



Rapport de visite :

16 au 20 novembre 2020

Centre hospitalier Robert
Ballanger d'Aulnay-sous-Bois

(Seine-Saint-Denis)

SYNTHESE

Une équipe de contrôleurs a procédé, du 16 au 20 novembre 2020, à une visite des unités de psychiatrie du centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis). En raison des graves dysfonctionnements constatés, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a adressé un courrier d'alerte au ministre de la santé à l'issue de la visite.

Le rapport provisoire rédigé ultérieurement a été soumis à l'examen contradictoire de la direction de l'établissement, de l'agence régionale de santé, des chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bobigny ainsi que du préfet de Seine-Saint-Denis afin de recueillir leurs observations. La procureure de la République près le tribunal judiciaire de Bobigny a indiqué, par courrier du 21 mai 2021, n'avoir aucune observation à formuler.

Le 29 juillet 2021, la direction du centre hospitalier a adressé des éléments de réponse apparaissant parfois en contradiction avec les constats opérés lors de la visite, dont les contrôleurs persistent à penser qu'ils sont fondés.

En réponse au courrier qui lui a été adressé par la Contrôleure générale à l'issue de la mission, le ministre de la santé a fait parvenir ses propres observations le 19 août 2021.

L'ensemble des observations recueillies est intégré au présent rapport.

Le centre hospitalier Robert Ballanger, situé sur trois communes (Aulnay-sous-Bois, Tremblay-en-France et Villepinte), dispose de sept pôles cliniques dont un de pédopsychiatrie et un de psychiatrie adulte, composé de trois secteurs géographiques et d'une unité d'accueil et de crise. Le pôle de psychiatrie adulte comprend trois unités pour un total de soixante-six lits d'hospitalisation à temps complet, et celui de pédopsychiatrie, intersectoriel, dispose de huit lits d'hospitalisation à temps complet.

Les difficultés très marquées de recrutement de praticiens hospitaliers (PH) sont partiellement compensées par l'embauche de six praticiens assistants étrangers en cours de formation en psychiatrie, certains ne maîtrisant pas la langue française de façon adaptée à la prise en charge psychiatrique. En conséquence, les soins psychiatriques ne sont pas équivalents entre les trois unités selon qu'ils sont dispensés par des médecins titulaires ou non d'une qualification ordinaire en psychiatrie. *A contrario*, la pédopsychiatrie jouit d'un recrutement de médecins adapté à la réalisation de ses missions, sans déficit.

Si les contrôleurs ont noté la qualité de la prise en charge en pédopsychiatrie et la diversité des activités proposées aux adolescents, ils ont constaté de graves atteintes à la dignité et aux droits des patients au sein du pôle de psychiatrie adulte, qui ont motivé l'envoi d'un courrier au ministre de la santé, dès leur retour de mission.

- Une méconnaissance des dispositions légales relatives à l'information des patients sur leur situation et leurs droits prévues par le code de la santé publique.

Les droits spécifiques à l'information des patients en soins sans consentement, prévus à l'article L.3211-3 du code de la santé publique, sont partiellement ignorés. La décision d'admission ne leur est pas formellement remise, pas plus que les certificats médicaux successifs.

- Des pratiques d'isolement et de contention contraires à la loi.

L'isolement et la contention, parfois décidés sans intervention médicale et sans que la politique de réduction de ces pratiques, prévue par la loi, ne soit mise en œuvre, sont effectués dans des conditions illégales et indignes. L'examen des dossiers médicaux a révélé des pratiques d'isolement sans décision médicale tracée ainsi que des isolements maintenus pendant plusieurs jours sans que leur reconduction y soit justifiée.

Des mesures d'isolement sont ainsi maintenues hors du cadre légal – qui précise le caractère de dernier recours et de prévention d'un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui –, et pratiquées dans seize espaces, qui ne respectent ni les normes fonctionnelles en vigueur ni la dignité des personnes isolées.

- Un registre d'isolement et de contention mal tenu et inexploitable.

Le registre d'isolement et de contention prévu par l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique n'est pas tenu ou l'est de manière aléatoire dans les trois unités du pôle de psychiatrie adulte. L'informatisation du dossier patient et, partant, du registre d'isolement et de contention n'est pas effective.

Dans ce contexte, l'absence de contrôle par la commission départementale des soins psychiatriques, définie par les dispositions de l'article L.3222-5 du code de la santé publique et chargée d'examiner la situation des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes, est plus que regrettable.

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 55

L'articulation des soins avec le service de pédiatrie offre aux patients une complémentarité efficace des soins somatiques associés à la qualité de prise en charge psychiatrique.

BONNE PRATIQUE 2 57

La diversité des activités thérapeutiques, éducatives, culturelles et d'enseignement est de nature à participer activement à la qualité des soins dispensés.

BONNE PRATIQUE 3 57

La qualité de la formation théorique et participative destinée à tous les soignants concourt à leur compétence affinée pour la spécificité des soins en pédopsychiatrie.

BONNE PRATIQUE 4 58

Un livret d'accueil spécifiquement établi à destination des adolescents hospitalisés qui décrit avec une pédagogie informative le parcours de soins et les droits associés contribue à rendre le patient acteur de sa prise en charge

BONNE PRATIQUE 5 60

En pédopsychiatrie, les patients peuvent prendre le repas dans un espace hors de l'isolement.

BONNE PRATIQUE 6 60

Le refus de l'utilisation des contentions et des injections intramusculaires en situation d'agitation aiguë est un choix concerté de l'équipe qui implique une maîtrise de la clinique de l'adolescent.

BONNE PRATIQUE 7 61

Les alternatives thérapeutiques à l'isolement sont des outils de soin qui respectent la dignité du patient et sont pleinement investis par des soignants formés à l'exercice de pédopsychiatrie.

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 23

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement.

RECOMMANDATION 2 23

Certains formulaires et modèles utilisés pour les différents actes de procédure de soins sans consentement doivent être actualisés, complétés et clarifiés.

RECOMMANDATION 3 24

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention doit être systématiquement remise au patient, accompagnée du formulaire l'informant des modalités d'appel. Cette remise doit donner lieu à signature de l'avis de réception de notification.

| | |
|---|-----------|
| RECOMMANDATION 4 | 25 |
| L'agence régionale de santé et le préfet de Seine-Saint-Denis doivent, impérativement et sans délai, mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques prévue par l'article L 3222-5 du code de la santé publique. L'existence, la composition, le rôle et les modalités de saisine de cette instance devront être portés à la connaissance des patients du service de psychiatrie, notamment par voie d'affichage dans chaque unité. | |
| RECOMMANDATION 5 | 25 |
| Le registre de la loi, très bien tenu, doit être renseigné dans les vingt-quatre heures comme le prescrit l'article L 3212-11 du code de la santé publique. | |
| RECOMMANDATION 6 | 31 |
| Des patios extérieurs doivent être aménagés dans les deux services de psychiatrie adultes A et B. | |
| RECOMMANDATION 7 | 31 |
| L'établissement doit remettre en place des modalités de visites des familles, dignes et respectueuses des droits des patients, tout en respectant les mesures barrières. | |
| RECOMMANDATION 8 | 32 |
| L'accès au téléphone portable devrait d'être harmonisé entre les unités. Par ailleurs, les numéros de téléphone et les adresses de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être distinctement affichée dans toutes les unités. | |
| RECOMMANDATION 9 | 35 |
| Tous les lieux accueillant les patients doivent être maintenus en bon état d'hygiène et d'entretien. | |
| RECOMMANDATION 10 | 36 |
| Les patients doivent avoir accès à leurs effets personnels et être prémunis contre les risques d'atteintes à leurs biens. La clé du placard doit être laissée en leur possession et les chambres munies de verrous de confort. | |
| RECOMMANDATION 11 | 37 |
| Les personnes privées de liberté doivent recevoir une alimentation variée et en quantité suffisante, tenant compte de leur âge, de leur état de santé, de leur condition physique, et de leur culture. | |
| RECOMMANDATION 12 | 40 |
| Les soins psychiatriques hospitaliers consacrés aux patients hospitalisés en soins libres ne doivent pas se pratiquer derrière une porte fermée. | |
| RECOMMANDATION 13 | 41 |
| Les patients doivent avoir accès dans le pôle à des soins psychiatriques spécialisés équivalents entre les trois services et dispensés par des praticiens titulaires d'une qualification ordinaire en psychiatrie. | |
| RECOMMANDATION 14 | 41 |
| Toutes les unités d'hospitalisation du pôle doivent disposer d'un personnel médical et soignant suffisant, proportionné au nombre et à l'état de santé des patients hospitalisés. | |
| RECOMMANDATION 15 | 42 |
| Les équipes pluriprofessionnelles des unités d'hospitalisation du pôle doivent bénéficier d'une supervision. | |
| RECOMMANDATION 16 | 42 |
| La confidentialité des soins dans le pôle doit être respectée pendant la distribution des traitements. | |

- RECOMMANDATION 17** 43
- En cas de recours à la sismothérapie pour le traitement de patients du pôle, il est nécessaire de prévoir une procédure de décision collégiale. La recherche du consentement du patient et l'information de sa personne de confiance seront systématiques afin que son consentement ou celui de ses représentants soit au mieux éclairé et entendu.
- RECOMMANDATION 18** 43
- La privation de liberté au titre de soins psychiatriques sans consentement est exclusivement liée à l'existence d'un trouble psychique décompensé qui requiert un traitement et une surveillance hospitaliers continus. Elle ne saurait perdurer dans le pôle au-delà de sa stabilisation, notamment pour des raisons de refus préfectoral ou de délais d'organisation d'expertise et de traitement des demandes par la maison départementale des personnes handicapées.
- RECOMMANDATION 19** 45
- Les personnes âgées de plus de 65 ans ou porteuses de comorbidités qui constituent des facteurs de risque en cas de maladie COVID doivent être repérées et bénéficier d'une attention particulière quant à leurs conditions d'hébergement et de modalités préventives de soins.
- RECOMMANDATION 20** 45
- Les patients hospitalisés en soins sans consentement doivent bénéficier d'un accès aux soins aux urgences et aux consultations spécialisées équivalent à celui de tous les patients et l'établissement doit recruter pour assurer des consultations d'odontologie.
- RECOMMANDATION 21** 47
- Le pôle de psychiatrie adultes doit abandonner l'appellation « *chambre semi-forte* » ou « *chambre sécurisée* », « *chambre à lit scellé* » ou encore « *chambre avec lit sécurisé* » pour s'en tenir à la seule dénomination légale de « *chambre d'isolement* » pour désigner l'intégralité des espaces dédiés à l'isolement.
- RECOMMANDATION 22** 49
- Les chambres d'isolement ou semi-fortes doivent être aménagées afin de respecter les normes et les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement. Il faut notamment qu'ils aient accès à une horloge indiquant la date et l'heure, à un bouton d'appel – accessible également sous contention – et à un mobilier adaptable afin de pouvoir s'alimenter dignement.
- RECOMMANDATION 23** 50
- Les décisions de contention « *si besoin* » doivent être proscrites. Dès lors, le matériel de contention ne doit pas demeurer attaché en permanence aux lits dédiés à l'isolement.
- RECOMMANDATION 24** 51
- Le CHIRB doit se conformer précisément à la loi et tenir avec exhaustivité le registre d'isolement et de contention dans tous les services de psychiatrie.
- RECOMMANDATION 25** 52
- La pratique illégale des mesures disciplinaires d'isolement pour « *risque de fugue* », confirmées par les rapports annuels de 2017 et 2019 doit cesser.
- RECOMMANDATION 26** 52
- Elaborés à partir de registres tenus de manière inappropriée, les rapports annuels se distinguent par leur vacuité ou leur présentation de données erronées. Le CHIRB doit respecter la loi en établissant des rapports évaluant les pratiques d'isolement et de contention et sa politique pour en éviter le recours.
- RECOMMANDATION 27** 55
- L'établissement doit proposer des consultations spécialisées d'orthophonie.

| | |
|--|-----------|
| RECOMMANDATION 28 | 58 |
| Le retrait du téléphone personnel doit être individualisé et lié à un l'état clinique du patient évalué par le médecin. | |
| RECOMMANDATION 29 | 59 |
| Le patient doit pouvoir rencontrer un aumônier s'il en exprime le besoin et que la personne dépositaire de l'autorité parentale a donné par écrit son accord. | |
| RECOMMANDATION 30 | 59 |
| Le service devrait développer un travail sur la gestion du tabac prenant en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients au moment de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique qui ne peut se résumer à l'interdiction de la consommation de tabac. | |
| RECOMMANDATION 31 | 60 |
| Les patients isolés en pédopsychiatrie doivent avoir un accès permanent à des WC, à un point d'eau, à un dispositif d'appel et à des conditions d'hygiène et de sécurité équivalentes aux normes en vigueur pour l'hébergement en établissement public de santé, compatible avec le respect de leur dignité et de leur sécurité. | |

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 | 19 |
| Si des formations spécifiques à la prise en charge en psychiatrie sont organisées, les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et celles relatives à l'isolement et la contention émanant de la loi du 26 janvier 2016 n'y sont pas intégrées. | |
| RECO PRISE EN COMPTE 2 | 21 |
| Le livret d'accueil du patient au CHI Robert Ballanger doit être systématiquement remis à tout patient en psychiatrie, soit dès son arrivée soit dès que son état clinique le permet. Le projet de livret spécifique au service de psychiatrie doit être finalisé et remis dans les mêmes conditions que le livret général. | |
| RECO PRISE EN COMPTE 3 | 22 |
| L'affichage doit être revu dans les trois unités de psychiatrie adulte ; il doit être harmonisé, simplifié, hiérarchisé, complété et actualisé. | |
| RECO PRISE EN COMPTE 4 | 24 |
| Conformément à l'article L 1111-7 du code de la santé publique, le droit d'accès au dossier médical doit permettre au patient qui le souhaite de se voir communiquer tous les actes (décisions, arrêtés, notifications, certificats médicaux) concernant son hospitalisation (à l'exception des informations concernant des tiers). | |
| RECO PRISE EN COMPTE 5 | 41 |
| La mise en œuvre de directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crise doit être généralisée dans l'ensemble du pôle. | |

RECO PRISE EN COMPTE 6 42

Des actions spécifiques d'éducation à la santé doivent être mises en place de façon formalisée dans le pôle.

RECO PRISE EN COMPTE 7 58

La limitation d'accès aux visites familiales doit être individualisée et liée à l'état clinique du patient évalué par le médecin.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE | 2 |
| SYNTHESE DES OBSERVATIONS | 4 |
| SOMMAIRE | 9 |
| RAPPORT | 11 |
| 1. CONDITIONS DE LA VISITE | 11 |
| 1.1 Une deuxième mission au sein de cet établissement | 11 |
| 1.2 Une mission aux contours spécifiques en période de pandémie et de confinement..... | 12 |
| 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT | 13 |
| 2.1 Deux pôles de psychiatrie totalisant 80 lits au sein d'un groupement hospitalier de territoire de 1 773 lits et places..... | 13 |
| 2.2 Un endettement compromettant le règlement des fournisseurs..... | 15 |
| 2.3 Un recrutement de médecins étrangers par défaut de praticiens hospitaliers.. | 16 |
| 2.4 Une faible proportion de patients admis en soins sans consentement durant les précédentes années mais prééminente en période de confinement..... | 19 |
| 3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS | 21 |
| 3.1 Une méconnaissance grave du droit à l'information, tant générale que spécifique aux soins sans consentement | 21 |
| 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS | 25 |
| 4.1 Une commission départementale des soins psychiatriques inactive depuis plusieurs années | 25 |
| 4.2 Un registre de la loi très bien tenu même si complété avec retard..... | 25 |
| 4.3 Une limitation des sorties de courte durée en période de confinement..... | 25 |
| 4.4 Le recours au juge des libertés et de la détention n'est pas affecté par la phase actuelle de confinement..... | 26 |
| 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES | 30 |
| 5.1 La liberté d'aller et venir encore plus limitée en période de confinement..... | 30 |
| 5.2 En période de confinement, des communications avec l'extérieur limitées à l'usage du téléphone | 31 |
| 6. LES CONDITIONS DE VIE | 33 |
| 6.1 Un hébergement dans des locaux vieillissants et meublés de façon indigente.. | 33 |
| 7. LES SOINS | 40 |
| 7.1 Des soins psychiatriques non équivalents dans les trois services en raison de la carence d'une présence médicale non mutualisée dans le pôle | 40 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 7.2 | Un accès des patients hospitalisés en soins sans consentement à des soins somatiques spécialisés non équivalent à celui de la population générale | 44 |
| 8. | L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION..... | 47 |
| 8.1 | Des chambres d'isolement nombreuses et pas aux normes..... | 47 |
| 8.2 | Des registres d'isolement et de contention indigents | 50 |
| 8.3 | Des rapports annuels mensongers ou vides de contenu | 51 |
| 9. | LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES | 53 |
| 9.1 | La prise en charge des mineurs, un modèle de qualité des soins, de créativité et de respect de la personne | 53 |
| 9.2 | prise en charge des personnes détenues | 61 |
| 10. | CONCLUSION..... | 62 |

RAPPORT

Contrôleurs :

- Chantal Baysse, cheffe de mission ;
- Matthieu Clouzeau, contrôleur ;
- Patrice Duboc, contrôleur ;
- François Koch, contrôleur ;
- Julien Starkman, contrôleur.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, cinq contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Robert Ballanger d'Aulnay-sous-Bois (Seine-Saint-Denis) du 16 au 20 novembre 2020.

En raison des graves dysfonctionnements constatés, la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté a adressé un courrier d'alerte au ministre de la santé à l'issue de la visite.

Le rapport provisoire rédigé ultérieurement a été soumis à l'examen contradictoire de la direction de l'établissement, de l'agence régionale de santé, des chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bobigny ainsi que du préfet de Seine-Saint-Denis afin de recueillir leurs observations.

La procureure de la République près le tribunal judiciaire de Bobigny a indiqué, par courrier du 21 mai 2021, n'avoir aucune observation à formuler.

Le 29 juillet 2021, la direction du centre hospitalier a adressé des éléments de réponse apparaissant parfois en contradiction avec les constats opérés lors de la visite, dont les contrôleurs persistent à penser qu'ils sont fondés.

En réponse au courrier qui lui a été adressé par la Contrôleure générale à l'issue de la mission, le ministre de la santé a fait parvenir ses propres observations le 19 août 2021.

L'ensemble des observations recueillies est intégré au présent rapport.

1.1 UNE DEUXIEME MISSION AU SEIN DE CET ETABLISSEMENT

Il s'agissait d'une deuxième visite de cet établissement, la première ayant été opérée du 19 au 21 janvier 2010.

L'ancienneté de ce premier contrôle ainsi que la situation au regard de la pandémie et du confinement en vigueur en Ile-de-France n'ont pas permis aux contrôleurs de mettre réellement en parallèle les deux constats.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 16 novembre à 11h30. Ils l'ont quitté le vendredi 20 novembre à 12h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction.

Des contacts téléphoniques ont été établis avec le directeur de cabinet du préfet de Seine-Saint-Denis, les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Bobigny ainsi que la référente de l'agence régionale de santé de l'établissement.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice et ses adjoints, la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), la cheffe du pôle de pédopsychiatrie, les deux cadres supérieurs de santé et la cadre administrative du pôle. Ils ont été rejoints ultérieurement par le chef de pôle de psychiatrie adulte et l'un des psychiatres de son service.

Une salle de travail et un équipement en informatique ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Les contrôleurs ont notamment rencontré la cheffe de pôle de pédopsychiatrie, par ailleurs vice-présidente de la CME et le chef de pôle de la psychiatrie pour adultes. Un entretien téléphonique suivi d'un échange par courrier a été organisé avec le représentant de l'UNAFAM¹, par ailleurs membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) sur le site de Neuilly-Sur-Marne (Seine-Saint-Denis).

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

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 20 novembre en présence des membres de la direction, des médecins chefs de pôle et de service, des cadres supérieurs et des cadres de santé.

1.2 UNE MISSION AUX CONTOURS SPECIFIQUES EN PERIODE DE PANDEMIE ET DE CONFINEMENT

Dans le contexte particulier de la pandémie de Covid-19 et du confinement, le périmètre de la mission consistait à observer les procédures de prévention de la contamination par le virus, de tests des patients et la spécificité de leur prise en charge en cas de positivité.

Concomitamment, la mission portait sur l'examen des conditions de vie des patients au sein des services et des activités qui leur sont proposées, sur l'information générale couplée aux spécificités juridiques pour les personnes admises en soins sans consentement, sur la liberté d'aller et venir, sur l'accès aux soins ainsi que sur l'isolement et la contention.

Au jour de cette visite, les services d'urgences du centre hospitalier étaient surchargés et sa direction avait pris la décision au regard de la situation épidémique dans le département d'interdire toutes les visites des familles et proches au sein de l'établissement, tant en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qu'en psychiatrie. Si un grand nombre de soignants avaient été contaminés en secteur MCO durant la première phase de la pandémie, les services de psychiatrie en intra hospitalier n'avaient été que peu affectés, s'agissant tant des soignants que des patients et n'avaient aucun décès à déplorer. Au jour de la visite des contrôleurs, aucun patient de psychiatrie n'était positif à la Covid-19.

¹ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 DEUX POLES DE PSYCHIATRIE TOTALISANT 80 LITS AU SEIN D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE 1 773 LITS ET PLACES

2.1.1 L'offre de soins psychiatriques en Seine-Saint-Denis et le CHIRB

Il existe, dans le département, trois établissements publics de santé sectorisés, Ville-Evrard, Robert Ballanger et Delafontaine. L'hôpital universitaire qui regroupe les centres hospitaliers Avicenne à Bobigny, Jean Verdier à Bondy et René Muret à Sevran n'est pas sectorisé.

L'offre privée à but lucratif comporte quant à elle deux cliniques psychiatriques (de psychiatrie adulte) non sectorisées : la maison de santé d'Epinay-sur-Seine habilitée à recevoir des patients admis en soins sans consentement et la clinique de l'Alliance à Villepinte, qui, en collaboration avec le centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger (CHIRB), reçoit également des patients admis en soins sans consentement.

Depuis 2016, le centre hospitalier appartient au groupement hospitalier de territoire (GHT) Grand Paris Nord Est, associé au centre hospitalier intercommunal André Grégoire à Montreuil et au groupement hospitalier intercommunal de Montfermeil.

Le CHIRB, dont l'emprise s'étend sur 32 hectares, est située sur trois communes : Aulnay-sous-Bois, Tremblay-en-France et Villepinte. Il dispose de 2 156 membres du personnel non médical et de 452 médecins, et d'une structure regroupant 763 lits dont 203 lits en psychiatrie adulte et pédopsychiatrie (hospitalisation à temps complet et hôpitaux de jour). Il est structuré en sept pôles cliniques dont un pôle de pédopsychiatrie et un pôle de psychiatrie adulte composé de trois secteurs géographiques et d'une unité transversale. Au sein du GHT, seul le CHIRB comporte des unités de psychiatrie, ce qui leur confère une position particulière de singularité mais les maintient dans une position de sous-dimensionnement au regard de l'importance du secteur MCO de chacun des trois établissements.

Le pôle de psychiatrie prend en charge les patients de trois secteurs du département de Seine-Saint-Denis correspondant aux communes d'Aulnay-sous-Bois et Villepinte (93G07), du Blanc-Mesnil et Tremblay-en-France (93G08) et de Livry-Gargan, Sevran, Vaujours (93G17). Les patients sans domiciliation sont accueillis selon un tour de rôle. Ce pôle est également responsable de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de Villepinte ainsi que de la zone d'attente pour personnes étrangères en instance d'éloignement de l'aéroport Roissy-Charles De Gaulle (Val-d'Oise). Une convention existe avec la Clinique de l'Alliance pour vingt lits, ce qui représente, selon les propos rapportés, une aide non négligeable pour gérer les hospitalisations. Le pôle de pédopsychiatrie du CHIRB est l'un de cinq existant en Seine-Saint-Denis. Intersectoriel, (93I04) il assure la couverture d'une population de jeunes de 0 à 18 ans.

2.1.2 Les services d'hospitalisation complète

Les pôles de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte comportent cinq unités d'hospitalisation à temps plein :

- en pédopsychiatrie, la capacité d'accueil est de huit lits pour des adolescents de 12 à 18 ans. L'unité est pourvue d'une chambre d'isolement ;
- en psychiatrie adulte A, la capacité d'accueil est officiellement de vingt-cinq lits auxquels s'ajoutent deux chambres d'isolement. En réalité, deux chambres du service sont des chambres dites « semi-fortes » ;

- en psychiatrie adulte B, la capacité d'accueil de vingt-deux lits avec deux chambres d'isolement et trois chambres « semi-fortes » ;
- en psychiatrie adulte C, la capacité d'accueil est de vingt et un lits auxquels s'ajoutent trois chambres d'isolement et trois chambres « semi-fortes » ;
- au centre d'accueil et de crise (CAC), dont la capacité d'accueil qui était de cinq lits est, au jour de la visite des contrôleurs, transformé en « unité Covid » déclarée au moment du contrôle.

Comme les chambres spécifiques dédiées à l'isolement, les huit chambres « semi-fortes » sont utilisées pour l'isolement et la contention, mais aussi comme chambres d'hébergement classiques. Il s'agit de lieux d'enfermement dont les dénominations locales ne répondent à aucune norme et sont dépourvus de fondement juridique (cf. *infra* § 8).

La prise en charge des personnes détenues est interrompue depuis dix mois au profit du centre hospitalier de Ville-Evrard.

En cette période de confinement, toutes les unités sont fermées.

2.1.3 Le développement de l'extra hospitalier

Pour les trois secteurs réservés aux adultes, des unités fonctionnelles extra hospitalières permettent d'apporter une réponse graduée aux besoins de soins : unité spécialisée d'accompagnement de psycho-traumatisme, une consultation post carcérale, une unité mobile de psychiatrie rattachée à la psychiatrie B mais intervenant sur les trois secteurs, une unité d'accueil familial, une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé, des urgences avec psychiatrie de liaison, deux hôpitaux de jour (l'un pour les services A et B, le second pour la psychiatrie C), six centres médico-psychologiques (CMP) ainsi que cinq centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Chacun des trois secteurs intègre une consultation de psychiatrie.

En raison de l'impossibilité actuelle d'octroyer des locaux aux secteurs de psychiatrie dans l'une des communes, et de l'insécurité qui y règne pour une autre, des CMP et CATTP sont installés sur le site du CH d'Aulnay au sein du centre psychothérapeutique. Selon les propos recueillis, cette localisation permettrait aux patients de respecter la confidentialité sur leur état de santé, à distance de leur lieu de résidence.

2.1.4 Le projet médical partagé

Les membres du GHT se sont engagés dans la définition d'un projet médical partagé pour mieux répondre la demande de soins grâce aux services spécialisés de chaque établissement, renforcer l'attractivité vis-à-vis de professionnels de santé et accompagner des investissements immobiliers importants. Ce projet médical partagé est discuté en comité stratégique ; il n'en existe pas de déclinaison locale.

Le projet de soins partagé associé quarante projets, résultat de l'élaboration de groupes de travail transversaux. Les différents projets des pôles et les échanges entre professionnels constituent un élément important de la prise en charge.

Un diagnostic de l'existant a été réalisé dans chaque établissement afin d'envisager la mise en place d'outils communs, puis des actions ont été mises en œuvre s'agissant de la gestion des risques liés aux soins et du développement des coopérations entre professionnels de santé. Ainsi, l'offre de soins s'étend, notamment grâce à l'intervention mutualisée de médecins spécialisés au sein des établissements du GHT qui ne disposent pas de leurs spécialités.

L'impact de la crise sanitaire sur la disponibilité des soignants a été marquant en 2020. Par ailleurs, si un état de lieux a été réalisé sur le développement du dossier patient informatisé (DPI), le report de plusieurs mois du choix du prestataire a freiné la progression des actions prévues (cf. *infra* § 2.2). Le principal projet serait, au jour de la visite des contrôleurs, une réorganisation qui inscrit la création de départements médicaux se substituant aux pôles et regroupant les services des trois établissements par filières de soins. Les deux pôles de psychiatrie du CHIRB, sans équivalents dans le GHT, seraient rassemblés dans un même département médical ce qui, selon les propos rapportés aux contrôleurs, pourrait être à l'origine de tensions entre professionnels.

En parallèle, les deux pôles de psychiatrie et pédopsychiatrie ont été intégrés à la communauté psychiatrique de territoire (CPT) avec l'établissement de Ville-Evrard. L'objectif est de fédérer les acteurs de la psychiatrie sur un même territoire pour offrir aux patients des parcours de prévention et de soins continus et cohérents.

2.1.5 Le projet médical du pôle de psychiatrie

Le projet médical du pôle de psychiatrie est en cours d'élaboration en tenant compte des préconisations de l'audit réalisé sur proposition de l'ARS en 2019. Les deux auditeurs, l'un médecin psychiatre, l'autre directeur d'établissement de santé ont présenté les conclusions de leur mission en bureau de pôle le 10 septembre 2019. Trois groupes de travail pluridisciplinaires se sont réunis à compter de cette date mais ont été interrompus dès le début de la pandémie de Covid-19.

Les objectifs associaient une réflexion et la mise en œuvre des plans d'action sur les points suivants : le peu de lisibilité sur la présence des professionnels et les postes vacants posaient la question de la continuité des soins ; il était proposé par les auditeurs une mutualisation de certaines missions et une optimisation de la permanence des soins.

Le parcours du patient n'intégrait pas le secteur ambulatoire ; il était préconisé d'y remédier par l'intégration de la fluidité des parcours patients et l'accessibilité aux soins spécifiques.

La méconnaissance des professionnels s'agissant de l'organisation en pôles a été désignée comme responsable de la faiblesse des échanges entre équipes. Le conseil de l'instauration d'actions de communication au sein du pôle a été proposé.

Enfin, l'insatisfaction du personnel paramédical de ne pas être associé à des réflexions concernant des cas cliniques ou des pratiques professionnelles a conduit les auditeurs à préconiser l'intégration d'actions spécifiques dans leur plan de formation.

2.2 UN ENDETTEMENT COMPROMETTANT LE REGLEMENT DES FOURNISSEURS

Le centre hospitalier d'Aulnay présente un endettement de 106 M € en partie lié à l'investissement consacré à la création d'un pôle Femme-mère-enfant. Un dossier a été déposé auprès de l'ARS sollicitant un financement d'un tiers de la dette mais la direction sollicite le financement de la totalité, d'une part pour attribuer la marge financière ainsi disponible au règlement des fournisseurs, d'autre part, pour répondre aux besoins d'investissements courants et compenser le taux de vétusté de l'immobilier. Le budget prévisionnel 2021, attendu fin mars, devrait intégrer la reprise de la dette.

Le volet informatique (matériel, logiciels) en cours de déploiement est pris en charge dans le cadre du GHT, le dossier patient informatisé notamment relève d'un chantier à long terme (déploiement 2022-2023). Le choix du prestataire a été arrêté de manière consensuelle au sein du GHT, il s'agit

d'un logiciel édité par la société *SOFTWAY™*. Selon les informations recueillies, les services de pédiatrie des trois hôpitaux du GHT seraient équipés de manière prioritaire.

En 2019, les recettes globales du budget général se sont élevées à 192.7 M € dont 26.6 M € pour la psychiatrie répartis en 8.9 M € pour l'intersecteur de pédopsychiatrie et 17.7 M € pour la psychiatrie adulte.

La répartition de la dotation psychiatrique est effectuée selon une clé de répartition historique modulée des financements complémentaires accordés pour les projets nouveaux par secteur dont ont bénéficié notamment les centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

La psychiatrie adulte a bénéficié en sus, en 2018, de 85 000 euros pour des actions de rénovation, investis essentiellement dans le centre d'activités psychothérapeutiques regroupant l'hôpital de jour et les CATTP. Les locaux d'hébergement des patients au sein des unités de psychiatrie adulte n'ont bénéficié que de quelques travaux de peinture et de l'achat de mobilier pour l'une d'entre elles.

2.3 UN RECRUTEMENT DE MEDECINS ETRANGERS PAR DEFAUT DE PRATICIENS HOSPITALIERS

2.3.1 Le personnel médical

Selon les données fournies par la direction des ressources humaines, l'ensemble de la psychiatrie affiche en intra et extra hospitalier, un total de 18,28 équivalents temps plein (ETP) de médecins en intra et de 29,96 ETP en extra hospitalier, hors étudiants et internes. Cette présentation des données masque la réalité des difficultés de recrutement de praticiens hospitaliers (PH), compensée par l'embauche de six praticiens assistants étrangers en cours de formation en psychiatrie, certains ne maîtrisant pas la langue française de façon adaptée à la prise en charge psychiatrique.

Par ailleurs, la globalisation des données ne met pas en évidence la forte dichotomie entre la psychiatrie et la pédopsychiatrie dans le recrutement des médecins. Le pôle de pédopsychiatrie ne présente aucun déficit en médecins et compte douze PH, six assistants et cinq internes. A la commission médicale d'établissement du 24 septembre 2020 étaient répertoriés les postes de PH vacants en psychiatrie adulte, soit trois postes en psychiatrie A et un poste dans chacun des services en psychiatrie B et C. Aucun candidat ne s'était manifesté pour ces cinq postes.

En revanche, chacun des services de psychiatrie adulte bénéficie de la présence d'un médecin somaticien à temps plein, alors que la pédopsychiatrie bénéficie d'un partenariat avec les pédiatres.

2.3.2 Le personnel non médical

La prise en charge des patients est assurée par une équipe pluridisciplinaire. Le chef de pôle coordonne l'organisation du pôle avec le cadre supérieur de santé. L'organisation des soins est coordonnée par les binômes chefs de service-cadre de santé.

Les données suivantes fournies aux contrôleurs regroupent le personnel de l'intra et l'extra hospitalier.

| Statut | Pôle Psychiatrie Adulte | | | Pôle Pédopsychiatrie | | |
|--------------------------|-------------------------|-----|-----------|----------------------|------|-----------|
| | Nbre | ETP | ETP (NP*) | Nbre | ETP | ETP (NP*) |
| Cadre supérieur de santé | 2 | 1,5 | 0 | 1 | 0,5 | 0 |
| Cadre unité | 3 | 2,6 | 0 | 2 | 1,25 | 0 |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|------------|---------------|-----------|------------|---------------|----------|
| Infirmier (dont infirmier spécialisé) | 84 | 78,9 | 7 | 26 | 24,4 | 3 |
| Aides-soignants | 28 | 28 | 2 | 7 | 7 | 0 |
| ASH | 20 | 18 | 1 | 1 | 1 | 0 |
| Psychologue | 30 | 21,38 | 0 | 37 | 30,24 | 0 |
| Psychomotricien | 0 | 0 | 1 | 16 | 12,85 | 3 |
| Kinésithérapeute | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ergothérapeute | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Personnel socio-éducatif | 6 | 4,64 | 0 | 23 | 18,99 | 1 |
| Assistante sociale | 5 | 5 | 0 | 6 | 6 | 1 |
| Assistant médico-administratif | 19 | 12 | 1 | 15 | 14,76 | 0 |
| Total | 197 | 172,02 | 12 | 134 | 116,99 | 8 |

- NP : non pourvus

On peut noter à la lecture de ce tableau l'accent mis sur le volet social et la préoccupation de la sortie par l'embauche substantielle d'assistants de service social. Par ailleurs, ont été recrutés de manière récente des art-thérapeutes dont la présence apparaît sous le statut de personnel socio-éducatif.

Le déficit de sept équivalents temps plein d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) au sein du pôle de psychiatrie adulte correspond à des postes destinés à l'extra hospitalier que le cadre supérieur chargé du recrutement tente de pourvoir. Il en est de même en ce qui concerne les trois postes manquants en pédopsychiatrie.

L'effectif d'IDE comme d'aides-soignants (AS) et d'agents des services hospitaliers (ASH) dans les services d'hospitalisation complète répond aux missions de soins. Chacun dispose en théorie de treize équivalents temps plein d'IDE dont quatre assurent les nuits. Le cadre de fonctionnement prévoit la présence de deux IDE, deux AS et un ASH le matin (de 6h15 à 13h45) ; un ou deux IDE de journée (entre 8h et 16h30) ; deux IDE et un AS l'après-midi (13h15 à 20h45) et de deux IDE la nuit (20h30 à 6h30). Les soignants en nombre au-delà de l'effectif minimum sont positionnés en journée permettant notamment d'effectuer avec fluidité les accompagnements (JLD, achats, visite à domicile, etc.). Le week-end et les jours fériés, les jours et nuits sont assurés par deux IDE chacun assurant une tranche horaire.

On note également la présence de nombreux étudiants en soins infirmiers en stage dans les services ; à titre d'exemple ils étaient cinq dans l'unité A (dont trois le matin et deux l'après-midi) lors de la visite.

Dans l'unité d'hospitalisation complète de huit lits de la pédopsychiatrie, outre la cadre supérieure exerçant à mi-temps, l'effectif affiche un cadre de santé, quatre IDE, une AS, un personnel socio-éducatif, une assistante sociale à mi-temps, une enseignante et une assistante administrative.

Selon les propos recueillis, l'effectif de sécurité est toujours respecté dans les services en raison d'un absentéisme peu élevé et d'une organisation pérenne mise en place dans les pôles de psychiatrie sous la forme d'un service de renfort qui compte quatre IDE répartis par moitié nuit et jour et un AS de jour. Ils sont positionnés « en attente » et sont répartis en plus dans les services lorsque l'effectif des unités est au complet. Ce service de renfort exige des volontaires un exercice de la profession dans cinq unités différentes, en fonction des besoins de chaque unité de soins. La gestion des agents

du renfort est assurée directement par l'encadrement supérieur. Les remplacements s'appuient également sur l'organisation générale de l'établissement pour les remplacements, à l'exception de l'intérim pour les pôles de psychiatrie.

De l'avis des cadres supérieurs de santé, l'absentéisme n'est pas considéré comme un problème majeur à l'exception de la période correspondant à la première phase de la pandémie au cours de laquelle de nombreux soignants ont été contaminés ou absents pour raisons familiales. En cette deuxième phase, on n'observe pas d'absentéisme particulier parmi le personnel soignant de psychiatrie.

En 2019, en pédopsychiatrie le taux d'absentéisme s'élevait à 9 % des soignants (soit 4 562 jours d'absence) et à 8 % en psychiatrie adulte (soit 7 348 jours d'absence).

2.3.3 La formation continue

Lors de son recrutement, s'il ne bénéficie pas d'une formation d'adaptation à l'emploi en psychiatrie, le personnel soignant est accompagné par un référent durant une période d'intégration d'une durée de deux à trois semaines en fonction de son expérience professionnelle antérieure.

Le plan de formation est relativement riche en thématiques relevant de la prise en charge des patients en psychiatrie mais les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) n'ont pas été formés à la mise en œuvre des dispositions de loi du 5 juillet 2011² sur les droits des personnes admises en soins sans consentement et aucun module obligatoire n'est prévu. Il a été rapporté aux contrôleurs que seuls les secrétaires et les cadres ont bénéficié de ces formations.

Outre le plan de formation commun à l'ensemble des services du centre hospitalier, une sous-commission de formation se déroule annuellement en novembre pour valider le plan de formations collectives et individuelles de l'année à venir en fonction des besoins exprimés par les services.

Pour l'année 2020, au titre de la formation, les deux pôles de psychiatrie ont obtenu un financement de 1 500 euros chacun destiné à des formations collectives transversales sollicitées sur projet. Le pôle de psychiatrie adulte s'est vu accorder parmi ses sollicitations des séances de supervision et des formations sur la prise en charge de l'état de stress post-traumatique, les urgences psychiatriques, le renforcement des connaissances en sémiologie psychiatrique, la prise en charge des détenus en psychiatrie et celle des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. En pédopsychiatrie, deux formations relatives à l'hospitalisation complète ont été acceptées par la commission d'attribution portant sur l'analyse des pratiques dans la prise en charge des adolescents hospitalisés et de celle des enfants autistes et psychotiques au carrefour de l'éducation et de la thérapeutique. En revanche, le plan de formation ne prend pas en compte les spécificités des patients admis en psychiatrie sans leur consentement.

² Loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Si des formations spécifiques à la prise en charge en psychiatrie sont organisées, les dispositions de la loi du 5 juillet 2011 et celles relatives à l'isolement et la contention émanant de la loi du 26 janvier 2016 n'y sont pas intégrées.

Dans ses observations, la directrice du centre hospitalier fait valoir qu'au plan de formation 2022 seront ajoutés deux axes relatifs aux spécificités règlementaires de la psychiatrie et aux modalités d'isolement et de contention.

2.4 UNE FAIBLE PROPORTION DE PATIENTS ADMIS EN SOINS SANS CONSENTEMENT DURANT LES PRECEDENTES ANNEES MAIS PREEMINENTE EN PERIODE DE CONFINEMENT

Les contrôleurs n'ont pu avoir accès à des chiffres exploitables, ils ont été destinataires de divers tableaux de recueil des données renseignés successivement par des chiffres différents – à l'exception de ceux fournis par la pédopsychiatrie –, s'agissant de données générales relatives à la file active ou du nombre de patients admis en soins sans consentement et de leurs différents statuts. S'agissant de la comptabilisation des patients admis en soins sans consentement, la distinction entre « nombre de patients » et « nombre de mesures » n'est pas systématique dans les documents transmis, sans que soit précisée la méthode de calcul.

Ces approximations conduisent les contrôleurs à se saisir de données chiffrées à partir de tableaux choisis aléatoirement.

2.4.1 Les mesures de soins sans consentement en 2019

L'activité d'hospitalisation complète des adultes est en baisse constante et ne représente que 3 % de la file active en 2019, la majorité des patients ayant bénéficié de soins sous forme ambulatoire. Toutefois, durant cette année, ont été enregistrées 3 730 admissions en soins libres et 341 mesures d'admissions en soins sans consentement dont :

- 54 mesures d'admission sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) auxquelles s'ajoutaient 8 concernant des personnes détenues et 6 par décisions judiciaires ;
- 273 mesures d'admissions sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) se répartissaient en 25 admissions à la demande d'un tiers, 213 en urgence et 35 en procédure de péril imminent.

Les patients admis en soins sans consentement, tous statuts confondus, ont donc représenté 9,14 % de la totalité des admissions à temps plein en 2019.

Durant cette même période, la suroccupation des unités A et B conduisait les médecins à héberger des patients hors de leurs unités sectorielles vers le service C, les patients étant cependant suivis par le secteur d'origine.

Cette suroccupation, récurrente, des unités A et B serait liée aux caractéristiques de la population des secteurs de leur ressort marquée par la précarité. La durée moyenne de séjour s'établissait à 45 jours dans ces deux services et à vingt-quatre jours dans le dernier.

En pédopsychiatrie, la prise en charge en hospitalisation à temps complet ne correspond qu'à 2 % de la file active. Sur les quarante-sept adolescents admis en hospitalisation complète durant l'année

2019, seuls trois avaient fait l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) ordonnée par un magistrat. La durée moyenne de séjour s'élevait à 27,58 jours.

2.4.2 La situation au jour de la visite des contrôleurs

Depuis le mois de mars 2020, en raison de la pandémie de Covid-19, le nombre des patients a fluctué par rapport à la même période de l'année précédente : les admissions en soins libres ont fortement diminué et les patients dont la sortie était cliniquement possible sont sortis définitivement.

Au jour de la visite des contrôleurs, en deuxième période de confinement, les trois services hébergeaient majoritairement des patients en soins sans consentement : sur les soixante-deux patients présents (vingt-quatre en A, vingt-quatre en B et quatorze en C), trente-neuf relevaient d'une mesure de soins sans consentement (quinze en A, dix-sept en B, et sept en C) soit plus de 60 % de la totalité des patients présents.

Aucune personne détenue n'était présente en raison d'une orientation nouvellement actée vers l'établissement de Ville-Evrard. Au sein de l'unité intersectorielle de pédopsychiatrie aucun des huit mineurs présents n'avait été admis en OPP.

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

3.1 UNE MECONNAISSANCE GRAVE DU DROIT A L'INFORMATION, TANT GENERALE QUE SPECIFIQUE AUX SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1.1 Les informations générales sur l'hospitalisation

L'information générale, due à tout patient quant à ses conditions d'hospitalisation, n'est pas accessible aux patients en psychiatrie.

Le guide d'accueil général du CHIRB, complet et agréable, ne leur est pas distribué et il n'existe pas de guide spécifique au service de psychiatrie. Il a été communiqué aux contrôleurs une version informatique d'un livret d'accueil propre à la psychiatrie adulte, datant de 2016, mais celui-ci n'a jamais été finalisé. La recommandation faite en ce sens à la suite du précédent contrôle du CGLPL est restée lettre morte³.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le livret d'accueil du patient au CHI Robert Ballanger doit être systématiquement remis à tout patient en psychiatrie, soit dès son arrivée soit dès que son état clinique le permet. Le projet de livret spécifique au service de psychiatrie doit être finalisé et remis dans les mêmes conditions que le livret général.

La directrice du centre hospitalier a adressé au CGLPL le projet de livret d'accueil réactualisé dont la signature est en cours.

Le ministre de la santé confirme, dans sa propre réponse à la Contrôleure générale, que la recommandation des contrôleurs relative à l'information générale des patients a été prise en compte de manière immédiate.

L'affichage relatif aux informations générales est inégal selon les unités, partiel, souvent contradictoire (par exemple plusieurs affichettes annoncent des horaires de visites différents) et parfois non conforme au règlement intérieur de l'établissement. Dans certaines unités, la multiplication d'affichettes, sans cohérence graphique, sans logique ni hiérarchisation aucune, mélangeant principes généraux, interdictions, informations pratiques et conseils sanitaires, complique la compréhension de ces informations.

Par ailleurs, la plupart des informations relatives aux droits des patients font défaut en l'absence de guide d'accueil. L'affichage des différentes chartes (laïcité, usager, personne hospitalisée) ne saurait suffire à apporter une information pertinente.

Enfin, si des affiches de l'UNAFAM existent parfois, les informations relatives à la commission des usagers (CDU) sont inexistantes.

³ Cf. notamment l'observation n°6 : « Un livret d'accueil spécifique à la psychiatrie devrait faire partie du livret d'accueil commun à l'ensemble des services du centre hospitalier Robert Ballanger. », Rapport de visite 2010 CGLPL

RECO PRISE EN COMPTE 3

L'affichage doit être revu dans les trois unités de psychiatrie adulte ; il doit être harmonisé, simplifié, hiérarchisé, complété et actualisé.

La directrice du centre hospitalier indique dans ses observations que l'affichage a été harmonisé et actualisé. Le ministre de la santé se fait écho de ce rétablissement de l'affichage.

3.1.2 L'information sur les droits spécifiques des patients en soins sans consentement

Comme cela avait déjà été constaté lors du précédent contrôle du CGLPL⁴, le droit de tout patient en soins sans consentement (SSC) d'être informé de sa situation juridique et des voies de recours qui s'offrent à lui n'est pas respecté.

Aucun document n'est remis au moment de l'admission en SSC : ni la décision du directeur ou l'arrêté du préfet, ni le certificat médical initial – dont les termes ne sont pas repris dans la décision du directeur –, ni la demande du tiers, le cas échéant. Le nom de ce dernier n'est pas communiqué au patient.

La décision du directeur – qui est établie *a posteriori* par le bureau des admissions le premier jour ouvrable suivant le certificat initial ou les certificats suivants et est antidatée à la date du certificat – n'est jamais formellement présentée au patient.

Seul un formulaire de « *notification de décision* » (où ne figure pas le nom du tiers et où seuls la date des certificats et les noms des médecins sont mentionnés, sans reprise des termes des certificats) est présenté à la signature du patient. Le formulaire est, *de facto*, notifié avant même que la décision ne soit formellement prise.

Ce formulaire comprend deux lignes pour que le patient puisse écrire ses observations. En cas de refus, ou d'impossibilité de signer, le personnel soignant signe au bas du document pour attester de cette impossibilité. Le document n'est pas représenté une nouvelle fois au patient quand il est en état de signer.

Au dos de ce formulaire de notification, figurent des explications sur les « *modalités de la prise en charge* » en SSC (différents cadres juridiques), sur les « *droits* » prévus à l'article L 3211-3 du code de la santé publique (CSP) et sur les « *garanties et voies de recours* » (contrôle du juge des libertés et de la détention, JLD). Mais le document n'est pas remis au patient « *sauf s'il le demande* » – et à l'exception notable d'un médecin qui le donnerait « *en général* ». Le patient ne peut donc prendre connaissance de ses droits à tête reposée.

S'agissant des soins sur décision du représentant de l'Etat, il est fait signer au patient un accusé de réception de l'arrêté préfectoral, formulaire qui est retourné à l'ARS. Toutefois, l'arrêté lui-même n'est pas remis au patient.

⁴ Cf. notamment l'observation n° 5 : « *Il est indispensable de mettre en place une procédure écrite de notification des droits des patients hospitalisés sous contrainte avec communication à leur intention des arrêtés les concernant. Un document contenant les modalités de recours et les adresses où ils peuvent les envoyer devrait y être joint* ». Rapport de visite 2010 CGLPL.

RECOMMANDATION 1

L'ensemble des pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit être remis au patient tout au long de son placement.

La directrice du centre hospitalier indique que si l'information du nom du tiers est conforme à la réglementation, ces dispositions réglementaires sont difficilement applicables, les notifications n'étant donc remises qu'avec une réserve quant à l'identité du tiers.

Le ministre de la santé informe pour sa part la Contrôleure générale de la mise en place dans le dossier des patients d'une liste exhaustive des différents documents inhérents à ce type d'admission.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation s'agissant de la réserve énoncée par la direction.

Il a en outre été constaté que les mentions portées au verso du formulaire de notification n'ont pas été actualisées depuis la loi du 27 septembre 2013 puisqu'elles évoquent encore le contrôle du JLD à 15 jours au lieu de 12. Les adresses des autorités que le patient est en droit de saisir (JLD, procureur de la République, commission départementale des soins psychiatriques, CGLPL, etc.) n'y sont pas mentionnées. Le modèle de saisine du JLD évoque encore le site de Bobigny pour la tenue de l'audience (alors même que ce site n'est plus utilisé « depuis plusieurs années », remplacé par Aubervilliers).

Enfin, les modèles utilisés pour établir les décisions du directeur confondent hospitalisation « à la demande d'un tiers » et « en péril imminent ».

RECOMMANDATION 2

Certains formulaires et modèles utilisés pour les différents actes de procédure de soins sans consentement doivent être actualisés, complétés et clarifiés.

Selon les déclarations de la directrice du centre hospitalier ces formulaires auraient été actualisés, sans toutefois les fournir.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

Après l'audition devant le JLD, l'ordonnance rendue par le juge est envoyée à l'hôpital par messagerie, soit le soir même soit le lendemain de l'audience, accompagnée d'un formulaire qui détaille les modalités d'appel et vaut « avis de réception de notification ». Les pratiques divergent alors selon les unités :

- dans l'unité A, les secrétaires administratives impriment et classent ces documents dans le dossier du patient qu'elles informent verbalement du résultat de l'audience, sans lui remettre l'ordonnance ni lui faire signer l'avis de réception ;
- dans les unités B et C, c'est au médecin qu'il incombe de notifier le résultat de l'audience ; toutefois, l'ordonnance n'est en général pas remise au patient et la signature (et la remise) de l'avis de réception est loin d'être systématique.

Le formulaire de notification, informant des modalités et faisant courir les délais d'appel, n'est donc pas, sauf exception, remis au patient – tout comme l'ordonnance elle-même –, ni signé par celui-ci, ni renvoyé au greffe – qui ne le réclame pas.

RECOMMANDATION 3

L'ordonnance du juge des libertés et de la détention doit être systématiquement remise au patient, accompagnée du formulaire l'informant des modalités d'appel. Cette remise doit donner lieu à signature de l'avis de réception de notification.

Selon la direction de l'établissement, la communication de l'ordonnance du JLD et des modalités d'appel ne seraient remises qu'au cas par cas, l'information sur le tiers y apparaissant.

Les contrôleurs maintiennent les recommandations relatives au droit des patients de se voir communiquer tous les actes les concernant.

Selon le ministre de la santé, un rappel spécifique aurait été fait aux équipes sur le caractère obligatoire de la délivrance de l'ordonnance du JLD.

Enfin, le droit d'accès au dossier médical s'exerce par requête auprès de la direction. Mais il a été indiqué que ne sont communiqués au demandeur que les comptes-rendus d'hospitalisation et les éventuelles ordonnances. Les décisions relatives à l'hospitalisation sous contrainte et les certificats médicaux sur la base desquels celles-ci sont prises ne sont jamais divulgués.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Conformément à l'article L 1111-7 du code de la santé publique, le droit d'accès au dossier médical doit permettre au patient qui le souhaite de se voir communiquer tous les actes (décisions, arrêtés, notifications, certificats médicaux) concernant son hospitalisation (à l'exception des informations concernant des tiers).

La directrice du centre hospitalier indique que les informations sur l'accès au dossier médical et aux voies de recours sont inscrites au livret d'accueil.

3.1.3 L'information spécifique Covid

L'information spécifique relative à la crise sanitaire se limite à un simple affichage sur les « gestes barrières » dans les unités. Cet affichage est toutefois partiellement hors sujet puisqu'il explique « comment bien porter le masque » alors même que seul le personnel le porte. En outre, l'affiche « comment bien se laver les mains » mériterait d'être mise en pratique en laissant du gel hydroalcoolique à la disposition des patients (ce qui n'est pas le cas à l'unité A par exemple) ou en imposant un lavage des mains *a minima* avant les repas.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 UNE COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES INACTIVE DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

La possibilité de recourir à la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) n'est jamais évoquée au CHIRB.

Après vérification auprès de l'ARS, il ressort que cette instance « *est en sommeil depuis 3 ans* » mais que l'ARS va « *faire le nécessaire très bientôt pour remettre cette instance en fonction* ».

RECOMMANDATION 4

L'agence régionale de santé et le préfet de Seine-Saint-Denis doivent, impérativement et sans délai, mettre en place la commission départementale des soins psychiatriques prévue par l'article L 3222-5 du code de la santé publique. L'existence, la composition, le rôle et les modalités de saisine de cette instance devront être portés à la connaissance des patients du service de psychiatrie, notamment par voie d'affichage dans chaque unité.

4.2 UN REGISTRE DE LA LOI TRES BIEN TENU MEME SI COMPLETE AVEC RETARD

Le registre de la loi est tenu par le service des admissions. Il a été observé que, depuis 2018, il est parfaitement tenu sur des registres papier normalisés et comprend l'intégralité des informations prescrites par l'article L 3212-11 du CSP. Le collage en format réduit de l'ensemble des documents relatifs à la procédure d'hospitalisation, y compris lorsqu'elle perdure sur de longues périodes ou qu'elle est transformée en programme de soins, permet un suivi et un contrôle aisés.

En revanche, le registre n'est pas renseigné, comme le prescrit l'article susvisé, « *dans les vingt-quatre heures* ». En effet, le service des admissions attend la saisine du JLD (ou la levée des soins sans consentement si elle intervient avant la comparution devant le JLD) pour transcrire et reproduire les mesures, soit, le plus souvent, environ six jours après l'admission. Ce délai, justifié uniquement par des considérations pratiques (« *c'est plus simple d'avoir un dossier complet* »), n'est pas conforme à la loi.

RECOMMANDATION 5

Le registre de la loi, très bien tenu, doit être renseigné dans les vingt-quatre heures comme le prescrit l'article L 3212-11 du code de la santé publique.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation relative à la tenue horaire du registre de la loi pour l'avoir vérifié.

Il n'a pas été remarqué, sur les quatre registres consultés, de visa des autorités extérieures susceptibles de les contrôler.

4.3 UNE LIMITATION DES SORTIES DE COURTE DUREE EN PERIODE DE CONFINEMENT

Lors de leur arrivée, il a été fait état aux contrôleurs d'instructions préfectorales, données oralement lors d'une réunion, selon lesquelles, pour les patients en SDRE, toute demande de sortie, de levée de mesure ou de transformation d'hospitalisation complète en programme de soins serait refusée

par le préfet dans le contexte de confinement lié à la crise de la Covid-19. Une motivation sous-jacente liée au contexte sécuritaire était également évoquée.

Cette affirmation alarmiste était toutefois très rapidement contredite.

En effet, un message électronique de l'ARS répercutait, le 30 octobre, un courriel du 29 octobre du « cabinet santé mentale » du préfet de Bobigny, qui indiquait « *qu'à compter de demain, vendredi 30 octobre 2020, à l'instar de la première période du confinement, aucune sortie des patients SDRE ne sera autorisée par monsieur le préfet. Je vous confirme toutefois que les sorties accompagnées de soignants pour des soins somatiques pourront se dérouler.* »

L'ARS, par une note en date du 18 novembre 2020, portant sur « *les demandes d'autorisations de sorties accompagnées et non accompagnées pendant le confinement* », précisait que, compte tenu des mesures générales de confinement imposées par le décret du 29 octobre 2020, « *les demandes d'autorisation de sortie de courte durée (...) devront se faire uniquement pour un des motifs dérogatoires prévus par [ce] décret* » et que, dans ce contexte, « *il se peut que les préfets s'opposent comme cela est prévu par l'article L 3211-11-1 du CSP en son dernier alinéa aux demandes d'autorisation de sortie de courte durée* ».

Dès lors, l'ARS insistait sur la nécessité « *d'étayer [les] certificats de demande d'autorisation de sorties accompagnées ou non accompagnées* » avec des « *éléments d'information précis afin que le préfet puisse statuer en toute connaissance de cause sur ces demandes* » « *en tant que garant de l'ordre public* ». L'ARS donnait un exemple : « *Les commerces de détail de produits à base de tabac (...) restent ouverts. Si un patient doit acheter des cigarettes, il convient d'être le plus explicite possible est d'expliquer au représentant de l'Etat en quoi cette sortie est essentielle pour le patient (risque par exemple de décompensation si le patient est sevré trop brutalement...)* ».

Les limites imposées par le préfet ne portent donc que sur les sorties de courte durée afin de limiter les déplacements, à l'instar de la population générale.

Il était d'ailleurs constaté que des décisions d'hospitalisation en SDRE ont effectivement été levées (une le 13 novembre 2020) ou transformées en programmes de soins (deux les 10 et 12 novembre 2020, après, dans un cas, demande d'un deuxième avis).

S'agissant des patients hospitalisés sous contrainte à la demande du directeur de l'établissement, ils pouvaient effectuer des sorties de courte durée (accompagnées ou non), soit pour préparer leur fin d'hospitalisation (par exemple pour visiter un établissement d'accueil), soit pour faire des courses de première nécessité dans le centre commercial situé en face de l'hôpital. En revanche, les autorisations de sortie pour un séjour en famille étaient suspendues pour les adultes – alors même qu'elles étaient maintenues pour les adolescents (cf. *infra* § 9.1).

Les limitations observées durant la période de confinement correspondent donc, peu ou prou, à celles imposées à la population générale.

4.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EST PAS AFFECTE PAR LA PHASE ACTUELLE DE CONFINEMENT

Lors de la première phase de confinement du fait de la crise sanitaire de la Covid-19 au printemps 2020, toutes les audiences foraines du juge des libertés et de la détention (JLD) avaient été suspendues. Le JLD statuait sur dossier, sans entretien avec le patient (pas même en visioconférence) et parfois hors la présence de l'avocat, en raison du mouvement de grève des barreaux et de la réticence à se déplacer en période de pandémie. Il a toutefois été constaté, à la lecture des ordonnances de mainlevées prononcées durant cette période, que les JLD procédaient

à un examen rigoureux des moyens soulevés et de la régularité des procédures d'hospitalisation sous contrainte.

Au moment de la visite du CGLPL, et conformément aux modalités ordonnées par les pouvoirs publics pour la deuxième phase de confinement, les audiences du JLD se tenaient normalement, nonobstant l'observation des mesures barrières (port du masque, distanciation physique).

4.4.1 La convocation à l'audience

La convocation à l'audience est notifiée au patient par un agent administratif de l'unité ou par un soignant. Si la convocation est systématiquement signée et renvoyée au greffe, copie n'en n'est que rarement laissée au patient.

Bien que n'ayant pas eu de formation spécifique à ce sujet, l'ensemble du personnel rencontré a affirmé se sentir en mesure d'expliquer au patient la fonction du JLD, l'assistance de l'avocat et le déroulé de l'audience. Les délais de saisine et la possibilité de saisir à tout moment le juge sont des notions également connues.

4.4.2 La tenue de l'audience

Les audiences se tiennent les lundi, mardi, jeudi et vendredi matin.

Il n'existe pas de salle d'audience sur le site du CHIRB d'Aulnay-sous-Bois. Les audiences se déroulent donc, au choix du greffe en fonction du nombre de dossiers à examiner, sur l'un des deux sites de l'Hôpital de Ville-Evrard, soit à Neuilly-sur-Marne (Seine-Saint-Denis) soit à Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), ces deux sites étant situés à une vingtaine de kilomètres du CHIRB (environ 35 minutes de route selon le trafic).

Il a été expliqué que la tenue d'audiences sur le site d'Aulnay était difficilement envisageable compte tenu du faible nombre de dossiers, la majorité des patients vus par le JLD étant hospitalisés à Ville-Evrard.

Ni le JLD ni les avocats ne se rendent dans les unités pour rencontrer les patients ou constater les conditions de prise en charge.

La conduite du patient comparant se fait en ambulance avec, en règle générale, un soignant de l'unité et un chauffeur. Si plusieurs patients doivent comparaître, des transports groupés peuvent être opérés.

Les patients sont convoqués à 9h30 afin de pouvoir rencontrer l'avocat avant l'audience qui débute vers 10h-10h30 et s'achève vers midi. L'éloignement et les délais d'attente sont sources de stress pour le patient et mobilisent les accompagnateurs une bonne partie de la matinée.

Les contrôleurs ont pu assister à une audience sur le site de Neuilly-sur-Marne.

La salle d'audience, située dans un bâtiment implanté à l'extrémité de l'immense terrain de l'hôpital, n'est ni indiquée sur le plan situé à l'entrée du site, ni fléchée. Toutefois les agents d'accueil sont à même d'orienter aisément les visiteurs.

La salle d'audience est spacieuse et agréable. Le juge et la greffière d'une part, le patient, son avocat et, le cas échéant, l'interprète d'autre part, se placent de chaque côté d'une grande table en forme de O. Quelques chaises situées le long du mur derrière le patient permettent d'accueillir d'éventuels observateurs.



Vues de la salle d'audience du JLD à Neuilly-sur-Marne

Les soignants accompagnants n'assistent pas, sauf situation particulière, aux audiences ; ils patientent dans le hall servant de salle d'attente, dont le nombre de chaises disponibles apparaît insuffisant, contraignant certains patients, accompagnateurs, interprètes et avocats à rester debout ou à s'asseoir sur les marches de l'escalier.



Un vaste bureau est réservé aux entretiens avocats, qui peuvent également se dérouler dans la salle d'audience avant que celle-ci ne débute.

Six juges des libertés et de la détention du tribunal judiciaire de Bobigny (Seine-Saint-Denis) assurent les audiences par rotation.

Lors de l'audience observée, aucun patient n'était en pyjama. Les deux avocats présents étaient en robe ; le magistrat et la greffière en tenue bourgeoise. Le magistrat interrogeait longuement les patients sur leur situation et s'assurait de leur bonne compréhension, même si sa rapidité d'élocution et l'acoustique de la salle – qui plus est avec le port du masque – pouvaient parfois compliquer les échanges. Dans certains cas, le magistrat rappelait au patient la possibilité de le saisir à nouveau à tout moment. En revanche, les délais et modalités d'appel n'ont jamais été indiqués lors de l'audience.

Le barreau de Bobigny a créé une permanence d'avocats pouvant être commis d'office pour ce genre d'audience, à la condition d'avoir bénéficié d'une formation spécifique à la législation des soins sans consentement. Environ soixante-dix avocats y seraient inscrits selon les avocats rencontrés.

Les jugements ne sont pas rendus sur le siège mais transmis dans la journée, ou au plus tard le lendemain matin, à l'hôpital pour notification (*cf. supra* § 3.1.2). Néanmoins, il a été constaté que le JLD peut donner oralement, à la fin de l'audience, une indication quant à l'orientation de sa décision (notamment lorsqu'il envisage de demander une expertise) « *pour rassurer le patient* ».

Il n'a pas été possible d'obtenir d'éléments statistiques quant au nombre de patients convoqués et de patients non comparants (et pour quel motif), ni quant à la ventilation des décisions du JLD (maintien, mainlevée, demande d'expertise) et aux éventuels appels. En effet, le CHIRB ne

comptabilise pas ce genre de données et le greffe du JLD n'est pas en mesure de distinguer les patients du CHRIB par rapport à ceux de l'hôpital de Ville-Evrard compte-tenu de la mixité des audiences.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR ENCORE PLUS LIMITEE EN PERIODE DE CONFINEMENT

En temps normal, les trois services de psychiatrie adultes sont ouverts durant la journée et fermés la nuit, de 20h à 9h. Les portes restent également closes pendant les repas, lorsqu'un patient placé en isolement est autorisé à se rendre dans la salle à manger collective. Dans ce cas, la fermeture est effective pour le déjeuner et le dîner et, éventuellement, lors du goûter. Exceptionnellement, une unité peut être fermée si elle accueille un patient qui présente un risque de fugue, ou un patient en soins sans consentement sur décision judiciaire.

Pendant les périodes de confinement, celles ayant débuté les 17 mars et 30 octobre 2020, les unités ont été entièrement fermées. En théorie, le régime d'ouverture a prévalu à nouveau entre les deux phases de confinement, de la mi-mai à fin octobre. En théorie seulement, car plusieurs soignants ont témoigné auprès des contrôleurs que l'unité A n'a pas réouvert entre les deux confinements.

Lors des confinements de 2020, les patients ont conservé le droit de sortir du service, mais exclusivement accompagnés de soignants, pour se rendre chez un médecin, aller à leur domicile récupérer des effets personnels, retirer de l'argent à un distributeur automatique de billets, faire une promenade dans le parc ou aller à la cafétéria de l'établissement. La fréquence de ces sorties accompagnées dans le parc sont très variables, de une, deux ou trois fois par jour dans l'unité B, à deux ou trois fois par semaine dans l'unité C. Elles sont plus nombreuses lorsque les soignants sont disponibles, surtout les samedis et dimanches. Certains patients regrettent la brièveté de ces sorties.

L'unité C se trouve être la seule à disposer d'un patio extérieur. Il est accessible en permanence, sauf si l'unité accueille un patient fugueur ; dans ce cas, le patio est ouvert à la demande. Des soignants ont confié aux contrôleurs que le patio est également fermé à des horaires où les *dealers* sont les plus actifs au sein de l'établissement. Les patients des unités A et B regrettent vivement de ne pouvoir accéder à un patio extérieur et, ainsi, de se trouver plus régulièrement à l'air libre. Certains affirment avoir parfois le sentiment d'« étouffer » dans leur bâtiment.



Le patio extérieur de l'unité adultes C

RECOMMANDATION 6

Des patios extérieurs doivent être aménagés dans les deux services de psychiatrie adultes A et B.

Contrairement aux observations adressées par la direction de l'établissement, les contrôleurs ont bien constaté l'aménagement d'un patio en psychiatrie C et en ont de surcroît inséré la photo ci-dessus dès le rapport provisoire. Selon les informations rapportées par la directrice du CH, une étude serait en cours par la direction technique pour envisager l'aménagement de patios en psychiatrie A et B.

La recommandation est maintenue.

En pédopsychiatrie, l'unité est toujours fermée. Mais les adolescents peuvent se promener à l'extérieur accompagnés de soignants ou de membres de leur famille.

5.2 EN PERIODE DE CONFINEMENT, DES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR LIMITEES A L'USAGE DU TELEPHONE

5.2.1 Les visites

A l'instar de l'ensemble du centre hospitalier, en MCO comme en psychiatrie, les visites ont cessé durant le confinement. Les familles sont autorisées à déposer des effets personnels à l'entrée, limités à des vêtements et des produits alimentaires non périssables. Les médecins les reçoivent à leur demande, hors de la présence du patient. Durant la visite des contrôleurs, en l'absence de contacts entre les patients et leurs familles, des conjoints ont été aperçus communiquant au travers de la porte vitrée verrouillée et d'autres criant pour communiquer au pied du bâtiment vers une fenêtre à l'étage.

En revanche, en pédopsychiatrie, les visites ont été autorisées lors du premier confinement à raison de deux visites par semaine, pour un seul visiteur à la fois, durant une vingtaine de minutes et les permissions en famille maintenues.

Le port du masque et la distanciation devaient être respectés.

En temps normal, les visites en chambre ne sont jamais autorisées et selon les unités, les familles sont amenées à rencontrer leur proche dans la salle commune, à la cafétéria ou dans le parc, les unités visitées ne disposant pas d'un salon de visite.

RECOMMANDATION 7

L'établissement doit remettre en place des modalités de visites des familles, dignes et respectueuses des droits des patients, tout en respectant les mesures barrières.

La direction de l'établissement indique avoir rétabli les visites et conteste les interdictions formelles constatées sur place par les contrôleurs durant la visite.

La recommandation est maintenue.

5.2.2 La correspondance

Les patients peuvent envoyer et recevoir du courrier sans restriction dans l'ensemble des services. Il leur est possible de faire oblitérer leurs lettres par l'hôpital en cas de besoin. Le courrier est relevé et distribué chaque jour.

5.2.3 La presse et Internet

Les patients ne disposent pas d'abonnement à la presse et il n'est pas possible de consulter des journaux au sein des services mais, selon les propos rapportés, la cafétéria lorsqu'elle est ouverte en met à disposition.

5.2.4 Le téléphone

Dans les trois unités, les restrictions éventuelles sont prescrites en fonction de l'état clinique du patient. Toutefois, les modalités de communication par téléphone présentent des inégalités importantes entre les services. Dans l'un des services, la majorité des patients dispose sans limite de son téléphone portable ; dans un autre, l'utilisation est limitée à deux heures par jour et interdite pour certains patients. Ces derniers peuvent utiliser le téléphone du service.

L'une des unités autorise les patients à téléphoner et recevoir des appels avec un téléphone du service sans limitation en nombre et en durée ; dans un autre, certains patients ne sont pas autorisés à recevoir et émettre des appels téléphoniques au moment de leur choix.

Des tablettes avaient été mises à disposition lors du précédent confinement pour renforcer la communication des patients avec leurs familles ; elles avaient été ensuite retirées et seraient prochainement remises en place.

RECOMMANDATION 8

L'accès au téléphone portable devrait d'être harmonisé entre les unités. Par ailleurs, les numéros de téléphone et les adresses de toutes les autorités susceptibles d'être saisies par un patient doit être distinctement affichée dans toutes les unités.

Dans ses observations, la directrice de l'établissement indique que l'accès au téléphone portable est autorisé et harmonisé entre les unités mais peut être limité au cas par cas sur avis médical, ce qui ne correspond en aucun cas à ce qui a été relevé lors de la visite.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

Selon les propos rapportés, un accès à Internet existerait au sein de la cafétéria (fermée durant la pandémie) où les patients ne disposant pas de smartphones, mais autorisés à sortir des unités, pourraient se rendre. Par défaut, les assistantes de service social permettent aux patients d'utiliser leur ordinateur professionnel pour effectuer des recherches liées à leurs droits ou à leur sortie d'hospitalisation.

5.2.5 Les relations avec les associations : l'UNAFAM

Les représentants de l'UNAFAM sont bien intégrés aux unités de psychiatrie. Ils siègent au conseil de surveillance aux côtés de l'UDAF⁵, organisent une fois par mois des groupes de paroles avec les familles en présence d'une psychologue et participent à des groupes en présence d'un psychiatre (Psy A, B ou C) tous les deux mois. Ils disposent d'un bureau mis à disposition par le chef de pôle pour accueillir des familles. Ils bénéficient également de liens avec la pédopsychiatrie. Sur le ressort des secteurs de psychiatrie, les représentants de l'UNAFAM participent aux conseils locaux de santé mentale (CLSM). Pendant le confinement, en première phase comme durant la deuxième période, leurs interventions ont été suspendues.

⁵ UDAF : Union départementale des associations familiales

6. LES CONDITIONS DE VIE

6.1 UN HEBERGEMENT DANS DES LOCAUX VIEILLISSANTS ET MEUBLES DE FAÇON INDIGENTE

Construits en 1969, les locaux ont bénéficié d'une rénovation cosmétique entre 2001 et 2004 ; ils vieillissent mal et sont peu fonctionnels, surtout l'unité B.

Seule l'unité C est dotée d'un petit patio intérieur (cf. *supra* 5.1).

L'équipe d'entretien, commune à tout le centre hospitalier est constituée de plombiers, électriciens, peintres, serruriers, etc., pour 15 ETP et reçoit en moyenne trente à quarante demandes d'intervention par jour tous corps d'état confondus.

La majeure partie de la maintenance est externalisée, notamment pour la conduite et l'entretien du chauffage et de la ventilation, la maintenance des extincteurs, la dératisation et la lutte contre les insectes parasites, l'entretien des toitures et du gros œuvre.

En temps ordinaire, les portes d'accès aux bâtiments sont ouvertes de 9h à 12h et de 13h à 18h.

Pendant les périodes de confinement dues à l'épidémie de Covid-19, les portes extérieures d'accès aux locaux sont verrouillées, et toutes visites des familles proscrites.

Les portes des chambres restent ouvertes, excepté pour les patients récemment admis et dans l'attente des résultats de leur test PCR. En cas de résultat positif au test pour Covid-19, le patient pendant une semaine dite « de quarantaine » sera maintenu enfermé seul en chambre double.

A l'intérieur, les soignants demeurent masqués ; il n'y a pas de difficulté d'approvisionnement en masques, à raison de deux par jour et par agent, non plus que de gel hydroalcoolique. Les patients déambulent dans les parties communes librement et sans obligation de porter leur masque, tous ayant jusqu'alors présenté un résultat négatif au test PCR pratiqué lors de l'admission.

En journée, il leur est loisible d'accéder aux petites salles fumoirs.

Les chambres, sont lumineuses, et leurs fenêtres donnent la vue sur des espaces arborés.

Comme dans les parties communes, la couleur des murs est neutre, les peintures sont vétustes, parfois détériorées à des degrés divers, et témoignent d'un manque d'entretien persistant.

Les portes sont pleines, dans les unités A et B ; dans l'unité C, l'oculus circulaire a été opacifié par un film translucide, de sorte que l'intimité est préservée quand la porte est repoussée.

Plusieurs fenêtres recèlent des crasses vieilles et des moisissures dans leur partie coulissante.

Quelques radiateurs, quelques robinets et une chasse d'eau fuient.

Les sonnettes d'alarme font défaut. Il n'y a pas de poste de télévision individuels ; quelques patients ont apporté leur propre poste de radio.

Le mobilier est généralement indigent et d'une austérité telle que l'ambiance est bien proche d'être carcérale plutôt qu'hôtelière ou hospitalière.



Une chambre

Au sein de l'unité B, seules les deux chambres doubles bénéficient d'une salle de douche ; les dix-huit chambres individuelles n'en sont pas dotées et les patients doivent se rendre dans des salles de douche non privatives, le matin avant le petit déjeuner : au rez-de-chaussée une salle avec deux cabines pour huit chambres, à l'étage une salle à trois cabines et une à deux cabines pour dix chambres. Les trois chambres dites « *semi-fortes* » n'ont pas de douche (cf. *infra* § 8.1.2).

Cette situation ancienne n'est pas digne.

La température de l'eau est difficile à régler avec précision, nombre de patients s'en plaignent.

6.2 UNE HYGIENE INSUFFISANTE

S'agissant spécialement de l'entretien des douches, toutes présentent non seulement des peintures écaillées, des traces de moisissures, des vitres opaques de salissures extérieures, des carrelages muraux imparfaitement récurés, mais surtout les sols sont maculés d'amples traînées noirâtres qui semblent n'être jamais effacées.



Sol des douches

RECOMMANDATION 9

Tous les lieux accueillant les patients doivent être maintenus en bon état d'hygiène et d'entretien.

Les serviettes de toilette sont petites, de médiocre qualité pour se sécher au sortir de la douche et disponibles en trop faible quantité pour que chacun puisse la renouveler régulièrement.

Il n'est pas fourni de savon ; les patients doivent s'en procurer par eux-mêmes.

Les draps sont changés une fois par semaine.

6.3 LES BIENS DU PATIENT MAL SECURISES

6.3.1 Les biens de valeur ou potentiellement dangereux

Les biens de quelque valeur ou les objets potentiellement dangereux sont déposés contre reçu et conservés dans le coffre-fort de la cadre de santé de l'unité d'hospitalisation ; les retraits se font sous sa responsabilité et selon ses disponibilités ; ils ne sont pas toujours possibles pendant les week-ends.

Il n'y a pas formellement de régisseur ; aucun des patients rencontrés ne s'en est plaint.

Les menus achats, et notamment de tabac pour ceux dont les familles n'en ont pas déposé à l'accueil, peuvent être effectués à la demande par certains soignants et par les assistantes sociales, selon leurs disponibilités.

Malgré les contraintes apportées par l'obligation de confinement, il n'apparaît pas de tensions particulières à propos de ces opérations et de leur fréquence. Les assistantes de service social sont très actives et leur professionnalisme est apprécié des patients.

6.3.2 Les objets personnels

Les autres effets personnels sont remisés en chambre dans le placard mural.

Les patients ne peuvent pas choisir si la porte de leur placard demeure ouverte ou fermée ; ils ne sont pas en possession de la clef. Dans le premier temps de l'hospitalisation, la porte du placard est verrouillée. Par la suite elle est laissée entrouverte laissant la possibilité aux patients d'accéder à leurs biens en permanence.

Tous les patients s'en plaignent, les uns de n'avoir pas accès à leurs objets personnels, les autres par crainte que leurs objets puissent éventuellement être dérobés puisqu'aucune chambre n'est dotée de verrous dits « de confort ».

Ainsi les patients sont systématiquement mis en situation de ne pouvoir gérer par eux-mêmes l'accès à leurs placards, constamment ouverts pour les uns ou en permanence fermés pour d'autres, sans qu'il ne leur soit jamais loisible de choisir.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent avoir accès à leurs effets personnels et être prémunis contre les risques d'atteintes à leurs biens. La clé du placard doit être laissée en leur possession et les chambres munies de verrous de confort.

Dans ses observations en retour du rapport provisoire, la directrice de l'établissement indique que les clés ne sont pas laissées aux patients car elles ne sont pas propres aux placards et ouvrent les portes des services.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation dans le cadre de l'autonomisation des patients.

6.4 UNE RESTAURATION PEU GOUTEUSE ET EN QUANTITE RESTREINTE

Le service ne rencontre pas de difficultés de recrutement ni de problèmes de fidélisation, non plus que de dotation financière. Les formations sont assurées concernant la sécurité alimentaire et le porter de charge.

Le taux d'absentéisme en 2020 est sur les dix premiers mois de 8,42 % ; il était de 4,14 % pour l'année 2019. Cette importante variation ne trouve que partiellement son explication dans l'incidence de l'épidémie de Covid-19, puisqu'il n'est recensé que huit cas de contamination en septembre-octobre et un cas de suspicion actuellement.

Il n'y a pas à proprement parler de fabrication. Les plats garnis sont des produits surgelés en barquettes individuelles, de la gamme *Fleury-Michon*TM spécifique « Santé » ; les hors-d'œuvre sont de 4^{ème} et 5^{ème} gamme.

Ils sont livrés et remis en température dans les services par chariots à bi-température.

Le passage à des marchés d'achat en surgelés a été décidé en décembre 2019, pour une meilleure sécurité bactériologique et l'homogénéité des recettes. Il semblerait que cela ait été une amélioration par rapport à la situation antérieure.

Les services de soins collectent auprès des patients et transmettent les régimes particuliers et les aversions, telles viandes, tels légumes, de chaque patient pour la confection des plateaux individuels.

Quoique la gamme de produits du fournisseur soit assez étendue et que le cycle des menus s'opère sur quatre semaines, la liste de ces aversions déclarées n'est pas sans poser des difficultés pour suffisamment renouveler et diversifier les plateaux des patients aux séjours prolongés. Le service de restauration est confronté à une carence d'éducation alimentaire des patients ; en contrepartie, la plupart des patients se plaignent de la récurrence des mêmes plats.

Un projet a été élaboré pour l'année 2021 de préparation sur place des hors-d'œuvre en barquette individuelle, qui devrait permettre d'une part une amélioration de la variété, d'autre part un léger gain financier malgré le recrutement d'un ETP nécessaire.

Les principes des équilibres alimentaires sont respectés, de même que les principaux régimes : diabétique, hyperprotéiné, sans fibres, éventuellement mouliné, mixé.

Nombreux sont les patients qui déplorent la médiocre qualité organoleptique des plats.

La plupart des patients, mais également certains soignants, jugent trop faibles les quantités servies.

Or, si le pool des diététiciennes considère les portions servies comme suffisantes pour des patients malades hospitalisés durant une courte période, il ne devrait pas en aller de même pour des patients physiquement valides et qui séjournent durablement. Par ailleurs, certains des médicaments

administrés à des patients dont l'activité physique est faible ont pour effet secondaire avéré de modifier le sentiment de satiété.

Quoiqu'inscrite dans une démarche intéressante d'amélioration, la restauration pour les patients dans les trois services de psychiatrie pour adultes apparaît quantitativement insatisfaisante, offrant des qualités organoleptiques médiocres et une variété de menus perfectible.

RECOMMANDATION 11

Les personnes privées de liberté doivent recevoir une alimentation variée et en quantité suffisante, tenant compte de leur âge, de leur état de santé, de leur condition physique, et de leur culture.

La directrice du centre hospitalier mentionne dans ses observations que l'équipe de diététiciens est mobilisable sur avis médical. Un travail serait engagé pour assurer l'affichage des menus.

Maintien de la recommandation sur les quantités servies

Le petit-déjeuner est servi vers 8h-8h30 ; le déjeuner vers 12h-12h30 (en fonction de l'arrivée du chariot et de sa remise en température) ; le dîner vers 18h-18h30 ; il est proposé un goûter vers 16h. Des soignants assurent le service à table et ne participent pas aux repas au côté des patients.

Il arrive que les demandes de compléments au menu, fût-ce de pain, fassent l'objet de réactions peu bienveillantes.

Chacun mange directement dans son plateau, sans échanges avec les soignants et les autres patients. Pourtant, les salles à manger, par leurs dimensions et leur luminosité, pourraient être conviviales. Le placement à table est libre. Censée participer du soin, la restauration en l'occurrence n'y contribue pas vraiment.

Les biscuits et boissons apportés par les familles sont tolérés en chambre.

6.5 DES ACTIVITES DIVERSES, EN FONCTION DE LA DISPONIBILITE DES SOIGNANTS

Les activités sont théoriquement diverses et nombreuses. Elles sont organisées et proposées par les soignants en fonction de leurs disponibilités et de leurs aptitudes personnelles, ou de leur bon vouloir, c'est-à-dire parfois de façon trop aléatoire. La participation des patients est laissée à leur initiative mais pour certains une prescription médicale.

Il est proposé sans distinction de statut :

- des jeux de société ;
- du baby-foot (certains en piteux état et la balle est souvent introuvable) ;
- du ping-pong ;
- un potager en caisses ;
- des ateliers bimensuels de cuisine ou de pâtisserie ;
- du karaoké ;
- une petite bibliothèque dans la salle de réunion de l'unité B ;
- de la relaxation et des massages en unité C.

En 2020, quelques sorties thérapeutiques ont pu être organisées (Vincennes, Thoiry, Fort-Mahon) et des événements festifs maintenus : barbecue d'été sur la pelouse (en septembre, cette année), Halloween (goûter, maquillages, danses), et projet de repas pour Noël.

Les séjours thérapeutiques n'ont pu avoir lieu.

La cafétéria destinée spécifiquement aux unités de psychiatrie est aménagée à proximité ; elle était fermée en raison de la pandémie de Covid-19.

Les activités sportives sont peu proposées et peu demandées, bien que quelques équipements existent :

- pour l'unité A, une salle de sport a été aménagée au rez-de-chaussée du bâtiment, parmi les bureaux des médecins ; elle est relativement exiguë et plutôt bien équipée ; sa situation hors de l'étage d'hospitalisation constitue une difficulté pour la disponibilité des soignants censés assurer les séances de sport ; concrètement, en période de confinement il s'y tient une séance hebdomadaire d'une demi-heure ou deux, pendant le week-end, à laquelle participent deux ou trois patients ; en temps ordinaire, il s'y déroule peu d'activités faute de demande explicite et d'incitation ; les quelques patients interrogés disent ignorer qu'une activité sportive est proposée et ne semblent pas motivés pour s'y rendre ;
- pour l'unité B, les activités sportives ont lieu dans le bâtiment de l'hôpital de jour les vendredis après-midi de 14h30 à 15h30 ; elles concernent quatre à cinq patients à chaque séance ; la demande serait bien supérieure en nombre, mais le psychologue en charge de leur encadrement ne pourrait pas gérer davantage de participants, en période de Covid comme en temps ordinaire ; parfois les soignants du service, en fonction de leur disponibilité et de la disponibilité de la salle, y organisent des séances complémentaires, généralement le mardi.

Globalement, l'activité sportive est davantage demandée en période de confinement, mais reste peu fréquente et implique peu de patients ; ceux d'entre eux en soins sans consentement n'en bénéficiaient pas au jour de la visite des contrôleurs.

Bon nombre de patients occupent une ample part de leur temps, quand ils n'errent pas dans les couloirs, à se regrouper dans des salles fumoirs très mal pourvues de mobilier. Le confinement a renforcé cette propension, par défaut d'alternative. La disposition de leur tabac n'est pas systématiquement contingentée.

La salle de télévision est peu fréquentée en cours de journée, la lassitude face à ce divertissement et l'exiguïté de la salle en seraient l'explication.



Salon de télévision pour vingt-cinq patients

En revanche, le fort investissement institutionnel pour l'art-thérapie est à noter ; il se concrétise par :

- pour l'unité A, deux art-thérapeutes ont été nouvellement recrutées (à raison de 0,5 ETP chacune), ces recrutements ont été retardés par le premier confinement dû à l'épidémie, puis par la période des congés d'été. Elles interviennent sous forme d'ateliers d'écriture le mardi de 11h15 à 12h et de 14h30 à 16h ; d'ateliers de modelage le mercredi de 15h à 16h, d'écoute musicale le jeudi de 11h à 12h et de communication sonore de 14h à 15h ; le vendredi dans le cadre d'ateliers d'arts plastiques de 11h à 12h. La participation des patients, y compris ceux en soins sans consentement, se met en place progressivement ;
- pour l'unité B, une psychologue art-thérapeute (1 ETP) intervient du mardi au vendredi, accueillant quatre à six patients par séance en période de Covid-19, jusqu'à quatorze en temps ordinaire, dont huit en moyenne en intra hospitalier (deux à six patients venant de l'extérieur et conservant un lien par téléphone à l'issue de leur hospitalisation), pour une file active de trente à cinquante patients par an, tous statuts d'hospitalisation confondus ; au sein de l'unité B se trouve un salon de coiffure et d'esthétique très bien installé et équipé, qui semble rencontrer une forte demande ; la personne qui s'en occupe était absente lors de la visite des contrôleurs et doit très prochainement partir en retraite ;
- pour l'unité C, une psychologue art-thérapeute (1 ETP) intervient depuis juin 2019 pour les patients tant en intra qu'en extra hospitalier ne présentant pas de contre-indication médicale et actuellement accueille un ou deux patients, portant un masque pour ceux venant de l'extérieur, sans obligation de masque pour ceux du service même puisque tous ont été testés et sont depuis confinés ; en temps habituels, les groupes sont plutôt de cinq ou six ; l'activité va croissant régulièrement, avec toutefois des creux importants en décembre 2019, mars-avril et septembre-octobre 2020.

7. LES SOINS

7.1 DES SOINS PSYCHIATRIQUES NON EQUIVALENTS DANS LES TROIS SERVICES EN RAISON DE LA CARENCE D'UNE PRESENCE MEDICALE NON MUTUALISEE DANS LE POLE

La pandémie de coronavirus et les périodes de confinement corollaires ont nécessité une adaptation de l'organisation générale des soins. La fermeture continue des portes des trois unités d'hospitalisation, nécessite des allers et retours nombreux et chronophages des soignants qui interrompent leurs activités chaque fois que l'ouverture est sollicitée (aller et venue des patients hospitalisés en soins libres, services logistiques, livraison des repas et des médicaments, visite des contrôleurs). Outre une limitation de la liberté de circulation, elle constitue une diminution des possibilités d'évaluation de l'autonomie des patients ainsi qu'une situation illégale d'enfermement de ceux qui sont hospitalisés en soins libres.

RECOMMANDATION 12

Les soins psychiatriques hospitaliers consacrés aux patients hospitalisés en soins libres ne doivent pas se pratiquer derrière une porte fermée.

Dans ses observations, la directrice du CH indique que la présence de patients sous contrainte impose de fermer les portes de manière ponctuelle.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation et rappellent qu'aucune obligation n'est faite de fermer les portes en présence de patients admis en soins sans consentement.

Les praticiens des services A et B évoquent leurs difficultés s'agissant de l'organisation des soins auprès des patients hospitalisés liées au manque d'effectif médical. Les temps de présence médicale sont insuffisants dans les unités d'hospitalisation en raison de la vacance de six postes de praticiens hospitaliers, de difficultés de recrutement très marquées et d'une répartition des temps médicaux sur plusieurs sites (notamment deux CMP par service). L'équipe médicale du service C est complète et le service n'a qu'un seul CMP. Le pôle a pallié cette situation en recrutant de nombreux praticiens associés étrangers (PAE), en cours de formation et sans qualification ordinale, ce qui constitue une hétérogénéité dans la qualité des soins dispensés. L'application du repos légal de sécurité les journées qui suivent un temps de garde de nuit (auquel participent tous les psychiatres volontaires) contribue à leur absence dans les services. Une astreinte médicale est planifiée en rotation les samedis matin.

Lorsque qu'une indication d'hospitalisation est posée pour un patient dans une unité déjà complète celui-ci peut être hébergé dans l'une des deux autres. La référence médicale reste inchangée, les médecins de l'unité d'origine sectorielle doivent se déplacer pour assurer les soins de leurs patients dans les unités d'hébergement. Il n'existe pas de mutualisation des ressources médicales entre les trois services pour répondre à une harmonisation de l'offre de soin. Aucun des trois services n'accueille d'interne de spécialité.

Les médecins ne peuvent donc pas assurer une présence homogène entre les trois unités d'hospitalisation pour les entretiens psychiatriques, ce qui ne permet pas par ailleurs le respect du libre choix du médecin. Dans l'unité A, une visite médicale est organisée dans les chambres des patients tous les lundis matin.

RECOMMANDATION 13

Les patients doivent avoir accès dans le pôle à des soins psychiatriques spécialisés équivalents entre les trois services et dispensés par des praticiens titulaires d'une qualification ordinaire en psychiatrie.

La direction du CH indique qu'un psychiatre senior est toujours présent pour encadrer les médecins en formation. Des vacances de postes subsistent que le contexte de crise sanitaire n'a fait qu'aggraver.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Les effectifs infirmiers permettent une organisation des équipes entre deux et quatre soignants par amplitude de travail pour vingt-sept patients. Ce ratio est incompatible avec l'instauration d'une référence infirmière, la réalisation régulière d'entretiens infirmiers formalisés et leur disponibilité pour participer à des activités avec les patients dans l'unité, ce qui amenuise la qualité de l'accompagnement thérapeutique.

RECOMMANDATION 14

Toutes les unités d'hospitalisation du pôle doivent disposer d'un personnel médical et soignant suffisant, proportionné au nombre et à l'état de santé des patients hospitalisés.

Des activités occupationnelles, distinctes dans les trois unités, ont toutefois été mises en place ou poursuivies pendant cette période de restriction de liberté, en plus des simples sorties accompagnées dans le parc en petit groupe et des activités informelles dans les unités (jeux de société) en cas de disponibilité des agents, notamment pour les patients de :

- l'unité A, la fréquentation du CATTP intra hospitalier du service A maintenu ouvert, l'accès à la salle de sport de l'unité (musculature et tapis roulant) et des activités avec un art-thérapeute et un musicothérapeute recrutés une semaine avant la visite des contrôleurs ;
- l'unité B, la fréquentation du centre d'ergothérapie (sport, atelier musique, atelier esthétique), des ateliers organisés le week-end avec les agents (cuisine, mosaïque, peinture), des ateliers avec la psychologue les lundis et mercredis ;
- l'unité C, la fréquentation du centre d'ergothérapie tous les jours sauf les lundis après-midi, le jardin thérapeutique selon les conditions météorologiques, des prises en charge avec l'art-thérapeute sur indication médicale.

Les activités spécifiques de réhabilitation psychosociale, le partenariat avec des patients pairs ou des groupes d'entraide mutuels et les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ne sont pas développés.

RECO PRISE EN COMPTE 5

La mise en œuvre de directives anticipées du patient sur les modalités de sa prise en charge lors des phases de crise doit être généralisée dans l'ensemble du pôle.

Selon la directrice de l'établissement un formulaire relatif aux directives anticipées serait en cours d'actualisation.

La réunion de secteur qui réunissait les agents du secteur ambulatoire et de l'intra hospitalier a été suspendue depuis le début du confinement en raison du nombre trop important de participants pour le respect de la distanciation sociale. Deux réunions des trois services du pôle sont organisées deux fois par semaine en petit comité pour faire le point sur la situation des lits. L'équipe du service A se retrouve tous les matins à 10h et celle du service B les lundis et vendredis matin pour des échanges cliniques sur la situation des patients. Le séminaire instauré par l'ancien chef du service B (présentation de patients avec participation de personnes extérieures au service, suivie d'une réunion d'échange avec un psychanalyste quinze jours après) est également très perturbé par les mesures de confinement.

L'ensemble des soignants ne bénéficie pas de réunion de réflexion et d'analyse de leurs pratiques professionnelles.

RECOMMANDATION 15

Les équipes pluriprofessionnelles des unités d'hospitalisation du pôle doivent bénéficier d'une supervision.

Dans ses observations, la directrice du CH mentionne des formations « supervisions » dans certains services limitées faute de budget suffisant.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

Les traitements ne sont pas distribués dans les trois services de la même façon. La méthode la plus couramment observée est l'administration individuelle devant ou à proximité de la salle de soins aux patients qui attendent en faisant la queue. Dans l'une des trois unités, les traitements disposés sur un chariot sont distribués pendant les repas.

RECOMMANDATION 16

La confidentialité des soins dans le pôle doit être respectée pendant la distribution des traitements.

La directrice du CH estime que l'organisation, faute de matériel adapté, est pensée de manière à assurer au maximum la confidentialité.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

Les patients, en particulier ceux qui se voient prescrire un traitement psychotrope au long cours, ne bénéficient d'aucune activité spécifique d'information sur les pathologies et les traitements.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Des actions spécifiques d'éducation à la santé doivent être mises en place de façon formalisée dans le pôle.

Dans ses observations la directrice du CH affirme que ces actions existent et qu'elles seront notées dans les transmissions.

Le pôle a fait le choix de s'équiper de matériel pour la sismothérapie que l'établissement vient de recevoir. Le chef de pôle souhaite recruter des psychiatres volontaires pour se former à l'utilisation de cette technique en collaboration avec des anesthésistes de l'établissement. L'organisation actuellement retenue vise à organiser les séances le matin avant le programme du bloc opératoire.

RECOMMANDATION 17

En cas de recours à la sismothérapie pour le traitement de patients du pôle, il est nécessaire de prévoir une procédure de décision collégiale. La recherche du consentement du patient et l'information de sa personne de confiance seront systématiques afin que son consentement ou celui de ses représentants soit au mieux éclairé et entendu.

La direction de l'établissement mentionne un projet de développement de l'activité de sismothérapie qui prévoit le recueil d'une décision médicale collégiale, de l'information du patient et de la recherche de son consentement éclairé ainsi que de l'information de la personne de confiance. Ce projet n'a pas débuté pour des raisons liées à la crise sanitaire.

Les contrôleurs maintiennent la recommandation.

Deux situations révèlent des difficultés quant à la sortie d'hospitalisation des patients. Celle des patients hospitalisés en SDRE judiciaire nécessite une double expertise. Or seuls deux experts sont disponibles dans le département de la Seine-Saint-Denis pour répondre à cette question avec des délais très longs. Il est par ailleurs précisé aux contrôleurs que le préfet refuse la levée des mesures de SDRE pour ces patients quand ils n'ont pas de solution d'hébergement ambulatoire, malgré la stabilisation de leur pathologie. L'artifice d'une demande de sortie en programme de soins est parfois utilisé pour obtenir les sorties. Le délai moyen de sortie de ces patients est de six mois, l'un d'entre eux attend dans une unité depuis deux ans.

La deuxième situation concerne les patients porteurs d'un trouble psychotique chronique qui sont hospitalisés pendant des mois, parfois des années. Les sorties de ces patients vers le secteur médico-social sont très retardées en raison des longs délais de réponse de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH). Il a été rapporté aux contrôleurs des délais oscillants entre huit et dix-huit mois. Un partenariat avec la clinique de l'Alliance à Villepinte peut leur permettre des séjours séquentiels. Ces séjours ne constituent pas une solution objective aux délais d'hospitalisation et fausse la lecture des durées moyennes de séjour (DMS) des patients.

RECOMMANDATION 18

La privation de liberté au titre de soins psychiatriques sans consentement est exclusivement liée à l'existence d'un trouble psychique décompensé qui requiert un traitement et une surveillance hospitaliers continus. Elle ne saurait perdurer dans le pôle au-delà de sa stabilisation, notamment pour des raisons de refus préfectoral ou de délais d'organisation d'expertise et de traitement des demandes par la maison départementale des personnes handicapées.

Dans ses observations en retour du rapport provisoire, la directrice du CH répond mettre tout en œuvre pour favoriser la sortie des patients dès leur stabilisation. Elle mentionne la présence d'assistants de service social qui travaillent à la réalisation de projets de vie et à l'orientation des patients.

Les contrôleurs maintiennent cette recommandation dans son aspect relatif à l'incidence des obstacles administratifs.

7.2 UN ACCES DES PATIENTS HOSPITALISES EN SOINS SANS CONSENTEMENT A DES SOINS SOMATIQUES SPECIALISES NON EQUIVALENT A CELUI DE LA POPULATION GENERALE

La question de la perte de chance pour les patients de psychiatrie hospitalisés en SSC est une préoccupation de l'équipe des médecins généralistes en temps sanitaire apaisé comme à l'occasion de la deuxième vague de la pandémie de Covid.

Il a été rapporté aux contrôleurs qu'à l'arrivée aux urgences, les patients de psychiatrie sont identifiés et fléchés dans un parcours de soin psychiatrique. Ils sont dans ce contexte, lorsqu'une hospitalisation est indiquée, rapidement orientés vers les services de psychiatrie. Cette situation peut conduire au sous-diagnostic de pathologies somatiques qui nécessitent une prise en charge et des traitements spécifiques. Un cas de patient hospitalisé en psychiatrie et secondairement transféré en unité de soins intensifs pour une embolie pulmonaire a été cité en illustration.

Les patients bénéficient d'un test PCR aux urgences pour lequel aucun refus n'est rapporté. Le CAC, transformé en unité Covid accueille les patients dont le test PCR est positif et l'état somatique stable car aucune des six chambres n'est équipée d'un dispositif mural d'oxygénation. Les soins psychiatriques et somatiques sont réalisés au CAC jusqu'à la négativation du test puis poursuivis en service de psychiatrie. Aucun patient n'était hospitalisé au CAC lors de la visite des contrôleurs. Si son test PCR est négatif, le patient est hospitalisé dans l'unité de psychiatrie qui correspond à son secteur de domicile.

Trois médecins généralistes (un praticien hospitalier, un praticien contractuel, un praticien associé étranger) ont été recrutés pour exercer sur le pôle de psychiatrie adulte et interviennent sur plusieurs sites d'activités de soins. Ils sont chacun responsables des soins somatiques sur une unité d'hospitalisation à temps plein et s'occupent de tous les patients de l'unité, à l'entrée en systématique dans un délai adapté à la nécessité clinique, puis en fonction des points d'appel cliniques, y compris pour ceux des patients placés en isolement. Ils se partagent par ailleurs l'activité de soin sur le CAC, l'équipe mobile et la permanence d'accès aux soins et à la santé (PASS, destinée aux personnes rencontrant des difficultés d'accès du fait de l'absence de protection sociale, de leurs conditions de vie, ou de leurs difficultés financières).

L'établissement affiche à l'entrée de son bâtiment principal l'obligation de porter un masque chirurgical et l'interdiction des masques en tissu. Les patients sont informés par le médecin et l'équipe de la nécessité d'un respect des gestes barrières. Dans les unités de psychiatrie adultes, tous les patients sont incités au port du masque chirurgical qui est fourni et disponible en stock pour être changé toutes les quatre heures. Les patients sont très peu à le porter et rencontrent des difficultés à le porter correctement. L'accès à des distributeurs de solutés hydroalcooliques est principalement limité aux salles d'examen médical, aux bureaux et aux entrées des unités d'hospitalisation. Ils sont absents dans les espaces de circulation et dans les chambres.

Les chambres doubles et triples n'ont pas été individualisées, ce qui ne permet pas l'adaptation de l'hébergement au respect des règles de distanciation sociale. Les patients âgés de plus de 65 ans ou porteurs de comorbidités qui constituent des facteurs de risque en cas de maladie Covid ne bénéficient pas de conditions particulières d'hébergement.

RECOMMANDATION 19

Les personnes âgées de plus de 65 ans ou porteuses de comorbidités qui constituent des facteurs de risque en cas de maladie Covid doivent être repérées et bénéficier d'une attention particulière quant à leurs conditions d'hébergement et de modalités préventives de soins.

En réponse au rapport provisoire, la direction du CH indique que toutes les personnes ont été examinées et recensées par les somaticiens et que, contrairement aux affirmations des contrôleurs, les chambres doubles ou triples ont été individualisées.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation concernant les patients les plus vulnérables.

A l'admission les patients bénéficient d'un examen médical très rapidement s'il existe un point d'appel somatique (dans les 72 heures en cas contraire) et de la réalisation d'un bilan paraclinique systématique. Leur état vaccinal s'agissant de la diphtérie, du tétanos et de la poliomyélite (DTP) est vérifié et mis à jour et des patients à risque sont vaccinés avec leur accord contre la grippe.

Lorsque les patients hospitalisés en psychiatrie présentent des symptômes qui nécessitent une consultation ou des soins spécialisés, les médecins généralistes du service entrent en contact avec les médecins des services de médecine et de chirurgie ou du SAMU de l'établissement. Leurs relations sont décrites comme collaboratives au service des patients. En période de pandémie, l'intensité de l'activité dans le service de réanimation a rendu moins disponibles les médecins réanimateurs pour des échanges cliniques avec les généralistes de la psychiatrie. Un service d'addictologie propose dans l'établissement des consultations du lundi au vendredi (avec une activité identifiée pour les addictions à l'alcool et au cannabis), accessibles à la condition de l'organisation possible d'un accompagnement infirmier.

Certains soins spécialisés demeurent en revanche inaccessibles aux patients sur le très long cours, ce qui implique leur adresse vers le secteur libéral ambulatoire lorsque les spécialistes n'interviennent pas dans l'établissement ou lorsque les délais de consultations proposés dépassent ceux de l'hospitalisation :

- les délais des consultations d'ophtalmologie peuvent être de plusieurs mois et répondent mal aux urgences et aux nécessités de suivis réguliers des patients ;
- les kinésithérapeutes ne se déplacent pas sur une simple indication médicale, il est nécessaire d'adresser un courrier au praticien responsable de la médecine physique et de rééducation et d'attendre une réponse, ce qui allonge les délais d'intervention ;
- le pédicure ne passe plus dans les services de psychiatrie depuis le mois de mars 2020, les patients sont adressés aux praticiens du secteur libéral pour tous les soins indispensables et réguliers liés à une comorbidité somatique (le diabète par exemple) ;
- aucun dentiste n'intervient dans l'établissement.

RECOMMANDATION 20

Les patients hospitalisés en soins sans consentement doivent bénéficier d'un accès aux soins aux urgences et aux consultations spécialisées équivalent à celui de tous les patients et l'établissement doit recruter pour assurer des consultations d'odontologie.

L'accès aux soins aux urgences et aux consultations spécialisées serait organisé, selon la directrice du CH, et aucun patient n'aurait eu à souffrir d'un défaut de prise en charge somatique spécialisée .

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation sur la question de la prise en charge odontologique.

En raison de la pandémie Covid aucun patient ne quitte le service en fin d'hospitalisation sans un avis somatique et la précision d'une solution d'hébergement. Les patients sortants bénéficient d'une ordonnance des traitements somatiques pour un mois et un compte-rendu d'hospitalisation est adressé au médecin traitant lorsqu'il est déclaré. En l'absence de médecin traitant repéré (en raison d'un changement d'adresse, d'un nomadisme médical ou d'une absence de déclaration), les patients sont revus dans l'unité par le médecin généraliste pour une réévaluation clinique et la suite des soins nécessaires.

L'équipe des médecins généralistes affiche des relations confraternelles de qualité. Ils participent aux réunions hebdomadaires et à la réunion mensuelle du pôle et souhaitent avoir un agrément de la faculté de médecine pour recevoir des internes de médecine générale en milieu psychiatrique et des externes.

8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

8.1 DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NOMBREUSES ET PAS AUX NORMES

En théorie, les quatre services de psychiatrie du CHIRB comptent huit chambres d'isolement : deux dans l'unité A, deux à l'unité B, trois dans l'unité C et une dans l'unité de pédopsychiatrie. Mais les contrôleurs ont découvert en cours de mission un autre type d'espaces dédiés à l'isolement abusivement appelés « *chambres semi-fortes* », ou « *chambres sécurisées* », « *chambres à lit scellé* » ou encore « *chambres avec lit sécurisé* ». Leur structure est identique à celle d'une chambre d'isolement, mais sans le sas. Selon les informations recueillies par les contrôleurs, il y en aurait huit : deux dans l'unité A, trois dans l'unité B et trois dans l'unité C. Il existe donc un total de seize espaces dédiés à l'isolement : quatre dans l'unité A, cinq dans l'unité B, six dans l'unité C et un dans l'unité de pédopsychiatrie. Soit près de 18 % des lits de psychiatrie.

Ces espaces dédiés à l'isolement avec des appellations multiples sont sources de confusions pour le personnel, pour la traçabilité obligatoire des mesures et pour l'analyse des pratiques professionnelles réelles.

RECOMMANDATION 21

Le pôle de psychiatrie adultes doit abandonner l'appellation « *chambre semi-forte* » ou « *chambre sécurisée* », « *chambre à lit scellé* » ou encore « *chambre avec lit sécurisé* » pour s'en tenir à la seule dénomination légale de « *chambre d'isolement* » pour désigner l'intégralité des espaces dédiés à l'isolement.

Selon la directrice du CH, les différentes appellations auraient été régularisées sur le site. Il n'est pas précisé quelle appellation a été adoptée.

Le ministre de la santé, dans son courrier en réponse de la lettre de la Contrôleure générale, indique sept des seize espaces ont été qualifiés de chambres d'isolement et les neuf autres désormais utilisés comme des chambres hôtelières.

Ces deux réponses n'emportent la conviction des contrôleurs quant à la réelle utilisation qui est faite de ces neuf chambres qui, lors de leur visite, comportaient des lits scellés et étaient dédiées à l'isolement sous l'appellation « semi-forte ».

8.1.1 Les huit chambres d'isolement

La surface des chambres varie de 10,1 m² dans l'unité A, à 11,2 m² dans l'unité C, jusqu'à 14,7 m² dans l'unité B, où ce sont deux chambres fusionnées. Les locaux sanitaires sont de tailles très différentes, de 2,89 m² dans l'unité C à 4,89 m² dans l'unité A. Les chambres-fusionnées de l'unité B ont chacune deux locaux sanitaires de 2,07 m², et deux sas.

La chambre d'isolement en pédopsychiatrie occupe une surface de 10,1 m², avec un lit en mousse d'un mètre de large. Le sas en L d'une surface de 14,8 m² donne accès au local sanitaire de 3,7 m²



Unité A



Unité B



Unité de pédopsychiatrie

8.1.2 Les huit chambres semi-fortes

Ces chambres sécurisées ou à lit scellé se ressemblent. Leur surface oscille entre 9 et 11 m². Dans l'unité C, il faut y ajouter une entrée dont la surface varie de 3,5 à 4,1 m².



Une chambre semi-forte (CSF) en unité C

Dans l'unité B, les espaces pour la toilette n'étant équipés que de d'un WC et d'un lavabo, les patients doivent être accompagnés dans un local sanitaire avec deux douches, située dans le couloir,

dont l'une est dotée d'une chaise pour poser ses habits. Dans l'unité A, l'humidité dégrade le placard de l'une des chambres.



Placard de chambre semi-forte, unité A

8.1.3 Les anomalies relevées par le contrôle

A l'exception de celle de la pédopsychiatrie, aucune des chambres dédiées à l'isolement ne permet de voir une horloge, ce qui prive les patients d'un repère temporel (date et heure).

L'accès à un bouton d'appel est très variable selon les unités, les CI de pédopsychiatrie et de l'unité B et les chambres semi-fortes de l'unité A n'en disposent pas.

S'agissant de la possibilité de voir au travers des portes, les contrôleurs ont observé une grande diversité. La porte de la chambre ou du sas comporte un hublot transparent dans une chambre d'isolement de l'unité B, dans des chambres semi-fortes des trois unités A, B et C. Les portes de deux chambres semi-fortes de l'unité C sont équipées d'un hublot opaque, alors que ce sont des œilletons pour les portes des chambres d'isolement de l'unité C. Un orifice étroit et presque aveugle perce la porte d'une chambre d'isolement de l'unité B.

Dans la majorité des chambres, un film occultant est apposé sur les vitres des fenêtres afin de garantir l'intimité des patients à l'exception d'une chambre d'isolement des unités A et B, d'une chambre semi-forte de l'unité A et de deux chambres semi-fortes de l'unité B.

Dans toutes les chambres dédiées à l'isolement, les repas se prennent assis sur le lit. A l'exception des patients autorisés à se restaurer dans la salle à manger collective, rien n'est prévu pour manger dignement sur un mobilier provisoire (table roulante et chaise) et accompagné d'un soignant.

RECOMMANDATION 22

Les chambres d'isolement ou semi-fortes doivent être aménagées afin de respecter les normes et les droits fondamentaux des patients en soins sans consentement. Il faut notamment qu'ils aient accès à une horloge indiquant la date et l'heure, à un bouton d'appel – accessible également sous contention – et à un mobilier adaptable afin de pouvoir s'alimenter dignement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du CH indique que cette recommandation a été transmise à la direction des travaux. Un système d'appel est en cours d'étude et une projection lumineuse de l'horloge serait envisagée sur la porte.

Le ministre de la santé confirme l'existence d'une étude de faisabilité et mentionne le soutien de l'ARS dans un projet de rénovation architectural de grande envergure dans cet établissement sur les dix prochaines années et dans lequel sera également traité l'espace dédié à la psychiatrie.

Dans l'attente de la concrétisation des projets, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Les patients en chambre d'isolement accèdent librement au local sanitaire et au sas. En cas de contre-indication médicale prescrivant un isolement strict en chambre en secteur adultes comme en pédopsychiatrie – donc sans accès aux sanitaires – un urinoir et un bassin sont mis à disposition. Le système de chauffage-climatisation est défectueux à l'unité B, avec un réglage thermostatique inadapté aux saisons, trop chaud l'été et trop froid l'hiver, et également en pédopsychiatrie en saison froide.

Dans l'unité A, les contrôleurs ont pu observer qu'en chambres d'isolement ou semi-fortes, le matériel de contention demeure accroché aux lits. Des soignants l'expliquent par des décisions de « *contention si besoin* ».

RECOMMANDATION 23

Les décisions de contention « *si besoin* » doivent être proscrites. Dès lors, le matériel de contention ne doit pas demeurer attaché en permanence aux lits dédiés à l'isolement.

En réponse au rapport provisoire, la direction de l'établissement indique que la mention « si besoin » ne figure plus sur les décisions de contention.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui porte sur l'appréciation laissée aux soignants de la mise en contention et sur le matériel laissé en place en permanence.

Dans la chambre d'isolement de pédopsychiatrie, trois dangers ont été repérés : le plafonnier donnant accès à des fils sous tension, l'interrupteur et le moteur du volet roulant permettant aussi d'atteindre des fils sous tension, et une lame de métal accessible sous la porte.

8.2 DES REGISTRES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION INDIGENTS

L'article L.3222-5-1 du code de la santé publique de janvier 2016 (2^{ème} alinéa) impose la tenue d'un registre d'isolement et de contention qui précise le nom du psychiatre, la date et l'heure de la mesure, sa durée, et le nom des professionnels ayant assuré la surveillance du patient ce que ne respectent pas les pratiques d'isolement du pôle de psychiatrie adulte.

Dans l'unité A, aucune mesure n'est inscrite sur le registre de mai à octobre 2019, ainsi que de mars à juin 2020. En 2019, l'identité des patients est indiquée en contradiction avec l'obligation de respecter leur anonymat.

Dans l'unité B, le registre n'a pas été rempli pour toute l'année 2019 et en janvier 2020. Quasi abandonné en juin 2020, il n'est à nouveau plus du tout utilisé par les médecins à partir du mois suivant. En 2020, le nom des patients est mentionné.

Le tableau ci-dessous indique le nombre de mesures inscrites dans les registres.

| Unités | A | | B | | C | | Pédopsy | |
|--------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | Isolement | Contention | Isolement | Contention | Isolement | Contention | Isolement | Contention |
| 2019 | 32 | 3 | 0 | 0 | 90 | 5 | 7 | 0 |
| 2020 | 35 | 4 | 30 | 11 | 79 | 41 | 8 | 0 |

Le registre est peu et mal tenu. Pour les années 2019 et 2020, la durée de 44 % des décisions n'est pas mentionnée. Dans l'unité A : 27 décisions sans durée sur 74. Dans l'unité B : 24 décisions sans durée sur 41. Dans l'unité C : 95 décisions sans durée sur 215.

Enfin, les chambres dites "semi-fortes" ou "sécurisées" ne sont pas traitées de la même manière dans les registres selon les unités. En psychiatrie B et C, les décisions d'isolement sont notées en "espace dédié" alors qu'en psychiatrie A, elles sont indiquées en "espace non dédié".

RECOMMANDATION 24

Le CHIRB doit se conformer précisément à la loi et tenir avec exhaustivité le registre d'isolement et de contention dans tous les services de psychiatrie.

La direction de l'établissement indique que le registre existe et est tenu à jour dans chaque service. Or, il est noté parallèlement que ni le dossier patient ni le registre ne sont pas informatisés engendrant des difficultés d'extraction des données.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui porte sur l'inscription de toutes les données relatives à l'isolement et la contention au registre, et ce dans chaque unité, aux fins de contrôle et d'analyse des pratiques.

Selon le ministre de la santé un important travail serait en cours pour respecter les nouvelles exigences législatives et réglementaires à la suite de la réécriture de l'article L3222-5-1 du CSP.

8.3 DES RAPPORTS ANNUELS MENSONGERS OU VIDES DE CONTENU

La loi de janvier 2016, avec l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, impose la production et l'envoi d'un rapport annuel sur l'isolement et la contention, évoquant la politique pour en limiter le recours et l'évaluation des pratiques. Il doit être transmis à la commission des usagers et au conseil de surveillance de l'établissement.

Les deux derniers rapports annuels remis aux contrôleurs sont ceux de 2017 et de 2019, présentés comme « réalisés par le service qualité ». Ils auraient été transmis à l'agence régionale de santé les 12 octobre 2018 et 2 mars 2020.

Les rapports n'expriment pas la réalité du nombre d'espaces dédiés à l'isolement et à la contention : celui des « chambres sécurisées » (celles dites « semi-fortes ») est évalué à deux, alors qu'il y en a huit, selon les observations des contrôleurs.

Dans le rapport 2017, les données du registre présentées en tableaux correspondent aux seuls mois de novembre et décembre 2017. Dans celui de 2019, c'est la cas pour les mois de mars (unité A) et novembre (unité C), la colonne étant vierge pour l'unité B. Les deux rapports mentionnent pourtant : « Ces données rendent compte des pratiques réelles de mise en isolement et en contention ». Une formulation nécessairement inexacte.

Les deux rapports évoquent deux pôles de psychiatrie : les trois unités adultes et la pédopsychiatrie. Mais, très singulièrement, dans l'« analyse des données du registre », le rapport 2019 substitue la pédopsychiatrie pour la remplacer par la Cellule d'Accueil et de Crise (CAC) en précisant qu'il s'agit des décisions de janvier et février 2020, sans aucune explication.

Ces rapports 2017 et 2019 décrivent mal les pratiques du pôle de psychiatrie adultes excepté sur un point : « Il arrive que l'on mette un patient en isolement pour éviter les fugues, le service n'ayant pas l'agrément d'être fermé. ». Or cette affirmation démontre que certaines décisions de mise en

chambre d'isolement ou semi-forte ont un caractère disciplinaire, ce qui devrait être proscrit puisque contraire au cadre légal.

RECOMMANDATION 25

La pratique illégale des mesures disciplinaires d'isolement pour « *risque de fugue* », confirmées par les rapports annuels de 2017 et 2019 doit cesser.

Dans ses observations, la directrice du CH précise qu'aucune mesure n'est prise à titre disciplinaire mais relève d'une décision médicale justifiée.

Le ministre de la santé met en évidence les difficultés pour faire face à certains profils de patients et à la spécificité des unités ouvertes.

*Les contrôleurs maintiennent cependant leur recommandation s'agissant des mesures d'isolement pour « *risque de fugue* ».*

Ces rapports ne répondent pas aux exigences de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016. Ils ne décrivent pas la politique d'évitement du recours à l'isolement et à la contention, ni l'évaluation de ces pratiques. Les rapports affirment pourtant que le CHIRB et les pôles de psychiatrie et de pédopsychiatrie ont pour orientation : « *L'évaluation du respect des bonnes pratiques d'isolement et de contention au travers d'audits et de la tenue du registre de traçabilité des mesures de restriction de liberté.* » Or s'il existait une volonté réelle d'évaluer les pratiques, il faudrait avant tout cesser de tenir les registres de manière fantaisiste.

RECOMMANDATION 26

Elaborés à partir de registres tenus de manière inappropriée, les rapports annuels se distinguent par leur vacuité ou leur présentation de données erronées. Le CHIRB doit respecter la loi en établissant des rapports évaluant les pratiques d'isolement et de contention et sa politique pour en éviter le recours.

La directrice du centre hospitalier indique que le dossier patient de psychiatrie n'est pas informatisé engendrant des difficultés pour l'extraction des données relatives à l'isolement et la contention. Le DPI de psychiatrie sera déployé en 2022.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS, UN MODELE DE QUALITE DES SOINS, DE CREATIVITE ET DE RESPECT DE LA PERSONNE

a) L'organisation du service

Le pôle de pédopsychiatrie correspond à l'intersecteur 93I04 et se compose de vingt unités fonctionnelles intra et extra hospitalières. Toutes les unités sont organisées en trio avec un PH, un assistant, un interne. Sur l'emprise de l'établissement se trouvent :

- l'unité Lits Ados ;
- la consultation hospitalière et la liaison en service de pédiatrie ;
- l'unité de prise en charge psychologique spécialisée (UPPS) ;
- l'unité thérapeutique d'accueil familial (UTAF) ;
- l'unité thérapeutique d'évaluation et de prise en charge précoce (UTEPP) ;
- l'unité de périnatalité Libellule ;
- l'accueil jeune : consultation spécialisée pour adolescents ;
- le CATTP Minute Papillon » ;
- l'hôpital de jour destiné à des patients autistes « Les Trois Jardins » ;
- l'unité d'enseignement externalisées (UEE) élémentaire ;
- l'UEE collège (six enseignants pour les deux UEE).

Sur le secteur sont réparties les unités fonctionnelles ambulatoires :

- à Aulnay-sous-Bois : le CMP Aulnay Nord, le CMP Vercingétorix Aulnay-sous-Bois Sud et le CATTP l'Illade ;
- au Blanc-Mesnil : le CMP La Maison ;
- à Livry-Gargan : le CMP Livry-Gargan-Vaujours ;
- à Sevran : le CMP Sevran ;
- à Tremblay-en-France : le CMP Tremblay-en-France ;
- à Villepinte : le CMP Villepinte et le CATTP La Cabane ;

Plusieurs réalisations ont été durablement financées depuis trois ans dans le cadre du projet de service :

- en 2018 : la création d'un CATTP (285 000 euros), le renforcement de la liaison (150 000 euros), la création du centre de référence du psycho traumatisme de Paris Nord avec la prise en charge des enfants victimes collatérales des féminicides (50 000 euros) ;
- en 2019 : la création de l'unité de périnatalité « Libellule » (414 000 euros) ;
- en 2020 : la création de l'HDJ « pop-corn » pour les adolescents de 11 à 18 ans et la restructuration du pôle adolescent (900 000 euros obtenus en réponse à un appel à projet national).

L'organisation de la pédopsychiatrie répond, par la diversité des soins proposés et la répartition géographique de ses unités aux problématiques de santé mentale des secteurs de population auxquels elle s'adresse.

L'unité « Lits Ado » est située à l'opposé des unités du pôle de psychiatrie adulte, à l'arrière et sur la gauche du bâtiment qui abrite l'administration. Pleinement occupée lors de la visite, elle présente cinq chambres hôtelières (deux individuelles et trois doubles) et une chambre d'isolement qui n'est jamais utilisée comme chambre hôtelière. La répartition des patients se fait au cas par cas, en répondant d'abord à la question de l'indication d'un hébergement en chambre seule, les chambres doubles sont ensuite attribuées par défaut.

Les chambres sont toutes équipées de mobilier en bois (lit et bureau), d'une ou deux chaises en métal, non scellés, de placards individuels, de locaux sanitaires équipés (lavabo, miroir, WC inox, douche à l'italienne) et de fenêtres qui peuvent s'entrouvrir.

Autour de la salle de soin et de la salle de réunion vitrée, sont disposés de façon circulaire le secrétariat, les bureaux (cadre, médecin, assistante sociale, enseignante), le salon de lecture et de télévision, le réfectoire, la salle de bains avec une baignoire pour des bains thérapeutiques, la lingerie, le vide sanitaire, la réserve (pour l'atelier cuisine avec des produits alimentaires non périssables et le matériel de cuisine), le local du lave-linge (réservé aux impératifs car le linge est à la charge des familles).

L'effectif médical se compose pour un total de 2,40 ETP :

- d'un poste de psychiatre praticien hospitalier référent de l'unité (0,7 ETP) ;
- d'un poste d'assistant spécialiste (0,7 ETP actuellement vacant car réservé à l'interne actuellement en poste dans l'unité) ;
- d'un poste d'interne de psychiatrie (1 ETP).

L'effectif non médical se compose de :

- 0,5 ETP de psychologue, présent les lundis, mardis et vendredis après-midi ;
- 0,5 ETP d'assistante sociale ;
- 9 ETP d'infirmiers (deux hommes dans l'équipe) ;
- 4 ETP d'aide-soignant (un homme dans l'équipe) ;
- 3 ETP d'auxiliaires puéricultrices ;
- 2 ETP d'éducateurs (un homme et une femme) ;

L'équipe ne comprend pas d'ASH et le ménage est réalisé par la société privée société *OMS Synergie*. Une personne intervient du lundi au vendredi et deux le week-end pour une prestation reconnue par l'équipe comme très satisfaisante. De fait, l'unité est très propre, exceptés les revêtements des sols de douches qui nécessitent un nettoyage industriel.

Dans le cadre de la pandémie de coronavirus, le pôle de pédopsychiatrie s'est organisé différemment à l'occasion des deux périodes de confinement. Lors de la première en l'absence d'informations, il a dû s'organiser spontanément, avant de suivre les protocoles édités avec retard par le ministère de la santé *via* l'ARS. Des hospitalisations de courte durée ont été décidées, sans permission de sortie de courte durée ni pour le week-end, sans entretiens familiaux, avec des visites restreintes au minimum et limitées à l'urgence. En ambulatoire, une permanence de deux agents a été mise en place, les autres effectuant des téléconsultations. La liberté de circulation a été conservée dans l'unité et les patients ont été résilients et coopératifs dans le respect des gestes barrières.

Lors de la seconde, les hospitalisations classiques ont été rétablies après un entretien de préadmission à l'occasion duquel un test PCR a été réalisé systématiquement. Un résultat positif indiquait un transfèrement initial en pédiatrie jusqu'à négativation du test, un transfèrement au

CAC en cas d'agitation psychomotrice ou dans l'unité avec un isolement sanitaire en chambre en cas d'absence de place en pédiatrie et au CAC. Un résultat négatif permettait l'entrée directe dans l'unité. Ce nouveau protocole a été affiché et accessible pour les soignés, les soignants et les familles. Le port du masque n'a pas été imposé aux patients, les visites, les permissions et les activités n'ont pas été interrompues sans systématisation des tests au retour dans l'unité. Les soignants ont porté un masque et utilisé du gel hydroalcoolique. Deux entrées distinctes dans l'unité ont été organisées pour les soignants, les patients et les agents des services logistiques de l'établissement.

Aucun soignant n'a été contaminé, un patient a eu un résultat positif et a été hospitalisé en service de pédiatrie avant d'en sortir directement, un second a montré des symptômes mais le résultat négatif de son test a permis son maintien dans l'unité.

b) Les modalités de la prise en charge

Pendant les trois dernières années, l'unité n'a accueilli aucun patient en SDRE et seulement trois en ordonnance provisoire de placement (un en 2018, deux en 2019, aucun en 2020).

Les patients entrent dans l'unité en provenance de leur famille naturelle, d'accueil ou de leur foyer d'hébergement, accompagné par un tuteur légal et sans moyen de contrainte.

L'équipe est décrite par le psychiatre référent et la cadre de l'unité comme très investie. Les soignants recrutés font un choix professionnel réfléchi, postulent des services de psychiatrie adulte, du secteur MCO et de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et leur taux de renouvellement est très faible.

Il y a toujours un à deux psychiatres présents dans l'unité (le médecin référent les lundis, mardis, jeudis après-midi et vendredis et l'interne du lundi au vendredi). Les patients bénéficient de deux à trois entretiens individuels et d'un entretien familial par semaine.

Un examen somatique est systématique dans les trois premiers jours (ou immédiatement en cas d'urgence), ainsi que la réalisation d'un bilan paraclinique d'entrée (électrocardiogramme, bilan sanguin, électroencéphalogramme, IRM encéphalique et autre selon le contexte clinique). Le service de pédiatrie travaille en collaboration efficace avec la pédopsychiatrie. Des soins associés sont proposés sur indication médicale (sophrologie et hypnose, respectivement avec une infirmière et un éducateur formés de l'équipe).

BONNE PRATIQUE 1

L'articulation des soins avec le service de pédiatrie offre aux patients une complémentarité efficace des soins somatiques associés à la qualité de prise en charge psychiatrique.

L'absence d'orthophoniste à l'hôpital comme en ambulatoire nécessite l'orientation en secteur libéral à Paris.

RECOMMANDATION 27

L'établissement doit proposer des consultations spécialisées d'orthophonie.

Quatre types de réunions rythment les échanges cliniques entre les soignants :

- les transmissions infirmières tous les matins entre 9h15 et 9h30 ;

- une réunion de synthèse et d'approfondissement d'une situation clinique les lundis, mardis et vendredis après le déjeuner entre 13h30 et 14h30 ;
- une réunion théorique mensuelle (suspendue pendant les périodes de confinement) à laquelle toute l'équipe participe, avec le choix d'un thème pour l'année et dont l'objectif est une approche théorique par le biais de la présentation d'un texte par un binôme tournant ;
- une réunion hebdomadaire de synthèse clinique à laquelle toute l'équipe participe pour l'analyse précise et globale de deux situations cliniques, avec l'invitation d'intervenants extérieurs (CMP, aide sociale à l'enfance, enseignant) et dont le patient et sa famille sont informés (sans y participer).

Des activités nombreuses et diversifiées sont formalisées du lundi au vendredi :

| | Activités | Intervenants |
|-------------|---|--------------------------|
| Lundi AM | Arts plastiques | Soignants |
| Mardi M | Réunion soignants-soignés | Soignants |
| Mardi AM | Courses pour le menu de l'activité cuisine, Webradio (choix avec les patients de sujets d'actualité puis présentation écrite et orale au groupe) | Soignants Enseignante |
| Mercredi M | Sport à l'extérieur dans l'enceinte du CH (ballon, badminton, musculation) | IDE spécialisé |
| Mercredi AM | Théâtre (improvisation) | Educatrice |
| Jeudi M | Atelier cuisine : réalisation des menus et courses le mardi, cuisine (entrée plat dessert), dégustation avec une personne extérieure à l'unité invitée par les patients | Soignants |
| Jeudi AM | Créado (activités manuelles) | Soignants |
| Vendredi M | Bien-être (manucure, masque, coiffure, vernis, bain thérapeutique) | Soignants |
| Vendredi AM | Atelier d'écriture « Je de mots » Atelier musique (guitare, djembé, synthé) | Soignants |

Des activités informelles sont également accessibles, en particulier le ping-pong (une table mobile est disponible dans l'unité), des jeux de société, des jeux d'extérieur, le jardinage (plantations et arrosage l'été sur la terrasse de l'unité), des sorties à l'initiative de l'enseignante (expositions, Philharmonie, Opéra Garnier, studio d'enregistrement), la télévision (le visionnage d'un film est prévu tous les soirs entre 21h et 22h30).

Des séjours thérapeutiques sont également organisés, rendus possibles par un appel efficace aux renforts de personnel. Pour exemple, un séjour à La Rochelle (Charente-Maritime) a été réalisé pour cinq patients accompagnés de trois soignants. Ils ne concernent pas les patients hospitalisés dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement.

Le budget des activités et des séjours thérapeutiques provient de différentes sources que sont l'association « 93 OR Enfant » qui reçoit des dons de mécènes en réponse à des appels à projet (la présidente de l'association est le précédent chef de l'unité ados), le fond de dotation du GHT et la Fondation de France (qui a accordé 4 000 euros cette année pour l'amélioration des conditions de

vie pendant la pandémie Covid, ce qui a ainsi financé le matériel de la webradio et va financer le projet d'achat d'une table de ping-pong extérieure et d'un vélo d'intérieur).

BONNE PRATIQUE 2

La diversité des activités thérapeutiques, éducatives, culturelles et d'enseignement est de nature à participer activement à la qualité des soins dispensés.

Les traitements pharmacologiques utilisés font appel aux classes des antipsychotiques de seconde génération, des anxiolytiques et des hypnotiques. Ils ne concernent pas tous les patients et leur prescription répond à des indications précises. Ils sont distribués dans le poste de soins par un IDE avant les repas (parfois au goûter à 16h et le soir à 22h) aux patients qui sont appelés chacun à leur tour ou se présentent spontanément sans faire la queue dans le couloir. Ils sont stockés dans une armoire sécurisée fermée d'une serrure magnétique qui s'ouvre sur reconnaissance de l'empreinte digitale du soignant. La prise est tracée immédiatement après l'administration. Les injections intramusculaires en situation d'agitation aiguë ne sont pas pratiquées. L'indication de l'électroconvulsivothérapie a déjà été discutée sans jamais être utilisée ; il n'y a aucune indication actuellement.

L'équipe bénéficie de trois types de formations :

- une formation clinique destinée à tous les agents du pôle sur des cas cliniques, des textes et des pensées d'auteurs les mardis entre 12h30 et 14h (qui se sont déroulées pendant le confinement en visioconférence), sous la responsabilité de trois agents du pôle (avec parfois la participation d'intervenants extérieurs sur la clinique du nourrisson, de l'autisme, des adolescents) ;
- une formation continue interne (la bienveillance et le théâtre sont les sujets les plus demandés) ;
- une participation à des congrès et à des séminaires pour lesquels les membres de l'équipe sont sollicités par l'encadrement pour faire des demandes à la formation continue.

BONNE PRATIQUE 3

La qualité de la formation théorique et participative destinée à tous les soignants concourt à leur compétence affinée pour la spécificité des soins en pédopsychiatrie.

Une supervision est organisée avec un psychologue psychanalyste qui se déplace de Tours (Indre-et-Loire) tous les mois pour aborder les thèmes de la qualité du travail, des échanges et de la communication et des liens avec les patients (la dernière séance date de septembre 2020, suivie d'une suspension provisoire en raison du confinement).

c) Les restrictions de liberté et le respect des droits

Un livret d'accueil très détaillé et propre à la pédopsychiatrie est remis avec pédagogie à chaque entrant et détaille les modalités d'admission, les droits, les soins (entretiens, activités), les locaux, le quotidien dans le service, l'enseignement et les modalités de la sortie.

BONNE PRATIQUE 4

Un livret d'accueil spécifiquement établi à destination des adolescents hospitalisés qui décrit avec une pédagogie informative le parcours de soins et les droits associés contribue à rendre le patient acteur de sa prise en charge.

Un temps de séparation (d'une durée de sept jours antérieurement et maintenant adapté à l'état clinique du patient) est mis en place à l'entrée sans téléphone, visite ni permission. Le courrier est maintenu, les parents peuvent téléphoner.

La porte de l'unité est fermée indépendamment de la pandémie en raison de la dangerosité de son environnement immédiat avec une autoroute à droite, des voies ferrées en face et une quatre-voies conduisant au RER B à gauche. Tous les déplacements des patients à l'extérieur sont accompagnés de soignants, de parents naturels ou de famille d'accueil. Il y a eu trois fugues en 2019, aucune en 2020.

La circulation est libre dans l'unité, ainsi que l'accès aux chambres et aux placards. Les patients portent leurs vêtements et il n'y a pas de mise en pyjama. Le rythme de vie est repéré par le lever vers 7h30, le petit déjeuner entre 8h et 9h, le déjeuner à midi, le goûter à 16h, le dîner à 19h et le coucher à 22h30.

Le téléphone portable personnel est déposé dans un casier nominatif fermé à clé dans l'unité et rendu au patient pour les sorties et les permissions de semaine et de week-end. Le téléphone de l'unité est accessible dès la fin du temps de séparation initiale pour un appel entrant et un sortant par jour, réservés aux familles et amis proches.

RECOMMANDATION 28

Le retrait du téléphone personnel doit être individualisé et lié à un l'état clinique du patient évalué par le médecin.

Selon la directrice du centre hospitalier, l'accès au téléphone serait individualisé et des limites prises selon le cas clinique.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui concerne l'accès au téléphone portable.

Deux visites d'une heure par semaine du lundi au vendredi et limitées à deux ou trois personnes sont autorisées. Les permissions de sortie en famille (naturelle, d'adoption ou d'accueil) sont accordées les vendredis, samedis et dimanches ou les jours de semaine si les parents travaillent le week-end.

RECO PRISE EN COMPTE 7

La limitation d'accès aux visites familiales doit être individualisée et liée à l'état clinique du patient évalué par le médecin.

Selon les éléments transmis par la directrice du CH, les visites familiales seraient individualisées et autorisées ou non selon l'avis médical.

Le courrier est libre.

L'accès au culte est autorisé et limité à l'intimité de la chambre, dans laquelle les patients peuvent avoir des livres de textes sacrés et un tapis pour faire la prière. Un régime sans porc est accessible

sur demande. Les visites d'aumôniers ne sont en revanche pas autorisées par le psychiatre référent en raison de la minorité des patients et de leur hospitalisation dans le service public. Si les patients en font la demande, ils sont reçus pour une explication individualisée sur le sujet.

RECOMMANDATION 29

Le patient doit pouvoir rencontrer un aumônier s'il en exprime le besoin et que la personne dépositaire de l'autorité parentale a donné par écrit son accord.

La direction de l'établissement indique que les patients peuvent avoir accès à un aumônier. Il s'agit en effet d'un accès au culte offert aux patients majeurs et non aux mineurs de pédopsychiatrie.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

L'accès à internet a évolué avec la pandémie de coronavirus. Alors que les patients ne bénéficiaient précédemment que d'un accès accompagné sur un poste fixe, un projet d'ouverture était à l'étude avec le souci de les protéger. Depuis, les modalités ont rapidement évolué au travers de ce que le psychiatre nomme la « révolution Covid ». Une tablette a été prêtée par l'hôpital à l'unité avec un accès internet illimité (conservée dans l'armoire à pharmacie sécurisée), utilisée par les patients pour un contact en visioconférence avec les familles ou les intervenants extérieurs.

L'heure et la date sont indiquées dans les chambres par des horloges. Un *time timer*⁶ est parfois utilisé pour aider les adolescents à prendre conscience du temps.

La consommation de tabac n'est pas autorisée dans l'unité ni dans les espaces extérieurs.

RECOMMANDATION 30

Le service devrait développer un travail sur la gestion du tabac prenant en compte les différents aspects liés à cette problématique : la place du tabac pour les patients au moment de l'hospitalisation qui correspond souvent à une situation de crise peu propice au sevrage, le respect des droits des personnes, la possibilité d'accéder à l'extérieur, l'approche globale des déterminants de la santé pour des personnes vulnérables et les conditions de prise en charge d'un sevrage tabagique qui ne peut se résumer à l'interdiction de la consommation de tabac.

d) Les pratiques d'isolement et de contention

La zone de l'isolement comprend un couloir d'accès en retrait des espaces de circulation de l'unité avec un mobilier de mousse qui peut constituer une table et un siège pour manger à l'extérieur de la chambre, un sanitaire indépendant avec un lavabo surmonté d'un miroir en plexiglas, un WC en inox et une douche à l'italienne et la chambre d'isolement proprement dite.

⁶ Le *Time Timer* permet de se rendre compte du temps restant par une visualisation graphique, sans avoir besoin de savoir lire l'heure.

BONNE PRATIQUE 5

En pédopsychiatrie, les patients peuvent prendre le repas dans un espace hors de l'isolement.

La chambre d'isolement n'a pas bénéficié des travaux de réhabilitation de l'unité. Elle présente un lit composé d'un matelas et d'un sommier de mousse sécurisée non scellé, avec des boucles rouillées à destination de contentions et d'un radiateur sécurisé par un grillage de métal. Une pièce jumelle qui lui fait face n'est jamais utilisée pour isoler un patient mais sert d'espace de stockage d'objet volumineux (vélo, matériel de sport).

La chambre d'isolement présente des points saillants qui appellent des améliorations s'agissant de :

- la dignité des personnes isolées en l'absence de WC, de point d'eau et de dispositif d'appel qui impose de taper à la porte et d'attendre qu'un soignant se déplace ;
- la sécurité des personnes isolées devant l'accès potentiellement dangereux à un plafonnier, au système électrique de l'interrupteur du volet roulant, au système électrique à gauche du coffrage intérieur du même volet, à des chevilles persistantes dans le sol (témoins d'un mobilier anciennement scellé au sol) et à une lame de métal qui sert de joint de sol sous la porte ;
- l'hygiène devant un linoléum vétuste et sale qui ne jointe pas les plinthes.

RECOMMANDATION 31

Les patients isolés en pédopsychiatrie doivent avoir un accès permanent à des WC, à un point d'eau, à un dispositif d'appel et à des conditions d'hygiène et de sécurité équivalentes aux normes en vigueur pour l'hébergement en établissement public de santé, compatible avec le respect de leur dignité et de leur sécurité.

Les indications d'isolement des patients mineurs dans l'unité sont discutées en équipe et concernent l'agitation psychomotrice dans le cadre d'un état délirant aigu, la crise clastique dans le cadre d'une intolérance à la frustration, les passages à l'acte auto ou hétéro-agressifs, la nécessité d'une hypostimulation. Si la situation de violence nécessite l'appel des vigiles, ils sont contactés, se déplacent vers l'unité et font œuvre de présence sans toucher les patients.

Des temps calmes en chambre sont parfois prescrits, sans fermeture de la porte.

Les pratiques de contention ne sont jamais prescrites, il n'existe pas de matériel dans le pôle de pédopsychiatrie.

BONNE PRATIQUE 6

Le refus de l'utilisation des contentions et des injections intramusculaires en situation d'agitation aiguë est un choix concerté de l'équipe qui implique une maîtrise de la clinique de l'adolescent.

En l'absence de dossier patient informatisé (DPI), le registre est en format papier rangé dans un classeur spécifique. Après examen du registre, les contrôleurs ont pu constater que les décisions, le numéro de la mesure pour l'année en cours, l'identifiant patient permanent (IPP), la date de naissance, la date du jour de la mesure, le diagnostic et son code CIM (classification internationale des maladies), le mode d'hospitalisation, les antécédents de mise en chambre d'isolement, la date l'heure et le nom du décideur du début et de la fin de la mesure, le nombre d'événements

indésirables durant la période d'isolement, l'indication initiale, la prolongation (de 24h, à 7 jours, à 1 mois) et la mise en place de contention (100 % de réponses négatives) sont tracés.

L'isolement est une pratique de dernier recours peu utilisé dans l'unité dont témoigne le faible nombre des mesures (neuf en 2018, sept en 2019 et huit en 2020). Leur durée est en moyenne en 2020, de 4,76 jours correspondant à des plages horaires allant de et de 40 minutes à 17 jours.

BONNE PRATIQUE 7

Les alternatives thérapeutiques à l'isolement sont des outils de soin qui respectent la dignité du patient et sont pleinement investis par des soignants formés à l'exercice de pédopsychiatrie.

9.2 PRISE EN CHARGE DES PERSONNES DETENUES

La prise en charge des personnes détenues est interrompue depuis dix mois au profit du centre hospitalier de Ville-Evrard.

10. CONCLUSION

Outre des temps de présence médicale insuffisants, des difficultés relationnelles au sein du pôle de psychiatrie générale nuisent à la réflexion sur les pratiques professionnelles et affectent la qualité de la prise en charge. Les équipes soignantes, peu ou mal formées, se replient sur la réalisation des soins, sans analyse et possibilité d'initiative.

Ainsi, les droits à l'information spécifiques de ceux des patients admis en soins sans consentement, prévus à l'article L.3211-3 du code de la santé publique sont ignorés. Les pratiques d'isolement et de contention sont exercées dans des locaux indignes et parfois sans décision médicale préalable. Sur ce point, l'établissement n'a pas fait preuve d'une réelle transparence et n'a pas informé d'emblée les contrôleurs des enfermements en chambres autres que celles spécifiques à l'isolement. Leur sous-déclaration et la tenue aléatoire des registres répertoriant le nombre de mesures et leur durée, est de nature à démontrer qu'il n'y a pas de volonté d'éviter le recours à l'isolement et à la contention.