRATIQUE 1

Une unité plan blanc est créée pour prévenir de nouvelles situations de crise et réduire l'impact de celles-ci sur les autres unités d'hospitalisation.



L'Oasis, la nouvelle buvette



Le nouvel espace affecté à Sophora

6.1.3 Les changements nécessaires au respect des droits des patients

Face aux cinq unités rénovées, celles qui ne l'ont pas encore été paraissent d'autant plus délaissées. L'état des unités Tilleuls, Accueil, des Pavillons Vert et Bleu et du service de psychogériatrie est ainsi critique. Par exemple, aux Tilleuls, aucune chambre n'est équipée de douche ou de toilettes, et celles du rez-de-chaussée sont en plus exigües et sombres. A l'Accueil, douze chambres sur seize sont des chambres doubles. Alors que la majorité de leurs chambres est située à l'étage, ni les Tilleuls ni l'Accueil n'ont d'ascenseur.

La situation est encore plus préoccupante aux Pavillons Vert et Bleu, qui hébergent des enfants. Tout d'abord, leur localisation, par-delà l'enceinte du site, oblige leurs patients à traverser une route, régulièrement empruntée par des véhicules, lorsqu'ils souhaitent accéder à

⁵ Espace aménagé avec des panneaux de basket-ball et des traçages au sol qui permettent l'organisation de jeux collectifs.

l'établissement. Ensuite, ces Pavillons sont en partie constitués de bâtiments préfabriqués datant de 1956, avec des parties amiantées. A cause de l'asbeste, aucun trou ne peut être percé dans les murs ; tout aménagement temporaire est donc vain. La disposition des locaux aggrave également leur inadaptation : les enfants les plus jeunes, pris en charge au Pavillon Bleu, sont ainsi contraints d'effectuer plusieurs fois par jour la distance séparant le Pavillon Central, où ils dorment, du Pavillon Bleu à proprement parler, où ils reçoivent leurs soins et participent à des activités. Long de près de 100 m, sans éclairage ni protection de la pluie et du froid, ce trajet nourrit les angoisses des enfants. Enfin, certaines chambres comportent encore trois lits (cf. § 9.1 et observations *supra*).

Suspendu en 2013, le « plan d'humanisation » de l'établissement serait sur le point d'entrer dans une nouvelle phase qui permettrait de remédier à ces situations insatisfaisantes. La fusion des unités Tilleuls et Accueil – qui hébergent toutes deux des patients hospitalisés au long cours – et leur déménagement dans le bâtiment Belvédère – aujourd'hui fermé et qui serait intégralement rénové à cette occasion – est ainsi à l'étude. Une note architecturale a même été rédigée à ce sujet en décembre 2020. Ce projet était à l'arrêt au moment du contrôle. Surtout, le nombre de lits passant de cinquante-deux à quinze, il impliquerait de revoir les projets de sortie des patients et d'augmenter le nombre de places dans les structures médico-sociales.

Une fois les deux unités transférées, les patients des Pavillons Vert et Bleu devraient à leur tour être déplacés pour être relogés dans l'unité Tilleuls, rénovée préalablement. Aucun calendrier précis n'a été communiqué à ce sujet au moment du contrôle et les observations du directeur à la suite du rapport provisoire indique que « les dates figurent dans le PGFP de l'établissement » sans les donner.

D'une manière générale, l'absence de schéma directeur immobilier est à déplorer ; elle laisse supposer un manque de vision à long terme et un pilotage à vue, au gré des subventions obtenues ou pas.

RECOMMANDATION 10

Les unités n'ayant pas encore été rénovées doivent l'être au plus vite – en particulier celles accueillant des enfants – et un schéma directeur immobilier doit être adopté.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique :
« *l'établissement ne dispose pas d'un schéma directeur hospitalier actualisé mais il a formalisé un PGFP qui est actualisé chaque année et qui planifie les opérations majeures d'investissement pour les cinq années à venir. Par ailleurs, l'établissement investit chaque année un million d'euros pour la rénovation des unités ainsi que pour le matériel.* »



Une chambre double de l'unité Accueil



Une chambre triple du Pavillon Central



Les bâtiments préfabriqués des Pavillons Bleu et Jaune

6.2 L'HYGIENE EST BIEN PRISE EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

6.2.1 Les locaux

Si plusieurs services sont dans des locaux vétustes (unités l'Accueil, Tosquelles, Les Tilleuls et celles de pédopsychiatrie et de gérontopsychiatrie), l'ensemble est propre et bien entretenu. Les unités disposent chacune de quatre ASH par roulement pour en assurer l'entretien.

6.2.2 L'hygiène corporelle

Certaines unités possèdent des sanitaires dans les chambres : douche, WC, lavabo, patères, miroir (La Closerie, Nymphée, CPAO, Pavillon vert, USIP, Nef) mais il reste encore des services avec salles de douches et WC communs (Pavillon bleu, Tilleuls, L'Accueil) ainsi que des salles de bains communes avec baignoire (pôle infanto-juvénile (cf. § 6.1).

Des kits d'hygiène complets sont disponibles dans toutes les unités et des produits d'hygiène sont aussi en vente à prix coûtant à l'Oasis, le bar-boutique. L'ouverture des douches est dans l'ensemble en accès libre selon certains créneaux matin et soir, l'après-midi pendant le temps de repos pour l'USIP.

La lingerie, comme à l'unité des Tilleuls, est attenante à la douche et les patients peuvent s'approvisionner en linge propre avec l'accord des soignants. L'hôpital fournit gants de toilette, serviettes éponge et serviettes de table.

Plusieurs pavillons sont équipés de salles d'esthétique, coiffure et rasage (unité L'Accueil, Tosquelles, Nymphée, Pavillon jaune, Sophora, USIP). Les rasoirs et vaporisateurs sont conservés par les soignants et repris après utilisation.

6.2.3 L'hygiène vestimentaire

Les unités ne disposent pas de machines à laver, excepté aux Pavillons Vert et Bleu du pôle infanto-juvénile.

Une blanchisserie centrale permet de laver le linge plat, les vêtements de travail et lorsque les proches ne s'en chargent pas, le linge personnel des patients. Celui-ci est marqué d'un code barre ; il est facturé **30 euros par mois, ce qui est excessif pour des personnes sans ressources**. Un bilan trimestriel des différents contrats signés par les patients permet de suivre la facturation qui reste néanmoins très souple ; le lavage du linge des patients qui restent moins de quinze jours est, de fait, gratuit.

La blanchisserie emploie (comme en cuisine) une ou deux fois par an des patients en réhabilitation sociale avec le projet de leur permettre d'acquérir des compétences pour l'extérieur à leur sortie. Ils sont alors stagiaires, sans rémunération, et il y en a eu six en dix ans. Une convention est signée entre la blanchisserie centrale et le médecin de l'unité ainsi que l'équipe éducative. Il s'agit dans un premier temps pour le patient de se lever et de voir comment il se comporte par rapport aux contraintes d'horaires. L'emploi du temps est adapté au cas par cas avec progressivement, la découverte du métier, du lieu, des gestes. Un débriefing est fait à chaque fois. Souvent pour une sortie vers un établissement et service d'aide par le travail (ESAT). Il peut y avoir pour le même patient plusieurs stages.

Les draps sont changés dès que souillés et au minimum tous les deux jours.

Des vestiaires « locaux » sont approvisionnés par le personnel ou par des familles qui laissent des vêtements après le départ définitif de leur proche.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que « *les recommandations d'hygiène hospitalière proscrivent les machines à laver dans les services de soins. Le traitement du linge personnel des patients ne relève ni des missions, ni de la dotation des établissements sanitaires. Par ailleurs, la facturation du traitement du linge personnel intervient à un tarif inférieur au coût de revient du traitement. Par ailleurs à l'exception de certaines situations exceptionnelles, les patients de l'établissement disposent de ressources pour assurer cette charge.* »

Les contrôleurs rappellent d'une part que l'article L 1110-2 du CSP indique que « tout patient a droit au respect de sa dignité » et qu'il est donc tout à fait dans les missions de l'établissement, au surplus dans des services de psychiatrie avec des durées de séjours longues, de s'assurer que les patients disposent de linge propre, quelle que soit leur situation socio-économique ou familiale. D'autant que le port de vêtements propres participe de l'hygiène hospitalière générale et peut être valorisé à travers des actions d'éducation du patient à la santé. Les contrôleurs sont d'autant plus surpris de ce positionnement que la majorité des hôpitaux contrôlés en France proposent des prestations gratuites ou la mise à disposition de machine à laver.

Les contrôleurs ajoutent ainsi une recommandation sur ce sujet.

RECOMMANDATION 11

L'établissement doit intégrer à la politique de prise en charge, la question de l'accès à du linge propre pour les patients dont il a la charge.

6.3 LES PROCEDURES CONCERNANT LES BIENS DU PATIENT SONT RESPECTEES

A l'arrivée, un inventaire contradictoire des biens du patient est réalisé. Selon les unités et l'état du patient, un ou deux soignants sont présents. L'inventaire est co-signé ; si le patient n'est pas en état, seuls les soignants signent. Une copie est remise au patient ou déposée dans son dossier. Un exemplaire est envoyé au service clientèle qui peut en transférer une copie à la blanchisserie pour le lavage du linge. Dans certaines unités (unité Tosquelles), l'inventaire évolue au cours du séjour avec les nouveaux achats effectués.

Un certain nombre d'objets considérés comme dangereux, sont interdits et déposés dans des casiers individuels nominatifs au bureau infirmier. Ce sont les couteaux, ciseaux, coupe-ongles, vaporisateurs, briquets et dans certaines unités, câbles et chargeurs de téléphone. Ils sont parfois restitués pour utilisation à un moment de la journée comme les rasoirs ou les briquets et récupérés ensuite par les soignants.

Les objets de valeur : bijoux, grosses sommes d'argent, papiers personnels, cartes bancaires, sont conservés dans le coffre du bureau du cadre ou dans un coffre individuel comme à l'USIP.

Certains patients gardent leur argent avec eux mais les soignants le déconseillent sauf pour des petites sommes qui permettent de se rendre à l'Oasis ou à la cafétéria. A l'unité Nymphée, une « ardoise » permet de ne payer ses consommations qu'à la fin de chaque mois. A l'UAS La Closerie, si le patient est capable de gérer son argent, on le lui remet pour la semaine ou la journée (à l'USIP, 5 euros par jour).

Les patients qui souhaitent retirer de l'argent ne le peuvent qu'avec l'unique distributeur du café-tabac de Prémontré. Sinon il faut aller jusqu'à Anizy-le-Château à 7 km. Pour les personnes sous protection juridique, l'argent peut être retiré à la perception de Prémontré. Des bons d'achats sont également donnés par les tuteurs et curateurs pour le tabac ou les vêtements.

Les placards dans les chambres peuvent être fermés à clé. Celle-ci est gardée par les patients les plus autonomes. Pour les autres, ce sont les soignants qui les gardent au bureau infirmier.

Dans certaines unités, les patients ont également la clé de leur chambre (unité Tosquelles).

6.4 LES REPAS SONT INSCRITS DANS LE RYTHME ET LA QUALITE DES SOINS

Dans l'ensemble des unités, les repas sont pris à heures fixes, en un seul service (petit déjeuner à 7h30 ou 8h selon les unités ; déjeuner à 12h ; dîner à 19h). Une marge de tolérance sur les horaires est acceptée au CPAO compte-tenu du faible nombre de personnes qui y sont accueillies (les petits déjeuners peuvent ainsi être servis jusqu'à 9h). Un goûter est par ailleurs parfois servi aux patients qui le souhaitent. Aucune des unités ne propose de tisane le soir. **La direction de l'établissement indique dans ses observations** au rapport provisoire que les tisanes sont proposées en fonction des demandes des patients, ce que n'ont pas constaté les contrôleurs.

Les repas sont pris dans les réfectoires de chaque unité. Les patients s'y installent où ils le souhaitent, par affinités, excepté au sein de l'UAS La Closerie, où les places sont attirées par les soignants en fonction des capacités relationnelles des patients. Les patients ne prennent pas leur repas en chambre, sauf en cas d'isolement sanitaire lié à la pandémie.

Dans la majorité des unités, les soignants sont présents pendant le repas pour veiller notamment aux risques de fausses routes. Au sein de l'USIP, l'un des soignants s'occupe spécifiquement des patients déficitaires (placés à part dans le réfectoire). Aux Pavillons vert et bleu (enfants et adolescents), les soignants prennent chaque jour leurs repas avec les patients. Les adolescents sont par ailleurs impliqués à tour de rôle dans le service avec les soignants, pour dresser et desservir les tables.

Les repas, dont les menus sont affichés dans les réfectoires, sont livrés chaque jour dans les unités en barquettes collectives ou individuelles (pour les régimes spécifiques), où ils sont ensuite réchauffés et servis par les soignants. Du pain frais est également livré tous les matins. Chaque patient est reçu en consultation par la diététicienne et dispose d'un régime alimentaire propre à ses besoins médicaux. La diététicienne effectue par ailleurs un suivi auprès des patients, et réévalue leur régime si besoin (cf. § 7).

Des repas exceptionnels sont par ailleurs parfois organisés dans certaines unités, notamment autour de la semaine du goût, une fois par an. L'UAS Nymphée organise ainsi parfois des sorties pique-nique ou des barbecues ; l'unité l'Accueil organise par ailleurs mensuellement un goûter pour les anniversaires du mois.

Les familles peuvent apporter à manger si elles souhaitent prendre un repas avec leur proche hospitalisé. Les patients peuvent conserver et consommer leur nourriture personnelle, à l'exception des denrées périssables qui ne sont généralement pas autorisées dans les chambres, sauf si elles sont consommées immédiatement (lorsque la famille apporte un repas, par exemple). Quelques unités disposent d'un réfrigérateur mis à disposition des patients pour qu'ils puissent y conserver des denrées périssables (L'Accueil et les Pavillons Vert et Bleu par exemple).

Les patients avec lesquels les contrôleurs ont échangé se disent globalement satisfaits des repas et les retours de questionnaires de satisfaction, qui ont pu être consultés dans chaque unité, ne font pas état de doléance particulière quant à leur qualité gustative. Quelques déclarations d'événements indésirables concernent néanmoins les repas au cours du deuxième semestre 2020, en particulier trois incidents mentionnant la présence « d'insectes » dans le pain, ce qui est indiqué comme un problème « récurrent » par l'un d'eux.

Il est enfin indiqué aux contrôleurs, qui ont pu le constater, que les patients des unités ouvertes peuvent également prendre leur déjeuner à l'extérieur de l'unité et peuvent en particulier se rendre à la cafétéria de l'établissement, qui est également utilisée par le personnel soignant. Les patients se signalent dans ce cas au personnel de l'unité le midi (au moment de la distribution de médicaments), et paient leur repas. Il est ainsi indiqué, concernant l'unité Les Tilleuls, qu'il arrive que jusqu'à un quart des patients de l'unité prennent leur déjeuner à la cafétéria, en particulier les jours de distribution d'argent hebdomadaire.

BONNE PRATIQUE 2

Les patients ont la possibilité de déjeuner au sein de la cafétéria dans laquelle se rendent les membres du personnel.

7. LES SOINS

7.1 LES PATIENTS SONT ADMIS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT SANS ETRE EXAMINES PAR UN PSYCHIATRE DANS LES CINQ SERVICES D'URGENCE

7.1.1 La prise en charge des urgences psychiatriques

L'établissement dispose des structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structures de prise en charge des crises précoces au domicile. D'autre part, les délais d'obtention de rendez-vous en CMP sont souvent supérieurs à trois mois.

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services *via* les médecins traitants, les psychiatres dans les CMP ou hôpitaux de jour ou après une régulation téléphonique auprès du CPAO.

L'EPSDMA ne dispose pas d'une autorisation d'accueil des urgences et l'admission des personnes en soins sans consentement ou en situation de crise s'effectue exclusivement par les urgences de cinq centres hospitaliers généraux situés à Laon, Soissons, Hirson, Chauny et Château-Thierry. Quelques patients arrivent également en situation de crise directement au CPAO⁶.

Il n'y a pas de schéma des urgences psychiatriques à l'échelle du territoire. L'établissement est lié par cinq conventions bilatérales avec ces cinq hôpitaux généraux en application de l'article D 6124-26-8 du code de la santé publique (CSP). Ces conventions prévoient la mise à disposition pour les urgences d'une infirmière de liaison issue des hôpitaux psychiatriques de proximité aux heures ouvrables ; néanmoins, seul le CH de Soissons bénéficie de deux vacations (cinq théoriques selon la direction après le rapport provisoire) d'un psychiatre aux urgences où il effectue entre 600 et 700 interventions par an alors même que la convention entre les deux établissements, datée de 2013, prévoyait cinq demi-journées pour la psychiatrie de liaison et les urgences. Il n'y a pas de psychiatre intervenant dans les autres services d'urgences et les patients arrivent ainsi au CPAO sans avoir été examinés par un psychiatre.

Chaque territoire de santé doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

7.1.2 Les urgences du CH de Laon

Les contrôleurs ont aléatoirement contrôlé la prise en charge des patients relevant de la psychiatrie aux urgences au CH de Laon, ne pouvant se rendre sur les cinq sites hospitaliers.

Ces urgences accueillent chaque jour, toutes pathologies confondues, 120 à 150 patients. L'entrée des patients agités s'effectue par le sas des ambulances et ceux-ci traversent un petit espace visible depuis la salle d'attente quelques secondes avant d'être directement amenés à l'intérieur des urgences, près du bureau de l'accueil.

⁶ Article R 6123-32-9 du code de la santé publique : « L'établissement autorisé à exercer l'activité mentionnée au 3° de l'article R. 6123-1 organise la prise en charge des personnes nécessitant des soins psychiatriques se présentant dans la structure des urgences :

1° Avec sa structure de psychiatrie, lorsqu'il est autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25 ;

2° Avec un autre établissement de santé autorisé à exercer cette activité dans le cas contraire. »

La prise en charge initiale aux urgences adultes du CH est faite par l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA) qui ne dispose pas d'un espace réservé à cet effet ; la personne est ainsi examinée dans le couloir. Le cadre a indiqué aux contrôleurs qu'une réflexion était en cours pour réaménager l'espace et créer cette salle d'examen à l'arrivée.

Le patient s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est placé dans un box individuel fermé où il est examiné par un urgentiste. Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'infirmier des urgences contacte l'infirmier de l'équipe de liaison rattaché à l'hôpital de proximité de l'EPSMDA. L'IDE de psychiatrie effectue un entretien infirmier et propose l'appel du psychiatre du CPAO pour l'orientation par téléphone. Le patient peut ainsi soit retourner à domicile, soit avoir un rendez-vous au CMP, soit être transféré au CPAO. Tous les soins sans consentement sont hospitalisés au CPAO, y compris des patients hors secteurs qui sont refusés en soins libres. Des mesures en péril imminent sont ainsi prises régulièrement pour « forcer » l'hospitalisation du patient à Prémontré. Ce nombre élevé de placement sous la forme du péril imminent était déjà relevé lors du contrôle de 2010 (cf. § 2.4).



Entrée des urgences « couchées »



Brancard réservé aux contentions

Il n'y a pas de chambre d'isolement aux urgences et le patient agité est placé dans un box individuel des urgences sur un brancard sur lequel des contentions sont déjà installées.

Les contentions utilisées sont à verrouillage magnétique pour la ventrale et par système à clef pour les autres ; le service ne dispose cependant pas du couple-sangle prévu avec ce système d'attache en cas d'incendie. Un protocole est à disposition des soignants et rappelle les règles d'exception et de surveillance de la contention ; les infirmiers et aides-soignants des urgences ont bénéficié de formations spécifiques à cette contention.

Un espace d'apaisement spécifique doit pouvoir être proposé aux patients relevant de soins psychiatriques et présentant une situation d'agitation.

L'isolement ou l'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement sont décidés par le médecin des urgences. Les isolements et contentions sont inscrits dans le dossier médical des urgences du logiciel *Resurgence*. Il n'y a pas d'analyse régulière de la pratique par les professionnels et pas de registre permettant de tracer ces mesures.

Aucun patient n'était en isolement ou contenu au moment du contrôle. Si l'attente d'hospitalisation dépasse six heures, le patient est transféré dans une chambre de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui dispose d'une salle d'eau avec WC et lavabo.

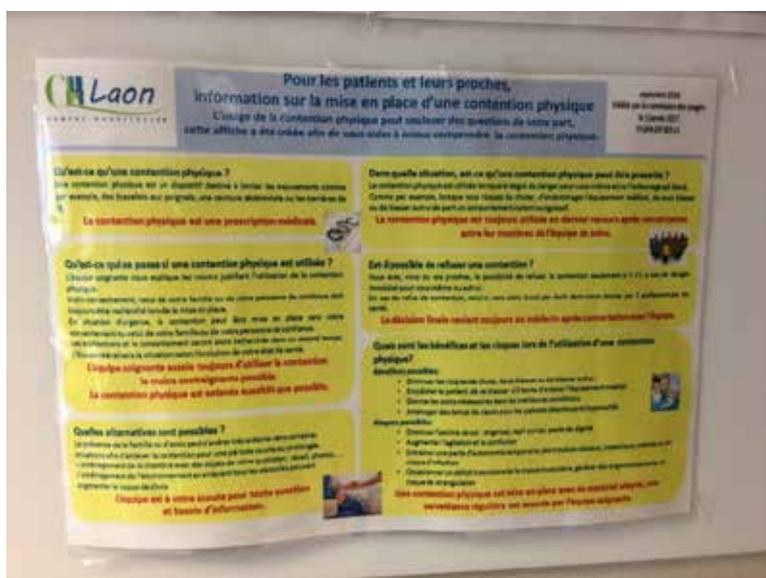
RECOMMANDATION 12

Les mesures d'isolement et de contention imposées aux patients relevant de soins psychiatriques ne peuvent être décidées que par un médecin psychiatre ou validées secondairement dans l'heure par celui-ci.

Outre que le service des urgences de Laon ne dispose pas, comme le prévoit l'article D 6124-26-6 du CSP⁷, de l'intervention d'un psychiatre auprès des patients, il ne dispose pas non plus d'un IDE ayant une expérience professionnelle en psychiatrie comme le prévoit l'article D 6124-26-7 du CSP.⁸



Box des urgences



Affichage sur la contention, salle d'attente

Enfin, le service des urgences a affiché une information complète sur la contention dans la salle d'attente à destination des usagers.

⁷ Article 6124-26-6 du CSP : « Lorsque l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure comprend en permanence un psychiatre.

Lorsque ce psychiatre n'appartient pas à l'équipe de la structure des urgences, il intervient dans le cadre de la convention prévue à l'article D. 6124-26-8. »

⁸ Article 6214 -26-7 du CSP : « Outre les membres mentionnés aux articles D. 6124-17 à D. 6124-21, le personnel de la structure des urgences d'un établissement de santé comprend au moins selon le cas :

1° Un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie ;

2° Un infirmier appartenant à un établissement mentionné au 1° de l'article L. 3221-1 ;

3° Un infirmier appartenant à la structure de psychiatrie de l'établissement lorsque celui est autorisé à exercer l'activité de soins de psychiatrie mentionnée au 4° de l'article R. 6122-25. »

BONNE PRATIQUE 3

Un affichage dans la salle d'attente des urgences explique clairement la mise en place d'une contention physique.

7.1.3 Le centre psychiatrique d'accueil et d'orientation (CPAO)

Le CPAO est un service de cinq lits et une chambre d'isolement, situé à l'entrée de l'établissement où transitent toutes les personnes amenées à être hospitalisées. La durée d'hospitalisation dans ce service est de vingt-quatre à soixante-douze heures. 722 patients y ont été admis en 2020 et 596 ont ensuite été hospitalisés en unité.

Le CPAO travaille en étroite collaboration avec les unités de court séjour La Nef et La Verrerie par le biais d'une réunion quotidienne d'échanges cliniques et de coordination regroupant ces trois unités. Il dispose d'une équipe mobile précarité dont la mission principale est de favoriser l'accès aux soins des personnes vulnérables au sein des structures d'accueil d'urgence du secteur de Laon. L'équipe d'encadrement du CPAO a aussi pour mission d'animer et d'organiser les interventions de la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) départementale.

Dans ce service, une réunion clinique est tenue chaque matin ; le temps de transmission entre équipes n'est en revanche que de dix minutes.

La porte du service est fermée et le tabac comme le téléphone ne sont pas systématiquement retirés. Les chambres sont individuelles avec WC et douche. La salle de vie est exiguë avec une partie salon avec poste de télévision et une autre avec deux tables pour les repas.

7.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES NE SONT NI ORGANISÉS, NI PERMANENTS ET NE RESPECTENT PAS LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

7.2.1 Les pratiques psychiatriques

a) Le projet

Les unités et pôles ont été récemment réorganisés en unités d'admission (Nef et Verrerie) et unités de réadaptation et d'hospitalisation plus longue (Tilleuls et Accueil), même si la métamorphose est encore en cours, freinée par les difficultés de sortie de certains patients dans des structures plus adaptées. Il n'y a cependant pas de projet de service médico-soignant permettant de stabiliser et conceptualiser le fonctionnement des services et l'organisation de leurs soins. Les prises en charge sont encore sensiblement différentes les unes des autres et une réflexion médicale peine à être partagée à l'échelle de l'établissement, même si un groupe de travail a été initié au sein de la commission médicale d'établissement (CME), relatif aux conditions d'isolement et de contention. Les réunions préparatoires au CME et les réunions de cas complexes, ouvertes à tous les médecins, ne parviennent pas à asseoir une bonne entente et un partage serein et constructif autour des pratiques médicales, selon l'ensemble des témoignages recueillis pendant la visite.

b) La prise en charge

Les contrôleurs ont reçu de nombreux témoignages signalant que les patients ne bénéficiaient pas, dans tous les services, d'entretiens réguliers et fréquents avec un médecin psychiatre y compris en pédopsychiatrie. Dans de rares services, il n'y a pas d'examen psychiatrique systématique lors de l'admission. Dans d'autres, un médecin est toujours présent. Les médecins

œuvrent la plupart du temps dans plusieurs entités sans que les soignants n'aient un planning clair et respecté.

RECOMMANDATION 13

Les soignants doivent disposer d'un planning clair et respecté indiquant, pour chaque jour de la semaine, le médecin présent dans le service.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *l'établissement a réalisé une procédure relative à l'affichage des tableaux de service. Un audit interne a été réalisé sur la mise en œuvre de cette procédure fin 2018. Des actions ont été identifiées. L'EPSMDA va poursuivre cette démarche d'amélioration.* »

Des réunions cliniques, *staffs* et synthèses ont lieu régulièrement dans toutes les unités souvent tous les quinze jours ou moins. Ces réunions cliniques associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, psychologues, infirmiers. Les généralistes comme les pharmaciens n'y assistent pas du fait des postes vacants et ne participent pas à l'élaboration et au suivi du projet de soins. Les projets de soins individualisés sont discutés lors de ces réunions collégiales et les décisions sont prises après écoute des différents professionnels.

Les ASH participent aux transmissions avec les IDE et AS. Les consultations de psychiatre s'effectuent souvent en présence d'un infirmier (Unité Nef, La Verrerie, par exemple).

Tous les services mettent aussi en place des réunions de synthèse pluridisciplinaires afin de réévaluer le projet de soins et préparer la sortie ; le patient lui-même peut y participer. Plusieurs services (unités Nef et Tosquelles par exemple) organisent des réunions associant les équipes intra et extra hospitalières pour faciliter la prise en charge du patient sur l'ensemble de la filière.

BONNE PRATIQUE 4

Dans le cadre de la recherche du consentement éclairé aux soins, les patients sont invités à participer à la réunion de synthèse rassemblant les soignants autour de leur prise en charge.

Des réunions soignants-soignés ne se tiennent que dans trois unités mais sans régularité ni rédaction de réel compte-rendu partagé avec les patients. Seule une unité propose régulièrement un groupe de parole (USIP).

La continuité des soins est assurée par une garde de psychiatre de 20h à 8h sur l'ensemble du site, réalisée par tous les médecins à tour de rôle. La garde est doublée par une astreinte de senior lorsque le médecin de garde n'a pas la plénitude d'exercice, mais aussi lorsque le premier médecin d'astreinte est praticien sénior. La garde somatique s'effectue également sur place.

Cependant, les soignants rapportent que dans la pratique, une majorité des médecins ne se déplace pas pendant la garde pour valider un placement en chambre d'isolement (cf. § 8) ou confirmer une prescription en « *si besoin* ». Or le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement *per os* ou injectable n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce genre de traitement « *si besoin* ».

RECOMMANDATION 14

La prescription de traitement en « *si besoin* » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration.

Les familles et proches de la personne hospitalisée qui le souhaitent peuvent être reçus par le médecin psychiatre et l'assistante sociale.

7.2.2 Des patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

De très nombreux patients sont hospitalisés au sein des services de psychiatrie alors même que leurs besoins de santé relèvent d'autres prises en charge. Sur les deux seules unités UAS, une trentaine de patients bénéficient d'ores et déjà d'une orientation en maison d'accueil spécialisée (MAS), foyer d'accueil médicalisé (FAM), foyer de vie ou établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)⁹ mais ne trouvent pas de structures pouvant les accueillir. Cela malgré l'ouverture en 2020 d'une MAS de cinquante places au sein de l'EPSDMA et l'existence d'une équipe mobile précarité. Un patient est hospitalisé depuis quarante ans (unité Nymphée). En pédopsychiatrie, quatre enfants sur les onze accueillis étaient hospitalisés depuis plus de deux ans. Dans l'ensemble de l'établissement, soixante-seize patients sont hospitalisés depuis plus d'un an : seize à l'unité Accueil, quatorze à la Closerie, treize à Nymphée et treize à Tilleuls, dix à Tosquelles et huit à l'USIP (cf. § 2.4).

Or la prise en charge en psychiatrie de ces patients n'est pas adaptée, même si des formations ont été prodiguées aux soignants qui témoignent par ailleurs d'un investissement professionnel remarquable ; en effet les services ne disposent pas de psychomotricien, ergothérapeute, kinésithérapeute ou éducateur pour ces patients. Ces derniers, bien que basculés sur des soins libres, n'en conservent pas moins des restrictions de liberté et sont parfois placés en chambre d'isolement.

Au moment du contrôle, quatre places étaient vacantes à la MAS de l'établissement alors que nombreux patients des UAS attendaient une place et trois patients avaient été placés dans cette MAS sans orientation de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) ni consentement de la personne.

RECOMMANDATION 15

Une attention forte doit être portée sur l'adéquation des prises en charge aux besoins des patients et la recherche de leur consentement dans les solutions d'accueil proposées.

7.2.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

Les activités thérapeutiques sont globalement intégrées au projet de soins, sur indication ou prescription médicales ; toutefois elles demeurent la variable d'ajustement des soins lorsque les effectifs ne permettent plus l'exercice de tous les soins. Quelques médecins ou services ne les investissent que peu (unité La Verrerie).

En dehors des salons télévision, du baby-foot, du ping-pong et autres jeux de cartes, des activités diversifiées sont proposées dans les unités pour tous les patients quel que soit leur statut.

⁹ Dans les deux UAS : huit personnes orientés MAS, neuf orientées FAM, cinq orientées foyer de vie, une orientée ESAT et une dizaine de demandes en cours.

Excepté à La Verrerie, les soignants se montrent impliqués et se forment pour étendre leurs compétences et proposer des ateliers : socio-esthétique, lectures collectives, billard, pétanque, cuisine, relaxation, zumba, musique, travaux manuels mais aussi remédiation cognitive, snoezelen, sylvothérapie.

Hors crise sanitaire liée à la Covid-19 de nombreuses activités sont proposées en extérieur : équithérapie, piscine, restaurants, cinéma, pique-nique, barbecues, randonnées.

Un budget est alloué à chaque unité à hauteur de 1 000 à 4 000 euros par an pour l'achat de matériel, l'amélioration des repas, l'organisation de barbecues et pique-niques, les entrées aux musées et cinémas.

De plus, trois lieux spécifiques accueillent, au cœur de l'établissement, des activités pour tous les patients de toutes les unités :

- en accès libre à la Cordonnerie (bibliothèque, peinture végétale, informatique avec un accès Internet, créations sur thèmes) ; c'est un lieu géré par la Ligue de l'Enseignement ;
- sur prescription médicale, comme à l'espace Sophora (atelier bois, décoration, relaxation, coiffure) ; lieu géré par des soignants (deux infirmiers et un aide-soignant) en lien étroit avec les unités mais dont le travail n'est pas toujours reconnu comme un travail de soin ;



Bar-épicerie



Pavillon jaune ; salle musculation

La semaine du goût, la fête de la musique, des olympiades, un atelier cirque rassemblent parfois ces structures auxquelles se joint l'APS (activités physiques et sportives) qui, par ailleurs, répond aux besoins individuels des patients (sport adapté) dans plusieurs lieux spécifiques : salle de motricité, de remise en forme, city-stade au sein de l'établissement. Dans un réel souci d'ouvrir l'hôpital vers l'extérieur, un travail avec les mairies et l'Office national des forêts (ONF) a permis l'accès des patients à des gymnases en ville, l'organisation de rallye photos, Natura 2000 ou encore « Sport en tête ».

- enfin, l'Oasis, anciennement dénommé « la Taverne », offre un espace bar-boutique ouvert à tous, 7 jours sur 7 et 365 jours par an.

BONNE PRATIQUE 5

L'Oasis, bar-boutique, est ouvert 7 jours sur 7 et 365 jours par an.

Les patients se rendent majoritairement seuls dans ces lieux sauf ceux de l'USIP et de Nymphéa. Les mineurs ont un créneau réservé à la Cordonnerie pour le théâtre et ils ont pu avoir, dans le passé, un créneau accompagné à l'Oasis ; néanmoins et afin que patients mineurs et adultes ne se rencontrent pas, ce sont plutôt les intervenants de Sophora qui se déplacent au pôle infanto-juvénile dans les nombreuses salles d'activité du pavillon jaune et rose pour la zumba ou les ateliers de socio-esthétique.

En période de Covid-19, les activités ont été plus restreintes, des créneaux ont été réservés afin que les patients ne se croisent pas. Mais des randonnées dans le parc de l'établissement ont permis aux patients (850) de sortir durant les deux confinements.

Il conviendrait de mutualiser davantage les actions entre la Cordonnerie et Sophora en lien avec les unités et de faire reconnaître, comme faisant intégralement partie du parcours de soin, les activités culturelles et sportives.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que les indications de prise en charge à Sophora et à la Cordonnerie sont différentes. Sophora accueille les patients sur prescription médicale, ce qui n'est pas le cas à la Cordonnerie où l'accès est libre. Les contrôleurs ont bien indiqué *supra* cette différence de prescription/accès libre, indépendante du fait que la prise en charge des patients est globale à l'échelle de l'établissement et que toutes ces activités doivent intégrer le projet de soin individualisé du patient. Or les contrôleurs ont noté une méconnaissance profonde réciproque des professionnels des deux structures.



Espace Sophora ; salon et salle centrale

7.3 L'UNITE DE SOINS INTENSIFS EN PSYCHIATRIE (USIP) REMPLIT UNE MISSION D'UHSA DANS UN CADRE TRES SECURITAIRE, NON PROPICE AUX SOINS

L'USIP est une unité intersectorielle qui fait partie du service médico-judiciaire. Son protocole d'admission élaboré par l'établissement en 2012 précise qu'il s'agit d'« *une unité sécurisée et contenant intervenant dans la crise aiguë et la stabilisation du patient* ».

Elle a pour vocation de recevoir des patients en SSC « *en état de crise psychique aiguë avec mise en danger suspecté envers autrui et lui-même* » rattachés exclusivement à un des sept secteurs de l'Aisne, orientés par une unité d'hospitalisation ou entrants directs après évaluation par le CPAO. Elle reçoit également les patients détenus au titre de l'article 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale en provenance des établissements pénitentiaires de Château-Thierry et Laon, voire quelques patients en provenance de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) de Lille (Nord) (cf. § 9.3) ; elle reçoit enfin des patients irresponsables pénaux, parfois en provenance des unités pour malades difficiles (UMD). Seuls des patients hommes sont accueillis. Le séjour à l'USIP est prévu pour durer un mois renouvelable.

L'unité comporte vingt lits dont quatre chambres dites sécurisées, une chambre médicalisée ainsi que quatre chambres d'isolement. Les chambres sécurisées comptent au titre des lits installés de l'unité ; leurs modalités opérationnelles ordinaires s'apparentent à celles des chambres d'isolement, notamment en termes de restriction des libertés d'aller et venir. Elles sont considérées ou non comme des chambres d'isolement selon les interlocuteurs (cf. § 8).

Au jour de la visite du CGLPL, seize patients sont présents, dont treize en SDRE et trois en SDDE. L'unité a reçu 118 patients en 2020 contre 83 en 2019 ; la durée moyenne de séjour est passée de 53 jours en 2019 à 31 jours en 2020.

7.3.1 Le cadre sécuritaire en l'absence d'un projet médico-soignant

L'unité est strictement fermée et il faut franchir trois portes pour arriver dans le lieu de vie des patients. A leur arrivée, les patients rencontrent un psychiatre dans un délai court et sont fréquemment mais pas systématiquement placés sur décision médicale en chambre d'isolement pour une période « *d'observation* » pouvant aller jusqu'à soixante-douze heures selon les déclarations faites aux contrôleurs, mais des durées supérieures jusqu'à cent heures ont pu être identifiées dans le registre des isolements et contentions (cf. § 8.3). L'équipe soignante précise que cet isolement peut être séquentiel en journée. A la sortie de la chambre d'isolement, tous les patients détenus ainsi que ceux considérés comme dangereux (auteurs d'infractions à caractère sexuel) sont hébergés dans l'une des quatre chambres sécurisées de l'étage. Ils font l'objet tous les soirs d'une décision médicale d'isolement de 20h à 8h et la porte de leur chambre sécurisée est fermée à clé. Les contrôleurs ont acquis la certitude que ces décisions médicales étaient reconduites de soir en soir sans examen systématique du patient.

RECOMMANDATION 16

L'enfermement d'un patient dans une chambre doit répondre aux lois et règles en vigueur relatives aux mesures d'isolement.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que la file active des patients isolés est passée de 86,2% en janvier 2021 à 51,72% en avril 2021 à l'USIP. Les contrôleurs prennent acte de cette évolution qui sera analysée lors du prochain contrôle.

L'information et l'exercice des droits des patients sont manifestement mis en œuvre, comme ont pu l'observer les contrôleurs (à l'exception de la présentation des patients détenus devant le JLD, (cf. *infra* § 9.3). La réflexion au sein de l'établissement sur une « *politique de réduction de l'isolement et de la contention* » a permis, peu de temps avant la visite des contrôleurs, de réduire le nombre de chambres sécurisées de neuf à quatre. Enfin, le renouvellement récent de

l'encadrement médical et soignant et d'une partie de l'équipe soignante semble de nature à permettre la relance d'une réflexion sur l'offre de soins et la ré-interrogation du cadre sécuritaire actuel. Un « *règlement communautaire de l'USIP* » a été élaboré en novembre 2020 sous l'ancienne chefferie de service mais les restrictions aux libertés individuelles y sont encore appliquées de façon systématique. Les téléphones portables sont systématiquement retirés. Le tabac est distribué à heures fixes par les soignants au cours de la journée et devient inaccessible de 20h à 8h. Les chambres, situées à l'étage, ne sont pas accessibles en journée, sauf à l'heure du temps de repos obligatoire (13h-14h30). Par rapport à la situation constatée par le CGLPL en 2010, il est maintenant possible pour les patients (hormis les détenus) de garder leurs propres vêtements et ils ne portent plus systématiquement le pyjama de l'hôpital.

Très peu d'activités thérapeutiques ou occupationnelles sont formalisées, le temps à y consacrer par les soignants apparaissant comme une variable d'ajustement de leurs autres tâches (cf. § 7.2).

Un *staff* hebdomadaire réunit l'équipe médicale, la psychologue, le cadre de santé, l'équipe soignante et la secrétaire médicale ; il permet un suivi pluridisciplinaire des projets de soins des patients.

Néanmoins, l'absence d'un projet médico-soignant récent et construit par l'équipe actuelle brouille le sens donné à la mission initiale de l'USIP et laisse la place à une logique sécuritaire. L'USIP doit élaborer un projet médico-soignant et des règles de vie dans lesquels les restrictions aux libertés individuelles doivent répondre au principe de proportionnalité au regard de la situation clinique de chaque patient (cf. § 7.2).

7.3.2 De nombreux patients détenus ou hospitalisés au long court accueillis par défaut d'autre structure

En 2019, 63 % des séjours concernaient des patients détenus, dont 43 % en provenance du centre de détention (CD) de Château-Thierry. Ces données sont comparables à celles de 2018, où les détenus représentaient 56 % de la file active. Il apparaît dès à présent que ce poids des patients détenus accentue le caractère sécuritaire de l'USIP et constitue une dérive de sa mission initiale pour en faire, pour plus de la moitié de son activité, une sorte d'UHSA qui ne dit pas son nom et où l'on n'accède qu'en SDRE (cf. § 9.3).

RECOMMANDATION 17

Les personnes détenues nécessitant des soins psychiatriques doivent prioritairement être pris en charge par des UHSA.

Alors que cette unité est prévue pour des séjours de courte durée, des patients au long cours y sont présents. Lors de la visite des contrôleurs, huit patients sur seize étaient présents depuis plusieurs années dont six depuis plus de trois ans.

Un de ces patients présentant des troubles autistiques graves est présent en journée (il est systématiquement placé dans une chambre d'isolement lors du temps de repos méridien) et rejoint son unité d'origine pour la nuit. Son hospitalisation à l'USIP apparaît particulièrement inadéquate, par défaut de solution d'accompagnement médico-social spécialisé, même si un groupe opérationnel de synthèse (GOS) est réuni par la MDPH et recherche des solutions pour un plan d'accompagnement global, avec le secteur médico-social, sous forme d'un appui d'accompagnement éducatif de ce patient en complément de la prise en charge en psychiatrie.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que le patient évoqué supra sera orienté vers une structure médico-sociale à compter du 13 juillet 2021. La sortie de l'USIP vers les unités de secteur d'origine est perçue comme très difficile par l'équipe, du moins paradoxalement pour les patients originaires d'un des secteurs de l'EPSMDA avec lesquels il n'existe pas d'engagement de reprise, alors que celui-ci est en place et fonctionne concernant les deux secteurs de l'Aisne extérieurs à l'EPSMDA. Ces patients subissent ainsi une prolongation indue de leur séjour dans des conditions extrêmes de privation de liberté ainsi qu'une perte de chances dans leur parcours de soins. Ces situations récurrentes étaient déjà présentes lors de la visite du CGLPL en 2010 (cf. § 7.2).

7.4 LES SOINS SOMATIQUES SONT TOTALEMENT ASSURES MAIS PAS LES SOINS D'ADDICTOLOGIE

L'unité somatique rassemble l'ensemble des prises en charge somatiques des patients de l'EPSMDA et se situe au premier étage du bâtiment au-dessus du CPAO dans des locaux cependant exigus et insuffisants au regard des professionnels présents. Elle compte un chef de service et trois autres postes de médecins somaticiens, dont un est actuellement vacant ; 4,4 ETP d'IDE et un cadre complètent l'équipe. Une IDE est identifiée personne-ressource pour la douleur ; 0,4 ETP d'IDE sont affectés à la réalisation des électrocardiogrammes (ECG).

La prise en charge somatique en intra est assurée du lundi au vendredi de 9h à 17h soit par visites dans les services pour les patients non mobilisables, soit par venues au centre de consultation. Les médecins assurent aussi les soins à la MAS. Outre une consultation systématique de toutes les admissions (au CPAO ou dans les unités), les médecins généralistes répondent à toutes les demandes d'examens dans les services d'hospitalisation et viennent examiner les patients admis en chambre d'isolement.

Les patients des unités de moyens et longs séjours bénéficient d'un suivi semestriel protocolisé dans lequel sont pris en compte les programmes de dépistage et de prévention nationaux (dépistage du cancer du côlon, mammographie, schéma vaccinal) mais aussi des actions individuelles d'éducation à la santé (maladies sexuellement transmissibles, contraception avec mise en place d'implant ou de médicament, règles hygiéno-diététiques).

L'unité somatique assure les urgences somatiques aux heures ouvrables et disposent d'une valise d'urgence. La nuit (après 17h) et les week-ends, l'urgence somatique est prise en charge par un somaticien de garde sur site.

BONNE PRATIQUE 6

Un médecin somaticien assure une garde sur place la nuit et le week-end.

L'unité gère également l'accès aux autres soins spécialisés. Ainsi l'imagerie (toutes radiographies sauf panoramiques dentaires) est réalisée par une manipulatrice radio à temps plein, la lecture étant faite par deux vacations de radiologues par semaine (781 actes en 2019).

Un chirurgien-dentiste, praticien hospitalier à 0,5 ETP a réalisé 368 consultations en 2019.

Un cardiologue était présent jusqu'en juin 2019 mais le poste n'est plus pourvu. Les ECG sont lus par les médecins généralistes, et transférés auprès de cardiologue hospitalier si besoin. Un neurologue est présent à raison d'une vacation par semaine et a réalisé 107 consultations en 2019.

Enfin, une diététicienne à temps plein a effectué 659 consultations diététiques en 2019, a formé 34 agents aux enjeux de la nutrition en milieu hospitalier et est très présente dans les services auprès des patients ; elle sera prochainement aidée par une seconde diététicienne. Le médecin généraliste et la diététicienne font un point sur le suivi des patients chaque matin.

Les médecins généralistes ne rapportent pas de difficultés d'accès aux soins spécialisés dans les hôpitaux généraux.

En revanche, les patients de l'établissement ne disposent plus d'accès à des soins d'addictologie depuis la fermeture du CRAP (cf. § 2.1.1).

RECOMMANDATION 18

Les patients de psychiatrie doivent pouvoir accéder à des soins d'addictologie.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *l'accès à des soins d'addictologie peut se faire en lien avec les équipes de liaison et de soins en addictologie qui sont présentes à Laon et Soissons. Le CRAP avait vocation à assurer une prise en charge en hospitalisation complète, le relais étant assuré par les structures ambulatoires du département (ELSA, CSAPA). Par ailleurs deux praticiens de l'établissement ont une capacité de médecine addictologie clinique et un praticien possède un diplôme universitaire « addictions : cliniques et risques de dépendances. 241 personnels de soins sont formés à la prise en charge des conduites addictives.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces dispositions mais ne peuvent que rappeler le ressenti de toutes les équipes de soins des unités contrôlées pour lesquelles il n'est pas possible d'obtenir une prise en charge addictologique pendant les hospitalisations.

7.5 LA GESTION DES MEDICAMENTS RESPECTE LES DROITS DES PATIENTS

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques a été entièrement reconfiguré dans le logiciel *Cariatides* depuis 2019.

La pharmacie est gérée par trois pharmaciens (3 ETP), mais un des trois postes est actuellement vacant. L'équipe compte également six préparatrices en pharmacie.

Les pharmaciens n'assurent pas d'astreinte la nuit et les samedi et dimanche mais l'établissement a mis en place deux automates permettant l'accès aux traitements en dehors des heures d'ouverture.



Chariot de médicaments pour une unité



Automate pour nuit et week-end

100 % des prescriptions (16 609 en 2019) ont fait l'objet d'une analyse pharmaceutique en tenant compte des informations biologiques et cliniques disponibles pour le patient. Ainsi 12,3 % des prescriptions ont fait l'objet d'une intervention d'un pharmacien. 70 % des propositions d'optimisation thérapeutique ont été acceptées par les prescripteurs contactés. L'intranet permet la diffusion d'information par les pharmaciens.

Il n'y a plus d'interne en pharmacie mais actuellement un externe qui va reprendre la conciliation médicamenteuse à l'admission, auparavant effectuée par un assistant partagé (en 2019, 120 patients ont bénéficié d'une conciliation mettant en évidence 38 divergences involontaires entre le traitement habituel du patient et la prescription rédigée à son entrée).

Un programme d'éducation thérapeutique a été initié au profit des adolescents du Pavillon vert en lien avec l'équipe médicale et paramédicale du service, pour améliorer la compliance de ces patients face à leur traitement en ambulatoire.

Le poste vacant de pharmacien n'a pas permis la présence des pharmaciens auprès des équipes soignantes ni leur participation à des réunions cliniques.

La pharmacie à usage interne (PUI) livre une à deux fois par semaine aux unités la dotation globale d'urgence et les médicaments conditionnés en délivrance nominative, par service, dans des chariots comportant des tiroirs par patient.

Dans les unités, les infirmières vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients dans la salle de soins ; la porte de la salle est fermée entre chacun et les patients attendent debout, ou assis dans quelques unités, dans le couloir en file indienne. L'administration des médicaments s'effectue pendant le moment du repas dans les services de patients hospitalisés au long cours ou lourdement handicapés (UAS) et dans les chambres pour les patients du CPAO.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit plusieurs fois par an. Présidée par un médecin psychiatre, une pharmacienne en est la vice-présidente et sa composition est pluridisciplinaire. Les comptes rendus des dernières réunions d'octobre et novembre 2020 montrent des débats pluridisciplinaires débouchant sur des améliorations des pratiques.

Outre les dotations de médicaments d'urgence, la prise en charge des urgences est possible grâce à la présence dans les unités d'une valise d'intervention et d'un défibrillateur.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE SONT PAS PROPICES A L'APAISEMENT ET DES ESPACES D'ISOLEMENT HORS CHAMBRE D'ISOLEMENT SUBSISTENT A L'USIP

L'établissement compte douze chambres d'isolement (CI) installées dans neuf unités, auxquelles il convient d'ajouter quatre chambres « sécurisées » à l'USIP, qui comptent comme des chambres hôtelières mais où des patients sont quotidiennement isolés : les unités Tilleuls, La Closerie, Nymphée, La Verrerie, La Nef, Accueil, Pavillon vert et CPAO comptent chacune une CI ; l'USIP en compte quatre.

Quatre unités n'accueillant que des patients en soins libres sont donc dotées d'une CI, qui sert fréquemment pour des patients d'autres unités.

L'unité Tosquelles n'a plus de CI depuis fin mars 2020. Le pavillon bleu, unité pour enfants, dispose d'un espace d'apaisement.

Les CI, certaines précédées d'un sas (Nef, Verrerie, L'Accueil), sont toutes dotées d'une double entrée, avec fenestron dans chaque porte, lequel n'est pas occultable, sauf aux Tilleuls. Elles disposent toutes de fenêtres non ouvrables de tailles variables assurant une lumière naturelle, équipées (sauf à l'USIP) de stores actionnables de l'extérieur des chambres, tout comme l'interrupteur de l'éclairage. Un dispositif de chauffage/climatisation en hauteur est partout présent. Toutes sont équipées d'un lit dont le sommier métallique est fixé au sol au centre de la pièce et d'un matelas. Le sommier est partout équipé d'un bouton d'alarme qui permet à un patient contentonné d'appeler les soignants. Il est parfois doublé par un bouton d'appel mural. Aucun autre mobilier n'est présent dans les CI. Quand le repas est pris dans la CI, une table de lit est apportée puis retirée.

Au CPAO, la CI se situe à l'écart de l'unité au bout d'un long couloir. A l'USIP, les quatre CI et leurs locaux y attenants (salle de bains, rangements) forment une sorte de sous-unité séparée de l'unité proprement dite avec une entrée sur celle-ci et une autre sur la zone des bureaux, mais sans accès direct à la cour.

Au pavillon vert (pédopsychiatrie adolescents), la CI est placée au milieu de l'unité, au risque que le patient qui y est placé soit l'objet des regards des autres patients par le fenestron de la porte. Les Pavillons Vert et Bleu disposent chacun d'un espace d'apaisement, doté de poufs et coussins, où l'enfant peut aller à sa demande.

Les CI sont diversement équipées en sanitaires. Dans six unités (CPAO, Nef, Verrerie, Nymphée, Closerie, Accueil) un local sanitaire est attenant, doté d'un WC, d'un lavabo et d'une douche en aluminium, dont il a été précisé que l'accès en était laissé ouvert sur prescription médicale. Ces locaux, pour certains équipés d'un miroir sont en revanche rarement pourvus d'une patère et d'un porte-savon. Dans trois unités, un bloc en aluminium composé d'un point d'eau et d'un WC est disposé dans la chambre même ; aux Tilleuls et au Pavillon vert, ce bloc est protégé du regard par un muret, ce qui n'est pas le cas pour les quatre CI de l'USIP, si bien que dans ce dernier cas, les WC sont visibles du fenestron d'une des deux portes.

Une horloge digitale est partout présente, mais indique rarement la date.

Toutes les CI, dans toutes les unités, sont équipées d'une caméra de vidéosurveillance dont le retour écran se trouve dans le bureau des soignants. Selon les informations recueillies, la vidéosurveillance n'est allumée que sur prescription médicale, laquelle est systématique au CPAO. Cependant, dans certaines unités elle reste allumée en permanence (USIP). Pour les CI non

dotées de locaux sanitaires, un carré noir suffisamment grand protège les WC. Le retour caméra dans les bureaux est exposé aux regards de tous ceux qui entrent dans le bureau, voire du fenestron sur la porte de celui-ci (la Verrerie).

Dans trois unités (CPAO, USIP, Nymphée), en plus de la vidéosurveillance, des miroirs de surveillance en demi-dôme ont été installés en hauteur à l'opposé de la caméra, afin de voir le patient même quand il est dans l'angle mort de celle-ci.

Le manque d'hygiène dans les CI, observé lors de la visite du CGLPL en 2010, a laissé la place en 2021 à des chambres correctement entretenues et nettoyées.



CI USIP en haut / unité Verrerie en bas



CI Tilleuls en haut / Pavillon vert en bas



A l'USIP, quatre chambres sécurisées sont installées à l'étage des chambres ordinaires, il y en avait neuf jusqu'à quelques mois avant la visite du CGLPL. Elles sont équipées comme des chambres ordinaires, mais sans mobilier autre que le lit, avec une fenêtre non ouvrable et la porte sécurisée pouvant être fermée à clé.

RECOMMANDATION 19

L'isolement dans la chambre du patient doit être évité.

8.2 LES DECISIONS MEDICALES D'ISOLEMENT SONT TROP SOUVENT PRISES SANS EXAMEN DU PATIENT

Après que l'établissement a subi en 2016 un refus de certification de la haute autorité de santé (HAS) puis en 2019 une certification avec obligation d'amélioration sur les droits des patients, il s'est engagé à la fin de l'année 2019 dans une politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention. L'objectif affiché est de faire de l'isolement et de la contention des pratiques de dernier recours, développer des espaces d'apaisement, fermer les chambres d'isolement en pédopsychiatrie, supprimer les chambres sécurisées. Une commission de la CME est consacrée à cette politique, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) isolement et contention est en place et va être fusionnée avec l'EPP violences. Les leviers du changement de pratiques portent sur :

- la sensibilisation et la formation du personnel : la formation OMEGA gestion et prévention des situations de violence et d'agressivité est en place mais ce sont surtout les soignants qui y participent, et très peu les médecins (cf. § 2.3), des séminaires cliniques abordant les pathologies avec troubles de la personnalité, des séances d'analyses de pratiques avec des intervenants extérieurs ;
- l'information, avec des supports affichés dans les unités et présentation régulière des avancées dans les instances ;
- l'analyse régulière du registre des isolements et des contentions qui n'est en place que depuis juin 2020.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que « *le registre des contentions et des isolements faisait l'objet d'une analyse trimestrielle en 2019 qui figurent d'ailleurs dans le rapport de la CDU. En 2020, il fait l'objet d'une analyse mensuelle avec la production d'un rapport intermédiaire et d'un rapport annuel. Par ailleurs, il faut noter en 2021 une analyse du registre qui est réalisée dans chaque service avec retour des appréciations à la direction qualité et au bureau EPP.* »

Pour les pilotes de l'EPP, l'ouverture des unités est également de nature à accompagner le changement des pratiques en matière d'isolement et de contention.

Dans plusieurs unités, les soignants et les médecins affirment que leurs pratiques ont évolué et qu'ils s'efforcent de n'utiliser l'isolement et la contention qu'en dernier recours si l'apaisement et le contact physique et verbal n'ont pas suffi, après échange en équipe (CPAO, Nef, Tilleuls, Nymphée, Closerie). Un cadre a déclaré aux contrôleurs : « *J'estime qu'on est bons si on n'a presque pas d'isolement ni de contention* ». Aux Tilleuls par exemple, faute d'espace dédié à l'apaisement (et souhaité par l'équipe), le salon de visite peut être utilisé comme tel, ce dont les contrôleurs ont été témoins. A La Closerie, la CI peut être utilisée porte ouverte pour faciliter l'apaisement d'un patient agité.

Le médecin somaticien voit systématiquement les patients placés en chambre d'isolement, dans l'heure qui suit le début de la mesure.

Le lit hôtelier est ordinairement conservé quand la personne est en CI, cependant les chambres d'isolement sont utilisées quelquefois comme chambre hôtelière, porte ouverte, en cas de

suroccupation. C'est le cas au CPAO deux ou trois fois par an et aux Tilleuls (deux fois en 2020) quand aucune autre solution n'a été trouvée ; dans ces deux unités, une fiche d'événement indésirable est alors remplie. Cet usage de la CI en chambre hôtelière se produit également à la Verrerie et au Pavillon vert.

S'agissant du maintien d'une vie sociale pour les patients placés en isolement, au CPAO et à l'unité Nymphée, les mandataires judiciaires des patients majeurs protégés sous mesure d'isolement ou de contention sont systématiquement prévenus. Un accès à l'air libre est organisé dans les cours intérieures des unités, avec accompagnement et accès au tabac, dans une cour réservée aux patients en CI à l'USIP, fenêtre de la CI ouverte à la Verrerie.

Malgré ces avancées, force est de constater que cette politique de réduction de l'isolement et de la contention ne porte pas encore tous ses fruits.

Plusieurs des constats de pratiques « *éloignées des recommandations* », « *banalisées* » et « *stigmatisantes* »¹⁰ faits par l'établissement lui-même fin 2019 restent d'actualité, et les pratiques dénoncées par le CGLPL en 2010 de prescriptions médicales de mise en isolement « *si besoin* » existent encore au moment de la visite de janvier 2021, et co-existent maintenant avec des décisions majoritairement prises par téléphone, sans déplacement du psychiatre pour voir le patient et évaluer la situation avant de décider, le cas échéant, de son isolement. Les mesures décidées par un médecin associé ne sont pas toujours validées par un psychiatre de plein exercice.

RECOMMANDATION 20

La décision médicale d'une mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise qu'après un examen médical psychiatrique effectif de la personne, et aucune décision d'isolement ou de contention ne peut être prise avec l'indication « *si besoin* ».

A l'unité Verrerie, la recherche d'alternatives à la mise en isolement semble peu utilisée. Quant à l'USIP, les patients y sont placés dès leur admission en chambre d'isolement pendant vingt-quatre à soixante-douze heures « *pour observation* » mais des durées allant jusqu'à cent heures ont pu être observées, avec parfois un usage séquentiel de la chambre d'isolement en journée. Dans cette même unité, l'isolement systématique des patients détenus dans des chambres sécurisées la nuit de 20h à 8h est loin de constituer une solution de dernier recours.

RECOMMANDATION 21

Les patients placés en chambre d'isolement doivent bénéficier d'un examen par un psychiatre deux fois par jour. Il doit être mis fin au caractère systématique de pratiques d'isolement à l'entrée dans une unité de soins.

L'isolement séquentiel semble largement utilisé pour des sorties le temps des repas, parfois pour de plus longues périodes ; il peut durer plusieurs jours ce qui interroge la pertinence de la décision d'isolement.

Quand le patient revient rapidement au calme, il est rare que l'équipe soignante rappelle le médecin pour qu'il lève la mesure avant son échéance.

¹⁰ EPSMDA, Politique de réduction des isolements et des contentions, novembre 2019.

La pratique de la mise en pyjama pour un patient placé en CI reste fréquente voire systématique dans la plupart des unités, bien que des informations contradictoires aient été recueillies dans certaines d'entre elles.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Le port du pyjama en chambre d'isolement ne doit pas être systématique mais justifié cliniquement.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique « *que le port du pyjama a été mesuré par plusieurs audits réalisés en 2019 et 2020 et ne met pas en évidence un port systématique du pyjama lors de l'isolement.* »

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement mais recommandent l'abandon du pyjama qui n'atténue en rien le risque suicidaire (seul le kit tunique-drap-oreiller indéchirable a cette vocation).

Les repas sont partout pris en CI, sur une table de lit apportée pour l'occasion, sans couteau, sous la surveillance physique ou vidéo d'un soignant. Sur évaluation par les soignants ou le médecin, le repas peut être pris dans le réfectoire de l'unité, notamment lors des isolements séquentiels.

Enfin, si la contention apparaît comme une pratique peu utilisée dans la plupart des unités, les contrôleurs ont pu constater lors d'une visite de nuit qu'une patiente de l'unité la Verrerie faisait l'objet d'une mesure de contention « *si besoin* » notamment la nuit et avait été mise sous contention dans sa chambre dès 21h sans décision médicale ; le médecin de garde en a été informé à 21h30, sans se déplacer.

Les dispositifs de vidéosurveillance en chambre d'isolement portent atteinte à la dignité et à l'intimité et ne peuvent en aucun cas être utilisés systématiquement pour tout patient quelle que soit la clinique.

Au Pavillon vert (unité pour adolescents), le recours à l'isolement et à la contention est très fréquent mais plus de la moitié des mesures concernent deux patients avec lesquels l'équipe semble être dans une impasse thérapeutique.

RECOMMANDATION 22

Le recours à la pratique de l'isolement et de la contention d'un patient mineur doit être évité par tout moyen.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique : « *des solutions d'hébergement médico-social sont en cours pour les deux patients mineurs ayant un recours majoré à l'isolement (plan d'accompagnement global pour le premier patient et groupe opérationnel de synthèse prévu le 22 juin pour le second patient). Par ailleurs, le pavillon vert dispose d'un espace d'apaisement qui fait l'objet depuis plusieurs mois d'une utilisation plus intensive en alternative à l'isolement. 15 contentions ambulatoires ont été prescrites au cours du premier quadrimestre 2021 contre 101 au quadrimestre 2020. Concernant les contentions en espace dédié sur la même période, 48 contentions ont été décidées en 2021 contre 71 en 2020.* »

Les contrôleurs prennent acte de cette évolution.

En période de Covid-19, des chambres d'isolement (Tilleuls et USIP notamment) sont utilisées pour la surveillance somatique et l'isolement sanitaire de patients entrants avant le résultat de leur test PCR.

RECOMMANDATION 23

Le confinement d'un patient dans l'attente de test Covid ne peut s'assimiler à une décision d'enfermement en chambre d'isolement.

La pratique de la contention est limitée dans la majorité des unités, sauf au Pavillon vert (adolescents) et dans une moindre mesure à la Verrerie. Elle est majoritairement pratiquée en concomitance d'une mesure d'isolement en espace dédié. En 2020, 247 décisions de contention en espace dédié et 43 décisions de contention hors espace dédié ont été prises. Pour les premières, les décisions prises au Pavillon vert représentaient 30 % des premières et celles prises à la Verrerie 17 %. De même, concernant les décisions de contention hors espace dédié, les mesures appliquées à des patients du Pavillon vert ont représenté à elles seules 50 % de celles-ci. Les durées moyennes de contention sont, sauf rares exceptions, limitées à 12h.

8.3 LE REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION EST TENU MAIS PEU ANALYSE A L'ECHELLE DE L'ETABLISSEMENT

Les décisions d'isolement et de contention sont renseignées et tracées dans le dossier patient informatisé (DPI) du logiciel *Cariatides* depuis le début de l'année 2020. L'identifiant du patient, la durée et le lieu (espace dédié ou hors espace dédié) sont renseignés, le nom du psychiatre qui a pris la décision ainsi que ceux des professionnels de santé qui ont effectué la surveillance, et enfin le mode légal de soins au moment de la décision. C'est à partir de ces données qu'est produit le registre de l'isolement et de la contention. Un suivi mensuel du registre par unité est réalisé avec les cadres de santé.

Les équipes soignantes en connaissent l'existence mais plusieurs d'entre elles considèrent que ce registre ne rend pas compte des pratiques de chaque unité, car il est fréquent que des patients d'une unité soient placés dans la CI d'une autre unité et, dès lors, ils sont comptés comme relevant de mesures d'isolement prises dans l'unité hébergeante. C'est notamment le cas des unités ouvertes disposant d'une CI. Des adolescents sont occasionnellement placés dans une CI d'une unité adultes quand celle du Pavillon vert est occupée ; et l'unité de psycho-gériatrie ne disposant pas de chambre d'isolement, il arrive que des patients de cette unité soient placés dans la CI du CPAO. Certaines de ces unités ont développé un comptage spécifique des mesures d'isolement de leurs patients, afin d'en avoir, et d'en présenter, un juste décompte. Les équipes ont également souligné les oublis de fermeture des mesures d'isolement ou de contention par les médecins, ce qui augmente les durées des mesures au sein du registre.

Un premier rapport intermédiaire des pratiques d'isolement et de contention a été réalisé en décembre 2020, portant sur la période du 1^{er} janvier au 30 septembre de la même année. Ce rapport relève le pourcentage très important de mesures d'isolement concernant des patients en soins libres : 35,54 %. Les données fournies aux contrôleurs sur le statut d'hospitalisation à 24h des patients placés en isolement fait apparaître que 100 % des patients en soins libres encore en isolement à 24h n'ont pas fait l'objet d'une réévaluation de leur statut d'hospitalisation, contrairement aux obligations légales. Certaines de ces situations examinées avec les équipes soignantes ont fait apparaître des oublis de fermeture des mesures au bout de 12h par le

médecin, dans quelques autres cas, la transformation du statut d'hospitalisation avait bien été réalisée au-delà de 12h d'isolement et le registre n'en portait pas la trace ; mais d'autres situations ont bien concerné des patients dont la mesure d'isolement a été prolongée au-delà de 12h sans que leur statut d'hospitalisation soit transformé en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 24

Les placements en isolement de patients en soins libres ne peuvent dépasser douze heures sauf à ce qu'une mesure de soins sans consentement soit initiée.

L'analyse du registre mis en place montre, sur la période du 1^{er} octobre au 31 décembre 2020, les chiffres suivants par unité :

CPAO : Sur une file active de 596 patients, 49 (8,22 %) ont été placés en isolement lors de 70 mesures. La durée moyenne des isolements est de 17 heures. 3 mesures d'isolement se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 9 mesures de contention (pour 9 patients différents) de 6 à 12 heures sont associées à une mesure d'isolement, une mesure de 35h de contention a concerné un dixième patient en CI.

USIP : Sur une file active de 118 patients, 106 patients, soit 90 %, ont été placés en isolement lors de 476 mesures, la durée moyenne des isolements étant de 57 heures. Sur ce total, 128 mesures d'isolement ont été décidées hors espace dédié, dans les chambres sécurisées (cf. § 7.3 et 9.3), elles ont concerné 35 patients, et la durée moyenne des isolements dans ces espaces non dédiés a été de 27 heures. 101 mesures d'isolement ont une durée de plus de 72 heures, pouvant aller jusqu'à 700 heures. Ainsi, un patient a été l'objet de vingt-cinq mesures d'isolement durant une période de sept mois, certaines mesures ayant des durées unitaires de 400 à 700 heures, pour un total de 4944 heures, soit 23 heures d'isolement par jour.

16 mesures de contention (pour 12 patients) ont été associées à des mesures d'isolement, dont la plupart pour des durées de 1 à 4 heures, mais dont 5 ont eu une durée de 15 à 21 heures.

La Nef : Sur une file active de 249 patients, 47 patients (16,26 %) ont été placés en isolement, lors de 129 mesures. La durée moyenne des isolements est de 29,88 heures. Huit mesures d'isolement se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 5 patients ont été l'objet de plusieurs mesures successives d'isolement pour des durées respectives de 137 heures, 174 heures, 200 heures, 243 heures et 300 heures. 21 mesures de contention (12 patients différents) de 6 heures, une mesure de contention pour une durée de 12 heures et une dernière pour une durée de 24 heures sont associées à une mesure d'isolement.

La Verrerie : Sur une file active de 264 patients, 32 patients ont été placés en isolement (12,12 %), lors de 115 mesures. La durée moyenne des isolements est de 44,13 heures. 7 mesures d'isolement (3 patients) se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 6 patients en soins libres ont fait l'objet de mesures d'isolement pour des durées supérieures à 12 heures et dont le cumul représente des durées d'isolement de 24 à 120 heures sans que leur statut d'hospitalisation ne soit modifié. Un patient en particulier, en soins libres, a fait l'objet de dix mesures d'isolement de 6 à 72h assorties de cinq mesures de contention de 3 à 11h pendant une période de 28 jours, avant que son statut d'hospitalisation ne soit modifié en SDTU.

23 mesures de contention (16 patients) ont été associées à des mesures d'isolement pour des durées de 3 à 12 heures, mais deux patients ont été attachés dans le cadre de mesures de 18 à 24h.

Le Nymphée : Sur une file active de 71 patients, 33 patients (**46 %**) ont été placés en isolement, lors de 98 mesures. La durée moyenne des isolements est de 25,38 heures. 2 mesures d'isolement se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 16 patients en soins libres ont fait l'objet d'une mesure unique ou de mesures successives d'isolement pour des durées supérieures à 12 heures et dont le cumul représente des durées d'isolement de 24 à 134 heures sans que leur statut d'hospitalisation ne soit modifié. Un patient en soins libres en particulier, a été placé en chambre d'isolement soit au Nymphée soit à la Closerie pour un total de 12 mesures durant l'année, avec des durées cumulées de 36 à 48 heures (une seule durée de 12 heures), sans que son statut d'hospitalisation ne soit réinterrogé. Et une patiente, mineure de moins de 12 ans, originaire du Pavillon bleu a été l'objet de deux mesures successives d'isolement d'une durée totale de 60 heures.

Quinze mesures de contention (quinze patients) ont été associées à des mesures d'isolement pour des durées de 2 à 12 heures.

La Closerie : Sur une file active de 70 patients (tous en soins libres), 27 patients (dont 11 en SSC, originaires d'une autre unité) ont été placés en isolement, lors de 77 mesures. La durée moyenne des isolements est de 34,35 heures. Quatre mesures d'isolement se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. Sept patients en soins libres ont fait l'objet d'une mesure unique ou de mesures successives d'isolement pour des durées supérieures à 12 heures et dont le cumul représente des durées d'isolement de 24 à 96 heures sans que le statut de leur hospitalisation ne soit modifié. 15 mesures de contention (quinze patients) ont été associées à des mesures d'isolement pour des durées de 2 à 12 heures, 6 heures pour 11 d'entre elles.

Les Tilleuls : Sur une file active de 70 patients, 29 patients (**41,42 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 76 mesures. La durée moyenne des isolements est de 16,64 heures. 53 mesures (70 %) ont concerné des patients en soins libres, le plus fréquemment pour des durées inférieures à douze heures, mais trois patients en soins libres ont fait l'objet de mesures successives d'isolement pour des durées cumulées de respectivement 72 heures, 132 heures, 197 heures sans que le statut de leur hospitalisation ne soit modifié. Quatre mesures d'isolement d'une durée de moins de 12h se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 5 mesures de contention (trois patients différents) de 5 à 10 heures sont associées à une mesure d'isolement.

L'Accueil : Sur une file active de 74 patients, 28 patients (**37,83 %**) ont été placés en chambre d'isolement lors de 63 mesures. Parmi ceux-ci, 5 patients ont fait l'objet de plusieurs mesures d'isolement successives ou très rapprochées (moins de 24 heures), pour certains alternant des isolements en et hors espace dédié pour des durées respectives de 104 heures, 144 heures, 192 heures, 486 heures, 767 heures. Le patient ayant effectué 192 heures d'isolement (par des mesures de plus de 12 heures) était en soins libres du début à la fin de son isolement. 8 autres patients en soins libres ont également été soumis à des mesures d'isolement allant de 16 à 96 heures, sans que leur statut d'hospitalisation ne soit modifié (selon les données de l'équipe soignante, seuls quatre de ces patients sont hospitalisés à l'Accueil, les autres patients étant issus d'autres unités). La durée moyenne des isolements est de 42 heures, mais cette moyenne ne rend pas compte de la succession des mesures renouvelées. 7 mesures d'isolement se sont déroulées hors de la chambre d'isolement. 2 mesures de contention concernant 2 patients différents de 3 et 6 heures sont associées à une mesure d'isolement.

Le Pavillon vert, adolescents : Sur une file active de 62 patients, 17 patients (**27,41 %**) ont été placés en isolement lors de 112 mesures, la durée moyenne des isolements étant de 16 heures.

45 mesures de contention ont été associées à des mesures d'isolement, pour une durée moyenne de 5,57 heures. Elles ont concerné 11 patients. Un patient a été l'objet de 45 mesures d'isolement assorties de 25 mesures de contention durant sept mois et demi.

On notera que selon les données d'analyse fournies par l'établissement, la pratique de la contention est également largement utilisée hors d'un espace dédié, puisque c'est un total de 73 mesures de contention qui sont rapportées.

Tosquelles : Cette unité ne dispose plus de CI depuis fin mars 2020 et les chiffres d'isolement-contention concernent la période du 1^{er} janvier au 31 mars 2020. Pour une file active de 107 patients, 13 patients ont été placés en isolement lors de 26 mesures, pour une durée moyenne de 20 heures. 2 patients en soins libres ont été soumis à des mesures d'isolement pour des durées supérieures à 12h, sans que leur statut d'hospitalisation ne soit modifié.

Concernant enfin l'unité de **psychogériatrie**, qui ne dispose pas de chambre d'isolement, une seule mesure d'isolement de 12h a été prise.

Pour l'ensemble de l'EPSMDA, pour une file active en hospitalisation temps plein en 2020 de 1 849 patients, 382 patients, soit 20,65 %, ont fait l'objet d'une ou de plusieurs mesures d'isolement, ce qui est au-dessus de la moyenne actuelle des établissements français contrôlés (14,5 %). La pratique généralisée de l'isolement au sein et hors espace dédié à l'USIP doit être remise en cause par l'établissement pour que des prises en charge plus respectueuses des droits des patients y soient assurées. Il doit être mis fin à la pratique fréquente de l'isolement et de la contention portant sur des mineurs au sein et hors du Pavillon vert.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS EST ASSUREE DANS DES PREFABRIQUES INADAPTES ET LA CHAMBRE D'ISOLEMENT CHEZ LES ADOLESCENTS EST TRES UTILISEE

9.1.1 L'organisation du service

Le Pavillon vert adolescents et le Pavillon bleu pour les enfants sont installés dans des préfabriqués, situés le long de la route, face au côté droit de l'établissement. Ils datent de 1956 et contiennent de l'amiante. Les bâtiments, bien que vétustes, sont propres et bien entretenus. Si le Pavillon vert est d'un seul tenant en rez-de-chaussée, le Pavillon bleu se divise en deux pavillons ; le bleu où se déroulent les repas, les distributions de médicaments, les entretiens médecins et infirmiers et toutes les activités et, à 100 m, le pavillon central pour l'hébergement avec les chambres et les sanitaires. D'où des déplacements fréquents pour des jeunes enfants. Deux autres préfabriqués abritent des salles d'activités, le scolaire et le sport. (cf. § 5)

Ce sont des unités d'accueil et de crise pour filles et garçons : les séjours durent de trois semaines à un mois. Cependant au Pavillon vert, trois adolescents sont là depuis 2018 en raison de leurs pathologies et des difficultés à trouver des solutions de sorties (cf. § 7.2.3). Les jeunes patients présentent différents types de troubles du comportement, des tendances suicidaires, des troubles alimentaires, des troubles autistiques, des troubles du développement, des psychoses infantiles. Il existe aussi des séjours séquentiels (trois durant la visite) : dans ce cas-là, la chambre est gardée pour cet usage et le roulement des séquences permet de l'occuper à plein temps.

Les files actives étaient de quarante-sept enfants en 2019 et trente-quatre en 2020 au Pavillon bleu ; et de quatre-vingt-dix adolescents en 2019 et soixante-cinq en 2020.

Chez les adolescents, il n'y a eu que quelques patients en soins sans consentement durant les dernières années (une ordonnance de placement provisoire et obligation de soins (OPP) en 2019 et trois ASDRE en 2020, et un ASDRE depuis le 1^{er} janvier 2021).

Les soignants soulignent les difficultés de bien prendre en charge les mineurs « à la marge » : les 12/13 et 16/18 ans, trop âgés pour demeurer dans le pavillon d'origine mais trop vulnérables pour être affectés dans une autre unité.

Les effectifs sont de onze IDE, deux AS, au Pavillon bleu et de vingt IDE, un AS au Pavillon vert. Dans la journée entre quatre et cinq soignants sont présents matin et soir et deux la nuit avec parfois un de journée en plus. Il arrive fréquemment que ces soignants (surtout des hommes au Pavillon vert) soient appelés en renfort pour un incident dans une autre unité. Chaque unité dispose d'un psychologue présent deux jours par semaine.

9.1.2 Modalités de la prise en charge

Les mineurs 12/16 ans (garçons et filles) arrivent des urgences (hôpital de Laon, Soissons, Château-Thierry, Hirson, Chauny) ou sont adressés par les équipes des HDJ ou des CMP. Pour les petits 3/12 ans, les arrivées sont toujours programmées et les familles invitées à visiter les locaux. Une réunion clinique a lieu tous les lundis et des réunions de synthèse se tiennent de façon régulière avec les partenaires extérieurs comme les unités territoriales d'action sociale (UTAS). Une période d'observation puis d'évaluation permet de chercher les meilleures solutions pour « l'après ». Pour les situations les plus difficiles, pendant l'hospitalisation, des tentatives comme HDJ, salle *snoezelen* de la MAS, sont recherchées pour ouvrir au maximum sur l'extérieur, ces solutions étant plus ou moins investies selon les praticiens. Les familles sont associées aux soins.

Dans le cadre de projets individuels, le médecin prescrit de nombreuses activités (occupationnelles ou thérapeutiques) en unités comme hors de l'unité à l'espace Sophora, au sport avec les APS. Toujours accompagnés, les mineurs peuvent faire du théâtre, apprendre la zumba, découvrir la relaxation et les massages en socio-esthétique avec des intervenants qui se déplacent au Pavillon jaune ou au Pavillon rose. Plus de vingt salles d'activités sont utilisées sur le site : salle de musculation, salle scolaire, musique, atelier cuisine, jardinage, vélo, équithérapie et, hors Covid, à l'extérieur : pêche, pique-nique, barbecue, randonnées.

Des règles de vie sont affichées au Pavillon bleu et les soignants du Pavillon vert ont rédigé un texte de fonctionnement de l'unité qui est distribué aux mineurs.

Le temps scolaire est en revanche trop restreint, comme déjà observé lors du contrôle de 2010, puisque limité à deux fois deux heures par semaine.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique qu'un personnel de l'éducation nationale est présent trois à quatre demi-journées par semaine au Pavillon jaune.

RECOMMANDATION 25

En raison des enjeux en termes d'insertion, tout établissement recevant des mineurs doit disposer de moyens permettant de dispenser aux patients une scolarité sous une forme et un rythme adaptés à leur état clinique et à la durée de leur séjour.

9.1.3 Les restrictions de liberté et de respect des droits

Les deux unités sont des unités fermées et les mineurs, individuellement ou par petits groupes, sont toujours accompagnés. Les chambres doubles ou individuelles sont en accès libre, hors temps de ménage. Elles ne peuvent pas être décorées. L'après-midi, un temps obligatoire de calme est institué dans les deux unités entre 13h et 14h30. Les chambres du Pavillon vert disposent de sanitaires et deux WC et une salle de bains avec baignoire sont accessibles. On peut s'enfermer de l'intérieur avec présence proche et vigilante des soignants. Au pavillon central pour les plus jeunes, trois salles de bains et une salle avec douche sont disponibles. Les soignants restent à la porte pendant les toilettes.

Aucun mineur n'est en pyjama sauf, de temps à autre, une jeune fille du Pavillon vert qui a du mal à garder ses habits.

Les adolescents ne peuvent ni fumer (sauf exceptionnellement pour ceux qui ont une autorisation parentale), ni garder leurs téléphones portables, qu'ils récupéreront pour un départ en permission. Dans les deux unités des communications téléphoniques, médiatisées ou non, sont possibles après 17h les mardi et jeudi. Le courrier n'est pas ouvert sauf s'il y a suspicion d'envoi d'argent. Timbres, enveloppes et papier à lettres sont donnés à la demande.

Il n'y a pas d'ordinateur dans les chambres, ni dans les salles d'activité. Et l'ordinateur de la salle scolaire est peu utilisé par l'enseignante.

Situation rencontrée : un mineur de 17 ans, venu du Pavillon vert a été transféré compte tenu de son âge, à la Nef, en août 2020, en soins libres. Lors d'une permission, ayant violemment agressé son père, il est revenu en SDRE à la Nef. Il souffre de troubles épileptiques, de crises clastiques et il est fugueur. Placé un temps à l'USIP (unité de soins intensifs psychiatriques), il est revenu à la Nef. Il est toujours SDRE et a été placé plusieurs fois en CI pour de courtes durées (12 et 24 h). Une

réunion de synthèse (4 janvier 2021) rassemblant tous les partenaires extérieurs dont la MDPH, cherche une orientation en établissement spécialisé IMPRO (institut médico-professionnel) ou ESAT (établissement de service d'aide par le travail). Les parents souhaiteraient l'envoyer en établissement en Belgique. Il sera majeur au printemps 2021.

9.2 LES PERSONNES DETENUES NE SONT PAS CONSIDEREES COMME DES PATIENTS

Les personnes détenues orientées par les psychiatres de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de Laon et du dispositif de soins psychiatriques au sein de l'USMP¹¹ du centre de détention de Château-Thierry sont exclusivement hospitalisées au sein de l'USIP, en SDRE, au titre de l'article L3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D398 du code de procédure pénale.

Le dispositif de soins en psychiatrie au sein des deux établissements pénitentiaires et l'USIP forment le service médico-judiciaire du pôle intersectoriel « intra » de l'EPSMDA. Certains des psychiatres du service interviennent à l'USIP et dans les établissements pénitentiaires.

Quand un détenu fait l'objet d'un certificat médical posant l'indication d'hospitalisation en SDRE, l'USIP reçoit un courrier de « pré-alerte » de la part de l'administration pénitentiaire. Le transport du patient détenu est organisé par l'EPSMDA dans un véhicule de l'établissement avec deux à trois soignants, dont au moins un soignant de l'USIP et sans escorte pénitentiaire ou des forces de police. Le patient voyage assis.

Il convient ici de rappeler que l'affectation des personnes détenues à Château-Thierry « *convient à la population pénale condamnée présentant des troubles du comportement mais ne relevant, ni d'une hospitalisation d'office, ni d'une hospitalisation en service médico-psychologique régional, ni d'une UHSA* ». Le deuxième rapport de visite du CGLPL dans cet établissement pénitentiaire¹² a d'ailleurs constaté que « *la très grande majorité des personnes hébergées étaient atteintes d'états psychotiques graves et persistants* ».

En 2019, trente-quatre séjours résultaient d'une orientation par le CD de Château-Thierry et quinze séjours concernaient des détenus de la maison d'arrêt de Laon. Au moment de la visite des contrôleurs, trois patients détenus étaient présents dans l'unité.

Les patients détenus sont soumis aux restrictions de liberté appliquées à tous les patients de l'USIP, mais leur statut de détenu procure des atteintes supplémentaires à leurs droits de patients, à leur dignité, à leur liberté d'aller et de venir et à leurs conditions de vie.

A leur arrivée à l'USIP, ils sont invités à retirer tous leurs vêtements et sous-vêtements, qui font l'objet avec tous leurs autres biens d'un inventaire et sont placés dans un casier. On leur remet un pyjama bleu et des sous-vêtements de l'hôpital, qui constitueront leur tenue tout au long de leur séjour, avec un coupe-vent uniforme pour se rendre dans la cour de l'unité.

¹¹ Le dispositif de soins psychiatriques dans cet établissement pénitentiaire est décrit par la convention entre les établissements de santé et pénitentiaire comme un dispositif thérapeutique de jour et par l'EPSMDA comme une activité de CATT.

¹² CGLPL, rapport de visite du centre pénitentiaire de Château-Thierry, 2015.

RECOMMANDATION 26

Les patients détenus doivent disposer, comme tout patient, de leurs vêtements personnels sauf contre-indication médicale motivée.

Les patients détenus sont placés en chambre d'isolement plus systématiquement que les autres patients pour une période d'observation de 72h maximum et à la sortie de la chambre d'isolement ils sont hébergés dans l'une des quatre chambres sécurisées de l'étage. Ils font alors l'objet tous les soirs d'une décision médicale d'isolement de 20h à 8h et la porte de leur chambre sécurisée est fermée à clé. Ce régime a pour objet de leur faire regagner leurs chambres bien avant les autres patients et de leur interdire de regarder la télévision le soir de 20h à 23h comme les autres patients.

RECOMMANDATION 27

Conformément aux dispositions légales, le placement en isolement des patients détenus doit être une pratique de dernier recours et se pratiquer exclusivement dans un espace dédié sur des considérations cliniques.

Dans ses observations du 23 juin 2021, le directeur général de l'établissement indique que les agents ayant bénéficié de la formation *Omega* et ou la formation « droits des personnes hospitalisées » sont informés des conditions d'hospitalisation des patients détenus.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation dans la mesure où ces observations n'y répondent que très partiellement.

Aucune sortie de l'unité n'est possible pour les patients détenus sauf pour être conduit à une consultation ou à des examens spécialisés à l'unité somatique, où ils sont alors accompagnés en voiture par des soignants de l'USIP. Leur non-présentation au JLD est constante (cf. § 4.4).

Du fait de cette politique sécuritaire, les patients détenus ne participent à aucune activité à l'extérieur de l'unité et ceux d'entre eux présents dans l'unité lors de la visite des contrôleurs ont fait état de leur ennui de jour comme de nuit.

Bien que le règlement de l'USIP précise que les visites des proches des personnes détenues sont interdites, celles-ci se déroulent selon les autorisations données par l'administration pénitentiaire, mais les communications téléphoniques sont effectivement interdites.

Les courriers sont renvoyés vers l'établissement pénitentiaire et les colis sont retournés à l'expéditeur.

RECOMMANDATION 28

En application des dispositions réglementaires, le patient détenu doit être hospitalisé dans les mêmes conditions que tout autre patient et dans le respect de sa dignité.

10. CONCLUSION

Cette deuxième visite de l'EPSMDA est intervenue dix ans après la première. La mission s'est déroulée dans un climat constructif et serein, malgré la période pandémique du coronavirus.

Le contrôle a permis de constater que de nombreux points du rapport précédent ont été corrigés comme la formalisation des informations juridiques apportées aux patients, l'information générale diffusée, le développement et l'intégration des activités dans les projets de soins, la limitation de restrictions de liberté vis-à-vis de la communication avec les familles.

De nombreux locaux ont fait l'objet de rénovation avec le corollaire de marquer la différence avec ceux restant vétustes ; les bâtiments des services de pédopsychiatrie sont particulièrement inadaptés à la prise en charge des enfants.

Néanmoins, de nombreux points soulevés par le rapport de 2010 n'ont pas été corrigés, voire se sont aggravés, comme la non-recherche du consentement des personnes lors de l'administration de traitement ou de placement en chambre d'isolement, l'utilisation du statut de soins sans consentement sans recherche de tiers ou en urgence pour forcer les hospitalisations depuis les urgences. L'accès au juge des libertés et de la détention n'est pas respecté pour les personnes détenues comme pour des patients qui n'ont pas formalisé le choix de le rencontrer à leur arrivée. Les décisions du directeur sont antidatées et les notifications parfois tardives.

Ainsi, le patient sujet de droit, tout en étant devenu une préoccupation des soignants, n'est pas encore réellement partout une réalité dans les soins quotidiens ; l'établissement peine à se projeter vers l'avenir, les perspectives et restrictions budgétaires participant de l'abandon de tout projet de modernisation.

Pour autant, de nombreux médecins, titulaires comme associés, et des cadres de santé et soignants affirment le souhait de moderniser la prise en charge et se montrent force de proposition. Il conviendra pour les tutelles de leur donner les moyens de ces ambitions propices au respect des droits des patients.

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

www.cglpl.fr