



Rapport de visite :

1 au 5 mars 2021 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé

Érasme à Antony

(Hauts-de-Seine)



SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé (EPS) Érasme à Antony (Hauts-de-Seine) du 1^{er} au 5 mars 2021. Cette mission constituait une deuxième visite, la première ayant eu lieu près de onze ans auparavant.

Un rapport provisoire a été adressé le 2 novembre 2021 au directeur de l'établissement, au préfet du département des Hauts-de-Seine, à la présidente du tribunal judiciaire (TJ) de Nanterre, à la procureure de la République près ce tribunal et à la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de ce même département. Le directeur de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier reçu le 1^{er} décembre 2021, la présidente du TJ de Nanterre et la procureure de la République près ce tribunal ont fait valoir leurs observations dans un courrier commun du 30 novembre 2021. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

Créé en 1982, l'EPS Érasme accueille prioritairement les résidents du département des Hauts-de-Seine. Il intervient dans dix-neuf des trente-six communes du département, soit un territoire de 417 000 habitants ; il assure la prise en charge des patients de trois secteurs de psychiatrie adulte et de trois inter secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, soit 417 000 habitants dont 169 000 habitants de moins de 19 ans. L'EPS Érasme comprend 124 lits d'hospitalisation (113 pour adultes et 11 pour adolescents) répartis dans sept unités d'hospitalisation complète, étant précisé que 50 % des lits d'hospitalisation sont intersectoriels. Tous les lits d'hospitalisation complète sont regroupés sur le site principal de l'établissement, qui comporte également deux places d'hôpital de jour en intra hospitalier et trois places d'hôpital de nuit.

L'établissement dispose d'atouts matériels et humains solides.

Les locaux offrent une qualité d'hébergement respectueuse de la dignité et de l'intimité des patients. La majorité des chambres sont individuelles et équipées de douche, toilettes, lavabo et miroir, ainsi que d'un verrou de confort. La liberté d'aller et venir des patients est assurée de manière large dans un site ouvert sur l'extérieur, sans dispositif de sécurité particulier, et ce même pendant la crise sanitaire. Les biens des patients sont inventoriés et peuvent être conservés en sécurité dans les chambres, grâce à l'existence de placards fermant à clé, de verrous de confort et de coffres pour certaines unités. Toutefois, le programme de réhabilitation devra veiller à la réhabilitation des pièces d'eau et à celle de l'unité intersectorielle d'admission.

Si l'établissement rencontre des difficultés relatives aux ressources humaines, la prise en charge reste de qualité. Ainsi, les équipes médicales et soignantes sont impliquées et soucieuses des besoins des patients et les prises en charge individualisées. Les activités sont importantes et diversifiées même si elles pourraient être renforcées dans leur dimension thérapeutique. La prise en charge de pédopsychiatrie est attentive et repose sur un projet médical tenant compte des spécificités des mineurs.

Le respect des droits des patients en SSC est une préoccupation prise en compte par les équipes. La tenue des registres de la loi permet de suivre aisément le déroulement des procédures même si certaines informations sont manquantes. Le recueil des événements indésirables est encouragé et les faits de violence font l'objet d'actions de prévention nombreuses et variées. Une procédure de désignation de la personne de confiance existe et elle est appliquée dans les unités, parfois avec une proactivité qui va au-delà de la loi. Le service social est efficace et

l'établissement organise des journées de sensibilisation sur la psychiatrie en présence des mandataires judiciaires.

Une évolution est néanmoins attendue sur plusieurs points du contrôle. L'importante proportion des patients hospitalisés en soins sans consentement, notamment en péril imminent, augmente dans cet établissement suroccupé, ce qui doit l'inciter à initier une réflexion sur ce sujet avec l'ensemble des partenaires. Cette réflexion nécessiterait de s'étendre aux conditions d'isolement dont le souci de qualité matérielle ne doit pas conduire à une banalisation des mesures.

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 31

En confiant au département d'information médicale (DIM) le soin de suivre le nombre de personnes de confiance désignées par les malades dans chaque unité et en rappelant via les secrétariats les désignations manquantes dans le dossier patient informatique, l'établissement obtient un taux de désignation important.

BONNE PRATIQUE 2 34

L'institutionnalisation de rencontres entre les mandataires judiciaires et les professionnels de la psychiatrie concourt à un exercice mieux adapté des mesures de protection grâce à une meilleure compréhension des besoins des patients.

BONNE PRATIQUE 3 86

L'existence d'un livret d'accueil et de règles de vie spécifiques à l'UHADO, adaptés à la compréhension d'un public adolescent, est de nature à informer de manière exhaustive les patients mineurs hospitalisés.

BONNE PRATIQUE 4 87

L'accord formel des deux titulaires de l'autorité parentale est recherché.

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 18

Le nombre de chambres d'isolement est supérieur aux besoins. L'établissement doit dès à présent conduire une réflexion sur leur réadaptation et la traduire au schéma directeur immobilier.

RECOMMANDATION 2 23

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

RECOMMANDATION 3 24

L'établissement doit engager une réflexion sur la gestion de la suroccupation.

RECOMMANDATION 4 25

Indépendamment de la création d'un espace éthique au sein du GHT, la réactivation du comité d'éthique à l'échelle de l'établissement est une nécessité afin de permettre de mener des réflexions pluriprofessionnelles, en lien avec les préoccupations quotidiennes des professionnels, notamment sur les sujets relatifs à l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement.

Le comité d'éthique gagnera par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

RECOMMANDATION 5	26
Le patient doit être en mesure de prendre connaissance du règlement intérieur de l'établissement durant son séjour à l'hôpital.	
RECOMMANDATION 6	27
Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le week-end et les jours fériés les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.	
RECOMMANDATION 7	28
Le document portant notification des droits et voies de recours doit faire l'objet d'une actualisation et être complété des adresses de l'ensemble des autorités compétentes en matière de contrôle des droits. Cette recommandation doit être réalisée rapidement.	
RECOMMANDATION 8	30
Le personnel doit être davantage sensibilisé à l'existence du support de recueil des plaintes et réclamations et le proposer au patient. Le patient doit disposer d'un accès direct au support s'il souhaite l'utiliser.	
RECOMMANDATION 9	32
L'accès aux différents cultes doit être organisé pour que les patients qui le désirent puissent facilement contacter un représentant de leur religion. Des informations affichées dans les unités doivent permettre d'offrir cette pluralité de choix. Les coordonnées des représentants des cultes doivent être tenues à jour et accessibles à tous les patients.	
RECOMMANDATION 10	34
Les équipes soignantes doivent uniquement utiliser le dossier patient informatisé pour renseigner le choix du patient de non-divulguer sa présence à des tiers. Elles doivent être informées et formées à son utilisation.	
RECOMMANDATION 11	35
Les équipes soignantes doivent être informées qu'il existe une procédure permettant au patient que son identité soit inconnue du service hospitalier.	
RECOMMANDATION 12	35
Pour garantir la confidentialité de la présence du patient vis-à-vis des tiers cherchant à joindre au téléphone un patient ou simplement s'assurer de sa présence à l'hôpital, le standard doit être en mesure de vérifier si le patient a demandé à bénéficier du statut d'« identité protégée ».	
RECOMMANDATION 13	37
Le rôle et les moyens d'action de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être portés clairement à la connaissance des patients dans le livret d'accueil.	
RECOMMANDATION 14	38
La commission départementale des soins psychiatriques des Hauts-de-Seine doit rapidement fonctionner au complet.	
RECOMMANDATION 15	39
La composition de la commission des usagers doit s'ouvrir à d'autres associations représentatives des patients.	
RECOMMANDATION 16	40
Le registre de la loi doit mentionner la date à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et sur les droits y afférents. Le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient placé en soins sans consentement, et le nom du	

mandataire doivent y être portés, qu'ils soient connus à l'admission ou interviennent au cours de déroulement de la mesure.

RECOMMANDATION 17 41

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet, le président du tribunal judiciaire et le maire, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

RECOMMANDATION 18 42

La qualité des soins des patients hospitalisés à l'EPS Érasme en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), comprenant une évaluation clinique et sociale de leur autonomie lors de sorties de courte durée, ne saurait se voir dégradée par des refus préfectoraux systématiques.

RECOMMANDATION 19 42

Les programmes de soins ne peuvent se substituer à une hospitalisation complète avec des permissions de sorties quotidiennes ou hebdomadaires et doivent correspondre à une réelle fin du séjour hospitalier avec une mise en œuvre de modalités de prises en charge ambulatoires.

RECOMMANDATION 20 43

Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée.

Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire.

RECOMMANDATION 21 44

À l'admission et tout au long de l'hospitalisation, l'établissement doit fournir une information complète au patient sur son droit de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention pour mettre fin à la mesure de soins sans consentement ou en changer les modalités d'exécution. L'information sur ses modalités d'exercice, notamment les coordonnées de la juridiction et des avocats, doit être effectivement accessible à l'aide d'un affichage ou d'un document remis au patient.

RECOMMANDATION 22 46

Le tableau des avocats inscrits au barreau de Nanterre doit être porté à la connaissance des patients en soins sans consentement.

RECOMMANDATION 23 52

La terrasse aménagée à l'Unité Intersectorielle d'Admission (UIA), utilisée notamment par les patients fumeurs, doit être réaménagée et davantage équipée pour offrir des conditions d'accueil dignes.

RECOMMANDATION 24 57

Le processus d'« humanisation » du site doit être poursuivi, amplifié et accéléré.
Des mesures telles que l'installation de mains courantes, le changement de noms des unités ou la transformation des chambres doubles en chambres individuelles doivent être prises.
Des investissements plus lourds, consistant par exemple en la création d'équipements sportifs extérieurs, doivent également être envisagés.

RECOMMANDATION 25 58

Les abords des bâtiments et les « abribus » doivent faire l'objet d'un entretien plus régulier.

RECOMMANDATION 26 59

Les salles d'eau doivent être réhabilitées en priorité et dès que de besoin.

- RECOMMANDATION 27** 60
 Une attention particulière doit être portée aux patients les plus fragiles et à ceux privés de permissions de sortie, et des solutions trouvées, pour leur permettre d'accéder eux aussi à leur argent.
- RECOMMANDATION 28** 64
 Les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, dont l'état clinique nécessite une prise en charge urgente, doivent bénéficier de soins d'une qualité équivalente et de l'accès à un psychiatre titulaire d'une qualification à l'ordre des médecins, tous les jours de l'année, lorsqu'ils se présentent aux urgences de l'hôpital Béclère de Clamart.
- RECOMMANDATION 29** 64
 Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier, aux urgences de l'hôpital Béclère, d'un examen clinique réalisé dans un box adapté, selon les recommandations de la société française de médecine d'urgence.
- RECOMMANDATION 30** 65
 Les pratiques de contentions prolongées de certains patients à présentation psychiatrique qui vont bénéficier d'une mesure de soins sans consentement, réalisées sur un brancard disposé dans un lieu de passage du service des urgences de l'hôpital Béclère, sont indignes et doivent cesser. En tout état de cause elles doivent être tracées dans un registre.
- RECOMMANDATION 31** 66
 Pour respecter les droits fondamentaux d'un patient en soins sans consentement dans l'attente de son transfèrement à l'EPS Érasme, la chambre hôtelière de l'hôpital Béclère qui l'héberge devrait, au minimum, disposer d'une salle d'eau munie d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'une douche, d'un éclairage naturel et électrique suffisant, d'un système efficace de ventilation et de chauffage et d'un dispositif d'appel de l'équipe soignante.
- RECOMMANDATION 32** 67
 Le choix de la procédure, lors de la mise en œuvre initiale d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers (procédure classique, de péril imminent ou d'urgence) doit répondre à l'état clinique psychiatrique du patient et à l'évaluation de l'existence, de la qualité et de la pérennité de son consentement, conformément aux dispositions du code de la santé publique.
- RECOMMANDATION 33** 68
 Les directives anticipées incitatives en psychiatrie devraient être généralisées dans l'ensemble des pôles et un partenariat avec des patients pairs contribuerait au processus d'alliance thérapeutique des prises en charge soignantes.
- RECOMMANDATION 34** 70
 Les patients doivent bénéficier d'un accès à des activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation, tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins.
- RECOMMANDATION 35** 73
 L'administration des médicaments doit respecter la confidentialité pour tous les patients.
- RECOMMANDATION 36** 76
 Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible au patient y compris pendant la contention ; celui-ci doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière lui-même. Elles doivent être meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant.
 Le fenestron de la porte d'accès à la salle d'eau depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes, vue qui constitue une atteinte à la dignité et l'intimité du patient.

RECOMMANDATION 37	77
Les décisions d'isolement doivent être validées par un psychiatre dans l'heure après un examen physique du patient.	
RECOMMANDATION 38	77
Les services de sécurité doivent être informés de tout placement en chambre d'isolement afin de pouvoir assurer les évacuations en cas de besoin.	
RECOMMANDATION 39	81
Les isolements en chambre hôtelière doivent être proscrits.	
RECOMMANDATION 40	82
Les actions déjà envisagées pour limiter le recours à l'isolement et à la contention doivent être mises en œuvre dans les meilleurs délais. Elles doivent être complétées par un projet d'utilisation différente des micro-unité d'isolement. Les questionnaires de sortie de chambres d'isolement, remis aux patients ne doivent pas les interroger sous l'angle de l'analyse de l'isolement comme mesure thérapeutique, alors qu'il n'est qu'une pratique de dernier recours, décidée pour pallier la survenue d'un risque imminent.	

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	21
Les équipes de soin doivent bénéficier d'une supervision, animée par une personne extérieure à l'établissement, afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.	
RECO PRISE EN COMPTE 2	47
L'EPS Érasme doit mettre en œuvre une procédure de transmission systématique au juge des libertés et de la détention des éléments relatifs aux mesures d'isolement et de contention dont la durée se prolonge au-delà des délais prévus par l'article L.3222-5-1 (motifs, conditions de déroulement), ce afin de mettre en mesure le magistrat d'exercer le contrôle qui lui incombe.	
RECO PRISE EN COMPTE 3	53
Une réflexion institutionnelle doit avoir lieu sur le sujet de la sexualité.	
RECO PRISE EN COMPTE 4	62
L'offre de repas doit être revue pour satisfaire aux besoins quotidiens des patients, en particulier des adolescents. De réelles alternatives doivent aussi être proposées aux patients suivant des prescriptions alimentaires d'ordre religieux. La commission « restauration » incluant une participation des patients doit être réactivée.	
RECO PRISE EN COMPTE 5	79
Les mesures d'isolement ne doivent concerner que les patients admis en soins sans consentement. Les patients entrés en soins libres ne doivent pas en faire l'objet et si tel est néanmoins le cas, leur statut doit être modifié rapidement.	

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	11
1. CONDITIONS DE LA VISITE	11
2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE	13
2.1 Des observations positives antérieures sont inchangées	13
2.2 Des observations positives antérieures sont à nuancer	13
2.3 Des observations antérieures ont connu une évolution positive	13
2.4 Des observations antérieures restent d'actualité	14
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	15
3.1 L'établissement dispose d'une offre de soins variée et complémentaire	15
3.2 Le budget couvre les besoins de fonctionnement	17
3.3 L'établissement est confronté à un problème d'attractivité	19
3.4 L'importante proportion de patients hospitalisés en soins sans consentement, notamment en péril imminent, augmente dans cet établissement suroccupé..	21
3.5 Il n'existe pas de comité d'éthique au niveau de l'établissement	24
4. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS	26
4.1 L'information générale est difficilement consultable et la notification des décisions et des voies de recours n'est pas assurée sept jours sur sept.....	26
4.2 Le recueil des événements indésirables est encouragé et les faits de violence font l'objet d'actions de prévention nombreuses et variées.....	28
4.3 La désignation de la personne de confiance est encouragée	30
4.4 L'accès au vote est facilité	31
4.5 L'accès aux différents cultes n'est pas pleinement garanti.....	32
4.6 Les patients bénéficient des mesures de protection juridique grâce à un service social hospitalier impliqué	33
4.7 La confidentialité sur la présence n'est pas garantie	34
5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS	37
5.1 La commission départementale des soins psychiatriques assure pleinement son rôle mais celui-ci est insuffisamment explicité aux patients et les actions de la commission des usagers ont une portée limitée.....	37
5.2 La tenue du registre de la loi permet de suivre aisément le déroulement des procédures même si certaines informations sont manquantes	39
5.3 Le préfet refuse des sorties de courte durée aux patients en SPDRE et des programmes de soins, dont certains maintiennent l'hospitalisation complète, sont mis en œuvre pour assurer la qualité des soins pendant la prise en charge hospitalière	41

5.4	Le recours au juge des libertés et de la détention n'est pas pleinement garanti et la portée du contrôle systématique est relativisée par les délais de saisine	44
6.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	49
6.1	Les patients bénéficient d'une ample liberté d'aller et venir	49
6.2	Les restrictions de la vie quotidienne sont peu nombreuses.....	50
6.3	Les communications avec l'extérieur sont souples.....	52
6.4	La sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle	53
7.	LES CONDITIONS DE VIE.....	54
7.1	S'ils appellent des aménagements et des travaux de rénovation, les locaux offrent aux patients des conditions d'accueil globalement dignes.....	54
7.2	Les patients ont les moyens d'entretenir une hygiène personnelle satisfaisante	57
7.3	À l'exception de l'argent, les patients ont facilement accès à leurs biens.....	59
7.4	La qualité et la quantité des repas sont insuffisantes.....	61
8.	LES SOINS.....	63
8.1	Les conditions matérielles et les pratiques de contention lors de la prise en charge initiale aux urgences de l'hôpital Béclère sont indignes	63
8.2	Les soins psychiatriques sont individualisés.....	67
8.3	Une attention particulière est accordée à la réalisation de soins somatiques de qualité	70
8.4	La gestion des traitements répond aux attentes organisationnelles et de sécurité mais leur administration aux patients ne respecte pas la confidentialité	72
9.	L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	74
9.1	Les lieux d'isolement sont nombreux et agrémentés	74
9.2	Les pratiques d'isolement s'adaptent à l'état clinique du patient.....	76
9.3	Le registre d'isolement et de contention est inexploitable	79
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	84
10.1	L'unité de pédopsychiatrie offre une prise en charge de qualité	84
10.2	L'établissement n'accueille pas les personnes détenues.....	87
11.	CONCLUSION.....	88

Rapport

Contrôleurs :

- Marion TESTUD, cheffe de mission ;
- Charles KADRI ;
- Augustin LABORDE ;
- Anne LECOURBE ;
- Julien STARKMAN ;
- Michel THIRIET.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite de l'établissement public de santé Érasme à Antony (Hauts-de-Seine) du 1^{er} au 5 mars 2021.

Cette mission constituait un deuxième contrôle, faisant suite à une première visite réalisée du 21 au 23 décembre 2009.

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 1^{er} mars 2021 à 14h. Ils l'ont quitté le 5 mars à 12h30.

La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction de l'établissement. Le préfet des Hauts-de-Seine, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal, la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de santé des Hauts-de-Seine et le bâtonnier de l'ordre des avocats des Hauts-de-Seine ont été avisés de la visite.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le directeur de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue en présence de celui-ci, de la directrice des ressources humaines, des affaires médicales et des affaires générales, de la présidente de la commission médicale d'établissement et de la directrice des soins, de la culture et des activités socio-éducatives.

Une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant d'avoir un accès au site intranet, a été mise à la disposition des contrôleurs. Les documents demandés par l'équipe ont été transmis rapidement et regroupés dans un dossier électronique alimenté tout au long de la visite. Des affichettes signalant la visite des contrôleurs avaient été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, comme ils le souhaitaient et en toute confidentialité, tant avec des patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, ils ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD) et, à cette occasion, ont eu un rapide entretien avec ce dernier.

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 s'est tenue en fin de visite le 5 mars 2021 dans un format équivalent à celui de la réunion de présentation.

La qualité de l'accueil et la grande disponibilité des professionnels méritent d'être soulignées.

Un rapport provisoire a été adressé le 2 novembre 2021 au directeur de l'établissement, au préfet du département des Hauts-de-Seine, à la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre à la procureure de la République près ce tribunal et à la directrice de la délégation départementale de l'agence régionale de ce même département. Le directeur de l'établissement a fait valoir ses observations dans un courrier reçu le 1^{er} décembre 2021, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre et la procureure de la République près ce tribunal ont fait valoir leurs observations dans un courrier commun du 30 novembre 2021. Les observations reçues sont prises en compte dans le présent rapport. Les autres destinataires du rapport provisoire n'ont pas présenté d'observations.

2. ELEMENTS SIGNALES LORS DE LA PREMIERE VISITE

Une première visite s'est déroulée du 21 au 23 décembre 2009. Un rapport de constat a été adressé le 16 avril 2010 à la directrice de l'établissement qui a répondu le 20 mai 2010. Le rapport de cette première visite a intégré les observations formulées¹.

Le rapport de visite faisait état de seize observations.

2.1 DES OBSERVATIONS POSITIVES ANTERIEURES SONT INCHANGEES

Les observations positives suivantes formulées en 2009 sont inchangées :

- des structures intersectorielles sont mises en place et permettent d'optimiser le fonctionnement de chaque service : quatre unités sur sept sont intersectorielles ce qui représente 50 % des lits d'hospitalisation (cf. § 3.1) ;
- la politique de l'établissement consiste à faire sortir au maximum les patients vers l'extérieur : les patients bénéficient toujours d'une ample liberté d'aller et venir (cf. § 6.1) ;
- les professionnels exercent leur activité dans un bon climat de travail et les relations avec la direction sont bonnes : les contrôleurs ont constaté un climat de travail serein et de bonnes relations entre les services (cf. § 3.3) ;
- la direction de l'établissement a mis en œuvre au bénéfice des patients une intense politique culturelle à laquelle tous les professionnels sont associés : de nombreuses activités occupationnelles sont proposées (cf. § 8.2.2).

2.2 DES OBSERVATIONS POSITIVES ANTERIEURES SONT A NUANCER

Les observations positives suivantes formulées en 2009 sont à nuancer :

- la qualité des prestations hôtelières proposées aux patients est à souligner : les locaux, s'ils offrent aux patients des conditions d'accueil globalement dignes, doivent désormais faire l'objet d'aménagements et de travaux de rénovation (cf. § 7.1) ;
- la création de micro-unités au sein de l'espace d'isolement paraît être une très bonne initiative puisqu'elle permet d'offrir un plus grand espace aux patients mis en isolement ce qui concourt à une diminution du temps passé sous cette mesure de contrainte : le statut des micro-unités d'isolement doit être repensé en raison de ses effets qui « humanisent » les pratiques d'isolement et conduisent à les banaliser (cf. § 9.3).

2.3 DES OBSERVATIONS ANTERIEURES ONT CONNU UNE EVOLUTION POSITIVE

Les observations suivantes formulées en 2009 ont connu une évolution positive :

- les patients n'ont pas la possibilité de s'enfermer dans leurs chambres : les chambres disposent désormais d'un verrou de confort (cf. § 7.1) ;
- la notion de personne de confiance n'est pas comprise : La notion de personne de confiance est connue et sa désignation encouragée (cf. § 4.3).

¹ CGLPL, Rapport de visite de l'établissement public de Santé Érasme du 21 au 23 décembre 2009.

2.4 DES OBSERVATIONS ANTERIEURES RESTENT D'ACTUALITE

Les observations suivantes formulées en 2009 restent d'actualité :

- le nombre de patients hospitalisés sous contrainte apparaît élevé : 77,8 % des hospitalisations, le jour de la visite : la part des patients en soins sans consentement dans l'activité générale est toujours importante (cf. § 3.4) ;
- la notification des droits du patient hospitalisé sous contrainte présente des lacunes : la notification des décisions et voies de recours n'est pas assurée sept jours sur sept (cf. § 4.1) ;
- le registre de la loi ne doit pas être visé par des magistrats du tribunal de commerce mais par ceux du tribunal de grande instance de Nanterre : si le registre de la loi est contrôlé par le procureur du tribunal judiciaire de Nanterre, le maire de la commune ne les a jamais visés (cf. § 5.2) ;
- l'organisation entre les différents services manque d'homogénéité : les règles notamment sur l'accès aux moyens de communication et aux visites varient selon les unités (cf. § 6.3) ;
- l'emplacement et l'installation des postes téléphoniques mis à la disposition des patients dans les différents services n'assurent ni confidentialité ni discrétion : l'emplacement et l'installation des cabines téléphonique sont inchangés mais les patients sont généralement libres de conserver leur téléphone portable et de l'utiliser (cf. § 6.3.1) ;
- l'absence d'activités au bénéfice des patients hospitalisés est à déplorer : si de nombreuses activités occupationnelles sont organisées, les activités thérapeutiques sont insuffisantes (cf. § 8.2.2) ;
- la mise en œuvre de l'isolement et de la contention de façon séquentielle est à souligner mais aucune de ces mesures ne fait l'objet d'une traçabilité dans un registre spécifique : Le registre est inexploitable en l'état car il comptabilise à la fois des isolements stricts, partiels et « faute de place » (cf. § 9.3).

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ETABLISSEMENT DISPOSE D'UNE OFFRE DE SOINS VARIEE ET COMPLEMENTAIRE

3.1.1 Présentation de l'EPS Érasme

Créé en 1982, l'établissement public de santé (EPS) Érasme accueille prioritairement les résidents du département des Hauts-de-Seine. Il intervient dans dix-neuf des trente-six communes du département, soit un territoire de 417 000 habitants, composé de trois secteurs de psychiatrie adulte et trois inter secteurs de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (169 000 habitants de moins de 19 ans).

Le département des Hauts-de-Seine a connu de très fortes mutations urbaines, démographiques et sociologiques depuis 40 ans. Sa population a crû de 17 %, passant de moins de 1,4 million d'habitants à plus de 1,6 million d'habitants et les projections démographiques indiquent que cette tendance devrait continuer dans les années à venir. Cette croissance a toutefois été très inégale selon les territoires. Si certaines communes proches de Paris ont vu leur population augmenter fortement (Issy-les-Moulineaux, Châtillon, Suresnes), d'autres ont stagné voire décru (Meudon, Bagneux, Malakoff). Dans le même temps, le nombre de lits d'hospitalisation de l'EPS est passé d'environ 200 à 100 (cf. § 3.4).

Depuis le 1^{er} juillet 2016, l'EPS Érasme est membre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Psy Sud Paris, auquel participent également la Fondation Vallée (Gentilly Val-de-Marne) et le groupe hospitalier Paul Guiraud (Villejuif, Val-de-Marne). Le groupe hospitalier « Hôpitaux universitaires Paris Sud » (HUPS) de l'AP-HP² est membre associé de ce groupement. Déployé sur seize secteurs de psychiatrie générale et quatre inter secteurs de psychiatrie infanto-juvénile, le GHT Psy Sud Paris dessert un territoire de 1 289 723 habitants.

L'EPS Érasme est le cinquième établissement intervenant dans les Hauts-de-Seine en termes de parts de marché et le premier en termes de parts de marché en ambulatoire.

Il dispose depuis 2017 d'une certification de niveau A délivrée par la Haute Autorité de santé qui avait investigué cinq sujets lors de sa visite : le management de la qualité et des risques, le parcours du patient, les droits des patients, la gestion du dossier patient et le management de la prise en charge médicamenteuse.

3.1.2 L'organisation de la psychiatrie

L'EPS est composé :

- d'un site principal d'hospitalisation d'une capacité de 124 lits d'hospitalisation complète, dont 11 lits pour adolescents, plus 8 chambres d'isolement, 2 places d'hôpital de jour en intra hospitalier et 3 places d'hôpital de nuit ;
- de 24 lieux de soins extra hospitaliers desservant dix-neuf des trente-six communes du département des Hauts-de-Seine.

L'offre de soins et d'accompagnement de l'établissement s'organise autour de six pôles cliniques associés chacun à un secteur, trois pôles de psychiatrie générale (le pôle 9 qui correspond aux communes de Puteaux et Suresnes, le pôle 20 qui correspond aux communes de Châtenay-Malabry, Fontenay-aux-Roses, Sceaux et le pôle 21 qui correspond aux communes d'Antony et

² AP-HP : Assistance Publique-Hôpitaux de Paris.

Bourg-la-Reine) et trois pôles de psychiatrie infanto-juvénile (le pôle 5 correspondant aux communes de Boulogne-Billancourt, Chaville, Meudon et Sèvres, le pôle 6 correspondant aux communes de Clamart, Issy-les-Moulineaux, Malakoff, Montrouge, Le Plessis Robinson, et Vanves et le pôle 7 correspondant aux communes d'Antony, Bagneux, Bourg-la-Reine, Châtenay-Malabry, Châtillon, Fontenay-aux-Roses, Sceaux).

Une équipe pluridisciplinaire est rattachée à chacun des pôles et intervient dans les lieux de soins.

a) L'offre extra hospitalière

L'offre de soins extra hospitalière est dense et bien coordonnée avec l'intra. Elle comprend :

- des consultations :
 - o trois centres médico-psychologiques (CMP) adultes ;
 - o seize CMP enfants ;
 - o trois centres d'accueil et de soins pour adolescents (CASA) ;
 - o trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) adultes ;
- des prises en charge spécialisées :
 - o un CATTP petite enfance ;
 - o un CATTP troubles du développement précoce ;
 - o un CATTP ados ;
- deux équipes mobiles :
 - o une équipe mobile spécialisée en psychopathologie périnatale ;
 - o une équipe mobile de coordination et de liaison pour adolescents.
- une cellule pour la prise en charge des sujets âgés.

En termes de réinsertion, l'EPS dispose d'une plate-forme de réhabilitation psychosociale, d'une maison thérapeutique et de vingt-six places en appartement relais associatif.

b) L'offre d'hospitalisation

L'EPS Érasme comprend 124 lits d'hospitalisation (113 pour adultes et 11 pour adolescents) qui sont répartis parmi sept unités d'hospitalisation complètes, étant précisé que 50 % des lits d'hospitalisation sont intersectoriels :

- trois unités de psychiatrie générale sectorielles :
 - o une unité nommée G09 rattachée au pôle 9 et comprenant 17 lits ;
 - o une unité nommée G20 rattachée au pôle 20 et comprenant 17 lits ;
 - o une unité nommée G21 rattachée au pôle 21 et comprenant 17 lits ;
- quatre unités intersectorielles :
 - o une unité d'accueil nommée unité intersectorielle d'admission (UIA) rattachée au pôle 9 comprenant 17 lits ; l'UIA est le cœur du dispositif intra hospitalier dans l'établissement puisqu'en principe tous les patients arrivants, y compris en soins sans consentement, doivent y être hospitalisés, avant d'être éventuellement transférés dans une autre unité de l'EPS.
 - o une unité de réinsertion nommée unité intersectorielle de réinsertion (UIR) rattachée au pôle 20, qui accueille des patients institutionnellement dépendants comprenant 26 lits répartis en deux ailes, l'une de « projet évaluation et

autonomie » pour des patients dont l'orientation est à construire et l'autre de « préparation-accompagnement-sortie » pour ceux dont le projet de sortie est défini ;

- une unité pour patients anxiodépressifs nommée unité intersectorielle Eugène Minkowski, rattachée au pôle 21 et comprenant 19 lits ;
- une unité d'hospitalisation complète pour adolescents dite unité Winnicott ou UHADO, ouverte en 2020, rattachée au pôle 5 et comprenant 11 lits pour accueillir des adolescents de 12 à 17 ans.

Le contrôle a porté sur ces sept unités d'hospitalisation.

L'EPS Érasme dispose également de 45 places d'hôpital de jour pour adultes (Antony, Châtenay-Malabry et Suresnes) et de 12 places d'hôpital de jour pour enfants (Montrouge).

3.1.3 Le projet d'établissement

L'EPS Érasme dispose d'un projet d'établissement médico-soignant « Érasme 2022 » décliné en trois volets : l'organisation autour de quinze parcours ou offres de soins, une politique qualité et une politique culture, la citoyenneté et l'éthique. Il propose une vision du soin fondée sur l'approche du « patient citoyen » avec l'objectif de l'accompagner dans la compréhension de sa maladie, l'informer de ses droits en tant qu'usager du système de santé, le reconnaître en tant qu'acteur de son parcours de soins. Cependant, ce projet médico-soignant ne semble pas faire référence pour les soignants de terrain (cf. § 8.2).

Ce projet a été pensé en articulation avec le projet médico-soignant partagé (PMSP) du GHT Psy Sud Paris et avec les orientations des partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux. Le PMSP est articulé, pour sa part, autour de cinq axes : l'articulation psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile, l'articulation des offres sanitaires, sociales et médico-sociales, la prévention et prise en charge des addictions, l'offre de soins en santé mentale pour les populations précaires, le dispositif partagé de l'offre de soins de thérapie familiale.

L'EPS collabore par ailleurs avec plusieurs conseils locaux de santé mentale (CLSM) de communes de son territoire d'intervention : Antony, Chaville, Le Plessis Robinson, Bagneux (avec lequel un sujet a été travaillé sur la procédure des hospitalisations sans consentement), Meudon, Sceaux, Suresnes.

Il entretient de bonnes relations avec les différentes autorités du territoire et un protocole police/ justice a été élaboré.

Cependant, l'établissement semble pâtir de sa situation géographique à la limite sud des Hauts-de-Seine, à la frontière de l'Essonne et du Val-de-Marne. Dans le cadre du GHT, l'EPS collabore avec des établissements du Val-de-Marne mais doit s'inscrire dans le projet territorial de santé mentale des Hauts-de-Seine. Ainsi, suivant les sujets, les interlocuteurs diffèrent ce qui complique leur traitement. À terme, une réflexion sur les différents territoires de rattachement (GHT, PTSM etc.) devra être initiée afin d'optimiser les collaborations.

3.2 LE BUDGET COUVRE LES BESOINS DE FONCTIONNEMENT

Le budget approuvé de l'EPS Érasme pour l'année 2020 s'élève à 39 millions d'euros entièrement réservés à la psychiatrie. Il a fait l'objet au cours de l'exercice de plusieurs notifications de financement, notamment de surcoûts liés au contexte exceptionnel de la crise sanitaire, qui a elle-même accéléré l'adoption de mesures de revalorisation des salaires (accord dit du Ségur de

la Santé), génératrices de dépenses nouvelles importantes. Il devrait atteindre les 42 millions en 2021.

Le budget est équilibré et dégage chaque année un léger excédent : de 140 396 euros en 2018, de 599 735 euros en 2019 mais ce résultat est conjoncturel car il est lié à quelques difficultés de recrutement ; il est plus proche de la réalité en 2020, à hauteur de 200 000 euros. Au bilan, on constate un report à nouveau positif de 2,3 millions d'euros. L'établissement peut donc financer les effectifs dans leur plein-emploi et conserver des marges d'intéressement pour les pôles de l'ordre de 6 000 à 7 000 euros par an, dont ces derniers se servent très utilement pour financer des activités spécifiques au bénéfice des patients.

L'EPS Érasme a bénéficié en 2020 de crédits de soutien à la psychiatrie pour un montant de 103 000 euros et devrait renouer avec une dynamique de financement « au projet » après l'année particulière de 2020 comme, par exemple, celui des soins somatiques en extra hospitalier (projet « Emissaires ») ou celui de la prise en charge des adolescents en crise.

Les indicateurs financiers sont bons : le désendettement, la capacité d'autofinancement nette voisine de 2 millions d'euros et le taux de marge brute appréciable à 5 %. Quelques cessions d'actifs ont facilité ces bons résultats.

S'agissant des investissements, et dans l'attente de la finalisation du schéma directeur immobilier (SDI, actuellement en phase de diagnostic), ils sont orientés vers l'extra hospitalier (hôpital de jour pour adolescents) et vers l'amélioration bâtementaire pour le reste (mise aux normes). La progression continue du taux de vétusté des équipements comme certains travaux d'aménagement, découlant d'une réorientation liée au nombre élevé de chambres d'isolement (micro-unités) dans un contexte de prévention accrue des mesures d'isolement, nécessiteront inéluctablement leur prise en compte au SDI et des financements spécifiques.

RECOMMANDATION 1

Le nombre de chambres d'isolement est supérieur aux besoins. L'établissement doit dès à présent conduire une réflexion sur leur réadaptation et la traduire au schéma directeur immobilier.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « les micro-unités ont été souhaitées à la création de l'établissement. Elles permettent une adaptation graduée du cadre des soins en fonction de l'évolution clinique pour des patients relevant initialement de l'isolement et de soins intensifs et raccourcissent le séjour en isolement strict. Les médecins d'Érasme restent très attachés à l'utilisation de cet espace utile pour les soins qui a été maintenu lors des travaux d'humanisation en 2002 sur les unités de psychiatrie générale et l'UIA. La sur occupation des lits est une limite pour l'utilisation optimale de cet espace. L'évolution des réglementations va conduire à repenser cet espace en diminuant le nombre de chambres d'isolement et en créant des espaces d'apaisement. Un groupe de travail est en cours en articulation avec l'EPP isolement/contention/alternatives où sont présents des associations de famille, de patients ».

Le directeur ajoute : « l'établissement a engagé depuis 2020 une démarche d'élaboration de son schéma directeur immobilier qui prévoira des actions de rénovation de ses installations...Il a été convenu de consacrer la totalité des crédits notifiés au titre des investissements du quotidien à la restructuration et la rénovation des chambres d'isolement et à la mise en place d'espaces d'apaisement (espace snoezelen) ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, si la réflexion a déjà été initiée, elle ne s'est pas encore traduite par une diminution du nombre de chambres d'isolement.

Un point d'inquiétude est à noter s'agissant des conditions d'entrée dans la réforme de la tarification en psychiatrie, notamment concernant les majorations ambulatoires, dans laquelle l'établissement ne serait, au départ, ni perdant ni gagnant.

3.3 L'ETABLISSEMENT EST CONFRONTE A UN PROBLEME D'ATTRACTIVITE

3.3.1 Les effectifs et la gestion des absences

a) Les effectifs

En 2019, l'EPS Érasme disposait d'un effectif de 505 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) dont 59,5 de professionnels médicaux (PM) et 446 professionnels non médicaux (PNM). L'établissement rencontre des difficultés de recrutement : quatorze postes vacants étaient recensés en 2019 dont un médecin et treize PNM. Au jour du contrôle, 19,5 postes vacants étaient comptabilisés dont 4,4 postes de PM, étant précisé que plusieurs postes de PNM avaient déjà été pourvus.

En effet, l'EPS Érasme concentre des facteurs qui nuisent à son attractivité : il est implanté dans une commune où les loyers sont aussi chers qu'à Paris, il n'est pas à proximité immédiate du RER et il est situé à proximité du département de la Seine-Saint-Denis qui offre des primes d'installations importantes.

La directrice des ressources humaines, en poste depuis 2018, mène une politique active pour améliorer l'attrait de l'établissement. De nombreux leviers sont utilisés pour recruter, tels que le réseau des chefs de pôle, le recours à des publications spécialisées, le réseau des professionnels de santé et un cabinet de recrutement ou pour stabiliser le personnel en améliorant la qualité de vie au travail et en réduisant les risques psycho-sociaux.

S'agissant de l'organisation des unités, quatre à cinq soignants interviennent la journée et deux la nuit (un infirmier diplômé d'Etat-(IDE) et un aide-soignant) à l'exception de l'UIA où ils sont trois (deux IDE et un aide-soignant) ; l'équipe de nuit n'est pas différenciée dans les unités.

L'équipe de médecins généralistes de l'EPS Érasme compte 2,6 ETP (un praticien hospitalier temps plein, un deuxième à 60 % et un interne à temps plein) qui se partagent les unités. Un passage est possible tous les jours de semaine dans toutes les unités (cf. § 8.3).

L'effectif du personnel de la pharmacie se compose d'un ETP de pharmacien et de deux ETP de préparateurs (cf. § 8.4).

Dans les unités, plusieurs réunions institutionnelles sont organisées : transmissions quotidiennes, réunions de synthèse hebdomadaires, réunions soignants-soignés, réunions mensuelles des médecins avec leur chef de pôle notamment (cf. § 8.2.2).

Les contrôleurs ont noté un climat de travail serein, de bonnes relations entre les différents services et une gestion de proximité facilitée par la dimension à taille humaine de l'établissement.

b) La gestion des absences

À l'échelle de l'établissement, en 2019, le taux d'absentéisme est en augmentation (passant de 6,7 % en 2018 à 7,8 % en 2019) mais il reste en deçà de la moyenne nationale (8,1 %). Cette augmentation est principalement due aux congés maternité et aux congés longue maladie, la

part des accidents du travail (l'agression étant leur principale cause) restant stable, étant précisé que l'absentéisme due aux congés de maladie dit « ordinaire » diminue.

Les unités indiquent ne pas être confrontées à un problème particulier d'absentéisme. En cas d'absence, les remplacements sont d'abord effectués par les autres membres de l'équipe ou des autres unités, en heures supplémentaires. En dernier recours, des vacataires peuvent être mobilisés mais l'établissement ne fait pas appel à des intérimaires. Une plate-forme « Whoog » de volontaires remplaçants de l'hôpital existe depuis un an et demi mais cet outil est à améliorer car les ressources humaines disponibles ne sont pas suffisantes.

3.3.2 La formation, le tutorat et la supervision

a) La formation

Le budget alloué est jugé satisfaisant tant au niveau de l'établissement (qui dispose d'un budget de 315 000 euros pour la formation) qu'au niveau des unités.

Un plan de formation est élaboré chaque année après un recueil des besoins, puis est validé par la commission de formation, qui se tient avec la commission médicale d'établissement (CME).

L'offre est variée et le choix est beaucoup plus large depuis la mise en place du GHT car les formations sont mutualisées avec les autres établissements. Les soignants s'en disent satisfaits. Plusieurs sont obligatoires comme celles nommée « Omega » (gestion et prévention des situations de violences et d'agressivité), la protection incendie, le logiciel du dossier patient informatisé (DPI) *Dx Care*, les gestes et les soins d'urgence. Une formation sur les droits des patients et une sur les alternatives à l'isolement et à la contention sont proposées chaque année mais aucune ne se tient sur les lois de 2011 et 2013.

Si des formations viennent à manquer ou si une formation ne plait pas, les cadres des différents pôles se réunissent pour en créer une correspondant davantage aux attentes. Par exemple, la formation sur l'isolement et la contention proposée étant surtout destinée à comprendre comment isoler et/ou contenir, les cadres ont développé une formation pour inviter leurs équipes à réfléchir aux alternatives à mettre en œuvre.

L'examen des données relatives aux formations indiquent qu'en 2018 et en 2019, un nombre de départs en formation pour un niveau équivalent d'agents a eu lieu.

b) Le tutorat

S'agissant de la formation des nouveaux arrivants, le tutorat n'est pas institutionnalisé mais devrait l'être prochainement. Toutefois, à leur arrivée, les agents bénéficient d'une journée d'intégration au cours de laquelle leur sont données toutes les informations utiles sur le fonctionnement de l'établissement : l'organisation des unités, la remise d'un kit de bienvenue comprenant un guide de l'arrivant, le livret du personnel et une clé USB. Une formation sur l'histoire de la psychiatrie leur est également dispensée. Par ailleurs, les nouveaux agents sont placés en sureffectif pendant deux à trois semaines pour leur permettre de se familiariser avec le fonctionnement de l'établissement. Ils bénéficient également dans l'année de formations obligatoires portant sur le logiciel *Dx Care* ou Omega. Des projets tendant à renforcer la formation des nouveaux arrivants sont en cours d'élaboration : un socle de formations obligatoires à suivre à l'arrivée, une réalisation de vidéos pédagogiques et explicatives sur les sujets relatifs aux ressources humaines. Ces initiatives sont à saluer et doivent comprendre un renforcement de la formation sur les droits des patients dans la mesure où la faiblesse des

contenus liés à la psychiatrie de la formation initiale nécessite de consolider les connaissances des nouveaux salariés.

c) La supervision

Si des retours d'expérience (retex) sont systématiquement proposés, aucune séance de supervision et d'analyse des pratiques n'est actuellement organisée dans les unités mais le sujet est une réflexion des équipes de soins ; l'une d'entre elles en a élaboré la demande et se trouve dans l'attente de la réponse du médecin et du cadre paramédical de pôle.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les équipes de soin doivent bénéficier d'une supervision, animée par une personne extérieure à l'établissement, afin de pouvoir analyser leurs pratiques professionnelles.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « cette démarche est proposée sur l'ensemble de l'établissement et une somme propre à chaque pôle est allouée depuis 2021 afin d'adapter la demande à chaque équipe soignante ».

En conséquence, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

3.3.3 Les relations sociales

Deux organisations syndicales sont majoritaires au sein de l'établissement : Sud et la confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC). Le dialogue social est constructif. De nombreuses réunions de concertation se tiennent en dehors des réunions règlementaires et institutionnelles. Vingt-quatre se sont ainsi tenues en 2019 ayant pour objet le fonctionnement quotidien de l'établissement, la gestion d'une situation conjoncturelle ou encore le suivi ou la préparation du projet social. Les syndicats sont associés à l'élaboration du projet d'établissement et le document unique a été mis à jour en janvier 2020.

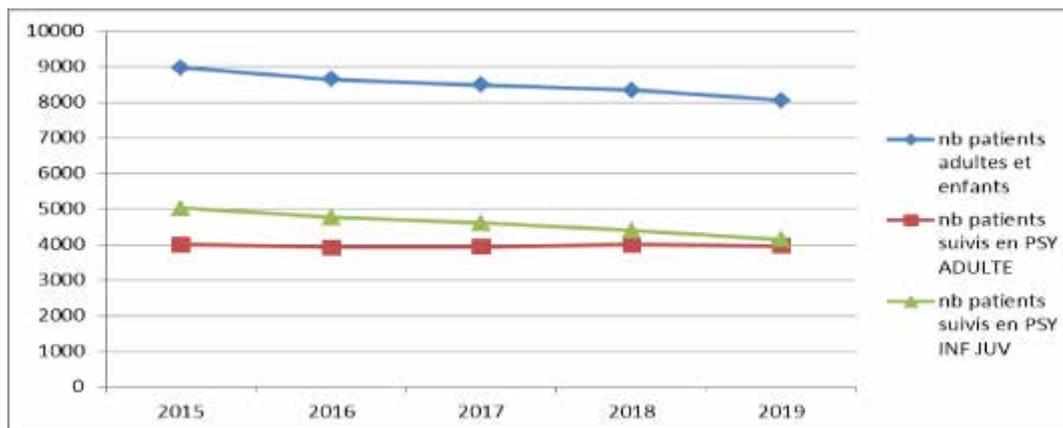
3.4 L'IMPORTANT PROPORTION DE PATIENTS HOSPITALISÉS EN SOINS SANS CONSENTEMENT, NOTAMMENT EN PERIL IMMINENT, AUGMENTE DANS CET ÉTABLISSEMENT SUROCCUPE

3.4.1 L'activité générale

En 2019, le rapport d'activité fait apparaître une file active de 8 046 patients suivis en hospitalisation ou en ambulatoire. 686 patients ont, par ailleurs, été hospitalisés à temps complet correspondant à 42 311 journées. L'analyse des données sur cinq ans fait apparaître que si le nombre de patients adultes est relativement stable, celui des patients adolescents diminue conduisant à une baisse de la file active générale.

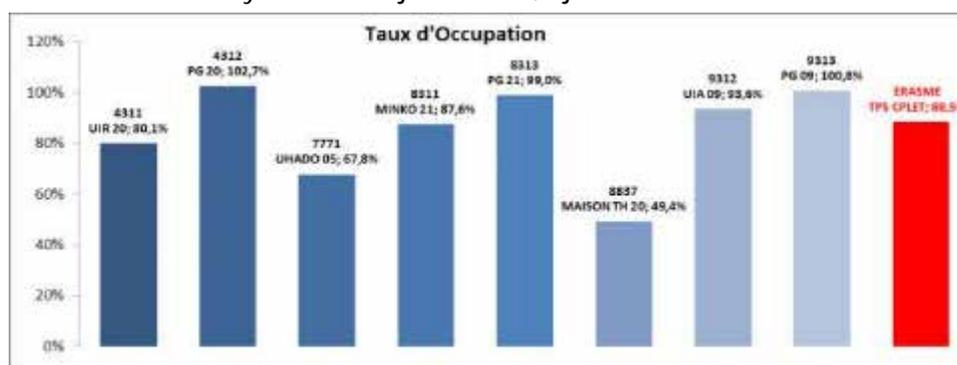
2015-2019 : Évolution des files actives des patients pris en charge à l'EPS Érasme

Patients en hospitalisation et en ambulatoire	2015	2016	2017	2018	2019
Nb patients adultes et enfants	8 973	8 642	8 486	8 340	8 046
Nb patients suivis en PSY ADULTE	3 996	3 924	3 938	4 003	3 958
Nb patients suivis en PSY INF JUV	5 028	4 756	4 599	4 391	4 150



La prise en charge des patients adultes comme adolescents se fait par ailleurs principalement en ambulatoire dans une proportion de 81 % pour les patients adultes et de 98 % pour les mineurs. Les adultes sont hospitalisés à 13 % à temps plein et à 6 % à temps partiel. Les mineurs sont, quant à eux, hospitalisés à 2 % à temps plein.

Les données communiquées font état en 2019 d'une durée moyenne de séjour par patient de 61,7 jours et d'une durée moyenne de séjour de 33,8 jours.



3.4.2 L'activité relative aux soins sans consentement

En 2020, sur les 619 patients hospitalisés, 331 le sont en soins sans consentement (SSC), dont 46 en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), 66 en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), 93 en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence (SPDTU) et 126 en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI), soit une part importante de patients en SSC de 53,5 %. Une des explications avancées tiendrait à la saturation des lits conduisant à recourir aux procédures de SSC.

L'analyse des données fait apparaître que si le nombre de patients en SSC est en diminution depuis 2015, la part des patients en SSC dans le total des hospitalisations augmente (49,3 % de patients en SSC en 2015 et 53,5 % en 2020).

Dans ce total, la part des SPDRE est en légère augmentation (elle passe de 12,8 % en 2015 à 13,9 % en 2020), celle des SPDT et des SPDTU diminue (elle passe de 58,7 % en 2015 à 48 % en 2020) comme celle des patients adolescents admis sur ordonnances de placement provisoire (OPP).

En revanche, on note une augmentation des SPPI sur la période, qui passent d'une proportion de 28,4 % en 2015 à 38 % en 2020. Par ailleurs, même si cette proportion des SPPI est stable depuis trois ans en nombre de patients et de mesures, on note entre 2019 et 2020 une augmentation du nombre de journées d'hospitalisation sous ce régime qui passe de 5 657 en 2019 à 7 314 en

2020 ainsi qu'une augmentation, corrélative, de la durée moyenne de séjour qui passe de 32,7 jours à 46,2 jours.

	2015	2016-	2017	2018	2019	2020
Nbre patients	762	737	764	702	686	619
SPDRE	48	31	42	48	44	46
SPDT/SPDTU	219	212	223	203	154	159
SPPI	106	110	109	121	126	126
OPP	3	6	3	2		
Soins libres	560	527	560	543	566	502

De plus, durant les deux dernières années, l'analyse des données fait apparaître, au sein des soins psychiatriques sur décisions du directeur, une augmentation de la proportion des SPDTU qui passe de 73 patients en 2019 à 93 en 2020, soit de 26 % à 33 % des soins psychiatriques sur décisions du directeur.

En totalité, les décisions du directeur ne reposant que sur un seul certificat médical (SPDTU et SPDPI) sont largement prédominantes : 71 % en 2019 et 77 % en 2020.

Une des raisons pouvant expliquer cette proportion importante se trouve dans l'orientation effectuée aux urgences. La procédure SPDTU est utilisée si le psychiatre des urgences est un médecin de l'établissement qui va accueillir le patient et les urgentistes ne seraient pas trop sollicités pour établir un certificat initial (cf. § 8.1).

RECOMMANDATION 2

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

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives ». Il ajoute : « les SPDTU et SPPI sont mis en place au service d'accueil d'urgence (SAU) si nécessaire et les urgentistes sont facilement sollicités. Pour autant, les SAU sont des structures de soins qui ne dépendent pas de l'établissement, seuls certains praticiens d'Erasme interviennent au SAU de Béclère. Ces questions sont soulevées à chaque réunions du tableau de garde. Ces situations sont par ailleurs régulièrement évaluées par la CDSP ».

Dans leurs observations du 30 novembre 2021 faisant suite au rapport provisoire, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal indiquent : « il convient de préciser qu'un contrôle est effectué dans le cadre de l'audience à 12 jours par le juge des libertés et de la détention, sur la régularité de ces procédures, sur la recherche des tiers pour les soins en cas de péril imminent et sur le critère de l'urgence pour les hospitalisations à la demande d'un tiers. Les avocats assistant les patients sont vigilants quant au respect des textes ».

Les contrôleurs prennent acte de ces observations et maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse pas au seul établissement.

3.4.3 La gestion de la suroccupation

Les données communiquées font état en 2019 d'un taux d'occupation de 88,5 %.

Cependant, au jour du contrôle, toutes les unités étaient occupées certaines à plus de 100 %. Le manque de lits est l'un des principaux problèmes même si les unités participent au niveau institutionnel à l'identification d'un lit dit « séquentiel » pour accueillir un patient faute de place. Faute de lits, les patients peuvent rester plus longtemps à l'UIA au lieu d'être réorientés, d'autres sont hébergés dans les chambres d'isolement portes ouvertes (c'est l'isolement dit « faute de places ») et les lits miroirs ne peuvent être conservés. Les lits des permissionnaires sont parfois occupés, en particulier dans l'unité Minkowski qui ne dispose pas de chambre d'isolement et il arrive qu'ils soient déclarés sortants au retour de leurs permissions. Par ailleurs, cette situation entraîne des sorties précoces alors que les patients auraient eu besoin de rester hospitalisés ; à l'inverse, des patients avec pourtant une hospitalisation programmée ne peuvent être admis à l'UIA. En revanche, il n'y aurait jamais de lits rajoutés.

La suroccupation est accentuée par le fait que les lits-miroirs ne sont pas conservés et que les chambres d'isolement des micro-unités sont utilisées comme des chambres d'hospitalisation. Cette suroccupation s'inscrit dans une surtension capacitaire générale en Ile-de-France, accrue en raison de la crise sanitaire, et à un manque de solutions d'aval, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), rendant difficile les projets de sortie.

RECOMMANDATION 3

L'établissement doit engager une réflexion sur la gestion de la suroccupation.

***Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :** « le rapport provisoire a été présenté dès sa réception dans des instances et a donné lieu à plusieurs échanges avec les équipes...D'une façon générale, les professionnels... sont satisfaits de la reconnaissance de la suroccupation des secteurs liée à l'augmentation sensible des situations à prendre en charge et à laquelle l'établissement comme plusieurs autres de la région est confronté de façon quasi permanente depuis plusieurs mois. Le taux d'occupation sur les 3 premiers trimestres de l'année 2021 est d'ailleurs en augmentation et s'élève à 92% ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces difficultés et maintiennent leur recommandation.

3.5 IL N'EXISTE PAS DE COMITE D'ETHIQUE AU NIVEAU DE L'ETABLISSEMENT

Selon les témoignages recueillis, un comité d'éthique a existé antérieurement. Les soignants pouvaient, *via* les cadres, faire remonter des idées d'ordre du jour. La production du comité était en revanche largement méconnue à l'exception de son rapport annuel.

La présidente de la CME a tenté, à plusieurs reprises, de réactiver le comité d'éthique, sans succès. L'appartenance de l'établissement au GHT a compliqué les choses, ce sujet devant être traité à son niveau. Cependant, il serait sur le point de reprendre ses missions, deux personnes ayant été désignées en janvier 2021 pour le réactiver.

En l'absence du comité d'éthique, certains sujets sont traités par la CME ou la commission des usagers (CDU).

RECOMMANDATION 4

Indépendamment de la création d'un espace éthique au sein du GHT, la réactivation du comité d'éthique à l'échelle de l'établissement est une nécessité afin de permettre de mener des réflexions pluriprofessionnelles, en lien avec les préoccupations quotidiennes des professionnels, notamment sur les sujets relatifs à l'isolement, la contention et les droits des patients en soins sans consentement.

Le comité d'éthique gagnera par ailleurs à s'ouvrir à des participations extérieures pour mieux garantir la pluridisciplinarité du traitement des questions éthiques.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « cet espace a existé. Le départ des professionnels en charge de son animation l'a interrompu. Le projet d'un espace CHT a été envisagé. L'établissement relancera la mise en place d'un espace ou comité éthique pour ses situations et le cas échéant son articulation avec l'espace du CHT sera organisée ».

En conséquence, **les contrôleurs maintiennent leur recommandation.**

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

4.1 L'INFORMATION GENERALE EST DIFFICILEMENT CONSULTABLE ET LA NOTIFICATION DES DECISIONS ET DES VOIES DE RECOURS N'EST PAS ASSUREE SEPT JOURS SUR SEPT

4.1.1 L'information générale

L'établissement offre un accès à l'information générale sur son fonctionnement *via* son site internet mais sans rendre accessible son règlement intérieur à la consultation. Au sein des unités, sa consultation n'est pas directe puisqu'il est consultable sur demande auprès de la direction générale ou auprès des pôles et des unités fonctionnelles. Cette consigne pratique rédigée dans le règlement intérieur n'est pas rapportée dans le livret d'accueil et ne figure pas dans l'imprimé de notification des droits de sorte qu'elle n'est pas exercée par le patient ni relayée par les équipes.

Le règlement intérieur (mis à jour en juin 2019) est assez complet s'agissant des droits des patients. Il est beaucoup plus prescriptif concernant les droits et obligations des professionnels sauf en ce qui concerne l'article 40 du code de procédure pénale à moins de le replacer dans l'obligation qui est leur faite de coopérer sur ce point avec le directeur de l'établissement (articles 129 du règlement intérieur).

RECOMMANDATION 5

Le patient doit être en mesure de prendre connaissance du règlement intérieur de l'établissement durant son séjour à l'hôpital.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : «*il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : information du patient relative au règlement intérieur de l'établissement* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de ces procédures et sur les modalités concrètes permettant au patient de prendre connaissance du règlement intérieur.

Les unités ne disposent pas de règlement de fonctionnement. Les règles de vie sont affichées un peu partout dans un certain désordre aggravé par l'affichage propre à la Covid-19. Une partie des règles de vie dans l'unité, rédigées de façon sommaire, est affichée dans des panneaux installés dans les couloirs. On y trouve pêle-mêle des informations sur les activités proposées, la charte de l'utilisateur en santé mentale et la charte de la personne hospitalisée, une note sur la commission des usagers, les coordonnées des structures ambulatoires, les tarifs de 2013, les indicateurs de qualité, plusieurs informations sur les mesures liées à la pandémie et l'annonce de la visite de contrôle du CGLPL. Il n'existe pas d'information sur les missions et la composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) ni la liste des avocats du barreau des Hauts-de-Seine.

D'autres supports de règles de vie, parfois contradictoires car antérieurs à la crise sanitaire (par exemple pour les visites ou les sorties dans le parc), sont collés au dos des portes de chambres

ou sur les fenêtres. Ils portent notamment sur l'usage du téléphone portable, l'accès à la télévision, l'entretien de la chambre et de la literie, le lavage du linge personnel, les horaires de repas, de visite, sur l'usage du téléphone du service (pour les patients qui n'ont pas de téléphone portable).

Le livret d'accueil, assez exhaustif, est peu remis aux patients dans les unités de post-crise car ils y sont admis par mutation de l'UIA qui a vocation à le leur remettre, mais ce point n'est pas vérifié par les soignants. Ainsi les quelques patients interrogés n'avaient pas souvenir de la remise du livret à leur admission dans l'établissement.

L'information sur les droits globaux est assurée par les membres de l'équipe soignante dès l'admission et selon l'état psychique du patient. Celui-ci rencontre en priorité un psychiatre qui s'assure de sa connaissance de son statut, lui communique l'identité du tiers, mais n'aborde pas les droits notamment de recours. La notification des droits est faite dans un second temps, par les IDE, après quelques heures ou le lendemain si l'état des patients ne permet pas d'avoir une discussion plus tôt.

4.1.2 L'information spécifique des patients en soins sans consentement

La notification des droits et des voies de recours des patients faisant l'objet de soins contraints est réalisée par les infirmiers. Cela prend entre cinq et vingt minutes si plus d'explications sont demandées. Le patient conserve un exemplaire de la notification de ses droits, ainsi qu'un exemplaire de l'avis de réception de la notification de la décision d'hospitalisation sans qu'il y soit tracé la remise de la copie des certificats médicaux.

Dans leur contenu les explications données restent générales sur un sujet parfois mal maîtrisé et sans mettre en avant les voies de recours en particulier de saisine du juge en dehors des périodes automatiques fixées par la loi. L'information se résume le plus souvent à dire au patient que le JLD va s'occuper de lui et qu'il le recevra.

La procédure de notification ne fonctionne pas pour des admissions survenues en fin de semaine, le week-end ou les jours fériés. Il est réactivé le lundi matin.

RECOMMANDATION 6

Le patient hospitalisé sans son consentement doit être en mesure de se voir communiquer le week-end et les jours fériés les décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours, conformément à l'article L.3211-3 du code de la santé publique.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : communication le week-end et les jours fériés des droits et voies de recours au patient hospitalisé sans consentement ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation. En effet, aucune précision n'est apportée sur la date de réalisation effective de ces procédures et sur les modalités concrètes permettant au patient d'avoir communication, le week-end et les jours fériés, des décisions qui le concernent et de ses droits et voies de recours.

S'il existe des difficultés de compréhension pour les patients non francophones, l'équipe peut faire appel à un centre d'interprétariat (ISM) mais en général trouve une solution en interne. Un

médecin est formé à la langue des signes sur l'hôpital. Aucun document n'est traduit dans une langue autre que le français.

S'agissant du document de notification des droits³, il n'apparaît pas suffisamment lisible et il manque les adresses du maire, du président du tribunal judiciaire (et non plus du TGI) et du CGLPL. N'y figure pas non plus comme cela a été demandé par la CDSP, le droit de consulter le règlement intérieur de l'établissement, celui de désigner une personne de confiance ou de faire part d'observations avant toute décision relative à la poursuite des soins.

RECOMMANDATION 7

Le document portant notification des droits et voies de recours doit faire l'objet d'une actualisation et être complété des adresses de l'ensemble des autorités compétentes en matière de contrôle des droits. Cette recommandation doit être réalisée rapidement.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : «il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : actualisation du support sur les droits et recours ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les documents revus.

4.2 LE RECUEIL DES EVENEMENTS INDESIRABLES EST ENCOURAGE ET LES FAITS DE VIOLENCE FONT L'OBJET D' ACTIONS DE PREVENTION NOMBREUSES ET VARIEES

4.2.1 Les faits de violence, les incidents

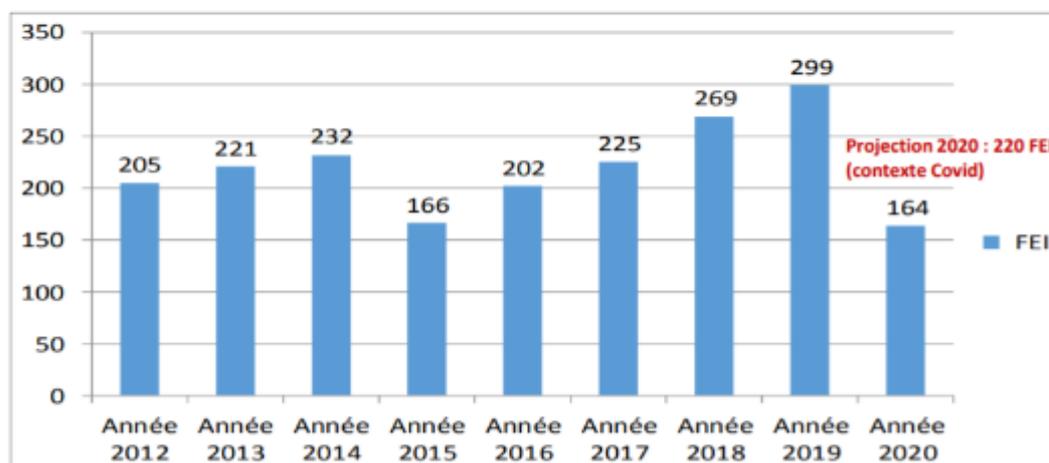
L'établissement ne gère plus seul son système d'assurance qualité depuis qu'il a rejoint le GHT « Psy Sud Paris ». En 2019, le système de déclaration des événements indésirables (EI) est unique pour l'ensemble des établissements parties au groupement. Ce choix d'intégration à un système d'information unique *via* le portail qualité du GHT vise à faciliter le signalement en ligne, à mieux organiser le recueil et l'orientation vers des référents par catégorie d'événements indésirables, à renforcer la traçabilité et l'analyse des EI.

Une synthèse des fiches d'EI traitées par l'ingénieur « qualité et gestion des risques » est réalisée régulièrement au sein de chaque pôle et présentée au niveau de l'établissement en comité de coordination des vigilances et en commission des usagers. Certains EI sont repris comme actions d'amélioration au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui n'en comporte pas moins de quatre-vingt-quinze (exemple : recenser les EI liés aux actes prescrits à des patients qui n'en sont pas bénéficiaires et sensibiliser les personnes à vérifier la concordance).

D'un point de vue quantitatif, on observe, après une progression constante des déclarations, une nette baisse des EI en 2020 attribuée à la période de la pandémie ; cette baisse est proportionnellement bien moindre en ce qui concerne les faits de violences recensés (2018 : trente-cinq / 2019 : cinquante-huit / 2020 : cinquante).

³ Procédure référencée DP.19d.001 – janvier 2017.

• Evolution des FEI sur Erasme



Sur le plan qualitatif, sur les 164 EI en 2020, 30,5 % concernent des faits de violence répartis comme suit :

- les violences volontaires : vingt-six
- les injures, insultes et provocations : treize
- les menaces et le port d'armes : treize
- les violences involontaires : cinq

Ces faits se concentrent plus particulièrement dans le pôle 5 (unité d'hospitalisation pour adolescents : vingt-quatre EI) et le pôle 9 (unité intersectorielle d'admission : quinze EI). Le personnel se sent plutôt en sécurité. En cas d'agitation, ce sont uniquement des soignants (équipes, cadres, médecins et internes) qui interviennent, au besoin avec le concours très réactif des unités voisines *via* les PTI⁴ ou le « jet de clés ».

Des actions sont conduites en vue de les prévenir ou de mieux les gérer : entretiens soignants-soignés, entretiens individuels de verbalisation, formation OMEGA, démarche d'évaluation des pratiques professionnelles en matière de gestion des renforts avec notion de renfort programmé ou par anticipation pour la prise en charge des autistes, installation au cours de l'été 2020 durant la période de la Covid-19 d'une salle de musculation avec un animateur en éducation sportive afin de proposer un espace de « désescalade » aux patients. Les analyses sous forme de REX (retour d'expérience) sur les faits de violence sont peu nombreuses car peu demandées si l'on prend en compte l'occurrence de ce type d'événements signalés (un REX au pôle 5 et un REX au pôle 20).

L'établissement s'inscrit également dans une démarche de révélation, le cas échéant, de maltraitance imputable à un professionnel de l'établissement en ayant défini en juin 2020 une procédure spécifique très complète.

Concernant les sorties sans autorisation déclarées en tant qu'EI, elles sont peu nombreuses (une en 2017, zéro en 2018, deux en 2019, deux en 2020). Pour les patients en soins sans consentement, une déclaration est faite au commissariat d'Antony et le tiers est contacté.

⁴ PTI : protection du travailleur isolé

4.2.2 Les requêtes et les plaintes

Le livret d'accueil informe le patient de son droit d'adresser une plainte ou une réclamation à la direction de l'hôpital. Il est invité à se rapprocher du cadre de santé ou du médecin du service. Dans la réalité, l'information figurant dans le livret n'étant pas très opérationnelle, l'établissement a mis au point un support de recueil simplifié mieux adapté mais peu de soignants ont connaissance de son existence. Par voie de conséquence, les patients ne l'utilisent pas.

Les plaintes et réclamations sont peu nombreuses (dix-neuf en 2019, onze en 2020) et portent sur des sujets divers dont notamment la disparition d'effets personnels (vêtements, téléphones portables, etc.). Aucune médiation n'a eu lieu au cours des dernières années.

Les délais de traitement sont en moyenne de 15 jours après l'envoi du courrier d'accusé de réception de la plainte.

La direction donne suite à certaines réclamations. À titre d'illustration, le fait de mentionner le nom des arbres du parc ou de créer une salle de musculation fait suite à une réclamation de patients.

Dans un autre registre de plainte sur des faits graves, une réflexion institutionnelle s'est engagée sur l'accompagnement des patients victimes de violences à la suite d'une tentative de viol en novembre 2020 par un patient sur deux patientes ; accompagnées par des soignants, les deux patientes ont pu porter plainte contre l'agresseur présumé. Si un patient veut porter plainte, il peut être accompagné par des soignants ou déposer seul à l'occasion d'une permission.

Les signalements à l'autorité judiciaire restent cependant rarissimes.

RECOMMANDATION 8

Le personnel doit être davantage sensibilisé à l'existence du support de recueil des plaintes et réclamations et le proposer au patient. Le patient doit disposer d'un accès direct au support s'il souhaite l'utiliser.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement s'engage à relancer cette sensibilisation au cours des temps d'information des équipes avec l'encadrement. Il existe une boîte aux lettres destinée aux patients située près des admissions destinée à recueillir toute remarque ou réclamation des patients ».

Le directeur ajoute : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : remise du document support lors de la remise du livret d'accueil ».

Les contrôleurs prennent acte de cet engagement et considèrent la recommandation partiellement prise en compte, aucune précision n'étant apportée sur les modalités concrètes permettant au patient d'avoir accès directement au support de recueil des plaintes et réclamations.

4.3 LA DESIGNATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE EST ENCOURAGEE

Le livret d'accueil de l'établissement explicite le rôle et les modalités de désignation de la personne de confiance. L'information est également portée à la connaissance des patients par le biais d'un affichage dans le couloir de sortie des unités mais il est souvent surchargé et donc peu

lisible. Les patients doivent donc essentiellement compter sur les soignants pour être informés de leurs droits en la matière.

Les agents sont au courant de la possibilité pour le patient de désigner une personne de confiance et font la distinction avec la personne à prévenir ; en revanche, ils méconnaissent pour partie d'entre eux la portée complète de son rôle comme, par exemple, de pouvoir accompagner le patient, s'il le souhaite, durant les entretiens médicaux ou au moment de consulter son dossier médical.

La politique de désignation est soutenue en s'appuyant sur la formation sur les droits des patients dispensée chaque année qui comprend le sujet de la personne de confiance, sur la mise à disposition par l'intermédiaire des soignants d'un support de désignation signé par le patient comprenant l'explication complète du rôle de la personne de confiance et au travers un dispositif de rétroaction de type « *évaluation des pratiques professionnelles* » réalisée dans son intégralité entre 2014 et 2016.

Les résultats obtenus en nombre de personnes désignées par les patients au jour du contrôle sont assez hétérogènes : quinze sur dix-neuf en UIA, dix-neuf sur dix-neuf en unité 9 de psychiatrie générale, quatre sur dix-neuf en unité 20 de psychiatrie générale, dix en unité 21 de psychiatrie générale mais avec huit refus sur dix-neuf patients, douze sur vingt-six en UIR, deux en unité intersectorielle Eugène Minkowski avec six refus et une incapacité sur dix-neuf patients. Il semble pourtant que plus l'autonomie est faible plus la désignation est prégnante ce qui est plutôt positif. Les écarts de désignation sont en grande partie à mettre sur le compte de désignations « en attente » d'accord des personnes désignées.

Sur un plan qualitatif, la désignation porte rarement sur les mandataires judiciaires, les questions d'argent traitées par eux expliqueraient que les patients sont moins enclins à les désigner. La personne désignée lors de l'entretien d'admission est alors contactée et invitée à venir signer le document pour accepter (ou le cas échéant refuser) d'assurer ce rôle. Quelques médecins cherchent *via* le patient à les faire venir durant l'hospitalisation par exemple lors d'un entretien médical ou dans la perspective d'une sortie et dans tous les cas les appellent régulièrement.

Finalement, le département d'information médicale (DIM) assure un contrôle *a posteriori* de la désignation des personnes de confiance et appelle les secrétariats des services pour signaler les manques. Cette action concrète résulte de la démarche d'EPP entreprise en 2016.

BONNE PRATIQUE 1

En confiant au département d'information médicale (DIM) le soin de suivre le nombre de personnes de confiance désignées par les malades dans chaque unité et en rappelant via les secrétariats les désignations manquantes dans le dossier patient informatique, l'établissement obtient un taux de désignation important.

4.4 L'ACCES AU VOTE EST FACILITE

L'établissement prévoit différents mécanismes facilitant le vote pour les usagers et qui sont bien connus du personnel : visite d'un officier de police judiciaire sur le site pour procéder aux formalités nécessaires aux procurations, accompagnement des patients qui le nécessitent à leur bureau de vote par des soignants, permissions de sortie accordées pour ceux à même d'y aller seuls, en fonction de leur état.

Un affichage et une information orale doivent enfin prévenir de la tenue des élections et des modalités offertes pour voter.

Ces opérations étaient prévues pour les élections des 13 et 20 juin 2021.

Dans les faits, il est rapporté que peu de patients exerceraient effectivement leur droit de vote. Il serait donc intéressant de réaliser des bilans des opérations menées en faveur de l'accès au vote des usagers lors des différents scrutins pour permettre une évaluation.

4.5 L'ACCES AUX DIFFERENTS CULTES N'EST PAS PLEINEMENT GARANTI

La question du culte est succinctement abordée dans le livret d'accueil remis aux patients.

L'établissement offre un « espace multiconfessionnel » situé dans un local attenant à la cafétéria, habituellement ouvert deux fois par semaine pour accueillir les usagers. Des offices, principalement catholiques, s'y tiennent, notamment pour les grandes fêtes religieuses. Cette salle est décorée d'objets cultuels catholiques. À ce titre, il convient de veiller à ce que la salle réservée aux cultes soit rendue neutre pour permettre la venue d'autres confessions.



L'espace multiconfessionnel

Selon les propos recueillis, les patients peuvent rencontrer les représentants du culte dans ce lieu spécifique ou dans les chambres, sous réserve de l'accord préalable des soignants.

Si les usagers demandent à voir un représentant de leur culte, l'établissement met à leur disposition une liste de coordonnées téléphoniques mais elle n'est pas à jour et n'est pas exhaustive puisqu'aucun représentant du culte musulman n'est identifié.

Par ailleurs, au motif que son fournisseur ne propose pas de menu halal, l'établissement n'offre pas ce menu aux usagers qui le requièrent. Dès lors, les patients qui demandent un régime halal sont en pratique soumis à un régime végétarien et privés d'aliments carnés (cf. § 7.4).

RECOMMANDATION 9

L'accès aux différents cultes doit être organisé pour que les patients qui le désirent puissent facilement contacter un représentant de leur religion. Des informations affichées dans les

unités doivent permettre d'offrir cette pluralité de choix. Les coordonnées des représentants des cultes doivent être tenues à jour et accessibles à tous les patients.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « aujourd'hui les représentants des différents cultes interviennent dans l'établissement mais seul le culte catholique a une aumônerie qui assure des présences sur site. Des réunions avec ses membres ont lieu sur les modalités de leur intervention. L'aménagement de la salle dédiée aux cultes sera revu ainsi que la liste des représentants ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de l'aménagement de la salle et de la mise à jour de la liste.

4.6 LES PATIENTS BENEFICIENT DES MESURES DE PROTECTION JURIDIQUE GRACE A UN SERVICE SOCIAL HOSPITALIER IMPLIQUE

L'établissement ne dispose pas de service interne de protection juridique des majeurs. Le juge des contentieux de la protection fait appel essentiellement à des organismes privés de mandataires judiciaires (UDAF⁵ 92, Association Tutélaire des Hauts-de-Seine, Nouvelles Voies) et à quelques mandataires familiaux.

Les équipes s'appuient sur les mesures de protection quand c'est nécessaire *via* un service social efficace qui initie la procédure. Le plus souvent la mesure de protection est enclenchée avant l'hospitalisation. Pour les autres, après un bilan psycho-social à l'entrée discuté en synthèse, les équipes et l'assistant(e) de service social (ASS) alertés enclenchent assez vite des mesures de protection, au besoin dès le lendemain en cas d'urgence directement auprès du tribunal judiciaire mais ils se plaignent de délais de décisions des juges anormalement longs (parfois de 8 mois hors urgence). En première intention une sauvegarde de justice suffit (mandataire spécial désigné par le juge parmi les proches).

Les patients sont informés de la possibilité de bénéficier de mesures de protection *via* le livret d'accueil. Les ASS voient pratiquement tous les patients et accompagnent si possible les patients à l'audience.

Sur l'ensemble des patients hospitalisés en psychiatrie générale au 1^{er} mars, 31 % (trente-cinq patients) bénéficient d'une mesure de protection (sur treize patients en soins sans consentement, douze ont une mesure de curatelle et un de tutelle ; sur vingt-deux patients hospitalisés en soins libres, quatorze une mesure de curatelle et huit de tutelle).

La gestion de la mesure est mandataire-dépendante. Elle se traduit par des participations relatives au projet de prise en charge notamment lorsqu'il s'agit de mesures de curatelle et beaucoup de demandes se traitent par téléphone. Les mandataires, lorsqu'il s'agit d'une tutelle, se déplacent rarement hormis lors des réunions de synthèse (deux par an pour chaque patient) auxquels ils sont invités. La présence des mandataires est également rare aux audiences du JLD (cf § 5.4).

Pour des achats de vêtements, le patient est accompagné par un membre de l'équipe ou il y va seul ; pour les remises de carte bancaire le tuteur se déplace.

⁵ UDAF : union départementale des associations familiales

Il est à noter que la suppression de la régie et de la tenue des comptes des patients par la Trésorerie depuis le début d'année oblige les patients soit à détenir des valeurs sans beaucoup de sécurité, en l'absence de coffres dans toutes les chambres des unités, soit à détenir une carte bancaire mais qui reste plus difficile à utiliser par des patients fragiles (perte de la carte, perte du code) (cf. § 7.3).

Dans un des pôles, les ASS et le cadre de santé organisent deux fois par an une matinée de sensibilisation sur la psychiatrie en rencontrant les mandataires judiciaires. La rencontre est précédée d'un relevé de questions qui sont alors traitées en réunion. Elle permet de mieux faire comprendre les demandes des patients qui peuvent être perturbées par leur pathologie tout en maintenant un lien fonctionnel utile à la protection de la personne.

BONNE PRATIQUE 2

L'institutionnalisation de rencontres entre les mandataires judiciaires et les professionnels de la psychiatrie concourt à un exercice mieux adapté des mesures de protection grâce à une meilleure compréhension des besoins des patients.

4.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS GARANTIE

La règle de non-divulgence de l'hospitalisation à des tiers (article R.1112-45 du code de la santé publique) est connue des équipes soignantes et du standard. Elle est mentionnée explicitement dans le livret d'accueil de l'établissement. Elle se traduit par la vérification du souhait du patient recueilli à son admission dans l'unité.

En pratique, et contrairement à la consigne rédigée dans le livret d'accueil, la demande est exprimée par le patient auprès des soignants et non au service des admissions. Cette demande reste néanmoins exceptionnelle et lorsqu'elle s'exprime, l'équipe en fait mention sur un tableau de consignes écrites dans l'office ou la salle de soins qui n'apporte pas la même garantie de confidentialité que le dossier patient informatisé (DPI).

RECOMMANDATION 10

Les équipes soignantes doivent uniquement utiliser le dossier patient informatisé pour renseigner le choix du patient de non-divulgence de sa présence à des tiers. Elles doivent être informées et formées à son utilisation.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de remarquer au préalable que le séjour du patient est créé par les soignants dans le DPI qui transmet les informations au logiciel de gestion administrative du séjour par une interface automatisée (CAP). Il est donc normal que cette information soit relevée par les soignants lors de l'entretien d'accueil. Le standard ne dispose pas du DPI mais seulement de la GAP. Le fait qu'un support externe au DPI soit utilisé pour recenser les demandes de non-divulgence de présence peut se comprendre pour des raisons pratiques mais l'établissement reconnaît qu'il s'agit d'un écart et une action corrective sera définie. Le DIM a d'ailleurs prévu de sensibiliser les professionnels sur cet aspect d'utilisation du DPI lors des formations régulières qu'il assure ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de l'action corrective et des formations envisagées.

La procédure d'identitovigilance définit la modalité d'enregistrement de la demande de non-divulgence de la présence par le biais d'une case à cocher dans le DPI dite de « l'identité protégée » mais dans la réalité cette modalité n'est pas connue sauf du cadre. Il est en est de même de la procédure d'anonymat qui n'est pas connue.

RECOMMANDATION 11

Les équipes soignantes doivent être informées qu'il existe une procédure permettant au patient que son identité soit inconnue du service hospitalier.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSF et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : formation des professionnels sur le dispositif des plaintes et réclamations ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modalités concrètes d'information des équipes soignantes.

L'agent du standard a accès au logiciel du bureau des entrées pour interroger la présence d'un patient mais pas à la liste des patients (moteur de recherche sur critère du nom). En cas d'appel téléphonique extérieur d'un proche d'un patient hospitalisé, il transfère l'appel sur le poste de service de l'équipe qui le prend en charge aux fins pour elle de passer ou non la communication. Cette façon de procéder n'est pas satisfaisante puisque le seul fait de transférer l'appel à une unité renseigne implicitement le tiers sur le séjour du patient.

En cas d'appel de personnes extérieures inquiètes qui cherchent à savoir si une personne a été admise à l'hôpital, le standard renvoie sur les urgences.

Les appels de renseignements demandés par la police et par d'autres autorités sont renvoyés sur la direction de l'établissement, une réquisition étant nécessaire.

RECOMMANDATION 12

Pour garantir la confidentialité de la présence du patient vis-à-vis des tiers cherchant à joindre au téléphone un patient ou simplement s'assurer de sa présence à l'hôpital, le standard doit être en mesure de vérifier si le patient a demandé à bénéficier du statut d'« identité protégée ».

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de remarquer au préalable que le séjour du patient est créé par les soignants dans le DPI qui transmet les informations au logiciel de gestion administrative du séjour par une interface automatisée (CAP). Il est donc normal que cette information soit relevée par les soignants lors de l'entretien d'accueil. Le standard ne dispose pas du DPI mais seulement de la GAP. Le fait qu'un support externe au DPI soit utilisé pour recenser les demandes de non-divulgence de présence peut se comprendre pour des raisons pratiques mais l'établissement reconnaît qu'il s'agit d'un écart et une action corrective sera définie. Le DIM a d'ailleurs prévu de sensibiliser les professionnels sur cet aspect d'utilisation du DPI lors des formations régulières qu'il assure ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modalités concrètes de vérification par le standard de l'existence d'une demande de statut d'« identité protégée ».

5. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

5.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ASSURE PLEINEMENT SON ROLE MAIS CELUI-CI EST INSUFFISAMMENT EXPLICITE AUX PATIENTS ET LES ACTIONS DE LA COMMISSION DES USAGERS ONT UNE PORTEE LIMITEE

5.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) rapporte ses observations et ses recommandations de manière détaillée en travaillant sur la base d'un questionnaire de pré-visite, la réalisation d'entretiens avec une représentation médico-administrative de l'établissement et avec quelques patients (trois en 2020) et la visite des locaux (à l'exception en 2020 où elle n'a pu avoir lieu faute de temps et de ressources humaines). Les comptes rendus de visites sont produits rapidement.

L'existence de cette commission est portée à la connaissance du patient par le biais d'une simple adresse figurant dans le livret d'accueil et dans l'imprimé de notification des droits sans que son rôle ne soit explicité. Elle est juste mentionnée dans le règlement intérieur.

La venue de la CDSP est annoncée par voie d'affichage sans informer suffisamment le patient sur le rôle qu'elle exerce en tant qu'acteur dans le processus de levée des mesures d'hospitalisation sans consentement. La possibilité de rencontrer les membres de la CDSP en sollicitant le personnel de l'unité est mentionnée dans l'annonce de leur venue.

RECOMMANDATION 13

Le rôle et les moyens d'action de la commission départementale des soins psychiatriques doivent être portés clairement à la connaissance des patients dans le livret d'accueil.

***Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :** « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : support sur le rôle de la CDSP ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements mais maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur l'actualisation effective du livret d'accueil.

Le suivi de ses travaux permet de reprendre systématiquement les attendus exprimés lors des visites précédentes en matière d'examen des situations des patients au regard du respect des libertés et des droits individuels s'agissant par exemple de l'accès par le patient aux informations concernant sa santé ou de la situation des patients au long cours. En outre, elle s'attache à analyser quantitativement et qualitativement les pratiques en matière d'isolement et de contention.

Si elle juge positivement l'écoute de l'établissement à l'égard de ses recommandations, nombre d'entre elles restent malheureusement sans réponse. Il en est notamment de l'actualisation de la procédure de notification des droits, du traitement statistique des données à l'unité et non à l'échelle de l'établissement concernant l'isolement et la contention (ce que réussit pourtant à faire le centre hospitalier Paul Guiraud, autre établissement psychiatrique du GHT) ou de

l'absence, la nuit, d'entretien clinique senior et préalable à une mise en chambre d'isolement et/ou sous contention.

Il y a lieu également de mentionner que la CDSP est fragilisée par une composition incomplète en l'absence de président et de médecin généraliste.

RECOMMANDATION 14

La commission départementale des soins psychiatriques des Hauts-de-Seine doit rapidement fonctionner au complet.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « cette recommandation ne relève pas de la compétence de l'établissement ».

En conséquence, **les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse pas au seul établissement.**

5.1.2 La place et la commission des usagers

Au travers d'un projet d'établissement arrivé à son terme, l'EPS Érasme propose une vision du soin fondée sur l'approche du « patient citoyen ». Au-delà de l'accompagnement individuel et de la reconnaissance du patient en tant qu'acteur de son parcours de soins, la participation des usagers au fonctionnement institutionnel est réservée à leur représentation par le biais d'une seule association : l'UNAFAM⁶ 92. L'idée d'élargir l'implication des patients *via* les savoirs expérientiels comme par exemple l'instauration de la pair-aidance⁷ ne s'est pas concrétisée.

Dans cet esprit, une permanence mensuelle « patient et citoyen » a été créée en 2016 dans le but d'informer les patients sur leurs droits et le fonctionnement de l'établissement mais le faible nombre de personnes souhaitant s'y rendre et le départ de son animatrice principale n'ont pas permis de la pérenniser. Il n'en demeure pas moins que cette prestation est toujours à l'affiche dans les unités et sur le site internet de l'établissement.

La commission des usagers (CDU) dont le président, représentant des usagers et également vice-président du conseil de surveillance, est donc l'instance qui permet aux usagers de participer à la vie de l'établissement. Sa visibilité est garantie dans le livret d'accueil, sur le site internet de l'établissement et dans les unités. Elle est mentionnée dans le support de notification des droits remis au patient. La portée de son action est modeste et axée sur ses compétences réglementées comme l'examen des bilans annuels sur les mesures d'isolement et contention, la satisfaction des patients, les événements indésirables graves et la production en ligne du rapport d'activité annuel. La direction avait proposé à la CDU de porter un projet de maison des usagers dont elle ne s'est pas emparée. Elle s'est réunie à cinq reprises en 2019 pour traiter de dix-neuf plaintes et réclamations et n'a pas proposé de médiation. En 2020, onze plaintes et réclamations ont été adressées à la direction et il n'y a eu aucune médiation. La pandémie liée à la Covid-19 a interrompu les réunions.

Les représentants des usagers ne sont pas spécifiquement formés, tant sur le champ d'intervention propre de la CDU, que sur la médiation et n'en expriment pas le besoin.

⁶ Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques.

⁷ Entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une même maladie, somatique ou psychique.

RECOMMANDATION 15

La composition de la commission des usagers doit s'ouvrir à d'autres associations représentatives des patients.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : «il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : composition de la CDU. Depuis plusieurs mois, le nombre et l'engagement des bénévoles de la seule association des représentants des usagers, UNAFAM, est un sujet d'inquiétude partagé. Des démarches sont en cours pour élargir la composition de la CDU à d'autres associations ou membres ».

Les contrôleurs prennent acte de ces démarches et maintiennent leur recommandation.

5.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Il existe un questionnaire de satisfaction en fin de livret d'accueil qui aborde l'item des droits sous la rubrique de la qualité des soins infirmiers. Devant le faible succès de l'outil, l'établissement a fait le choix d'administrer en ligne l'évaluation de la satisfaction des patients en se concentrant sur les dispositifs ambulatoires (CMP, CATTP, HDJ). En 2019, l'enquête a permis d'interroger 257 personnes (psychiatrie générale et pédopsychiatrie). Au regard des documents communiqués, en 2020, une enquête de post-confinement a été réalisée également à partir des structures ambulatoires recueillant 264 réponses.

Pour le reste, 128 questionnaires classiques reçus en 2020 ont concerné les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale mais il n'existe pas d'exploitation des questionnaires sur l'intra hospitalier qui permettrait de mesurer son audience réelle et les points de progrès attendus de la part des usagers.

5.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI PERMET DE SUIVRE AISEMENT LE DEROULEMENT DES PROCEDURES MEME SI CERTAINES INFORMATIONS SONT MANQUANTES

Le bureau des admissions est chargé de la tenue du registre des mesures de soins sans consentement prévu à l'article L.3212-11 du code de la santé publique. Deux registres sont tenus, l'un pour les mesures décidées par le directeur de l'établissement, l'autre pour celles prises par le représentant de l'État. Matériellement, l'EPS utilise les registres du format normalisé qu'ont adopté la plupart des établissements.

Le registre en cours des mesures SDDE porte le numéro 107 ; la première mesure a été enregistrée le 7 janvier 2021, la dernière mesure le 25 février 2021.

Le registre est renseigné des informations sur l'identité et l'adresse de la personne concernée, ainsi que, le cas échéant, de celles du tiers demandeur. Le certificat médical d'admission ainsi que la demande du tiers, hors cas de péril imminent, puis les certificats de 24 h et 72 h sont collés ainsi que les avis médicaux adressés au JLD. Sont également collés les ordonnances rendues par le JLD, les demandes de levées et les programmes de soins et, parfois, en cas de mesure prise sans demande de tiers sur le fondement du péril imminent, un document retraçant les démarches entreprises pour rechercher un tiers.

Le registre concernant les SPDRE porte les mêmes informations, l'arrêté du préfet, et éventuellement celui du maire qui a pu le précéder, est collé sur la page de garde de la mesure correspondante. Les demandes de permission et de levées de la mesure figurent également.

Ne sont jamais renseignées les informations sur l'éventuel mandataire judiciaire et la forme de la protection correspondante, pas plus que n'est indiquée la date à laquelle le patient a été informé de sa situation, de ses droits et des voies de recours⁸.

Les registres sont correctement tenus, dans les délais prévus. Quelques rares omissions ont néanmoins été relevées comme des demandes de tiers incomplètes (profession, lien de parenté). Les mentions reportées au registre permettent facilement de suivre le déroulement d'une mesure et d'en contrôler la régularité.

RECOMMANDATION 16

Le registre de la loi doit mentionner la date à laquelle la personne faisant l'objet de la mesure a reçu les informations sur la nature de cette mesure et sur les droits y afférents. Le cas échéant, la nature de la protection juridique dont fait l'objet le patient placé en soins sans consentement, et le nom du mandataire doivent y être portés, qu'ils soient connus à l'admission ou interviennent au cours de déroulement de la mesure.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « *il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : contenu du registre des soins sans consentement. Ce dernier sera revu. L'établissement vient de dématérialiser le registre de la loi au moyen d'un des logiciels utilisés par le bureau des admissions* ».

Dans leurs observations du 30 novembre 2021 faisant suite au rapport provisoire, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal indiquent : « *nous souhaitons rappeler que les visites au titre de l'année 2020 n'ont pu se tenir pour cause de crise sanitaire, mais qu'une visite est prévue prochainement à l'établissement Erasme* ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Le procureur contrôle les registres lorsqu'il visite l'établissement, la CDSP ne l'a pas fait lors de son dernier passage, en décembre 2020 mais l'avait effectué le 16 octobre 2019 et le maire de la commune ne les a jamais visés.

⁸ Article L.3212-11 du code de la santé publique : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : (...) »

⁴ Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; (...) »

RECOMMANDATION 17

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet, le président du tribunal judiciaire et le maire, ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « cette recommandation ne relève pas de la compétence de l'établissement ».

Dans leurs observations du 30 novembre 2021 faisant suite au rapport provisoire, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal indiquent : « nous souhaitons rappeler que les visites au titre de l'année 2020 n'ont pu se tenir pour cause de crise sanitaire, mais qu'une visite est prévue prochainement à l'établissement Erasme ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

5.3 LE PREFET REFUSE DES SORTIES DE COURTE DUREE AUX PATIENTS EN SPDRE ET DES PROGRAMMES DE SOINS, DONT CERTAINS MAINTIENNENT L'HOSPITALISATION COMPLETE, SONT MIS EN ŒUVRE POUR ASSURER LA QUALITE DES SOINS PENDANT LA PRISE EN CHARGE HOSPITALIERE

5.3.1 Les modalités de sorties de courtes durées

La projection de la sortie commence très tôt dans le parcours de soins hospitalier. Dès leur prise en charge dans l'unité d'admission, les patients, en soins libres (SL) comme en soins sans consentement (SSC), peuvent bénéficier de sorties de courte durée vers l'extérieur de l'établissement, pour faire des achats ou prendre un repas avec un proche. La situation de chaque patient, et notamment les perspectives de sortie, est abordée lors des réunions de transmissions quotidiennes et de réunions cliniques hebdomadaires, en particulier celles consacrées à un seul patient toutes les quatre à six semaines. Le médecin responsable a évoqué les deux à trois permissions de sorties systématiques avec une nuit à l'extérieur, de chaque patient sur le point de sortir, pour préparer la fin de leur hospitalisation.

La difficulté de l'unité d'admission étant le manque de place dans les unités de suite de soins, des sorties parfois trop précoces sont observées, dans le seul but de libérer des lits pour l'accueil de patients dont l'état clinique est préoccupant (cf. § 3.4).

Dans les unités de suites de soins (PSY G 20 et 21), les patients bénéficient aussi couramment de sorties de courtes durées dans le cadre de la préparation de leur sortie d'hospitalisation.

Les autorisations de sortie semblent davantage dépendre de l'état du patient que de son statut, à l'exception des SPDRE. Chaque patient est libre de sortir dans le parc, les unités étant ouvertes, mais il doit obligatoirement obtenir, pour franchir l'enceinte extérieure de l'EPS, un « *bon de permission* » qui renseigne leur nom, le lieu où il peut se rendre, les horaires à respecter, ainsi que l'unité concernée. Les patients sont tenus de présenter ces bons à la loge des gardiens, qui ne les conservent pas. Les permissions de sortie des patients en SSC sont de plus soumises à une évaluation médicale et à la rédaction d'un certificat médical spécifique.

Des difficultés nombreuses d'obtention de l'autorisation préfectorale *ad hoc* pour les patients en SPDRE sont observées tout au long de l'année sous la forme de refus après la première

certification, les sorties n'étant autorisées après l'établissement de deux certificats médicaux congrus.

RECOMMANDATION 18

La qualité des soins des patients hospitalisés à l'EPS Érasme en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE), comprenant une évaluation clinique et sociale de leur autonomie lors de sorties de courte durée, ne saurait se voir dégradée par des refus préfectoraux systématiques.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « cette recommandation ne relève pas de la compétence de l'établissement ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse pas au seul établissement.

5.3.2 Les programmes de soins

Afin de rendre possible l'évaluation de l'autonomie des patients malgré ces refus préfectoraux et avant d'envisager et de réaliser leur sortie définitive, des permissions de sorties à l'extérieur sont organisées dans le cadre de programmes de soin (PDS), dont le sens premier est contourné (puisque l'hospitalisation demeure complète) mais reste en cohérence avec la prise en charge soignante.

Lors de la visite de contrôle, les PDS en hospitalisation complète comprenant des sorties hebdomadaires de courte ou de longue durée concernaient cinq patients de l'unité PSY G 21 (un patient en SPDRE depuis deux ans et deux patients en SPDRE 122.1⁹ pour lesquels le préfet refusait les sorties de courtes durées), cinq de l'unité PSY G 20, six de l'UIR et un de l'unité Minkowski. Cette modalité de fonctionnement peut priver les patients concernés du contrôle de leur mesure par le JLD.

RECOMMANDATION 19

Les programmes de soins ne peuvent se substituer à une hospitalisation complète avec des permissions de sorties quotidiennes ou hebdomadaires et doivent correspondre à une réelle fin du séjour hospitalier avec une mise en œuvre de modalités de prises en charge ambulatoires.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives ». Il ajoute : « Dans une période de préparation à la sortie, il est utile d'autoriser les sorties tout en maintenant un lien fort avec le service hospitalier pour des patients présentant des situations complexes ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

Par ailleurs, une double certification médicale est demandée par le préfet lors de l'instauration de chaque PDS des patients en SPDRE et à l'occasion de chaque modification du PDS de ceux en SPDRE selon les dispositions de l'article 122.1 du code pénal.

⁹ Article 122-1 du code pénal : irresponsabilité pénale

5.3.3 La levée de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement et les structures d'aval

Les modalités de levée de la mesure d'hospitalisation diffèrent suivant le mode d'admission. Pour les patients admis en SDDE, l'hospitalisation cesse sur décision du directeur, après que les psychiatres de l'établissement en charge du malade ont certifié que les conditions l'ayant motivée ne sont plus réunies. Elles sont réalisées sans difficulté dans l'établissement.

La levée de la mesure d'hospitalisation des patients admis en SPDRE nécessite l'accord du préfet après qu'il a été destinataire du certificat médical attestant de l'inutilité de la poursuivre. Le préfet informe sans délai d'un éventuel refus le directeur de l'établissement qui demande alors l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Celui-ci rend, dans un délai maximum de soixante-douze heures, un avis sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation. Lorsque ce deuxième avis confirme le premier certificat, le préfet doit ordonner la levée de la mesure. Il a été rapporté aux contrôleurs que le préfet exige systématiquement un deuxième avis médical (qui serait toujours conforme au premier) et l'inscription de la mention « *ne présente pas de signes de dangerosité à ce jour* ».

RECOMMANDATION 20

Le certificat médical est un acte horodaté et signé par son rédacteur, qui constate ou interprète les symptômes cliniques et les examens paracliniques, présentés par un patient, dans un but justifié et établi à la demande de celui-ci ou à celle d'une autorité publique habilitée.

Le médecin ne peut établir de certificat et faire constat que de faits qu'il a personnellement et cliniquement constatés, à l'instant de l'examen, sans pouvoir se prononcer sur leur évolution à court, moyen ou long terme, s'agissant notamment de la seule dangerosité psychiatrique et non sociale, qu'il n'a pas compétence à décrire.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives ». Il ajoute : « Concernant les patients en SPDRE, nous avons été confrontés pour la demande de levée de la mesure à de nombreuses reprises à des difficultés. Une réunion a dû être organisée pour le 92 à ce sujet en présence du directeur du cabinet du préfet qui nous a impérativement demandé de mentionner au vu de la symptomatologie constatée l'absence de dangerosité actuelle pour pouvoir donner suite. Par ailleurs pendant la période de confinement COVID, toutes les demandes de levées ont été refusées sur le fait d'une nécessité du confinement. La CDSP a d'ailleurs réagi vivement à ce sujet ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse pas au seul établissement.

Les sorties, préparées dans les unités en association avec les familles et les tuteurs, se heurtent quand elles ne peuvent s'effectuer au domicile habituel, à la difficulté récurrente de trouver une place dans des structures adaptées. La question du manque de places dans des structures ambulatoires d'aval est souvent abordée, en particulier pour les patients âgés ayant une orientation en EHPAD (trois patients, sur les dix-neuf présents au moment du contrôle, étaient par exemple concernés dans l'unité PSY G 09).

5.3.4 Les modalités du collège des professionnels

Le collège des professionnels de santé se réunit pour chaque patient dont la mesure de SSC excède un an et pour ceux en SPDRE selon les dispositions de l'article 122.1 du code pénal.

Le psychiatre référent fait appel à un deuxième psychiatre de l'unité ou au médecin chef du pôle (qui la plupart du temps connaît aussi le patient), au cadre de santé ou au cadre paramédical de pôle. Le patient est évalué au préalable lors d'un entretien par l'un des deux psychiatres et la réunion des professionnels permet une discussion sur dossier.

5.4 LE RECOURS AU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION N'EST PAS PLEINEMENT GARANTI ET LA PORTEE DU CONTROLE SYSTEMATIQUE EST RELATIVISEE PAR LES DELAIS DE SAISINE

5.4.1 Les saisines directes

L'article L.3211-12 du code de la santé publique dispose que le JLD peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins sans consentement.

Ce droit de recourir au JLD n'est pas systématiquement notifié oralement par le médecin au patient lors de l'admission. Le médecin informe seulement ce dernier du contrôle du juge qui interviendra ultérieurement sans lui préciser qu'il dispose du droit de saisir le juge dans l'immédiat ou à tout moment durant son hospitalisation.

Certes, la notification de ses droits, sur laquelle figure la possibilité de saisir le JLD, est remise au patient mais, ainsi qu'il a été relevé ci-dessus (cf. § 3.1.2), il ne lui est pas clairement expliqué qu'il peut présenter une demande de mainlevée à tout moment de son hospitalisation.

Un patient a ainsi raconté qu'il a manifesté sa volonté de saisir le JLD, que le cadre de santé de son unité s'est renseigné puis lui a expliqué qu'il verrait le juge dans plusieurs mois et qu'il ne pouvait pas saisir le juge tout de suite car « *le dossier est bloqué par le préfet* ».

L'information sur le droit de saisir le JLD et sur ses modalités ne font l'objet d'aucun affichage dans l'enceinte de l'établissement.

Le livret d'accueil est le seul document accessible au patient qui contienne les informations nécessaires au recours, à savoir l'adresse de la juridiction et la localisation d'un annuaire d'avocats au service des admissions. Cependant, ces informations n'apparaissent pas au sommaire ni de façon distincte. Elles sont mentionnées au fil de l'ouvrage qui compte une soixantaine de pages sans que l'utilisateur ne dispose de repère pour les trouver.

RECOMMANDATION 21

À l'admission et tout au long de l'hospitalisation, l'établissement doit fournir une information complète au patient sur son droit de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention pour mettre fin à la mesure de soins sans consentement ou en changer les modalités d'exécution. L'information sur ses modalités d'exercice, notamment les coordonnées de la juridiction et des avocats, doit être effectivement accessible à l'aide d'un affichage ou d'un document remis au patient.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour

une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : information continue du patient sur son droit de saisir le JLD. Cette information sera revue en fonction des 2 axes indiqués : affichage et structure du livret d'accueil ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, les modalités d'information n'ayant pas été revues au jour de la réception des recommandations et aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de cette révision.

5.4.2 Les modalités d'organisation

Le service des JLD du tribunal judiciaire de Nanterre, en charge de l'ensemble des contentieux, civil comme pénal, comporte quatre magistrats. Quatre greffiers polyvalents assurent, notamment, les tâches du greffe du contentieux des soins sans consentement.

Une seule audience du JLD est prévue pour les patients hospitalisés à l'EPS Érasme chaque semaine. Cette fréquence est telle que, pour que soit respecté le délai de douze jours dans lequel le juge doit statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement, certains patients lui sont présentés très en amont de l'expiration de ce délai. Tel est le cas des patients pour lesquels la mesure de soins a été prise un mercredi ou un jeudi ; ils sont présentés au JLD le mardi suivant, ce qui suppose que l'avis médical ait lui-même été pris au mieux, la veille, après cinq jours d'hospitalisation. Ainsi, l'avis concernant un patient entré le jeudi 4 février 2021 a été rédigé le lundi 8 février et la saisine présentée le même 8 février pour un passage devant le JLD à l'audience du lendemain soit cinq jours après la mesure. Ces délais ne laissent pas toujours le temps d'une évolution de la situation clinique qui permettrait au patient de préparer et présenter son audition et aux médecins de formuler différemment leur avis. Le patient perd ainsi une chance de voir lever par le juge la mesure dont il fait l'objet sans attendre la décision de mainlevée de son auteur, mainlevée qui, s'agissant des SPDRE, est plus compliquée à obtenir.

Dès son admission, le patient peut être informé de la date de l'audience et de celle à laquelle il pourra rencontrer son avocat. Le rôle de l'audience est dressé par le greffe du tribunal sur saisines de l'établissement pour les SDDE et du préfet pour les SPDRE. Les saisines de l'établissement précisent, le cas échéant, les coordonnées du tuteur ou du curateur ou du tiers, chacun est alors avisé par le greffe. La notification des décisions et de leurs droits aux patients est jointe aux dossiers.

L'avis d'audience est notifié à l'intéressé, dès réception, par le médecin ou, plus souvent, par un infirmier ; le patient le signe en précisant s'il souhaite être assisté par un avocat choisi, si tant est qu'il ait le temps d'en prévenir un. Aucun tableau de l'ordre des avocats du barreau de Nanterre n'est affiché ni dans les unités ni dans les espaces collectifs.

Les dossiers sont transmis aux avocats la veille de l'audience. Un groupe d'une vingtaine d'avocats du barreau de Nanterre intervient pour les audiences relatives aux soins sans consentement. Les avocats qui souhaitent rejoindre ce groupe, qui assure une permanence d'intervention, doivent suivre une formation d'une vingtaine d'heures sur le droit des soins sans consentement et être parrainés par deux confrères qu'ils auront accompagnés pendant des audiences. Les honoraires de ces avocats sont pris en charge par les frais de justice lorsqu'ils sont désignés au titre de la permanence.

RECOMMANDATION 22

Le tableau des avocats inscrits au barreau de Nanterre doit être porté à la connaissance des patients en soins sans consentement.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : «il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : diffusion du tableau des avocats inscrits à l'ordre ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de la diffusion du tableau des avocats.

5.4.3 Le déroulement de l'audience

L'audience se tient le mardi matin, dans une vaste pièce, la « salle des commissions », située au rez-de-chaussée des bâtiments, dans le couloir d'accès aux bâtiments C et D. Cette salle est annoncée par un panneau signalétique situé à gauche de ses portes. Il y est inscrit « salle d'audience » et le symbole de la balance est représenté.

Les avocats se rendent dans les unités le matin ou la veille de l'audience. Ils y rencontrent leur patient dans le bureau médical, dans sa chambre ou en chambre d'isolement ; l'échange est réel et long.

Pendant la période de confinement du printemps 2020, les juges ont statué sur dossier jusqu'au 17 juillet 2020 puis, les audiences ont été organisées par visioconférence jusqu'au 25 août ; les patients s'entretenaient également par visioconférence avec leur avocat, quelques instants avant l'audience. Depuis, les JLD se déplacent de nouveau à l'hôpital.

Les patients se rendent à l'audience accompagnés par un soignant, exceptionnellement deux si l'état clinique de l'intéressé le nécessite. Ils sont toujours revêtus de leurs vêtements, le port du pyjama n'est pas exclu mais demeure exceptionnel. Le soignant se tient en dehors de la salle sauf si le magistrat lui demande de rester près du patient. Les patients assistent toujours à l'audience, leurs refus sont rares. De même, les certificats de « non-audiençabilité » sont plus fréquents à l'UIA que dans les autres unités du fait des patients qu'elle accueille et du moment particulier de leur hospitalisation (tout début), ces certificats restent tout de même assez rares. Ils sont pris le matin même, après un examen par le psychiatre.

La salle est meublée d'une grande table ovale, le juge et le greffier, le patient et son avocat s'y tiennent, les premiers en face des seconds. Un agent administratif de l'hôpital ou un directeur adjoint y assistent également. La présence de mandataires est rare. Les conditions matérielles de l'organisation de l'audience permettent au patient de s'exprimer sereinement.

5.4.4 Les décisions rendues

Les JLD peuvent donner aux patients le sens de leur décision à la fin de l'audience s'ils l'ont arrêtée. Dans tous les cas, ils informent l'intéressé sur les voies de recours. L'ordonnance est communiquée aux unités pour être notifiées au patient auquel une copie est remise, par un infirmier, dans un délai de quelques heures à quelques jours après l'audience. Une copie est également transmise au tiers demandeur, le cas échéant.

Au cours de l'année 2019, 51 audiences ont été tenues pour un total de 307 saisines. Le nombre de patients présents a varié d'un à treize avec une moyenne de six.

En 2020, 312 patients ont été convoqués, 310 étaient effectivement présents. Le JLD a prononcé 309 maintiens de la mesure, une mainlevée et a constaté 2 non-lieux à statuer. 36 appels ont été formulés, tous par les patients. Sur ces appels, la cour a décidé 28 maintiens et une levée ; elle a constaté une irrecevabilité, trois patients ont renoncé à leur recours et l'information est manquante pour les trois derniers cas.

Depuis le début de l'année 2021, 48 patients ont été convoqués, 48 présents, toutes les mesures ont été maintenues et un appel a été formé qui a conduit à un arrêt de maintien.

5.4.5 Le contrôle des mesures d'isolement

Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2021, des dispositions de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique issues de la loi du 14 décembre 2020, l'établissement d'accueil doit informer le JLD de tout placement en isolement d'un patient qui dépasse 48 h (ou 24 h pour un placement sous contention).

Le contrôle du juge peut théoriquement intervenir sur saisine mais celle-ci est impossible en pratique faute d'information du patient et de ses proches sur le droit de recours et ses modalités. L'établissement attendait, lors de la visite, la publication d'un décret pour organiser cette information.

Le JLD peut également se saisir d'office, saisine d'office qui permet notamment de pallier le défaut d'information du patient et de ses proches sur le droit de recours dont ils sont, en l'état, dépourvus. Or, si les magistrats ont été informés de situations d'isolement prolongé, ils ont indiqué n'avoir pas envisagé d'y réagir au motif que leur disponibilité ne leur donnerait pas les moyens en temps pour assumer cette surcharge de travail. Par ailleurs, il a été indiqué comme un point d'inquiétude majeur que l'établissement n'a pas été en mesure de transmettre les documents nécessaires au contrôle des juges.

RECO PRISE EN COMPTE 2

L'EPS Erasme doit mettre en œuvre une procédure de transmission systématique au juge des libertés et de la détention des éléments relatifs aux mesures d'isolement et de contention dont la durée se prolonge au-delà des délais prévus par l'article L.3222-5-1 (motifs, conditions de déroulement), ce afin de mettre en mesure le magistrat d'exercer le contrôle qui lui incombe.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : transmission systématique au JLD des mesures d'isolement et de contention. La réforme récente et dont les modalités d'application sont en cours d'être revues au parlement a suscité de nombreuses réactions au niveau national. Plusieurs réunions sur l'application de cette réforme se sont tenues à l'initiative du JLD et de l'ARS sur la faisabilité d'une application stricte des nouvelles règles. L'établissement mettra en œuvre les nouvelles dispositions de la réforme ».

Dans leurs observations du 30 novembre 2021 faisant suite au rapport provisoire, la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal indiquent : « nous tenons à souligner que des réunions régulières sont organisées avec

l'établissement afin de présenter le dispositif législatif, de proposer à l'établissement des trames permettant d'assurer l'information du JLD ainsi qu'une note de service explicitant aux établissements leurs nouvelles obligations. Une boîte e-mail structurelle « isolement/contention » dédiée à cette information a par ailleurs été créée pour faciliter l'information du JLD et prévoir un interlocuteur unique pour les établissements hospitaliers".

Compte tenu des éléments transmis par la présidente du tribunal judiciaire de Nanterre ainsi que la procureure de la République près ce tribunal, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES PATIENTS BENEFICIENT D'UNE AMPLE LIBERTE D'ALLER ET VENIR

6.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

Si les mouvements des patients à l'intérieur de l'établissement ne sont pas soumis aux mêmes règles que ceux vers l'extérieur, et si ces dispositions varient selon que les unités sont ouvertes ou fermées, il convient de noter que les personnes hospitalisées bénéficient d'une manière générale d'une réelle liberté dans leurs déplacements. Les contrôleurs ont ainsi vu certaines unités vidées de leurs occupants, sortis dans le parc ou vaquant à leurs activités à l'extérieur.



L'unique entrée du site



Patients pouvant sortir librement dans le parc

Sur les six unités du pôle de psychiatrie adulte, trois sont en principe fermées (l'UIA, l'unité G21 et l'unité G20), leurs portes sont donc closes. Les patients qui souhaitent en sortir doivent en demander l'autorisation aux soignants qui, sauf prescription médicale contraire, la leur accordent s'il s'agit de mouvements à l'intérieur de l'EPS Érasme, dans le parc ou pour se rendre aux activités. Dans les unités ouvertes (l'unité Minkowski, l'UIR et l'unité G09) les patients peuvent entrer et sortir comme bon leur semble, sauf la nuit entre 22h et 7h30 environ en temps normal, hors couvre-feu imposé pendant l'épidémie de la Covid-19. Ces règles s'appliquent aussi bien aux patients en soins libres qu'à ceux en soins sans consentement.

Les rares restrictions concernent généralement les patients mis en isolement strict, après décision du médecin psychiatre. Même dans ce cas, une attention est portée à préserver une part de leur liberté de mouvement et leur participation aux activités prévues. Les contrôleurs ont ainsi vu un patient placé en isolement strict accompagné par des soignants jusqu'à la salle de sport.

Concernant les mouvements à l'extérieur de l'établissement, tous les patients, qu'ils soient en soins libres, en soins sans consentement, hébergés dans une unité fermée ou ouverte, sont tenus d'obtenir des soignants un « *bon de permission* ». Leur nom, les horaires et le périmètre de déplacement autorisé à respecter y sont renseignés. L'hôpital antonien étant ceint d'une clôture métallique ouverte à un seul niveau, l'entrée principale, où un filtrage des piétons est opéré, les patients doivent présenter systématiquement ce bon aux gardiens occupant la loge. Faute de quoi, ils ne peuvent sortir. Si ce dispositif contraint également les patients en soins libres, supposés pouvoir se déplacer sans restriction, il n'apparaît pas pour autant abusif. Aucun cas de

refus jugé arbitraire n'a été rapporté aux contrôleurs ; ce mécanisme est davantage utilisé comme un outil de gestion à même de garantir une liberté de mouvement quasi complète aux patients à l'intérieur de l'établissement.

En plus du « *bon de permission* », les patients admis en soins sans consentement doivent obtenir l'accord du psychiatre. Rares sont les patients à ne pas en bénéficier ; au contraire, les médecins rencontrés indiquent encourager leurs patients à sortir en vue de faciliter leur réinsertion future. Ainsi, au moment du contrôle, sur les neuf patients en soins sous contrainte accueillis au sein de l'UIA, pourtant une unité fermée, huit étaient régulièrement autorisés à quitter l'hôpital.

6.1.2 La gestion de la sécurité

La sécurité des patients est dans l'ensemble garantie, et ce de manière proportionnée.

Ainsi, un grillage métallique court tout autour de l'hôpital sans pour autant lui conférer un aspect carcéral dans la mesure où il est relativement discret et souvent caché par des arbres. Les gardiens situés dans la loge à l'entrée du site, unique accès à l'établissement, opèrent un filtrage des piétons. S'ils vérifient les « *bons de permission* » des patients, ils les passent rapidement en revue, sans questionner de nouveau les personnes. Leur contrôle vise davantage à prévenir d'éventuelles intrusions de l'extérieur : situé en pleine agglomération, l'ESP Érasme serait régulièrement sujet à des trafics de produits illicites. En vue d'empêcher ces derniers, des caméras de vidéosurveillance ont en plus été installées. Au nombre de vingt-sept au moment du contrôle, en augmentation rapide (onze de plus en trois ans), elles couvrent les accès extérieurs et les parties communes ; aucune n'est installée à l'intérieur des unités. Si l'objectif que ces caméras servent peut être compris, leur efficacité n'est pas démontrée – le nombre d'intrusions n'aurait pas baissé depuis leur installation et les images enregistrées, conservées trente jours, ne seraient visionnées, dans le cadre d'enquêtes, qu'une ou deux fois par an par les personnes habilitées – dès lors il convient que l'hôpital antonien résiste à la tentative du tout sécuritaire.

L'EPS Érasme ne dispose pas d'une équipe d'intervention spécifique. En cas d'alerte, deux soignants de chaque unité doivent se rendre sur le lieu d'émission. Motivée par l'envie de « *régler les problèmes à [leur] façon, entre [eux]* », cette décision semble convenir aux soignants rencontrés et répondre aux besoins.

Enfin, la prévention du risque d'incendie paraît être justement considérée. Ainsi, six agents sont titulaires de la formation « service de sécurité incendie et d'assistance à personnes (SSIAP) » et des formations sur le sujet sont données chaque année aux agents des unités. En revanche, les gardiens ne sont pas prévenus en cas de mise en isolement ou sous contention ; en cas d'intervention des pompiers, ceci pourrait constituer une perte de temps et d'informations dommageable (cf. § 9.2).

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT PEU NOMBREUSES

En plus de pouvoir, pour la plupart d'entre eux, se déplacer en dehors des unités, les patients jouissent d'une certaine liberté à l'intérieur, dans leur quotidien.

Ainsi, il apparaît qu'ils peuvent se vêtir comme ils le souhaitent, le port du pyjama étant limité à quelques patients en isolement strict et uniquement sur prescription médicale. En dehors de ces cas, aucun patient en pyjama n'a été vu, ni dans les couloirs des unités, ni dans l'enceinte du site antonien.

Ils peuvent aussi accéder à leur chambre à tout moment de la journée, sauf lorsque celles-ci sont nettoyées, généralement pendant une courte durée.

Si des horaires sont imposés, notamment pour les repas, ils le sont avec souplesse. Les repas sont ainsi servis sur un créneau de trente minutes environ, permettant aux patients de terminer une activité avant de venir les prendre. De même, le soir, les personnes hospitalisées peuvent aller au terme de leur programme télévisé même si celui-ci dépasse l'heure théorique de couvre-feu, vers 23h.

Les patients souhaitant fumer sont dans l'ensemble en mesure de le faire, à leur convenance. Si dans certaines unités, comme celles G 09 ou G 20, le tabac est parfois gardé dans le bureau des infirmiers et rationné, ces dispositions sont prises pour éviter les vols ou pour aider des patients ayant des difficultés à gérer leur budget. Pour le reste, les patients sont autorisés à conserver leurs paquets de cigarettes et, dans la plupart des cas, leurs briquets.

Trois unités ne sont pas équipées de patios, les unités Minkowski et G 09, et l'UIR ; dans la mesure où il s'agit des unités ouvertes, cela ne pose pas de difficulté en journée puisque les patients sont à même d'aller librement dans le parc où des espaces protégés, surnommés « abribus », ont été installés. En revanche, la nuit, les portes des unités étant fermées, les patients désirant fumer sont soumis à la bonne volonté des soignants qui décident ou non de les laisser descendre, seuls ou accompagnés.

Plus problématique est la situation de la terrasse aménagée à l'UIA, appelée « la cage ». Si celle-ci constitue un progrès en soi (l'unité en était dépourvue auparavant et l'espace a été construit sur le toit d'un bâtiment adossé), son équipement est largement insuffisant. Faute de banc, les patients sont contraints de s'asseoir à même le sol ; il n'y a pas non plus de protection contre la pluie. L'argument invoqué – un banc pourrait être utilisé comme appui pour passer au-dessus du grillage, situé au premier étage du bâtiment – ne paraît pas suffisant dans la mesure où la terrasse est située à proximité immédiate du bureau des infirmiers, depuis lequel une surveillance peut être facilement mise en place et où des assises peuvent être scellées au sol, au milieu, à distance des clôtures.



La « cage », terrasse aménagée à l'UIA, sans équipement



Surveillance de la « cage » depuis le bureau des infirmiers à l'UIA

RECOMMANDATION 23

La terrasse aménagée à l'Unité Intersectorielle d'Admission (UIA), utilisée notamment par les patients fumeurs, doit être réaménagée et davantage équipée pour offrir des conditions d'accueil dignes.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement a engagé depuis 2020 une démarche d'élaboration de son schéma directeur immobilier qui prévoira des actions de rénovation de ses installations ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et maintiennent leur recommandation.

6.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT SOUPLES

6.3.1 Le téléphone

Les patients sont généralement libres de conserver leur téléphone portable et de l'utiliser. Par exception, l'unité G 20 prévoit la remise du téléphone portable aux soignants à 20h30 mais la règle n'est pas appliquée strictement. Le chargeur du téléphone peut être gardé par les soignants mais aucune difficulté d'utilisation n'apparaît en pratique pour cette raison. Des *points-phone* sont également librement accessibles aux patients au sein des unités mais ils sont installés de telle sorte que la confidentialité des conversations n'est pas assurée. Ce constat était identique lors de la précédente visite de contrôle et faisait l'objet d'une observation.

6.3.2 Le courrier

L'accès au courrier et le respect de sa confidentialité ne présentent pas de difficulté. L'établissement peut fournir du papier et des enveloppes vierges et affranchir les courriers des patients sans ressources financières. Les timbres sont habituellement en vente à la cafétéria ou au bureau de tabac à proximité.

Les patients peuvent recevoir des colis et les lettres recommandées leur sont remises par le vaguemestre contre signature sans l'intermédiaire des soignants.

6.3.3 Les visites des familles

En période normale, le règlement intérieur prévoit que les visites sont libres de 13h30 à 20h, les patients pouvant recevoir dans leurs chambres. Par mesure exceptionnelle liée au contexte sanitaire, les visites sont restreintes et selon des modalités différentes pour chaque unité. Ainsi, certaines unités imposent aux patients ou visiteurs de réserver un créneau spécifique tandis que ce n'est pas nécessaire dans les autres. Il semble, cependant, que ces règles s'appliquent de façon souple et uniquement dans l'objectif de gérer la disponibilité des espaces réservés aux visites. Les visites peuvent également se dérouler dans le parc ou dans le hall du bâtiment.

Les horaires pendant lesquels les visites sont autorisées sont aussi variables. Certaines unités offrent un régime souple permettant les visites en semaine l'après-midi jusqu'à 18h15, voire le soir après le dîner.

6.3.4 L'accès à internet, à la télévision et à la presse

Un accès à internet est offert, en temps normal, *via* les quatre postes informatiques situés dans l'espace de la cafétéria, les patients pouvant, d'ailleurs, y recevoir, sur rendez-vous, un soutien en informatique. Cependant, en raison des mesures sanitaires exceptionnelles, la cafétéria est

fermée et il n'est pas possible d'accéder librement aux postes informatiques. Les patients peuvent cependant accéder à internet avec leur téléphone portable.

Ils sont aussi autorisés à conserver et utiliser leur ordinateur portable personnel, mais l'établissement ne fournit pas de réseau Wifi.

Un ou deux postes de télévision sont installés dans chaque unité. Le cas échéant, le second est présent dans la « micro-unité ».

Le livret d'accueil prévoit que des journaux sont en libre consultation à la cafétéria, qui était fermée en raison de la crise sanitaire. Certaines unités sont cependant abonnées à des magazines.

6.4 LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

D'une façon générale, la sexualité ne semble pas faire l'objet d'une réflexion quelconque et les situations sont gérées au cas par cas. Pour autant, les relations sexuelles ne sont pas interdites et il a été rapporté qu'elles étaient effectivement autorisées dans les chambres.

Le personnel se dit vigilant afin de protéger les personnes les plus fragiles et prévenir les actes sexuels non consentis. Ainsi, quand un rapprochement est observé, le médecin peut vérifier en entretien la réalité du consentement des personnes vulnérables.

La sexualité peut être librement abordée lors de discussions avec les patients et notamment dans le cadre des réunions « soignants-soignés ». En pratique, cependant, la discussion n'est pas portée par les soignants.

Le distributeur de préservatifs situé à l'entrée de la cafétéria ne fonctionne pas. Les usagers doivent demander les préservatifs aux soignants mais aucune information sur ce mode de distribution n'est prévue même si les professionnels déclarent donner des préservatifs à la demande.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Une réflexion institutionnelle doit avoir lieu sur le sujet de la sexualité.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « la réflexion demandée a été engagée depuis la visite, une enquête CHT a été conçue en collaboration avec La Pitié Salpêtrière dans le cadre d'un projet de recherche. Cette enquête est en cours de réalisation et diffusée au 1^{er} trimestre 2022. Par ailleurs il est prévu de changer l'actuel distributeur de préservatifs ».

Compte-tenu de ces éléments, **les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.**

7. LES CONDITIONS DE VIE

7.1 S'ILS APPELLENT DES AMENAGEMENTS ET DES TRAVAUX DE RENOVATION, LES LOCAUX OFFRENT AUX PATIENTS DES CONDITIONS D'ACCUEIL GLOBALEMENT DIGNES

7.1.1 Présentation générale des locaux

Construit sur un terrain d'1,4 hectare, l'EPS Érasme est constitué de quatre bâtiments.

Le premier, situé près de l'entrée du site, accueille la loge des gardiens et l'unité réservée aux adolescents. Au moment du contrôle, celle-ci avait été fermée et vidée de ses occupants (transférés temporairement dans une autre partie de l'hôpital) pour être totalement reconstruite. La fin des travaux est prévue pour le début 2022 ; c'est le principal projet immobilier en cours dans l'établissement tel qu'inscrit dans le schéma directeur immobilier.

Le deuxième, le « bâtiment F », est situé en retrait dans le parc. De plain-pied et de petite taille, il sert pour différentes activités, comme des ateliers de confection de céramiques. Pendant la crise liée à la Covid -19, il fut également utilisé pour recevoir les visites des familles et éviter que celles-ci pénètrent dans les unités. Son avenir est incertain, sa destruction étant envisagée.

Le troisième est utilisé par les services techniques. Sa façade amiantée était sur le point d'être ravalée lors de la visite des contrôleurs.

Le quatrième, le plus important, accueille l'ensemble des unités et des bureaux réservés à l'administration. Il est constitué de différents blocs reliés entre eux, injustement appelés « bâtiments ». L'unité G 20, l'UIR et l'unité Minkowski sont ainsi installées au rez-de-chaussée, au premier et au second étage du « bâtiment C », l'unité G 21 et l'unité temporaire des adolescents au « bâtiment D », et l'UIA et l'unité G 09 au premier et au second étage du « bâtiment E ».

Outre les unités et les bureaux, l'EPS Érasme comprend plusieurs installations à usage collectif, notamment une salle de sport, une cafétéria ouverte aux patients, une bibliothèque, une salle multiconfessionnelle et un self réservé au personnel et aux patients de l'UIR, toutes situées à proximité du « bâtiment A » réservé à l'administration.



La bibliothèque

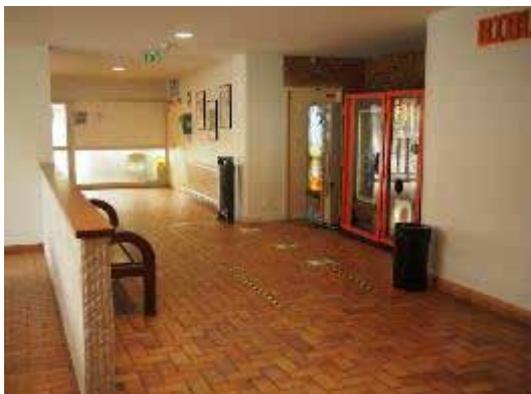


La salle de sport

Bâties dans les années 80, dans un style architectural associant béton, imbrication des bâtiments et faible emprise spatiale, les locaux de l'hôpital sont, dans l'ensemble, vétustes et exigus. La lumière naturelle pénètre avec difficulté, les espaces sont réduits, les bruits résonnent dans les couloirs et les fumées de cigarettes stagnent entre les murs, faute d'une aération suffisante. Pour

autant, ils sont entretenus et le personnel a entrepris un programme d'« humanisation » pour optimiser l'existant.

Le parc entourant l'établissement est un atout ; les patients sont nombreux à en profiter.



Le couloir desservant les installations collectives



L'espace télévision de l'UIR

Construites sur des plans quasiment identiques, les unités sont constituées, outre les chambres, de différentes salles répondant aux besoins et aux attentes des patients et des soignants. On y trouve ainsi une salle de vie, comprenant un réfectoire et un espace détente, équipée de canapés ou de fauteuils confortables, un poste de télévision, parfois séparé du reste de l'unité par une cloison, des bureaux pour les consultations médicales, une salle d'activités, un salon servant aux visites des familles ou aux entretiens avec les avocats, un poste de soins, des sanitaires et une salle de bains avec baignoire. Certaines unités (l'UIA, les unités G 09, G 20 et G 21) comprennent en plus une « micro-unité », séparée du reste par des portes battantes et constituée de deux chambres d'isolement, d'une « chambre d'accueil » et d'un salon avec canapés et un poste de télévision (cf. § 9.1). L'UIA, et les unités G 20 et G 21 disposent en plus d'un patio ou d'une terrasse aménagée où les patients peuvent se rendre pour fumer.



Le patio de l'unité G 20

D'importants efforts ont été entrepris pour améliorer les chambres des patients. Ainsi, à l'exception de quelques chambres de l'UIR, toutes les chambres individuelles sont désormais équipées de douche, toilettes, lavabo et miroir, ainsi que d'un verrou de confort. Les chambres doubles ont chacune une cabine de douche, des toilettes et deux lavabos, situés hors de la chambre mais à proximité immédiate de celle-ci et réservés à leurs occupants. Leur équipement paraît adapté et suffisant : deux boutons d'alerte (un près du lit et un autre dans la salle d'eau), une table et une chaise, un placard fermable à clé contenant un coffre à code pour les objets de

valeur et les sommes d'argent, une liseuse, un globe zénithal, un chauffage et une fenêtre donnant sur l'extérieur, laissant entrer la lumière naturelle et pouvant en partie être ouverte par les patients.



Une des chambres doubles de l'unité G 21

7.1.2 Les améliorations à apporter

Plusieurs réserves doivent néanmoins être formulées concernant les locaux.

Tout d'abord, il apparaît que les équipements sportifs extérieurs sont peu nombreux et se résument à un seul parcours sportif, visiblement peu utilisé. Un terrain de tennis existait auparavant, à côté du « bâtiment F », il a été transformé en parking.



Le parc et le parcours sportif, seul équipement sportif extérieur

Ensuite, les unités mériteraient d'être rebaptisées. Leurs noms, aux consonances administratives et froides – « G 09 », « G 20 », « G 21 », etc. – ne sont pas de nature à réduire le choc que peut constituer une hospitalisation, encore plus si elle est contrainte.

Le nombre de chambres doubles dans les unités demeure élevé, quinze dans tout l'établissement. Leur transformation en chambres individuelles doit être envisagée.

Si toutes les unités sont accessibles au moyen d'un ascenseur, leurs couloirs sont dépourvus de main courante. Comme constaté, cela pose difficulté aux patients ayant des problèmes de motricité ou d'équilibre.

Des œuvres réalisées par des patients décorent quelques murs. Pour autant, elles sont cantonnées aux parties communes et ne pénètrent pas les unités qui, à l'exception de l'UIR, sont dans l'ensemble tristes et sans âme. De même, rares sont les chambres des patients à être embellies et personnalisées. Dans le respect de la réglementation en vigueur en matière de sécurité incendie, les patients devraient être encouragés à se les approprier le temps de leur hospitalisation.

Enfin, la terrasse aménagée à l'UIA – surnommée « *la cage* » – offre des conditions d'accueil indignes (cf. § 6.2) et l'entretien des abords et des « abribus » utilisés par les patients fumeurs n'est pas assuré suffisamment régulièrement (cf. § 7.2).

RECOMMANDATION 24

Le processus d'« humanisation » du site doit être poursuivi, amplifié et accéléré.

Des mesures telles que l'installation de mains courantes, le changement de noms des unités ou la transformation des chambres doubles en chambres individuelles doivent être prises.

Des investissements plus lourds, consistant par exemple en la création d'équipements sportifs extérieurs, doivent également être envisagés.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « Certaines actions, par exemple, celles sur les salles de bain, sont engagées ou programmées. Par ailleurs, l'établissement a engagé depuis 2020 une démarche d'élaboration de son schéma directeur immobilier qui prévoira des actions de rénovation de ses installations ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et maintiennent leur recommandation.

7.2 LES PATIENTS ONT LES MOYENS D'ENTREtenir UNE HYGIENE PERSONNELLE SATISFAISANTE

Quoique vétustes et souvent exigus, les locaux de l'hôpital antonien, et plus particulièrement les unités et les chambres, sont dans l'ensemble bien entretenus. Ils sont ainsi nettoyés quotidiennement.

Seuls les abords des bâtiments et les espaces abrités utilisés pour fumer, surnommés les « abribus », sont délaissés. Mégots de cigarette et débris en tout genre jonchent le sol de ces lieux pourtant assidument fréquentés par les patients.



Les deux « abribus », peu entretenus, servant aux patients fumeurs

Les agents affectés à cette tâche, également en charge de livrer les repas dans les unités, de descendre les poubelles et de distribuer le linge de l'hôpital, paraissent en nombre insuffisant.

RECOMMANDATION 25

Les abords des bâtiments et les « abribus » doivent faire l'objet d'un entretien plus régulier.

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune observation n'étant apportée sur ce sujet.

Si le linge de l'EPS Érasme (notamment les draps, changés dès que de besoin et au moins une fois par semaine) est désormais pris en charge à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière (Paris 13^{ème}) dans le cadre d'un contrat passé avec l'assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), les vêtements des patients continuent d'être nettoyés sur place, à la lingerie située au sous-sol, quand ils ne le sont pas par leurs proches. Quoiqu'artisanal, le mécanisme en place fonctionne efficacement : à leur arrivée, les patients reçoivent un filet, dans lequel ils déposent leur linge sale. Une ou deux fois par semaine en fonction des quantités, ils le remettent à la lingerie et le récupèrent dans la journée, sans coût supplémentaire au forfait hospitalier. Les cas de pertes, vols ou retards sont peu nombreux ; le projet de transférer également cette responsabilité à l'hôpital de la Salpêtrière est dès lors incompris et suscite des craintes.

Les patients sans ressources financières peuvent recevoir gratuitement des produits d'hygiène (savons, rasoirs, déodorants, etc.) ainsi que des vêtements conservés dans des vestiaires au sein des unités.



Lingerie de l'établissement



Vestiaire à la disposition des patients sans ressources à l'unité G 09

À l'exception de quelques chambres de l'UIR, toutes les chambres individuelles sont équipées d'une douche et de toilettes. Aux chambres doubles est généralement rattachée une pièce d'eau, constituée d'une cabine de douche et de toilettes, située à proximité immédiate de la chambre et réservée à ses occupants. Les patients ont donc les moyens de se laver autant qu'ils le désirent.

Si les locaux, anciens, nécessitent dans leur ensemble d'être régulièrement entretenus et renouvelés, les pièces d'eau doivent l'être en priorité. Or, certaines sont dans un état non satisfaisant. Par exemple, à l'unité G 09, la baignoire commune est descellée du mur, mur par ailleurs maculé de taches d'humidité. Dans d'autres cabines de douche, des murs sont percés de trous et le revêtement du sol traduit une usure trop avancée.



Salle de bains et douche à l'unité G 09

RECOMMANDATION 26

Les salles d'eau doivent être réhabilitées en priorité et dès que de besoin.

***Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :** « Certaines actions, par exemple, celles sur les salles de bain, sont engagées ou programmées. Par ailleurs, l'établissement a engagé depuis 2020 une démarche d'élaboration de son schéma directeur immobilier qui prévoira des actions de rénovation de ses installations ».*

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de ces travaux.

7.3 À L'EXCEPTION DE L'ARGENT, LES PATIENTS ONT FACILEMENT ACCES A LEURS BIENS

Mis à part les objets dangereux, les patients sont autorisés à conserver leurs biens dans leur chambre où un placard pouvant être fermé à clé est installé. Sauf prescription médicale contraire, la clé leur est laissée. Le reste (rasoirs, couteaux, parfums, etc.) est conservé dans des casiers nominatifs dans le bureau des infirmiers, et consigné dans un inventaire réalisé lors de l'admission du patient qui en reçoit une copie. La majorité des patients fumeurs peuvent garder avec eux leurs paquets de cigarettes et leurs briquets, les seules limitations découlant d'une décision du psychiatre ou d'une initiative des soignants afin d'aider les patients aux ressources financières limitées.



Placard fermable à clé de la chambre d'un patient de l'UIR, avec coffre à code



Casiers contenant certains biens des patients, dans le bureau infirmier de l'unité G20

L'installation de verrous de confort dans toutes les chambres individuelles a été saluée par les patients rencontrés comme un gage de sécurité supplémentaire, pour eux et leurs biens. En revanche, il est regrettable que les patients ne puissent pas fermer la porte de leur chambre lorsqu'ils en sortent.

La principale difficulté pour les patients, en particulier pour ceux faisant l'objet d'une mesure de protection mais aussi pour ceux rencontrant des difficultés à gérer leur budget, concerne l'accès à leur argent. À la suite de la réforme imposée par la loi n°2019-222 du 23 mars 2019, dont la mise en application à l'EPS Érasme a été différée d'un an, au 1^{er} janvier 2021, la responsabilité de la régie pour gérer leurs comptes a été retirée à l'établissement. En principe, plus aucune somme ne peut être conservée par d'autres personnes que les patients eux-mêmes, contraints alors de s'équiper d'une carte bancaire. Outre les difficultés inhérentes à ce mode de paiement (mémorisation d'un code, utilisation de boîtiers électroniques, etc.), cela pose problème pour les personnes non autorisées à sortir de l'hôpital, y compris donc pour retirer de l'argent, et dès lors privées de ressources. Ceci fut notamment le cas lors des confinements imposés dans le cadre de la gestion de la pandémie de la Covid-19. Pour pallier cette difficulté et permettre aux patients de conserver malgré tout de l'argent avec eux en toute sécurité, des coffres ont été installés dans les chambres. Au moment du contrôle, seule une dizaine n'en était pas encore équipée. Quoique louable, cette initiative risque néanmoins d'avoir une portée limitée. En effet, installés dans la partie supérieure des placards, les coffres sont difficilement accessibles ; surtout, ils fonctionnent eux aussi avec des codes.

RECOMMANDATION 27

Une attention particulière doit être portée aux patients les plus fragiles et à ceux privés de permissions de sortie, et des solutions trouvées, pour leur permettre d'accéder eux aussi à leur argent.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Érasme indique : «il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite

de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : argent des patients. Le constat sur l'accessibilité des coffres sera pris en compte ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modalités concrètes permettant à tous les patients d'accéder à leur argent.

7.4 LA QUALITE ET LA QUANTITE DES REPAS SONT INSUFFISANTES

En principe, les patients sont tenus de prendre leurs repas dans le réfectoire de chaque unité, seule l'UIR n'en est pas dotée car les patients qui y sont hospitalisés ont accès à la cantine du personnel, et ce afin de préparer au mieux leur sortie. Cependant, dans l'hypothèse où les patients seraient autorisés à quitter l'établissement, ils ne sont pas obligés d'y revenir pour le déjeuner.



Le réfectoire de l'unité G 20



La cuisine de l'unité G 09

Préparés par l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) *La Fabrique*, de la Fondation des amis de l'atelier à Vitry-sur-Seine (Val-de-Marne), ils sont livrés en liaison froide. Un protocole sanitaire, comprenant notamment la prise de température à la sortie du camion, est en place et satisfait aux contrôles effectués régulièrement par les autorités compétentes. Livrés deux fois par jour dans les unités, ils sont réchauffés sur place et présentés dans des assiettes individuelles, servies sur des plateaux.

Quoiqu'élaborés par une diététicienne au niveau de l'ESAT et une autre à l'EPS Érasme selon un cahier des charges imposant un renouvellement des plats proposés et une part importante de produits frais, ils sont globalement peu appréciés. De nombreux patients rencontrés les ont ainsi décrits comme « *fades et répétitifs* ». Comme constaté par les contrôleurs, les restes sont nombreux en fin de repas.

Par voie de conséquence, plusieurs patients ont dit avoir faim, parmi les adultes et encore plus parmi les adolescents. La cafétéria étant fermée depuis plusieurs mois au moment du contrôle et les distributeurs automatiques affichant des tarifs élevés, les patients sont dépourvus de solutions d'appoint. De plus, les patients ne sont pas autorisés à introduire de l'extérieur des denrées périssables, sauf à les consommer immédiatement.

Si une commission consacrée à la restauration, à laquelle participent notamment des patients, existe en théorie, elle ne s'était pas réunie au moment du contrôle depuis plus d'un an à cause des mesures sanitaires liées à la pandémie. Au regard des commentaires reçus, sa réactivation, dans le respect des mesures sanitaires applicables, paraît nécessaire.

Si des repas de régime de type hypocalorique, sans résidus et diabétiques, sont prévus par l'ESAT la Fabrique et renouvelés quotidiennement, il en va différemment pour les régimes imposés par

des considérations religieuses ou philosophiques. Il est même précisé dans le mémoire technique définissant la « *marche de service pour l'élaboration, la fabrication et la livraison de repas destinés aux structures intra hospitalières de l'EPS Erasme* », signé le 20 mars 2019, que « *les repas des régimes sans porc et végétarien seront, quant à eux, directement élaborés, par [les] équipes [de l'hôpital] à partir des composantes de [la] carte [fournie par l'ESAT], qu'il s'agisse du menu du jour ou de ses alternatives* ». Ainsi, par exemple, une personne de confession musulmane sera contrainte de ne pas manger de viande durant tout le temps de son hospitalisation faute de produits carnés certifiés halal. De même, quelques plats préparés casher sont disponibles dans la réserve des cuisines mais ils sont en quantité réduite, offrant peu de variété et les équipes dans les unités ne semblent pas être au courant de leur existence.

RECO PRISE EN COMPTE 4

L'offre de repas doit être revue pour satisfaire aux besoins quotidiens des patients, en particulier des adolescents. De réelles alternatives doivent aussi être proposées aux patients suivant des prescriptions alimentaires d'ordre religieux.

La commission « restauration » incluant une participation des patients doit être réactivée.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « *La commission restauration est active depuis le mois d'octobre 2021. Elle se réunit une fois par mois et est constituée de patients et de professionnels en étant animée par la diététicienne. La qualité des repas a fait l'objet d'une étude visant à changer le fournisseur de l'établissement qui est un ESAT* ».

En conséquence, les contrôleurs considèrent la recommandation prise en compte.

8. LES SOINS

8.1 LES CONDITIONS MATERIELLES ET LES PRATIQUES DE CONTENTION LORS DE LA PRISE EN CHARGE INITIALE AUX URGENCES DE L'HOPITAL BECLERE SONT INDIGNES

Deux contrôleurs se sont rendus vers le service des urgences de l'hôpital Antoine Béclère à Clamart (Hauts-de-Seine), responsable de 40 % des adresses de patients à l'EPS Érasme. Les patients proviennent également d'autres sites d'urgence et d'orientation : hôpital Foch (Suresnes), hôpital Ambroise Paré (Boulogne-Billancourt), le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de l'hôpital Sainte-Anne (Paris 14^{ème}), de CMP, de leur domicile, de la rue et de la gestion de situations particulières (récupération des patients en SSC étant sortis sans autorisation, voyages pathologiques). Les patients se présentent aux urgences, accompagnés de la police, des pompiers, d'une ambulance ou seuls et spontanément.

L'équipe des urgences psychiatriques se compose de :

- 5 ETP d'IDE fournis par le site de Clamart de l'hôpital Paul Guiraud (Villejuif), présents de 8h à 18h ou de 11h à 21h, absents la nuit et dont le *turn-over* est important ;
- 2,8 ETP de psychiatres concernant neuf médecins qui effectuent entre une et six demi-journées, fournis par l'EPS Érasme et le site de Clamart de l'hôpital Paul Guiraud ; ils se partagent aussi le tableau de garde et sont présents du lundi au vendredi de 9h à 18h et en astreinte le samedi de 9h à 13h30.

Les difficultés de sous-effectif sont fréquentes et le tableau de garde présente régulièrement des absences de médecins en raison de leur nombre insuffisant et du refus de certains d'entre eux d'effectuer des gardes lors de certaines dates (vacances notamment). Le recrutement est très difficile sur ce site et la participation à ce tableau de garde fait appel au volontariat plutôt qu'à une obligation statutaire. Un chef de pôle de l'EPS Érasme participe ponctuellement, essaye d'instaurer un lien avec les médecins urgentistes pour les patients de la filière psychiatrique et organise une réunion trimestrielle dans ce sens (avec les psychiatres et le chef de service de urgences). Un protocole a été mis en œuvre en cas d'absence de psychiatre de garde :

- un courriel est systématiquement adressé à soixante personnes concernées (les directions, les chefs de service, et les cadres de santé des hôpitaux Béclère, Érasme et Paul Guiraud ; les commissariats d'Antony, d'Issy-les-Moulineaux, Vanves, Meudon, Sèvres ; les services d'urgences des hôpitaux Sainte-Anne, Ambroise Paré et Corentin Celton (Issy-les-Moulineaux) ; les pompiers de Paris et le SAMU 92) ;
- une conduite à tenir avec le patient est définie ;
- l'IDE de psychiatrie effectue la première évaluation clinique s'il est présent aux urgences, le médecin urgentiste dans le cas contraire ;
- en l'absence d'un état clinique nécessitant une prise en charge urgente, le patient est réadressé à domicile et réévalué le lendemain ;
- en présence d'un état clinique qui nécessite une prise en charge urgente, un patient stable est hospitalisé à l'hôpital Béclère et un patient instable est transféré au CPOA de Sainte-Anne pour avis psychiatrique urgent, en ambulance, après appel et accord du CPOA.

RECOMMANDATION 28

Les patients souffrant d'un trouble psychiatrique, dont l'état clinique nécessite une prise en charge urgente, doivent bénéficier de soins d'une qualité équivalente et de l'accès à un psychiatre titulaire d'une qualification à l'ordre des médecins, tous les jours de l'année, lorsqu'ils se présentent aux urgences de l'hôpital Bécclère de Clamart.

***Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :** « l'établissement a transmis le rapport provisoire à la direction de l'hôpital Bécclère pour [cette recommandation et les trois suivantes]. La situation des urgences est significative de la problématique de l'augmentation générale de la population du sud du département et donc des files actives auxquelles les établissements sont confrontés. Les mauvaises conditions hôtelières d'accueil des urgences concernent l'ensemble des patients toutes pathologies confondues. Toutefois, selon les informations déjà communiquées par le SAUT, il est à noter que des travaux de rénovation de ses locaux sont en cours de programmation ».*

Les contrôleurs prennent acte de ces améliorations à venir et maintiennent leur recommandation.

Lors de son arrivée sur le site des urgences, le patient rencontre l'infirmier d'accueil et d'orientation qui l'adresse directement vers l'équipe de psychiatrie si la situation est évidente ou vers les médecins urgentistes s'il existe un problème somatique. En l'absence de point d'appel somatique ou s'il s'agit d'un patient connu sans symptôme, l'examen somatique n'est pas pratiqué, alors qu'il l'est systématiquement pour un patient qui nécessite une hospitalisation. L'EPS Érasme exige la réalisation d'un bilan paraclinique systématique avant de recevoir le patient.

Les conditions matérielles aux urgences sont inappropriées, en l'absence de box adapté à la prise en charge d'un patient à présentation psychiatrique. Seuls deux bureaux, d'une superficie insuffisante, sont mutualisés entre les différents membres de l'équipe et les patients attendent sur un fauteuil dans le couloir.

RECOMMANDATION 29

Les patients à présentation psychiatrique doivent bénéficier, aux urgences de l'hôpital Bécclère, d'un examen clinique réalisé dans un box adapté, selon les recommandations de la société française de médecine d'urgence¹⁰.

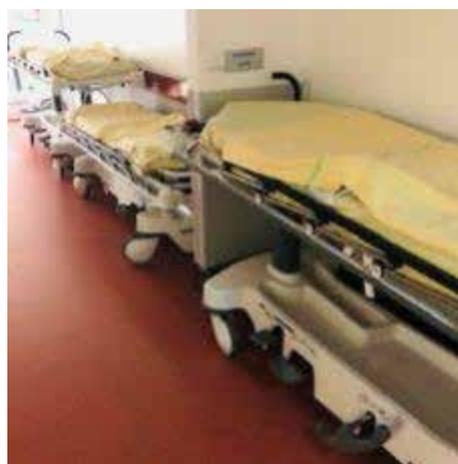
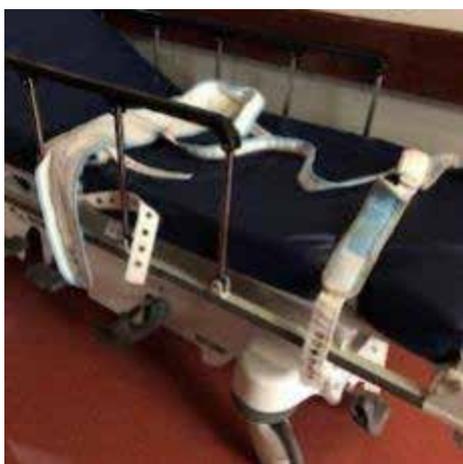
Les contrôleurs prennent acte des améliorations à venir détaillées dans l'observation à la recommandation précédente et maintiennent leur recommandation.

En cas d'agitation, le patient est maîtrisé physiquement et reçoit une injection intramusculaire d'un médicament sédatif (de la classe des neuroleptiques classiques ou des benzodiazépines), avant d'être mis sous contention de tissu en trois points (bras, ceinture ventrale, jambes) sur un brancard dans le couloir de l'unité médicale d'adaptation thérapeutique (UMAT) pour une durée pouvant atteindre 24 heures. Les soignants ont évoqué la situation très régulière de présence simultanée de quatre à cinq patients (un maximum de quatorze a été observé), simultanément

¹⁰ Recommandations de Bonne Pratique Clinique : Prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences, Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU).

contentionnés sur des brancards dans le couloir, au vu et au su des familles qui l'empruntent pour rendre visite à leur parent hospitalisé à l'UMAT. Les renforts des urgences interviennent en cas d'agitation d'un patient, les agents de sécurité sont présents mais n'interviennent pas physiquement.

Les décisions (toujours nommées prescriptions, lors de l'échange avec les contrôleurs) de contentions ne sont pas reportées dans un document qui leur permettrait de figurer ensuite dans le registre *ad hoc* de l'EPS Érasme ; les équipes de secteur sont toutefois prévenues de la contention éventuelle d'un patient. Les IDE des urgences peuvent prendre la décision, confirmée ensuite par le médecin et un traitement sédatif (neuroleptique ou benzodiazépine) est systématiquement associé. En cas de besoin, des injections intramusculaires sont pratiquées par l'équipe psychiatrique en journée et l'équipe des urgences la nuit.



Les contentions et les brancards utilisés pour attacher les patients

RECOMMANDATION 30

Les pratiques de contentions prolongées de certains patients à présentation psychiatrique qui vont bénéficier d'une mesure de soins sans consentement, réalisées sur un brancard disposé dans un lieu de passage du service des urgences de l'hôpital Bécclère, sont indignes et doivent cesser. En tout état de cause elles doivent être tracées dans un registre.

Les contrôleurs prennent acte des améliorations à venir détaillées dans l'observation aux recommandations précédentes et maintiennent leur recommandation.

Lorsque la décision d'hospitalisation en service de psychiatrie a été prise, le service des urgences contacte le secteur de référence du patient à l'EPS Érasme (les interlocuteurs sont repérés, en journée le cadre ou le médecin de l'UIA, la nuit le médecin de garde), qui se charge de trouver un lit. Il a été rapporté aux contrôleurs qu'aucune adresse en SPPI n'était effectuée pour forcer l'accueil du patient.

Lorsque l'EPS Érasme ne peut accueillir le patient faute de place, ce qui survient régulièrement, le patient est hébergé dans un éventuel lit libre d'une des deux unités contiguës au service des urgences :

- l'UMAT qui présentaient quatorze chambres seules initialement, actuellement doublées à vingt-huit lits, sans aucune intimité, aucun confort ni aucune dignité pour répondre à la demande d'hospitalisation ;

- l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), très vétuste, qui présente onze boxes séparés par des murets et fermés par des rideaux de douche bleus, sans douche et munis d'un seul WC commun pour tous les patients et permet un accueil théorique de 24 h au maximum, qui peut s'étirer jusqu'à 3 jours.

Un projet de restructuration de l'UHCD et de l'UMAT, dans lequel six lits pourraient être réservés à la psychiatrie serait en cours d'élaboration.



Un box d'hospitalisation de l'UHCD et son unique WC pour onze patients

RECOMMANDATION 31

Pour respecter les droits fondamentaux d'un patient en soins sans consentement dans l'attente de son transfèrement à l'EPS Érasme, la chambre hôtelière de l'hôpital Bécclère qui l'héberge devrait, au minimum, disposer d'une salle d'eau munie d'un lavabo surmonté d'un miroir et d'une douche, d'un éclairage naturel et électrique suffisant, d'un système efficace de ventilation et de chauffage et d'un dispositif d'appel de l'équipe soignante.

Les contrôleurs prennent acte des améliorations à venir détaillées dans l'observation aux recommandations précédentes et maintiennent leur recommandation.

Orbis, le logiciel qu'utilise l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), ne présente pas d'interface avec le logiciel *DX Care* de l'EPS Érasme, les documents concernant le patient sont donc imprimés et transmis sous forme papier.

Lors de l'adresse d'un patient en SDT, la recherche du tiers est réalisée par les soignants pour des patients connus le plus souvent, le secteur est contacté par téléphone et les familles sont préservées de s'investir en tant que tiers, en tant que de besoin. En l'absence de tiers et si le patient présente un danger clinique, l'adresse est réalisée en SPPI. La procédure SPDTU est utilisée si le psychiatre des urgences est un médecin de l'établissement qui va accueillir le patient. La sollicitation des urgentistes pour établir un certificat initial est qualifiée de « question d'équilibre » et ne serait donc pas utilisée en cas de besoin, pour ne pas trop les déranger. Les modalités de la recherche du consentement du patient ne sont pas abordées par l'équipe lors de son échange avec les contrôleurs.

RECOMMANDATION 32

Le choix de la procédure, lors de la mise en œuvre initiale d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers (procédure classique, de péril imminent ou d'urgence) doit répondre à l'état clinique psychiatrique du patient et à l'évaluation de l'existence, de la qualité et de la pérennité de son consentement, conformément aux dispositions du code de la santé publique.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :

« L'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives ». Il ajoute : « Les SPDTU et SPPI sont mis en place au SAU si nécessaires et les urgentistes sont facilement sollicités. Pour autant, les SAU sont des structures de soins qui ne dépendent pas de l'établissement, seuls certains praticiens d'Erasme interviennent au SAU de Béclère. Ces questions sont soulevées à chaque réunions du tableau de garde. Ces situations sont par ailleurs régulièrement évaluées par la CDSP ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation qui ne s'adresse pas au seul établissement.

La notification des droits au patient est réalisée sous la forme d'une information orale s'agissant de la procédure de SSC et de la présentation au JLD. L'équipe a bénéficié d'une information sur les droits des patients par la diffusion d'éléments les concernant et d'une participation à des colloques sur le sujet. La perception de l'article 84 du projet de loi « PLFSS », relatif aux évolutions législatives s'agissant des pratiques d'isolement et de contention, est qualifiée de « favorable », la difficulté avancée étant le manque d'effectif pour l'appliquer.

L'activité de liaison psychiatrique dans les services est réalisée par l'équipe, sans personnel spécifique, si l'activité des urgences psychiatrique le permet.

8.2 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT INDIVIDUALISES

8.2.1 L'organisation des soins

Le projet médico-soignant n'est pas connu des soignants de terrain, au sens d'une capacité à le restituer.

Les patients sont reçus régulièrement en entretien formalisé avec un à deux psychiatres présents tous les jours en semaine dans l'unité et avec un psychologue, plusieurs demi-journées hebdomadaires mais peuvent également solliciter des entretiens formalisés ou non avec les membres de l'équipe soignante. Les projets de soins individualisés sont abordés en entretien médical, triangulé avec un soignant, s'agissant de leur définition et de leurs modifications et le patient s'exprime à ce sujet.

La réalité du nombre de médecins ne permet pas un choix libre des patients mais des échanges de référence peuvent être faits à leur demande.

Des réunions institutionnelles sont régulièrement tenues :

- les transmissions d'équipe lors de chaque changement d'équipe le matin et l'après-midi ;
- un *staff* en présence de l'équipe et des médecins tous les jours de semaine entre 9h30 et 10h15 dans certaines unités ;

- une réunion clinique de synthèse clinique hebdomadaire qui permet un retour collectif concernant les projets de soins des patients ;
- une réunion soignants-soignés peut avoir lieu dans les unités, mensuellement et animée par le psychologue dans certaines unités (PsyG20, UIR) et en cas de besoin dans d'autres unités (UIA), parfois quotidiennement pour l'explication des mesures liées à la pandémie lors du premier confinement ;
- une réunion mensuelle des médecins avec leur chef de pôle, une réunion biannuelle du médecin et du cadre référent de chaque unité avec le chef et le cadre paramédical de pôle, une réunion bi ou trimensuelle des cadres du pôle pour l'échange d'informations institutionnelles et l'abord de thème concernant la qualité et la sécurité des soins dans l'un des pôles.

L'établissement aborde le sujet des patients qualifiés d'« inadéquats » de façon transversale, lors d'une réunion institutionnelle tous les deux à trois mois ; sont traités les cas des patients psychotiques chroniques dépendants de l'institution, des patients stabilisés maintenus dans l'établissement en l'absence de solution d'hébergement et l'accueil des patients qui sont réhospitalisés après une prise en charge en unité pour malades difficiles (UMD). Par ailleurs, des patients qui présentent des troubles neurodégénératifs, compliqués de troubles du comportement, ont été orientés de façon inadaptée vers l'EPS Érasme et bloquent des lits pour une très longue période sans indication *stricto sensu* de prise en charge en psychiatrie (pour exemple, l'unité Psy G9, héberge sept patients hospitalisés au très long cours dont trois déments et un schizophrène précoce (début à 18 ans) hospitalisé depuis trois ans).

L'équivalent d'une unité (une vingtaine de patients) ont déjà été orientés en structure médico-sociale en Belgique en raison de l'absence de structure locale ou nationale.

L'unité est largement ouverte aux familles qui sont reçues en entretien avec l'accord des patients. Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) ont déjà été utilisées, très ponctuellement, pour un patient au long cours hospitalisé en SPDRE 122-1 ; l'idée d'une généralisation est abordée mais aucun projet n'est actuellement défini. Par ailleurs, aucun partenariat avec des patients pairs ne contribue aux prises en charge soignantes.

RECOMMANDATION 33

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie devraient être généralisées dans l'ensemble des pôles et un partenariat avec des patients pairs contribuerait au processus d'alliance thérapeutique des prises en charge soignantes.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Érasme indique : « il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSF et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : directives anticipées en psychiatrie. La CDU a décidé d'inscrire dans le projet des usagers cette thématique dite du « pacte d'Ulysse » et qui a déjà fait l'objet de plusieurs échanges. Dans le cadre des recherches d'alternatives à l'isolement, une formation avec présentation d'une thèse sur les « directives anticipées en psychiatrie » a déjà été présentée. Ce thème est un axe central de l'EPP isolement/contention/alternatives ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur les modalités concrètes de la généralisation des directives anticipées.

La demande d'accès au dossier médical, dont les patients sont informés, constitue une très rare démarche réalisée dans le respect de la procédure *ad hoc*.

8.2.2 L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques

Une grande majorité des activités proposées, sans retour formalisé ni tracé, ont une dimension occupationnelle.

Les patients ont accès dans les unités à des activités occupationnelles informelles dans la cour (oxygénation, jeux de ballon), dans le salon de télévision (diffusion de films) et dans la salle de vie (baby-foot, jeux de société, lecture de livres personnels ou disponibles à l'emprunt).

Les activités occupationnelles formelles de l'unité sont nombreuses et associent :

- des ateliers, en semaine et le week-end, encadrés selon leur présence par des infirmiers référents avec une participation ou une animation possible pour certains d'un psychologue (écriture, plastique, peinture, dessin, collage, cuisine, manucure, décoration de Noël et concours du plus beau sapin de l'établissement) ;
- des accompagnements vers l'extérieur de l'établissement pour réaliser les courses de l'atelier cuisine, des achats ciblés ou des démarches sociales.

Enfin, de très nombreuses activités formelles intersectorielles sont proposées parmi lesquelles :

- un atelier dessin avec un plasticien de l'atelier Jean Wier chaque jeudi ;
- un « café philo » le jeudi avec un philosophe qui vient dans l'établissement ;
- un accès Internet à la cafétéria (suspendu pendant la pandémie car la cafétéria sert de salle de réunion) ;
- des séances de sport avec un animateur spécialisé en extérieur dans le parc ou dans la salle polyvalente équipée d'un matériel neuf ;
- un atelier conte dans la bibliothèque générale de l'établissement (Séraphine) ;
- une participation à des expositions des œuvres des patients sur le mur du hall d'entrée de l'établissement, pour une période de 2 mois par unité ;
- une participation à l'exposition annuelle « Comme au musée » : un thème est choisi chaque début d'année, sur lequel travaillent les patients hospitalisés et ambulatoires, réalisant peinture sculpture écriture dessin ; l'exposition a lieu pendant cinq jours au mois de mai en salle polyvalente après un vernissage ; des personnalités sont invitées et les œuvres peuvent être vendues ;
- une participation créative à la réalisation d'un court-métrage et -ou- comme simple spectateur au festival du film de l'établissement : cinq à six courts-métrages sont réalisés (scénario, costumes, décor, jeu, mise en scène, prise de vue, montage), par les patients ambulatoires et hospitalisés en SL et en SSC, puis projetés au cinéma d'art et d'essai municipal (Le Sélect), et un jury composé de personnes de la profession attribue un prix au meilleur ;
- une participation possible (pour tous les patients hospitalisés) au concert trimestriel (avant la période de pandémie), organisé dans la salle polyvalente avec l'association Tournesol (payé par l'établissement) qui propose des groupes et des musiciens ;

- une participation à la fête de la musique (pique-nique et concert), qui se déroule chaque année dans le parc de l'EPS le 21 juin.



L'affichage des ateliers dans les unités

Des séances de psychomotricité dans la salle de sport avec une psychomotricienne présente à 0,5 ETP, sont possibles selon une prescription médicale.

Un séjour thérapeutique est organisé chaque année, financé avec un budget spécifique, auquel peuvent participer des patients hospitalisés en SSC, dans le cadre de leur projet d'évaluation de l'autonomisation.

Ces deux seules dernières activités se réalisent sur prescription médicale avec un retour formalisé qui leur donne une dimension thérapeutique définie.

RECOMMANDATION 34

Les patients doivent bénéficier d'un accès à des activités thérapeutiques qui comprennent une indication médicale, des objectifs définis et une évaluation, tracés et permettant un échange avec l'équipe soignante de référence, en cohérence avec leurs projets de soins.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « la crise COVID et ses confinements a été l'occasion de s'interroger sur l'organisation de ces activités. La mise en place de la salle de sport a été l'une des réponses apportées. Un projet est en cours pour dédier un espace à ces dernières. L'inscription formelle de ces activités dans le projet de soins sera poursuivie ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur le nombre et la nature des activités thérapeutiques pouvant être désormais proposées aux patients.

8.3 UNE ATTENTION PARTICULIERE EST ACCORDEE A LA REALISATION DE SOINS SOMATIQUES DE QUALITE

L'établissement a mobilisé l'ensemble de ses ressources soignantes et administratives pour faire face à la pandémie de la Covid-19. Les modalités d'organisation ont permis de limiter les contaminations à celles de treize patients et de trente agents entre le 14 mars 2020 et le début de la visite de contrôle.

Pendant la première vague pandémique, les établissements de santé ont dû s'adapter seuls, en raison du retard des consignes du ministère de la santé et des solidarités et d'informations

contradictoires diffusées dans la presse. L'EPS Érasme a instauré trois réunions de crise hebdomadaire, a géré les manques s'agissant des masques et du matériel de protection, a embauché temporairement des médecins généralistes supplémentaires, a réquisitionné des IDE des structures ambulatoires. Par ailleurs, une unité Covid de dix lits (définitivement fermée fin mai 2020), a été ouverte et a hébergé six patients au plus ; les IDE de l'intra y ont été positionnés, les IDE de l'extra les remplaçant dans leurs unités. Pendant la deuxième vague de la pandémie, les structures de soins ambulatoires sont restées ouvertes, le personnel n'a pas été redéployé et l'unité Covid n'a pas été réouverte, les tests PCR ont été systématiquement pratiqués aux urgences de Béclère et Foch avant l'adresse des patients (orientés vers l'EPS Érasme en cas de négativité, vers les hôpitaux Sainte-Anne, Paul Guiraud ou Nanterre en cas de positivité et réadressés à Érasme après une période de quatorzaine, vers l'unité Covid de l'hôpital Béclère en cas de signe de gravité). Enfin, la vaccination a été lancée le 8 janvier 2021, pour 140 agents et 40 patients.

L'équipe de médecins généralistes de l'EPS Érasme compte actuellement 2,6 ETP (un praticien hospitalier temps plein, un deuxième à 60 % et un interne à temps plein). Les trois médecins se partagent les unités et un passage est possible tous les jours de semaine dans toutes les unités. Un protocole de prescription systématique d'anticoagulants et de surveillance des constantes et des points d'attache est mis en œuvre en cas de mise en place de contentions.

Les patients cliniquement instables et nécessitant une surveillance somatique spécifique sont adressés aux urgences de l'hôpital Béclère avant le week-end (dès le jeudi ou le vendredi).

Les relations avec les services d'urgence des hôpitaux partenaires sont de qualités variables. Un protocole est en place, s'agissant de la réalisation systématique d'exams complémentaires, à effectuer, avant l'adresse à l'EPS Érasme. Des renvois de patients sont parfois nécessaires vers les urgences de l'hôpital Foch, en raison d'une insuffisance de la prise en charge initiale et des orientations inappropriées de patients (diagnostic de démence) ont été déplorées en provenance des urgences de l'hôpital de Neuilly-sur-Seine (Hauts-de-Seine).

Les médecins généralistes donnent des cours aux internes (l'admission du patient ; la surveillance des patients en micro-unité, la prise en charge initiale des urgences vitales à l'EPS Érasme et le transfèrement des patients).

Pour l'hospitalisation éventuelle d'un patient en service de médecine, un avis est demandé par le généraliste de l'établissement en sollicitant tous les services de la spécialité en cause, un engagement de reprise systématique est adressé et un accompagnement peut être réalisé par des IDE, au cas par cas, selon l'état clinique psychiatrique et le risque d'agitation ou de violence (excepté en service de réanimation). Si le problème somatique est prédominant, la mesure est parfois levée.

L'accès aux consultations spécialisées est spécifique, en lien avec la charte historique de l'établissement (« *les patients sont à proximité de leur domicile, ils sont donc adressés en ville et les spécialistes n'interviennent pas dans l'établissement* »). Les patients sont donc adressés chez le spécialiste qui les suit habituellement, s'il existe ; un suivi préalable et un courrier est adressé aux praticiens de secteur 2, pour expliquer leurs situations financières précaires (« *êtes-vous d'accord de les prendre en charge sans dépassement d'honoraire* ») dans le cas contraire. Les options d'orientation sont les suivantes :

- pour les soins dentaires : le centre dentaire de Bourg-la-Reine (dans lequel les patients seraient mal accueillis), le centre de la croix rouge d'Antony, le groupement de dentistes

de Chatillon (qui prend en charge sans convention), le dentiste usuel et le dentiste de ville ;

- pour les soins gynécologiques : le centre de la Croix-Rouge d'Antony, le planning familial de l'hôpital Bécclère (les délais de consultation sont longs, parfois de plusieurs mois) ;
- pour les consultations de toutes spécialités, les patients sont orientés vers les spécialistes des hôpitaux de proximité (des difficultés d'accès ont été notées pendant la pandémie pour l'accès aux consultations de neurologie, de gériatrie et les évaluations cognitives) ;
- pour les examens de radiologie : l'établissement a signé une convention avec la clinique Bois de Verrières d'Antony (les délais sont rapides) et le service des urgences de l'hôpital Bécclère ;
- pour les consultations d'addictologie : les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) de Bourg-la-Reine et de Saint-Cloud avec des délais longs (deux mois), l'hôpital Paul Brousse (Val-de-Marne) (certains internes de psychiatrie y font un semestre de formation à l'addictologie, ce qui permet de développer un réseau) et la clinique de la Liberté à Bagneux.

L'EPS Érasme propose des actions d'éducation à la santé (interrompues depuis la première vague pandémique) une fois par mois, à la plate-forme Léonard de Vinci, auxquelles les patients (en période de réhabilitation principalement) s'inscrivent pour deux séries de dix séances (qui abordent de nombreux thèmes : la santé au travail, l'hygiène, l'addictologie, la diététique), qu'ils suivent par groupe de dix, en alternance tous les quinze jours avec des interventions de l'assistant de service social.

Une lettre de liaison est systématiquement adressée lors de la sortie du patient, associée à un échange téléphonique avec le médecin de ville.

8.4 LA GESTION DES TRAITEMENTS REpond AUX ATTENTES ORGANISATIONNELLES ET DE SECURITE MAIS LEUR ADMINISTRATION AUX PATIENTS NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE

Les moyens en personnel de la pharmacie se composent d'un ETP de pharmacien et de deux ETP de préparateurs. La pharmacienne, actuellement remplacée pendant ses périodes de congés par son prédécesseur, a fait une demande d'octroi de 0,5 ETP supplémentaire. L'équipe n'a pas d'interne.

Le service est ouvert de 8h30 à 16h30 tous les jours de la semaine et la pharmacienne est présente jusqu'à 18h.

Les prescriptions des praticiens sont établies dans le logiciel *DX Care*, contrôlées par la pharmacienne et peu d'erreurs sont relevées (de prescription comme d'administration). Les prescriptions « *si besoin* » non justifiées sont très rares et donnent lieu à un commentaire de la pharmacienne sur le logiciel *DX Care*, doublé d'un mail au médecin prescripteur avec une demande de justification qui donne lieu à une correction immédiate. La proportion des injections intramusculaires en cas de refus de traitement n'a pas été évaluée.

L'accès aux médicaments est possible les jours de la semaine, pendant les horaires d'ouverture de la pharmacie, en dehors desquels un chariot de dispensation sécurisée (dont l'ouverture s'effectue avec une reconnaissance d'empreinte digitale ou l'emploi d'un code nominatif), récemment acquis par l'établissement (40 000 euros), contient 315 références somatiques et permet une délivrance à la permanence d'accès aux soins de santé.

Les patients sont informés sur leur traitement par les prescripteurs, ils peuvent également poser des questions aux IDE lors de la distribution ; la pharmacienne ne participe pas aux réunions cliniques des unités. Dans l'unité, la dispensation des traitements est nominative ; l'IDE prélève dans le chariot de pharmacie et donne au patient son pilulier et la déblisterisation est effectuée au dernier moment. Les patients font la queue devant la porte de la salle de soin avant les repas pour l'administration de leur traitement qui est délivré sans respect de la confidentialité. Un questionnaire sur le sujet a été proposé aux IDE dont le résultat a fait l'objet d'un « *retour d'expérience médicament* » et montrait une moitié des réponses en faveur du maintien de cette pratique.

RECOMMANDATION 35

L'administration des médicaments doit respecter la confidentialité pour tous les patients.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « *l'organisation de l'administration des médicaments sera revue en lien avec les constats énoncés* ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la date de réalisation effective de cette révision.

L'administration est ensuite immédiatement tracée par l'IDE dans le logiciel. Chaque unité de soin a un IDE référent pharmacie identifié.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se déroule deux à trois fois par an (la dernière le 16 décembre 2020, la prochaine le 24 mars 2021) et son compte rendu est adressé aux membres, aux médecins, aux internes et à la direction.

Une chambre des erreurs est organisée annuellement par la pharmacie à laquelle participent les soignants.

9. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

9.1 LES LIEUX D'ISOLEMENT SONT NOMBREUX ET AGREMENTES

L'établissement a pris le parti, lors de la construction des bâtiments, d'aménager dans chacune des unités, aux architectures semblables, un espace d'isolement appelé « micro-unité ». Chacun de ces espaces est placé en angle du bâtiment, accessible par deux entrées, l'une depuis le couloir desservant le poste de soins et la pharmacie, l'autre par le couloir desservant des chambres. Ces « micro-unités » comprennent un grand dégagement séparé en deux parties dont l'une, qui forme un salon, est meublée, selon l'une ou l'autre unité, de canapés, d'une table, de chaises et d'un poste de télévision, une « chambre d'accueil » et deux chambres d'isolement (CI). L'établissement dispose donc d'un nombre important de huit CI (cf. recommandation 1 § 3.2). Les « micro-unités » situées en rez-de-chaussée donnent, par la partie salon, sur une petite cour extérieure entièrement grillagée (grillage doublé d'une fausse verdure pour isoler des regards extérieurs), meublée d'une chaise en plastique ; les patients isolés peuvent y fumer.

Une « chambre d'accueil » dont la porte, percée d'un fenestron, donne directement vers l'autre partie du dégagement. Elle est aménagée comme une chambre ordinaire : même mobilier et même salle d'eau attenante.



A gauche, le sas des CI, en face, la porte de la chambre d'accueil, et le salon avec TV au fond

Sur cette même partie du dégagement, une porte, percée d'un fenestron, donne accès à un sas desservant deux chambres d'isolement (CI) contiguës, par deux portes en face, et la salle d'eau de chacune d'elles par des portes de part et d'autre. Un double accès à chaque CI est ainsi aménagé.

Les CI sont toutes identiques, chacune n'est meublée que d'un lit fixé au sol, muni de points d'attaches pour des contentions et recouvert d'un matelas plastifié épais, de draps et de couvertures. Un tétraèdre de mousse peut servir à poser un plateau. L'espace est restreint ne permettant que de faire le tour du lit dont la tête est placée contre le mur.

La fenêtre est composée de doubles croisées laissant entre elles un espace d'une vingtaine de centimètres dans lequel est posée une horloge visible depuis le lit même par un patient attaché ; les radiateurs y sont également enfermés, la partie basse des croisées est percée de trous pour permettre à la chaleur de se répandre. Les fenêtres ne peuvent être ouvertes par l'occupant.

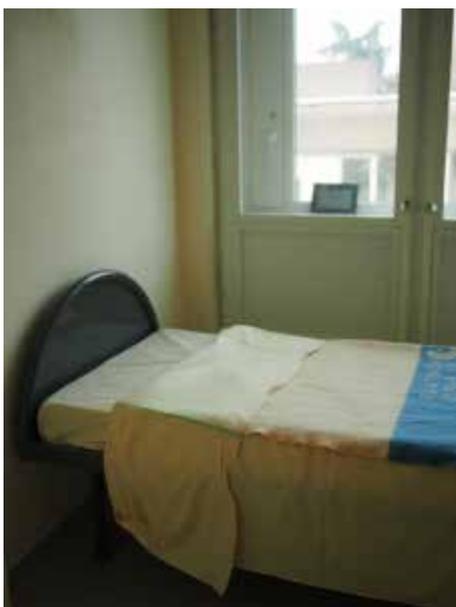
Les chambres sont aérées par ventilation mécanique contrôlée (VMC) et climatisées ; les commandes de réglage de la température de la pièce sont situées dans des placards fermés, près de la porte d'entrée du sas. Selon un infirmier, dans ces chambres, « on y crève de chaud l'été », mais tous les soignants ne savent pas où est située la commande de contrôle de la température.

Un détecteur de fumée est fixé au plafond.

L'occupant ne peut accéder au commutateur de la lumière électrique ni, s'il est attaché, à l'interphone situé sur le mur.

Le matériel de contention, des « sangles à cinq points », est conservé dans le poste de soins. Il existe différentes tailles pour s'adapter au gabarit des patients. Les sangles sont envoyées à la laverie après chaque utilisation. En revanche, l'unité n'est pas dotée de coupe-sangle, en cas d'urgence.

Une salle d'eau attenante comprend une douche de modèle italien, un WC sans abattant, parfois un rouleau de papier toilette au sol, et un lavabo en inox sans miroir ; l'occupant a toujours libre accès à cette salle d'eau dont la porte est dépourvue de serrure ; s'il est potomane, l'arrivée d'eau peut être fermée et des bouteilles d'eau lui sont laissées. L'éclairage de la salle d'eau peut être actionné par le patient. La vue sur la salle d'eau depuis le fenestron de la porte donnant sur le sas ne respecte pas l'intimité de l'utilisateur des WC, ce malgré l'occultation partielle de ce fenestron par des feuilles A4 collées pour limiter la vue.



*Une chambre d'isolement,
l'horloge entre les vitrages*



*Les chambres d'isolement (porte de
droite fermée) vues depuis le sas d'accès*

De façon générale, les CI sont propres et en bon état, celles de l'UIA le sont moins que les autres (graffitis aux murs, revêtement en partie arraché), ce qui tiendrait au type de patients accueillis dans cette unité et au taux de passage, plus élevé. Elles sont néanmoins dans un état globalement satisfaisant et devaient, en outre, être remises en état peu de temps après le contrôle.

RECOMMANDATION 36

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel accessible au patient y compris pendant la contention ; celui-ci doit pouvoir allumer ou éteindre la lumière lui-même. Elles doivent être meublées d'un siège pour le patient comme pour le soignant.

Le fenestron de la porte d'accès à la salle d'eau depuis le sas ne doit pas permettre la vue directe sur les toilettes, vue qui constitue une atteinte à la dignité et l'intimité du patient.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement a engagé depuis 2020 une démarche d'élaboration de son schéma directeur immobilier qui prévoira des actions de rénovation de ses installations. Enfin, il a été convenu de consacrer la totalité des crédits notifiés au titre des investissements du quotidien à la restructuration et la rénovation des chambres d'isolement et à la mise en place d'espaces d'apaisement (espace snoezelen) ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et maintiennent leur recommandation.

L'unité Minkowski ne pratique pas l'isolement, l'espace correspondant à la micro-unité a été aménagé comme un salon supplémentaire avec un coin télévision, une table et quatre chaises ainsi qu'un vélo elliptique. Pendant la pandémie, les chambres ont été utilisées pour placer en confinement des patients en attendant de connaître leur statut au regard de la Covid-19, les portes restant ouvertes.

9.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT S'ADAPTENT A L'ETAT CLINIQUE DU PATIENT

9.2.1 La mise en isolement

Trois types d'isolement sont pratiqués et figurent comme tels dans le registre des isollements :

- l'isolement strict : le patient est en CI et n'en sort pas ;
- l'isolement séquentiel ou « partiel » : le patient occupe la CI mais peut en sortir pour se rendre dans le reste de la micro-unité ou même dans d'autres locaux de l'unité ;
- l'isolement « faute de place »¹¹ : en cas de suroccupation et d'absence de chambre d'hébergement disponible, un patient est hébergé dans une CI ; dans ce cas, seul le sas devant la CI est fermé, la porte d'accès au salon de la micro-unité restant ouverte.

Les modalités de déroulement de l'isolement sont fonction de ces régimes et adaptées à l'état du patient.

La décision d'isolement doit être prise par un psychiatre. En réalité, dans la plupart des unités, les décisions sont prises et tracées dans le dossier par des internes qui assurent seuls la présence en garde de nuit sur le site en semaine (même si elle sont sous la responsabilité d'un senior joignable par téléphone mais qui ne se déplace pas pour les décisions d'isolement la nuit) ; il a été affirmé que, dans la journée, les décisions sont « seniorisées » dans l'heure.

¹¹À la suite de la loi du 14 décembre 2020 modifiant l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, la mention « isolement faute de place » aurait été supprimée de DX CARE à compter du 1^{er} janvier 2021.

RECOMMANDATION 37

Les décisions d'isolement doivent être validées par un psychiatre dans l'heure après un examen physique du patient.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique :

« L'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives. Il s'agit des recommandations sur les pratiques de mise en œuvre des mesures d'isolement ». Il ajoute : « Les décisions de mise en isolement ou leur renouvellement sont prises par un psychiatre en journée après examen du patient parfois en urgence et toujours après échange ou synthèse avec l'équipe de soin. En période de garde en semaine et souvent suite à l'admission d'un patient, l'interne met en œuvre la prescription d'isolement si nécessaire et le psychiatre d'astreinte est systématiquement averti et doit confirmer cette décision, et cela selon les recommandations de l'HAS. Le week-end, c'est un psychiatre senior qui prend cette décision ».

Les contrôleurs indiquent qu'ils considèrent essentielle la validation des décisions d'isolement par un psychiatre après un examen physique du patient et maintiennent leur recommandation.

Dans certaines unités, des interlocuteurs ont témoigné que les isolements en urgence sont très rares, ce qui donne la possibilité à un psychiatre de se rendre auprès du patient et que l'urgence serait tellement exceptionnelle que les mises en chambre d'isolement (MCI) sont effectuées en inter-équipes (en début d'après-midi où les équipes du matin et du soir sont présentes ensemble) « pour que ça se passe tranquillement ».

Le médecin généraliste se déplace rapidement dès qu'il est appelé auprès d'un patient mis en chambre d'isolement mais il ne passe pas systématiquement chaque jour ; un protocole de prévention des événements thrombo-emboliques est prévu et appliqué. Au moins une évaluation psychiatrique médicale est conduite chaque jour.

Les soignants n'informent pas les gardiens de l'établissement (la loge) en cas de mise en isolement / contention, ce qui pourrait s'avérer préjudiciable en cas d'intervention des pompiers.

RECOMMANDATION 38

Les services de sécurité doivent être informés de tout placement en chambre d'isolement afin de pouvoir assurer les évacuations en cas de besoin.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « Une procédure pour répondre à la question soulevée sera formalisée ».

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation, aucune précision n'étant apportée sur la nature de cette procédure et sa date de mise en œuvre.

Les patients portent systématiquement le pyjama institutionnel au début de l'isolement mais peuvent reprendre leurs propres vêtements dès que leur état clinique s'apaise.

Selon l'état du patient, les repas sont pris en chambre, où un adaptable est apporté, ou dans l'espace salon de la micro-unité. Ils sont servis en barquettes individuelles et des couverts en plastique rigide réutilisables sont fournis.

Pendant l'isolement strict, les patients ne peuvent pas fumer ; des substituts nicotiques leurs sont proposés. Sinon, lors des temps de sortie, ils peuvent fumer dans la petite cour attenante à

l'espace mais aussi dans la cour de l'unité car le séquentiel peut se dérouler partiellement dans l'unité avec le groupe patients.

Des livres et revues peuvent être apportés. Il a été observé qu'un patient en « isolement partiel », avec portes ouvertes la journée, pouvait utiliser son ordinateur portable dans la CI. Un autre a pu sortir dans le parc. Un autre, cette fois en « isolement strict », a été accompagné à sa séance avec la psychomotricienne.

Les visites sont exclues en isolement strict, de même que l'utilisation du téléphone. En isolement partiel, elles sont possibles mais le retour aux relations s'effectue d'abord par téléphone.

La surveillance est faite directement par le hublot, pour s'assurer de l'état du patient, ce par passages réguliers ou en réponse à un appel. Si le patient ne dort pas, les soignants ouvrent la porte pour parler directement avec lui ; s'il est agité, l'intervention se fait à deux.

En fin d'isolement, le patient est invité à renseigner un questionnaire « *relatif au vécu du séjour en chambre d'isolement/apaisement* » portant les questions suivantes sur le séjour en isolement :

- avec le recul, estimez-vous que cela a été nécessaire (oui/non) ?
- d'après vous, vous a-t-on suffisamment expliqué les raisons de ce type de soins (oui/non) ?
- que pensez-vous de la durée de vos soins en chambre d'isolement ou d'apaisement ?
- avez-vous des remarques à faire par rapport : à l'état des locaux ; hygiène ; conditions des repas ; interphone ; au rythme des visites des soignants ;
- qu'est-ce qui vous a le plus manqué ? (le patient peut cocher autant de cases que d'items : vêtements, téléphone portable, TV, radio-musique, lunettes de vue, horloge-calendrier, lecture, absence d'activités, visite, tabac, accès à internet-jeux vidéo, autres) ;
- avez-vous des suggestions à faire qui vous sembleraient utiles pour améliorer les conditions de séjour en chambre d'isolement ?

Ce questionnaire, dont une copie reste au dossier médical, est remis à la secrétaire.

On peut regretter que ce document associe l'isolement à une notion de soins, pesant ainsi, implicitement mais nécessairement sur l'appréciation du patient.

Le protocole de référence pour les MCI est en date du 1^{er} janvier 2019 mais mentionne que « Les isolements de plus de 48 h et les contentions mécaniques de plus de 24 h doivent être exceptionnels. ».

9.2.2 L'utilisation des chambres d'isolement

Lorsqu'ils sont mis en isolement, les patients « perdent » en principe leur chambre hôtelière – sauf si le nombre de lits disponibles permet de la leur conserver. Leurs affaires personnelles sont sorties de leur placard et entreposées dans le vestiaire, fermé à clef, situé à côté du poste de soins.

Les CI peuvent être utilisées comme chambre hôtelière en sortie d'isolement, lorsque la chambre du patient a été affectée à un autre et qu'aucune chambre n'est disponible. Dans la même circonstance de suroccupation, un patient peut être directement hébergé dans une CI. Dans ces deux cas, la chambre n'est pas fermée à clef, le patient conserve toutes ses affaires.



Une CI utilisée comme chambre hôtelière

L'isolement à la demande du patient n'est pas exclu, après entretien avec le médecin qui le décidera, éventuellement.

Enfin, il arrive que des patients isolés alors qu'ils sont en soins libres ne voient pas leur statut d'admission régularisé en SSC même après un délai de 12 h. Selon un psychiatre, « s'ils sont d'accord avec l'isolement, il n'y a pas lieu de les mettre en SSC ».

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les mesures d'isolement ne doivent concerner que les patients admis en soins sans consentement. Les patients entrés en soins libres ne doivent pas en faire l'objet et si tel est néanmoins le cas, leur statut doit être modifié rapidement.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : « l'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives. Il s'agit des recommandations sur les pratiques de mise en œuvre des mesures d'isolement ». Il ajoute : « Les patients concernés par les mesures d'isolement sont dans leur grande majorité des patients en soins sous contrainte. En cas d'urgence, après échec des mesures alternatives habituelles (entretien adapté, traitement apaisant...) et pour prévenir des dommages immédiats pour le patient ou les soignants, une mesure d'isolement peut être initiée pour des patients admis en soins libres. Dès que possible, si la mesure d'isolement doit durer au-delà de quelques heures, une mesure de soins sous contrainte est mise en place, au maximum avant 12h selon les recommandations de l'HAS ».

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et considèrent la recommandation prise en compte.

Le souci de ménager, avec les micro-unités, un lieu d'isolement agréable et apaisant et de gérer de façon la moins restrictive possible la période d'isolement comporte des effets négatifs : il a été indiqué que certains patients placés en micro-unité ont du mal à rejoindre le reste de l'unité, il faut les y obliger. La chambre d'accueil est utilisée en sortie d'isolement pour une transition vers l'unité.

9.3 LE REGISTRE D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION EST INEXPLOITABLE

Chaque mesure d'isolement/contention est tracée sur le dossier informatisé du patient (DXCARE), y compris en cas d'isolement en espace non spécifique – situation rare selon les

soignants –, en cas d'utilisation de la CI comme chambre hôtelière ou en cas d'utilisation de la CI d'une unité par un patient d'une autre unité faute de place dans son unité d'origine.

Les secrétaires des unités renseignent un document sur les conditions d'exécution de la mesure qui comporte les items : patient connu ou non, motif, pathologies chroniques psychiatriques, risques particuliers à surveiller, modalités de surveillance et modalités de sorties de la CI (lieux, créneaux horaires), accès au téléphone, praticien responsable ou d'astreinte. Ce document est transmis au département d'information médicale (DIM) qui élabore, sur ces bases, un registre des isolements et contentions et un rapport trimestriel qui est soumis à la CME.

L'établissement entend conduire une réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention en vue d'en diminuer le recours. Cette démarche est d'autant plus nécessaire que le recours à ces pratiques est important sans être, pour autant, perçu comme tel par les soignants.

9.3.1 Les données relevées

L'importance du recours à l'isolement est témoigné par les données chiffrées relevées par l'établissement ; elles font apparaître qu'en 2020, 34 % des 212 patients hospitalisés ont fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement et 52,4 % de ceux qui étaient admis en soins sans consentement. Un total de 494 mesures a été enregistré, soit 2,3 mesures par patient, dont 103 ont concerné des patients en soins libres (21 % des mesures) et 87 des patients en SPDRE. La durée moyenne de chaque mesure s'élève à 10 jours et 9 heures.

Ces valeurs sont supérieures pour la plupart, à ce qui est constaté dans le département ainsi que, dans une plus grande mesure encore, au niveau national lequel mesure une durée moyenne de l'ordre de 30 heures.

Mais ces comparaisons méritent d'être au moins relativisées dans leur pertinence sinon totalement rejetées, ce pour deux raisons : les données de l'établissement prennent en compte à la fois les isolements stricts, les isolements partiels et les isolements « faute de place ». Or, sur le total de 4 830 journées d'isolement, les isolements « faute de place » contribuent pour 538 journées (11 %). Les 4 292 journées d'isolement réel se répartissent alors en 3 472 journées d'isolement partiel (81 % du total) et 820 journées d'isolement strict (19 % du total). En deuxième lieu, ces données prennent en compte des isolements particulièrement longs – l'un de 365 jours constitue la durée d'isolement la plus longue pour une même personne – concernant des patients aux pathologies très complexes et dont la prise en charge s'opère, dans cet établissement, entièrement en isolement ; tel est le cas d'un des patients de l'unité des adolescents.

S'agissant des pratiques de contention, les données fournies ne portent que sur l'année 2019 et les trois premiers trimestres de 2020.

Elles font ressortir, en 2019, que 24 patients distincts avaient été concernés par une mesure de contention, représentant 3,5 % des patients hospitalisés, 8 % des patients en soins sans consentement et 11 % des patients mis en isolement. Contrairement à ce qui en est de l'isolement, l'EPS Érasme se situe très en dessous des moyennes nationales.

Enfin, il est vraisemblable que la croissance constatée en 2020 sur l'ensemble des indicateurs par rapport à l'année précédente soit imputable à l'effet de la pandémie qui a modifié le profil clinique moyen des patients hospitalisés, sans que cette modification n'ait encore pu être précisée.

9.3.2 Les perspectives

L'établissement a déjà retenu parmi les actions à conduire la formation des équipes aux techniques de désescalade et la mise en place de plan de soins conjoint ou directives anticipées en psychiatrie, la formation des internes et médecins, une meilleure utilisation des questionnaires de vécu en isolement, la réflexion sur la création d'espaces d'apaisement.

Si l'outil d'observations quantitatives dont s'est doté l'EPS d'Érasme ne peut servir de socle d'analyse précise des pratiques en raison des biais indiqués plus haut, il a le mérite, outre de répondre aux exigences légales, d'offrir des pistes de réflexion et de justifier les actions envisagées.

Indépendamment de ces défauts, il ressort aussi des données fournies que des isolements ont lieu dans des chambres hôtelières, ce qui est à proscrire. Enfin, les écarts constatés entre les unités appellent une réflexion institutionnelle sur leur origine : la circonstance que l'UIA accueille les patients entrants et donc, pour beaucoup d'entre eux, en crise, explique, sans toutefois le légitimer, que le nombre des mesures d'isolement qui y sont pratiquées chaque année (166 en 2020) représente le tiers du total en revanche, les disparités importantes – du simple au double – entre l'unité G09 (107) et G21 (50) appellent une explication dès lors que leurs patientèles ne sont pas différentes.

RECOMMANDATION 39

Les isolements en chambre hôtelière doivent être proscrits.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique pour la partie 9.3.1: « le registre des mesures d'isolement est inexploitable au motif qu'il comptabilise les isolements stricts, les isolements partiels et les isolements « faute de place ». L'établissement ne comprend pas ce constat car il veille à recenser toutes les modalités d'isolement et le tableau Excel vérifié pendant la visite permet un traitement des données. Par ailleurs, il permet de répondre à la demande de l'ATIH. Enfin, ce tableau récapitulatif qui n'est pas le registre à proprement parler, permet de renseigner l'ensemble des données exigées par la loi réformant les pratiques d'isolement et de contention du 29 mars 2017. L'établissement souhaite que ces constats puissent être corrigés ».

Les contrôleurs rappellent que l'isolement, en ce qu'il constitue une atteinte majeure à la liberté d'aller et venir, doit être une mesure exceptionnelle et temporaire et ne peut être banalisé. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision motivée d'un psychiatre et uniquement de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque après évaluation du patient. Aussi, au regard de la loi, des isolements partiels ou faute de places ne peuvent être mis en œuvre.

Il ajoute: « l'établissement estime que certaines recommandations appellent les remarques suivantes car leur prise en compte nécessite des actions ou des moyens qui ne relèvent pas exclusivement de ses initiatives. Il s'agit des recommandations sur les pratiques de mise en œuvre des mesures d'isolement ». Il ajoute : « Ces isolements sont réalisés par défaut en lien direct avec la sur-occupation des capacités d'hospitalisation. Il convient de préciser que la population du département a connu une forte croissance ces dernières années avec des communes qui ont vu leur population augmenter de plus de 15%. Il ne sera possible de supprimer cette pratique que l'établissement regrette sans une augmentation de la capacité d'accueil de l'établissement qui pourrait intervenir dans le cadre d'un rééquilibrage régional. Or, aucun appel à projets ne prévoit

une telle augmentation de capacité. Par ailleurs, plusieurs constats liés aux micro-unités ne sont pas compris. Celles-ci permettent d'adapter et de faire évoluer l'isolement en fonction de la progression de l'état du patient. Ces micro-unités disposent d'un salon et d'un accès extérieur. Le constat qui regrette que ces micro-unités ont « humanisé » l'isolement au point de le banaliser pour les soignants n'est pas compréhensible. L'établissement est engagé dans une démarche visant à faire évoluer l'espace de ces micro-unités comme outil de l'isolement dans l'objectif de réduire cette pratique et les équipes tout à fait favorable à en diminuer le recours mais ce constat semble ignorer leur engagement à maintenir des soins « humanisés » dans des situations les plus difficiles. A noter que le maintien même partiel (la nuit) du patient dans cet espace de micro-unité fait l'objet d'une décision d'un psychiatre régulièrement réévaluée suivant la réglementation en vigueur et figure au registre des isolements et dans le rapport annuel, et ceci d'une façon exhaustive même en accueil faute de place ».

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments mais rappellent que l'isolement doit être une décision de dernier recours, décidée pour une durée limitée et qu'il ne peut avoir lieu que dans un lieu spécifique comprenant certains dispositifs de sécurité comme l'accès à des boutons d'appel. Les contrôleurs ont effectivement constaté des pratiques humanisées mais maintiennent que les micro-unités conduisent à banaliser ces pratiques et ce risque de banalisation doit être évalué.

Il demeure que le statut des micro-unités d'isolement doit être sérieusement repensé en raison de ses effets : en « humanisant » les pratiques d'isolement, ces lieux banalisent ces pratiques, tant dans ce qu'en ressentent les soignants qui les gèrent que dans ce que leur en renvoient les patients. Leurs aménagements et leurs modes d'utilisation sont sans aucun doute permissifs d'une durée exceptionnellement longue des mesures. Dans le même esprit, le vocabulaire utilisé dans les documents institutionnels – protocole de mise en chambre d'isolement, questionnaire de sortie – qui font référence à un soin¹² ou suggèrent un effet thérapeutique doit être revu.

Enfin, si l'utilisation des micro-unités, telle qu'elle est faite actuellement, valide l'objectif de créer des espaces d'apaisement, corrélativement l'affectation exclusive de celles-ci aux patients isolés prive les autres de ces espaces d'apaisement, à l'exception de ce que l'on constate dans l'unité Minkowski – qui ne pratique pas d'isolement – où la micro-unité est constituée en un lieu repli mais qui demeure ouvert à tous.

RECOMMANDATION 40

Les actions déjà envisagées pour limiter le recours à l'isolement et à la contention doivent être mises en œuvre dans les meilleurs délais. Elles doivent être complétées par un projet d'utilisation différente des micro-unités d'isolement. Les questionnaires de sortie de chambres d'isolement, remis aux patients ne doivent pas les interroger sous l'angle de l'analyse de

¹² Le protocole de mise en chambre d'isolement indique en définition : « Mise en chambre d'isolement (CI) – chambre d'apaisement (CA) : Réponse thérapeutique, mise en œuvre sur prescription médicale d'exception, temporaire, justifiée par une situation clinique, qui vise à protéger le patient contre lui-même et / ou autrui, de l'environnement, en lui assurant un cadre protecteur et contenant. La mise en chambre d'apaisement ou chambre de repos, est un moment du traitement qui s'inscrit dans le projet thérapeutique du patient et qui doit être limitée à sa plus stricte nécessité. »

l'isolement comme mesure thérapeutique, alors qu'il n'est qu'une pratique de dernier recours, décidée pour pallier la survenue d'un risque imminent.

Dans ses observations reçues le 1er décembre 2021, le directeur de l'EPS Erasme indique : «il convient de souligner que plusieurs supports d'informations ont été revus suite à la dernière visite de la CDSP et en lien avec la CDU. Les observations formulées seront transmises à la CDU pour une nouvelle revue des supports et la définition de procédures, à savoir : questionnaire de sortie des chambres d'isolement. Ce questionnaire consigné dans le dossier vise d'une part à recueillir des observations permettant de faire évoluer les pratiques vers davantage de prise en compte des besoins des patients. Il sera par ailleurs exploité en accord avec le patient pour l'établissement d'un plan de prévention destiné à rendre le patient davantage acteur de l'organisation de ses soins en cas de récurrence de situation de mise en danger ».

En conséquence, les contrôleurs maintiennent leur recommandation.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 L'UNITE DE PEDOPSYCHIATRIE OFFRE UNE PRISE EN CHARGE DE QUALITE

L'UHADO a été créée en 2010 et a constitué la première offre sur le secteur qui ne disposait jusqu'alors que d'une offre ambulatoire. Le pôle de pédopsychiatrie bénéficie également d'une unité mobile de liaison et de coordination (cf.§ 3.1) qui centralise et régule les demandes d'urgence et d'hospitalisation, afin de proposer des réponses alternatives à l'hospitalisation ou de permettre de préparer celle-ci. Un projet de réorganisation de l'unité est en cours de réalisation. Il vise notamment à créer des places d'hospitalisation de jour afin de diversifier l'offre de soins, de la rendre plus souple et permettre de pallier ainsi un manque de structures de soins d'aval ou d'amont.

10.1.1 L'activité

L'UHADO dispose de onze places et accueille des mineurs de 12 à 17 ans.

L'analyse des données sur cinq ans fait apparaître que le nombre de patients adolescents diminue, conduisant à une baisse de la file active générale (cf.§ 3.4). Selon le rapport d'activité de l'établissement, 4 150 patients ont été pris en charge contre 5 028 en 2015. Sur ces 4 150 patients, 98 % ont été pris en charge en ambulatoire, 2 % hospitalisés à temps complet (soit 75) et 0,4 % hospitalisés à temps partiel (soit 19). Sur les 75 patients, 46 ont entre 15 et 19 ans et 29 entre 10 et 14 ans.

Le taux d'occupation de l'UHADO était de 67,8 % en 2019. Cependant, ce taux n'est pas révélateur de l'activité qui a été constatée au moment du contrôle. En effet, l'unité est confrontée à une augmentation très importante des demandes d'admission depuis le début de la crise sanitaire, situation qui s'est accentuée en novembre 2020. Ainsi, vingt-sept mineurs avaient été admis en hospitalisation complète depuis le 1^{er} janvier 2021. Au jour de la visite, onze mineurs étaient hospitalisés dont neuf filles et un patient autiste (depuis le 12 avril 2019), tous en soins libres. Effet de l'existence d'une équipe mobile, le nombre de mineurs admis sur le fondement d'une ordonnance de placement provisoire est faible : aucun en 2019, trois en 2020. Le nombre de mineurs admis en SDPRE l'est également : un en 2019 et un en 2020.

Les professionnels notent une évolution du profil du public accueilli, caractérisée par une plus grande intensité des symptômes, des patients de plus en plus jeunes, une augmentation des prises en charge en urgence et de la durée d'hospitalisation.

10.1.2 L'organisation du service

L'unité comprend 1,4 ETP de praticien hospitalier (PH), 0,5 ETP d'attaché ou d'assistant, 2 ETP d'internes, 0,8 ETP de cadre de santé, 11,4 ETP d'IDE, 3 ETP d'aides-soignants, 3 ETP d'agents des services hospitaliers (ASH), 1,6 ETP de psychologue, 0,7 ETP d'assistant social, 0,5 ETP de psychomotricien, 2,2 ETP de personnels socio-éducatifs et 1 ETP d'assistant médical. Au jour de la visite, il était prévu que quatre postes d'infirmiers soient vacants en avril 2021. En pratique, il est difficile de recruter et l'unité fonctionne parfois avec un effectif minimal de trois soignants alors que quatre ou cinq seraient nécessaires.

Les équipes médicales et soignantes sont impliquées et soucieuses des besoins des patients. Cependant l'hospitalisation du patient autiste déstabilise l'organisation générale de l'unité. En effet, chaque intervention auprès de lui mobilise un minimum de deux personnes et sa prise en

charge a été la cause de différents arrêts et accidents de travail, éprouvant les professionnels comme en témoigne le nombre d'événements indésirables déclarés (cf. § 4.2).

De nombreuses réunions institutionnelles se tiennent régulièrement : réunions soignants-soignés toutes les semaines animées par un psychologue, réunions d'équipe toutes les semaines, réunions institutionnelles du pôle de pédopsychiatrie tous les trimestres, *staffs* pluridisciplinaires, *staffs* réguliers entre l'équipe mobile et l'équipe de l'UHADO, synthèses cliniques, analyse des pratiques. Des réunions avec les juges des enfants ont lieu aussi régulièrement.

10.1.3 Les modalités de la prise en charge

L'UHADO avait déménagé 15 jours avant la visite dans des locaux provisoires situés au sein de l'établissement en raison du projet de réaménagement future de l'unité, destinée à être installée dans un bâtiment disposant d'une entrée distincte de celle des adultes et d'un jardin clôturé du reste du parc. Ce projet comprend une réfection des locaux actuels, ainsi que la création de places en hôpital de jour, la fin des travaux étant prévue pour début 2022. Les contrôleurs qui ont visité ces locaux ont constaté que ce projet aurait pu prévoir l'existence d'une unité de plain-pied, configuration qui aurait permis une prise en charge plus optimale des adolescents en facilitant leur surveillance. De même, il convient de profiter de cette phase de travaux pour changer le système des fenêtres afin que les jeunes puissent les ouvrir dans des conditions sécurisées, permettre une fermeture de la salle de bains et un accès à un placard (une seule porte ferme actuellement alternativement le placard ou l'espace abritant les sanitaires et la douche), concevoir des salles d'activités adaptées, une attention particulière devant être portée à la conception et à l'aménagement des unités de soins pour mineurs.



L'UHADO qui va être réaménagée

L'unité provisoire dans laquelle sont hébergés les adolescents comprend neuf chambres individuelles dont sept disposent d'une douche et de WC, d'une chambre double, d'une micro-unité comprenant deux chambres d'isolement sur un modèle identique à celui précédemment décrit, de deux salles de bains, de deux salles d'activité et d'une grande salle commune où les repas se prennent et qui dispose d'une bibliothèque.

L'unité est fermée, conséquence de son installation provisoire au deuxième étage d'un bâtiment abritant différentes unités pour adultes et la nécessité de maintenir la séparation mineurs/majeurs. Sa décoration est encore sommaire, dans le contexte de son emménagement récent mais les locaux précédents montrent l'attention des soignants à présenter aux mineurs un cadre convivial.



Décorations dans l'ancienne unité devant être réinstallées dans les locaux provisoires

La prise en charge en pédopsychiatrie est attentive. Elle repose sur un projet médical et un projet de soins infirmiers tenant compte des spécificités des mineurs et qui s'attachent à mettre en œuvre une approche globale intégrant les prises en charge en amont et en aval et d'assurer la continuité de la prise en charge. Les contrôleurs ont constaté, au cours de leurs échanges avec les soignants et les jeunes hospitalisés au moment de leur visite, que l'écoute, la parole et la bienveillance étaient au centre du dispositif de soins.

L'unité dispose d'un livret d'accueil spécifique ainsi que de règles de vie qui sont en cours d'actualisation. Ces règles sont adaptées et compréhensibles pour un public d'adolescents. Ces documents sont remis à chaque jeune après explications lors de la préadmission.

BONNE PRATIQUE 3

L'existence d'un livret d'accueil et de règles de vie spécifiques à l'UHADO, adaptés à la compréhension d'un public adolescent, est de nature à informer de manière exhaustive les patients mineurs hospitalisés.

Les admissions programmées sont largement privilégiées et un temps de rencontre préalable dit « entretien d'admission » est proposé pour présenter la structure, son fonctionnement et ses règles au patient et à sa famille. La place des titulaires de l'autorité parentale est aussi respectée en recueillant systématiquement leurs avis lors des demandes d'admission. Si l'un des titulaires de l'autorité parentale est absent lors de l'admission, l'unité appelle systématiquement l'autre pour recueillir son accord. Le document élaboré par l'EPS Érasme, qui formalise les modalités d'admission d'un patient mineur, fait référence aux recommandations du CGLPL contenues dans le rapport thématique « *Les droits fondamentaux des mineurs en établissements de santé mentale* » du mois de décembre 2017, qui rappellent la nécessité de recueillir l'accord des deux parents de façon formelle. Les familles sont ensuite reçues en entretien familial toutes les semaines, au moins tous les quinze jours.

BONNE PRATIQUE 4

L'accord formel des deux titulaires de l'autorité parentale est recherché.

La prise en charge des soins tant psychiatriques que somatiques est assurée. Chaque patient a un soignant senior référent et est vu par l'interne au moins deux ou trois fois par semaine. La situation de chaque patient est évaluée quotidiennement et les projets de soins sont individualisés. La distribution des médicaments se fait dans le poste de soins, dans le respect de la confidentialité, et il n'y a pas de prescriptions si besoin. Le médecin généraliste se déplace dans l'unité *a minima* chaque semaine. S'agissant des consultations spécialisées, les patients sont adressés prioritairement chez le spécialiste qui les suit habituellement ou dans l'un des centres de santé avec lesquels l'EPS dispose de convention ou a l'habitude de travailler.

Les entretiens des soignants avec les adolescents sont quotidiens.

Les adolescents bénéficient individuellement de deux jours d'enseignement scolaire par semaine dispensés par un enseignant de l'Education nationale.

Les activités occupationnelles et thérapeutiques sont nombreuses et variées. Du sport est proposé deux fois par semaine et plusieurs ateliers sont organisés hebdomadairement (théâtre, art-thérapie, voyage) même si la crise sanitaire a conduit à en suspendre certains (photos, *street art*). Les adolescents bénéficient également de sorties dans le parc et d'une bibliothèque contenant plusieurs livres et magazines. Des temps d'accès à la télévision sont prévus et l'usage des tablettes personnelles est autorisé à certaines heures.

Les repas se prennent en présence des soignants. Les mineurs rencontrés se sont plaints de la quantité de nourriture qui leur était offerte à l'instar de nombreux patients adultes (cf. § 7.4)

Au jour du contrôle, les visites des familles étaient restreintes en raison des mesures sanitaires exceptionnelles à trente minutes tous les jours de la semaine et à une heure les week-ends. L'accès au téléphone (cabines téléphoniques et téléphones portables) est possible mais durant des créneaux spécifiques, adaptés patient par patient.

Des sorties pour fumer sont prévues quatre fois par jour et ne concernent que les mineurs disposant pour ce faire d'une autorisation parentale.

Enfin, les règles de vie interdisent les relations sexuelles.

Les mesures d'isolement et de contention sont exceptionnelles et aucune n'a été constatée lors de la visite. En raison des spécificités liées à sa prise en charge, le patient autiste se trouvait hébergé dans une des deux chambres d'isolement depuis son arrivée

10.2 L'ETABLISSEMENT N'ACCUEILLE PAS LES PERSONNES DETENUES

L'établissement n'accueillant pas des personnes détenues, leurs conditions d'hospitalisation n'ont pas été contrôlées à l'occasion de cette visite.

11. CONCLUSION

Le présent contrôle, presque onze ans après le premier, intervient dans un contexte de crise sanitaire nationale qui induit un fonctionnement particulier de l'établissement.

Le constat dominant reste que le respect des droits fondamentaux et l'accès aux soins des patients hospitalisés sont assurés. A cet égard, plusieurs bonnes pratiques de l'établissement ont été relevées comme les modalités de désignation de la personne de confiance ou les rencontres formalisées entre mandataires judiciaires et professionnels de la psychiatrie.

Les contrôleurs ont pris acte des engagements du directeur d'établissement pour prendre en compte les recommandations formulées par la mise en œuvre d'un plan d'action.

Eu égard aux très bonnes conditions d'accueil et d'échanges dans lesquelles s'est réalisé ce contrôle, les améliorations formulées peuvent réunir l'ensemble des acteurs.

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

www.cglpl.fr