

Contrôleur  
général  
des LIEUX  
de PRIVATION  
de *Liberté*

---

## Rapport de visite :

3 au 7 mai 2021 – 1<sup>ère</sup> visite

Pôle de psychiatrie du centre  
hospitalier sud-francilien de  
Corbeil-Essonnes

*(Essonne)*



## SYNTHESE

Six contrôleurs ont effectué une première visite du pôle de psychiatrie du centre hospitalier sud francilien (CHSF) de Corbeil-Essonnes du 3 au 7 mai 2021. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé au directeur du CHSF, à l'agence régionale de santé d'Ile de France ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département. Seul le directeur de l'établissement a fait valoir en retour des observations intégrées dans le présent rapport définitif.

Le CHSF, établissement public de santé, ouvert en 2012, est issu de la fusion de l'hôpital Louise Michel d'Evry-Courcouronnes et de l'hôpital Gilles de Corbeil de Corbeil-Essonnes. Il est l'hôpital de référence pour le Sud de la région Ile de France. La patientèle est essentiellement originaire du département de l'Essonne (70 %). Il couvre un bassin aux ressources socio-économiques modestes.

La direction est commune avec le centre hospitalier d'Arpajon (CHA), situé au centre du même département et qui ne dispose pas de pôle de psychiatrie.

Par ailleurs, il partage l'offre de psychiatrie dans le département avec l'établissement public spécialisé en santé mentale (EPSSM) Barthélemy Durand, situé à Etampes, compétent pour les deux tiers du département, le groupe hospitalier Nord Essonne (GHNE) qui couvre trois secteurs de psychiatrie, le Centre Hospitalier Manhès, établissement de santé privé d'Intérêt collectif (ESPIC) situé à Fleury-Mérogis doté d'un service de psychiatrie (trente lits), outre quatre cliniques privées appartenant au groupe Clinéa et accueillant des patients en soins libres.

L'intégration progressive, achevée en 2016, d'un pôle de psychiatrie au sein du bâtiment principal du CHSF n'a pas été évidente et s'est heurtée à d'importantes réticences, qui marquent encore le fonctionnement du pôle. En effet, chaque secteur fonctionnait en autonomie ; seules leurs unités d'hospitalisation à temps plein ont été intégrées ; les autres structures sont restées implantées localement. La décision a été guidée par l'idée d'une prise en charge globale du patient, psychiatrique et somatique.

L'établissement est doté de 1094 lits et places (MCO, psychiatrie, SSR) dont 130 lits de psychiatrie répartis au sein de cinq unités d'hospitalisation complète (vingt lits d'hospitalisation et deux chambres d'isolement chacune) et d'une unité de psychiatrie et de liaison intersectorielle (UPLI) (dix lits et deux chambres d'isolement) qui ont fait l'objet de la visite ; outre une unité post cure située à Yerres (vingt lits). Les cinq unités d'hospitalisation complète accueillant des soins sans consentement – qui représentent en moyenne 40% de la file active – correspondent à quatre secteurs de psychiatrie. La visite a également concerné le service des urgences du CHSF.

Le contrôle s'est déroulé dans de très bonnes conditions. Les équipes, particulièrement investies auprès des patients, interrogent volontiers leurs pratiques.

Le pôle de psychiatrie du CHSF couvre la partie Nord-Est du département de l'Essonne. Les patients cumulent les difficultés suivantes : isolement, précarité, difficultés administratives. Deux assistant(e)s de service social et deux psychologues interviennent dans chaque unité ce qui garantit la pluridisciplinarité des équipes. Par ailleurs, l'implantation du pôle de psychiatrie au sein du CHSF facilite l'accès aux soins en médecine spécialisée et au plateau technique.

Néanmoins, la pénurie médicale est préoccupante – il manquait neuf praticiens hospitaliers sur 38,6 ETPR – malgré les démarches de la direction dans le cadre d'une politique d'attractivité des emplois. De plus, les six médecins associés n'ont pas le plein exercice des missions.

Les principaux constats des contrôleurs s'articulent autour de six thèmes.

- **Sur les conditions matérielles de prise en charge**

Les locaux présentent un état d'hygiène très satisfaisant. Néanmoins, l'entretien des équipements l'est moins (disparité des équipements des chambres et des locaux communs, non fermeture des armoires des patients, absence de verrou de confort, pas de fourniture de serviettes de toilette...). De plus, l'hôpital ne prend pas en charge l'hygiène du linge des patients qui peuvent alors rester en pyjama.

Ces constats ont été pris en compte par la direction de l'établissement en vue de l'amélioration des conditions de prise en charge des patients.

- **Sur les restrictions aux libertés individuelles**

Les unités fonctionnent en régime fermé. La liberté d'aller et venir n'est pas le principe mais l'exception. A la suite d'une recommandation de la Haute autorité de santé (HAS) en novembre 2018, un projet sur la liberté d'aller et venir a été engagé. Cette démarche d'ouverture des unités est encouragée. Néanmoins, il a été rappelé que le statut médico-légal ne doit pas déterminer l'enfermement du patient.

Les restrictions dans la vie quotidienne ne sont pas non plus l'exception et sont variables d'une unité à l'autre, ce qui traduit un manque d'instance de réflexion de pôle.

Depuis la visite du CGLPL, le pôle de psychiatrie a repris les réflexions engagées avant la crise sanitaire et les a étendues afin de faire évoluer son organisation dans le souci d'un respect des libertés fondamentales des patients, ce qui est positif.

- **Sur le patient sujet de droit**

Les professionnels du pôle de psychiatrie du CHSF sont insuffisamment formés aux droits des patients en SSC alors qu'ils représentent environ 40% des patients hospitalisés. De plus, il n'y a pas d'organisation dans les unités de l'information sur les droits, de la notification des droits et des décisions. Par ailleurs, de nombreuses mesures de soins sans consentement sont formellement irrégulières ou conduites en méconnaissance des droits des patients et des dispositions du code de la santé publique qui régissent ces procédures. Sur ce point, le CHSF s'est engagé dans la mise en place d'une formation à l'attention des professionnels du pôle dans le courant de l'année 2022. Enfin, il est nécessaire de formaliser l'information générale sur les règles de vie et les droits des patients.

- **Sur la prise en charge médicale**

Malgré la pénurie médicale, une présence médicale quotidienne permet un suivi régulier des patients en consultations, les familles sont associées et reçues par le médecin souvent en binôme ou trinôme avec un infirmier, une assistante de service social ou un psychologue.

L'articulation avec l'extra hospitalier est un point fort de la prise en charge, non seulement dans le cadre de la préparation à la sortie mais également pendant l'hospitalisation.

Les projets de sortie sont préparés en amont. Des réunions soignants/soignés et des groupes d'analyse des pratiques sont organisés au sein des unités.

Néanmoins, il n'existe pas toujours de projets de soins individualisés. Ils ne sont pas formalisés et ne font pas référence pour les soignants et les patients.

Peu d'activités thérapeutiques, aucun programme d'éducation à la santé et thérapeutique ne sont organisés. De plus, le travail autour de l'autonomisation du patient (gestion du tabac, statut, droits) – qui n'est pas toujours suffisamment associé à sa prise en charge – est insuffisant.

- **Sur l'isolement et la contention**

Le nombre de chambres d'isolement est important au regard du nombre de chambres d'hospitalisation complète (deux pour vingt lits). De plus, chaque unité comporte deux chambres dites sécurisées qui n'entrent dans aucune catégorie officielle. Elles peuvent servir de chambre d'isolement ou de chambre d'hospitalisation.

La traçabilité des décisions médicales dans les dossiers médicaux est acquise – sauf dans une unité où les enfermements en chambres sécurisées ne sont pas comptabilisés.

Cependant, l'absence de logiciel de psychiatrie ou de module spécifique pour l'enregistrement de ces pratiques ne permet pas d'en extraire un registre automatique et exploitable. Le rapport annuel présenté en CME avance des chiffres qui ne sont pas vérifiables, en partie erronés, et les durées de mesures sont faussées par l'absence d'horodatage automatisé.

Depuis la visite, un outil d'extraction du registre des mesures d'isolements et de contentions est en cours de développement.

- **Sur la prise en charge des mineurs**

Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile ne dispose que de structures en ambulatoire et l'équipe ne vient que très exceptionnellement en soutien du secteur de psychiatrie adulte lorsqu'il est contraint d'accueillir un mineur dans les unités ou l'UPLI.

Or, un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes<sup>1</sup>. Il paraît donc indispensable que le département soit mieux doté en structure spécialisée pour les mineurs dont l'état clinique nécessite une hospitalisation complète.

En conclusion, le tout récent pôle de psychiatrie du CHSF est encouragé à faire évoluer et à harmoniser ses pratiques et son organisation en faveur d'un plus grand respect des droits fondamentaux des patients.

Les observations formulées par l'établissement aux recommandations du CGLPL – dont plusieurs sont d'ores et déjà prises en compte et d'autres en cours de prise en compte – démontrent un réel engagement en faveur de l'amélioration de la qualité de prise en charge des patients et de la garantie de l'exercice de leurs droits.

---

<sup>1</sup> Conf. les rapports thématiques du CGLPL « *Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale* », novembre 2017 et « *Les droits fondamentaux des mineurs enfermés* », février 2021.

## 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** ..... 34

Les usagers peuvent être reçus sans rendez-vous à la direction des services juridiques pour exposer leur réclamation.

#### **BONNE PRATIQUE 2** ..... 64

Une attention particulière est portée aux patients chroniques et à ceux connus du pôle. La diététicienne s'efforce d'adoucir leur accueil en leur assurant des plats respectant leurs aversions, voire leurs préférences.

### 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 projet de création d'une équipe mobile de crise en psychiatrie, dispositif pertinent de prévention des hospitalisations complètes et de gestion de crise, doit être mis en place.

#### **RECOMMANDATION 2** ..... 22

Les dotations affectées à l'exercice de la psychiatrie doivent servir aux dépenses relatives à l'amélioration de la prise en charge des patients.

#### **RECOMMANDATION 3** ..... 28

Les patients doivent conserver leur lit d'hospitalisation lors d'un placement en chambre d'isolement ou d'un retour de permission de sortie.

#### **RECOMMANDATION 4** ..... 30

Un protocole d'information des patients en soins sans consentement sur leur situation doit être élaboré par l'établissement. Il doit préciser le rôle de chacun dans la délivrance de ces informations. Un document mentionnant clairement les droits afférents à ce statut doit être remis à chaque patient et notifié comme tel.

Les décisions et certificats médicaux de la procédure doivent également être remis aux patients ainsi que l'information de l'inscription de la mesure le concernant dans le fichier *HOPSYWEB*.

#### **RECOMMANDATION 5** ..... 31

Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi qu'un document explicitant les règles de vie de l'unité doivent être remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

Les règles de vie doivent être affichées dans chaque unité.

Le livret d'accueil doit comporter des informations plus détaillées et juridiquement à jour sur les diverses modalités d'admission en soins sans consentement, sur le déroulement de la procédure et les conditions de saisine du juge des libertés et de la détention.

<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>33</b>
L'isolement d'un patient ne saurait avoir de caractère punitif.	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>35</b>
La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>36</b>
Toute élection doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser l'exercice du droit de vote des patients dotés de leur capacité électorale. Chacun doit être informé en temps utile des modalités d'inscription sur les listes électorales, des modes d'exercice du droit de vote et des échéances des scrutins afin d'être en mesure d'engager les démarches nécessaires.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>38</b>
Un rappel du principe de la confidentialité de l'hospitalisation et du mode d'admission doit être effectué et des actions doivent être menées pour s'assurer de son respect effectif et complet.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>41</b>
Les registres sont renseignés avec un retard inacceptable. La tenue négligée de certains d'entre eux est inadmissible, il doit y être remédié sans délai.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>42</b>
De nombreuses mesures de soins sans consentement sont formellement irrégulières ou conduites en méconnaissance des droits des patients et des dispositions du code de la santé publique qui régissent ces procédures. Le CHSF doit assurer une formation de l'ensemble du personnel du pôle de psychiatrie aux conditions légales de soins psychiatriques sans consentement.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>44</b>
Le collège des professionnels de santé doit s'entretenir avec le patient concerné et recueillir ses observations avant de rendre son avis sur sa prise en charge.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>44</b>
Les patients doivent être informés dès leur admission, ou dès que leur état clinique leur permet de le comprendre, qu'ils peuvent à tout moment du déroulement de la mesure de soins sans consentement, saisir le JLD et qu'un proche peut également effectuer cette saisine.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>46</b>
Le CHSF doit établir une convention avec le tribunal judiciaire d'Evry et l'agence régionale de santé pour préciser les conditions d'intervention du JLD. Cette convention doit prévoir deux audiences par semaine pour permettre au juge d'apprécier la situation dans un délai pertinent après le début de la mesure d'admission. Elle doit également prévoir une salle aménagée pour les audiences dans les locaux du CHSF.	
<b>RECOMMANDATION 15</b> .....	<b>48</b>
Le principe d'enfermer systématiquement les patients en soins sans consentement n'est pas justifié. Seul l'état clinique peut motiver une restriction temporaire de la liberté d'aller et venir.	
<b>RECOMMANDATION 16</b> .....	<b>49</b>
Les restrictions relatives à la liberté d'aller et venir auxquelles sont soumis les patients ne sont pas justifiées et sont infantilisantes. Elles doivent être réexaminées dans les plus brefs délais. Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent donc pas être hébergés dans des unités dont les portes sont fermées en permanence.	
<b>RECOMMANDATION 17</b> .....	<b>50</b>
L'accès au jardin-terrasse doit être possible de manière illimitée.	

<b>RECOMMANDATION 18</b> .....	<b>51</b>
Il doit être donné la possibilité aux patients de gérer de façon autonome leur consommation de tabac.	
<b>RECOMMANDATION 19</b> .....	<b>52</b>
Le port du pyjama ne saurait être imposé pour des raisons sécuritaires. Au demeurant, il convient de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel. Le retrait du soutien-gorge dans le cadre de la prévention du suicide est une mesure dégradante qui doit être proscrite.	
<b>RECOMMANDATION 21</b> .....	<b>53</b>
Les patients doivent être en mesure de passer et de recevoir des appels téléphoniques dans des conditions respectant la confidentialité des échanges.	
<b>RECOMMANDATION 22</b> .....	<b>54</b>
Les unités d'hospitalisation doivent se doter d'un accès au réseau Wifi afin que les patients puissent communiquer avec l'extérieur et effectuer des démarches administratives. En outre, les patients doivent être informés de la possibilité d'utiliser les tablettes dont sont dotées chaque unité.	
<b>RECOMMANDATION 23</b> .....	<b>55</b>
Les unités doivent aménager les salons afin que les visites se déroulent dans des conditions agréables. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient doit pouvoir accueillir un visiteur dans sa chambre. La durée des visites accordée doit être prolongée.	
<b>RECOMMANDATION 24</b> .....	<b>56</b>
Le pôle de psychiatrie doit engager une réflexion sur la liberté sexuelle des patients. Les règles de vie des unités ne peuvent pas poser d'interdiction en la matière.	
<b>RECOMMANDATION 25</b> .....	<b>57</b>
Les fenestrons des portes d'entrée des unités doivent être occultés afin de préserver l'intimité des patients.	
<b>RECOMMANDATION 26</b> .....	<b>58</b>
Les chambres d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doivent être équipées de manière complète et confortable.	
<b>RECOMMANDATION 27</b> .....	<b>60</b>
Sur les terrasses, les équipements manquants ou abîmés (table, sièges, bancs, etc..) doivent être remplacés ou rénovés. Des équipements d'activité doivent être installés ou réparés pour ceux existant.	
<b>RECOMMANDATION 28</b> .....	<b>61</b>
Des serviettes de toilette doivent être fournies aux patients qui en sont dépourvus.	
<b>RECOMMANDATION 30</b> .....	<b>63</b>
Un dispositif permettant aux patients de verrouiller leur chambre (par clef, badge électromagnétique, etc.) doit être mis en place. <i>A minima</i> , les coffres doivent être mis en état de fonctionnement et les armoires doivent fermer clé.	
<b>RECOMMANDATION 31</b> .....	<b>66</b>
Sauf indications médicales, le libre choix du patient de prendre ses repas en collectivité ou seul en chambre doit être préservé. L'interdiction de disposer de denrées non périssables en chambre doit être individualisée.	
<b>RECOMMANDATION 32</b> .....	<b>68</b>
Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté permettant d'éviter de les attacher. L'utilisation de contentions doit être tracée et	

mentionnée dans un registre spécifique permettant l'analyse, par l'ensemble de l'équipe soignante, des conditions de recours à ces mesures.

**RECOMMANDATION 33** ..... 69

Si les médecins urgentistes décident des mesures de contention prises de manière conservatoire, un psychiatre doit valider secondairement ces décisions dans l'heure et assurer le renouvellement ou la levée selon l'état clinique du patient.

**RECOMMANDATION 34** ..... 69

Le service destiné à accueillir durant soixante-douze heures les patients de psychiatrie en urgence aux fins de prise en charge, dévaluation et d'orientation, doit faire l'objet d'une reconnaissance officielle et d'un projet de service validé par les instances.

**RECOMMANDATION 35** ..... 70

Les chambres d'isolement ne peuvent pas être confondues avec des chambres d'hospitalisation, même porte ouverte. Les espaces ou chambre d'apaisement ou d'isolement ne doivent pas apparaître dans les outils de gestion des lits.

**RECOMMANDATION 36** ..... 71

Les patients mineurs admis à l'UPLI doivent être pris en charge par la pédopsychiatrie de liaison du CH.

**RECOMMANDATION 37** ..... 71

Une unité d'hospitalisation, *a fortiori* en charge des urgences psychiatriques, doit permettre aux patients hospitalisés, en soins libres comme en soins sans consentement, d'accéder à un espace extérieur afin de s'aérer, marcher ou fumer librement.

**RECOMMANDATION 38** ..... 73

Les patients placés en SDRE après levée d'écrou ne doivent être enfermés en chambre d'isolement qu'à raison de leur état clinique et non de leur mode légal d'admission ou de leur statut pénal passé.

**RECOMMANDATION 39** ..... 73

Chaque unité d'hospitalisation doit disposer d'un projet de service qui constitue un document de référence pour l'équipe soignante.

**RECOMMANDATION 40** ..... 75

Lors de la décision du maintien en soins sans consentement, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient au cours de l'entretien médical qui doit impérativement avoir lieu en vue de la rédaction du certificat.

**RECOMMANDATION 41** ..... 75

La répartition du temps de travail des médecins psychiatres entre l'intra hospitalier et les structures ambulatoires doit être réajustée afin de garantir au patient un accès au médecin en tant que de besoins.

**RECOMMANDATION 42** ..... 76

L'absence d'élaboration de plan de soins individualisé témoigne d'un manque de volonté d'associer pleinement le patient à sa prise en charge. Il doit y être remédié.

**RECOMMANDATION 43** ..... 76

Les professionnels de santé de toutes les unités doivent pouvoir bénéficier de séances de supervision animées par un intervenant extérieur à l'établissement.

**RECOMMANDATION 44** ..... 79

Les unités doivent disposer de moyens suffisants pour organiser des activités et des sorties thérapeutiques qui sont partie intégrante des soins.

<b>RECOMMANDATION 45</b> .....	<b>80</b>
Les personnes placées en chambre d'isolement et/ou sous contention doivent être examinées par un médecin somaticien.	
<b>RECOMMANDATION 46</b> .....	<b>81</b>
Les affectifs de pharmacien doivent permettre l'exercice de toutes les missions d'une pharmacie à usage intérieur et l'analyse de 100% des prescriptions en psychiatrie.	
<b>RECOMMANDATION 47</b> .....	<b>84</b>
Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un système d'appel accessible au patient même lorsqu'il est attaché sur le lit. Elles doivent disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l'heure et de la date.	
<b>RECOMMANDATION 48</b> .....	<b>84</b>
Une unité d'hospitalisation peut comporter des espaces d'apaisement ou des chambres d'isolement qui constituent des outils de gestion de la sécurité durant des phases de crises et qui ne peuvent pas être assimilés à des chambres d'hospitalisation.	
<b>RECOMMANDATION 49</b> .....	<b>87</b>
Les patients ne peuvent pas être systématiquement mis en pyjama du seul fait d'être placés en chambre d'isolement ; il ne peut s'agir que d'une décision médicale individuelle motivée par le médecin en raison de la clinique dans le dossier du patient.	
<b>RECOMMANDATION 50</b> .....	<b>88</b>
Il ne peut y avoir de placement en chambre d'isolement pour des phases séquentielles durables ; une sortie de la chambre d'isolement doit évaluer la possibilité d'adapter la prise en charge par des alternatives à l'enfermement.	
<b>RECOMMANDATION 51</b> .....	<b>90</b>
Les patients en soins libres qui nécessitent le maintien d'un enfermement en chambre d'isolement doivent être placés en soins sans consentement.	
<b>RECOMMANDATION 52</b> .....	<b>90</b>
L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.	
<b>RECOMMANDATION 53</b> .....	<b>94</b>
Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes. Dans tous les cas, son suivi doit s'exercer sous le contrôle d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie. L'isolement d'un mineur, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation.	

## 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.*

<b>RECO PRISE EN COMPTE 1</b> .....	<b>28</b>
Le pôle de psychiatrie est encouragé à saisir le comité d'éthique pour nourrir ses réflexions et bénéficier d'un regard extérieur.	

<b>RECO PRISE EN COMPTE 2</b> .....	<b>37</b>
Le patient doit être informé au préalable des démarches engagées au titre de ses droits sociaux et des mesures de protection juridique. Son consentement doit être systématiquement recherché.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 3</b> .....	<b>53</b>
Le principe de pouvoir disposer librement de son téléphone portable doit être appliqué, seul l'état clinique peut justifier une restriction temporaire.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 4</b> .....	<b>77</b>
Des réunions soignants-soignés doivent se tenir dans chaque unité.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 5</b> .....	<b>82</b>
La prescription de traitement en « <i>si besoin</i> » est prohibée lorsque le consentement à ce traitement n'est pas recherché ou obtenu par le praticien avant administration. L'unité de psychiatrie et de liaison intersectorielle (UPLI) doit disposer d'un réfrigérateur en état de marche pour permettre d'entreposer les médicaments nécessitant une conservation à froid.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 7</b> .....	<b>86</b>
L'établissement doit inscrire, dans son projet médical et son projet d'établissement, l'objectif d'un moindre recours aux mesures d'isolement et de contention, et décrire les moyens mis en œuvre à cet effet.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 8</b> .....	<b>87</b>
Les mesures d'isolement ou de contention initiées par les internes ou les médecins associés doivent être validées dans l'heure par un médecin psychiatre de plein exercice.	
<b>RECO PRISE EN COMPTE 9</b> .....	<b>91</b>
Le CHSF doit permettre au service du JLD de contrôler les mesures d'isolement et de contention conformément au texte législatif en vigueur.	

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>5</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>13</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>13</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>15</b>
2.1 La réflexion sur la liberté d'aller et venir remet en question le principe de la sectorisation .....	15
2.2 Les dotations budgétaires affectées à la psychiatrie ne lui sont pas totalement consacrées .....	21
2.3 La pénurie médicale est préoccupante et l'effectif de soignants est à flux tendu .....	22
2.4 La suroccupation induit une gestion des lits qui obère la prise en charge des patients .....	26
2.5 Le comité d'éthique est actif mais n'est pas saisi par le pôle de psychiatrie.....	28
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>29</b>
3.1 L'information des patients en soins sans consentement est aléatoire et son contenu insatisfaisant.....	29
3.2 Les événements indésirables graves font l'objet d'un suivi rigoureux .....	31
3.3 La personne de confiance est désignée mais n'est pas associée à la prise en charge du patient.....	35
3.4 Peu de démarches sont engagées pour faciliter l'exercice du droit de vote .....	35
3.5 La liberté de culte est respectée mais les possibilités de se rendre aux offices ou de rencontrer des ministres du culte sont réduites .....	36
3.6 Le suivi social des patients est dynamique mais peut être entravé par les défaillances des partenaires et des dispositifs d'insertion.....	36
3.7 La confidentialité sur la présence n'est pas toujours effective.....	38
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>39</b>
4.1 La CDSP remplit son office et les usagers sont intégrés dans la vie de l'établissement .....	39
4.2 L'examen des registres de la loi révèle d'importantes irrégularités .....	40
4.3 Les contraintes qui pèsent sur l'organisation des sorties des patients en soins sans consentement sont d'ordre social plus que juridique.....	42
4.4 Le recours au JLD ne fait pas l'objet d'une information complète et son organisation ne garantit pas suffisamment les droits du patient .....	44
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>48</b>
5.1 Les patients, quel que soit leur statut d'admission, sont privés de leur liberté d'aller et venir .....	48

5.2	Les restrictions régissant le quotidien des patients, non justifiées, sont infantilisantes et parfois dégradantes.....	49
5.3	Le principe de libre disposition de son téléphone portable n'est pas appliqué à l'ensemble des unités.....	52
5.4	Les conditions dans lesquelles se déroulent les visites ne sont pas adaptées....	55
5.5	Certaines unités opposent une interdiction de principe aux patients désireux d'avoir des relations sexuelles.....	56
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>57</b>
6.1	Les locaux sont peu adaptés à la vie en collectivité.....	57
6.2	Les locaux sont propres mais les patients manquent de certains effets pour assurer leur hygiène.....	60
6.3	Les patients ne disposent pas dans les chambres d'un système permettant de protéger leurs biens.....	62
6.4	Un effort d'individualisation est réalisé au niveau de la composition des menus.....	63
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>67</b>
7.1	Les patients sont admis au sein de l'établissement après avoir été examinés par un psychiatre aux urgences.....	67
7.2	Les prises en charge, auxquelles les patients ne sont pas pleinement associés, ne sont pas régulièrement questionnées faute de projet de service et de plan de soin individualisé.....	73
7.3	Les soins somatiques sont assurés mais limités par le temps médical.....	80
7.4	L'administration des médicaments ne respecte pas la confidentialité.....	81
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....</b>	<b>83</b>
8.1	Les chambres d'isolement sont très nombreuses.....	83
8.2	Les pratiques d'isolement et contention ne sont pas collégalement analysées	85
8.3	Le registre est réalisé par les cadres de santé <i>a posteriori</i> .....	89
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>93</b>
9.1	Les mineurs peuvent être hospitalisés au sein des unités pour adultes sans appui du secteur de psychiatrie infanto-juvénile.....	93
9.2	La fin de vie d'un patient fait l'objet d'un accompagnement.....	95
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>96</b>

---

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

Candice Daghestani, chef de mission ;

Marie Cretenot ;

Anne Lecourbe ;

Bonnie Tickridge ;

Luc Chouchkaieff ;

Thierry Chantegret.

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 du pôle de psychiatrie du centre hospitalier sud-francilien (CHSF) de Corbeil-Essonnes du 3 au 7 mai 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 3 mai à 14h15. Ils l'ont quitté le 7 mai à 12h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction, au directeur de cabinet du préfet de l'Essonne, au directeur de la délégation territoriale (Essonne) de l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France. Le président du tribunal judiciaire d'Evry ainsi que la procureure de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par le médecin chef de pôle, la cadre supérieure de pôle de psychiatrie, la cadre supérieure référente de l'extra hospitalier, le responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers. Une réunion de présentation de la mission et du centre hospitalier sud-francilien (CHSF) s'est tenue le mardi 4 mai à 11h en présence des mêmes interlocuteurs et du directeur du CHSF, de la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), de la directrice des affaires juridiques, des relations avec les usagers, des marchés publics, de la recherche et de la psychiatrie, de la chargée de mission affaires juridiques, coopérations, relations usagers, psychiatrie, de la coordonnatrice générale des soins et directrice qualité, gestion des risques, du médecin responsable de l'information médicale et de l'évaluation, du représentant des usagers (union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques de malades psychiques – UNAFAM), président de la commission des usagers (CDU).

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont notamment rencontré la présidente de la CME, le président de la CDU, le médecin chef de pôle membre de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), la directrice des affaires juridiques, le responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers, le représentant des usagers, la coordonnatrice générale des soins et directrice qualité, gestion des risques, et l'ingénieur gestion des risques, le directeur des affaires financières et la responsable du contrôle de gestion

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

Des entretiens téléphoniques ont été organisés avec le président du comité d'éthique, le directeur de cabinet du préfet, le magistrat coordonnateur du service des juges des libertés et de la détention.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs et ont souhaité avoir un entretien avec eux.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 7 mai 2021, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

Un rapport provisoire a été adressé le 27 octobre 2021 au directeur général du centre hospitalier, à l'agence régionale de santé d'Ile de France, au préfet du département, au président et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire d'Evry. Seul le directeur de l'établissement a émis des observations reçues le 2 décembre 2021, observations et demandes de corrections d'erreurs matérielles qui sont intégrées dans le présent rapport. Il convient de rappeler que les bonnes pratiques se définissent comme des pratiques innovantes ou originales à diffuser dans d'autres établissements. Enfin, plusieurs recommandations ont d'ores et déjà été prises en compte ou sont en cours de prise en compte de manière effective ce qui est à saluer.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 LA REFLEXION SUR LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR REMET EN QUESTION LE PRINCIPE DE LA SECTORISATION

#### 2.1.1 Présentation du CHSF

Le CHSF, établissement public de santé, ouvert en 2012, est issu de la fusion de l'hôpital Louise Michel d'Evry-Courcouronnes et de l'hôpital Gilles de Corbeil de Corbeil-Essonnes. Il est l'hôpital de référence pour le Sud de la région Ile de France. Situé à l'Est du département de l'Essonne et à la frontière du département de Seine-et-Marne, il est accessible par RER (ligne D) et par l'autoroute A6.

La patientèle est essentiellement originaire du département de l'Essonne (70 %), lequel couvre un bassin aux ressources socio-économique modestes.

La direction est commune avec le centre hospitalier d'Arpajon (CHA), situé au Centre du même département qui ne dispose pas de pôle de psychiatrie. Le projet d'établissement 2018-2022 est toujours en cours.

Par ailleurs, il partage l'offre de psychiatrie dans le département avec l'établissement public spécialisé en santé mentale (EPSSM) Barthélemy Durand situé à Etampes (avec un site à Sainte-Geneviève des Bois), compétent pour les deux tiers du département, le groupe hospitalier Nord Essonne (GHNE) qui couvre trois secteurs de psychiatrie (Orsay, Palaiseau et Massy), le Centre Hospitalier Manhès, établissement de santé privé d'Intérêt collectif (ESPIC) situé à Fleury-Mérogis doté d'un service de psychiatrie (trente lits), outre quatre cliniques privées appartenant au groupe Clinéa et accueillant des patients en soins libres.

Il est doté de 1 097 lits et places répartis en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SSR). Les spécialités phares du CHSF sont : le centre péri-natal de type 3 (compétence exclusive sur le département), les soins intensifs (neuro-vasculaire, compétence exclusive sur le département pour cette spécialité, hématologie, cardiologie), la réanimation et surveillance continue (dont quatre lits en unité de soins continus pédiatrique). Par ailleurs, il dispose d'un service des urgences (280 passages par jour en moyenne) comprenant les urgences psychiatriques (cf. § 7.1).

Il est organisé en huit pôles dont le pôle de psychiatrie adulte, étant précisé que la pédopsychiatrie (cf. § 9.1) a été rattachée au pôle femme, mère, enfant. Chaque pôle est représenté à la commission médicale d'établissement (CME).

L'intégration progressive, achevée en 2016, d'un pôle de psychiatrie au sein du bâtiment principal du CHSF n'a pas été évidente et s'est heurtée à d'importantes réticences, qui marquent encore le fonctionnement du pôle. En effet, chaque secteur de psychiatrie était implanté localement et fonctionnait en autonomie. La décision a été guidée par l'idée d'une prise en charge globale du patient, psychiatrique et somatique.

Par ailleurs, la directrice des affaires juridiques est également directrice du pôle de psychiatrie.

#### 2.1.2 Le fonctionnement du pôle de psychiatrie

##### a) L'intra hospitalier

Le pôle de psychiatrie du CHSF dispose de 110 lits d'hospitalisation à temps plein – avec une file active de 908 patients en 2019 et de 924 en 2020 – répartis au sein de cinq unités

d'hospitalisation complète et de l'unité de psychiatrie et de liaison intersectorielle (UPLI). Chacune d'elles comporte vingt lits d'hospitalisation et autant de chambres individuelles, dont deux chambres dites sécurisées, et deux chambres d'isolement (CI). L'UPLI dispose de dix lits et de deux CI.

Par ailleurs, une unité de post cure intersectorielle, lieu transitionnel d'accompagnement vers la réinsertion sociale pour des patients en soins libres, située à Yerres, dispose de vingt lits<sup>2</sup>, portant à 130 le nombre de lits d'hospitalisation. Elle accueille des patients dont l'état de santé est stabilisé et qui sont en attente de projet de vie (foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, appartement, etc.).

Les cinq unités d'hospitalisation, toutes susceptibles d'accueillir des soins sans consentement (SSC), correspondent à quatre secteurs de psychiatrie (G10, G11, G12, G13) auparavant dispersés géographiquement et couvrant le Nord-Est de l'Essonne. Elles sont installées en enfilade au 2<sup>ème</sup> étage du CHSF et donnent chacune sur une terrasse-jardin située en surplomb de la Nationale 104 dite « La Francilienne »).

Les patients du pôle cumulent les difficultés suivantes : isolement, précarité, difficultés administratives.

Par ailleurs, de nombreux patients présentent un état somatique dégradé. Sur ce point, l'implantation du pôle de psychiatrie au sein du CHSF facilite l'accès aux soins en médecine spécialisée et au plateau technique (cf. § 7.3).

#### *b) L'extra hospitalier*

En moyenne, 80 % des patients sont suivis par les services extra hospitaliers. Chaque secteur dispose d'un centre médico-psychologique (CMP) – deux pour le secteur G11, unité 5 –, un hôpital de jour (HJ) – sauf le secteur G12, unité 2, l'HJ du G13 comporte cinq places pour le G12 –, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), une unité d'accueil familial thérapeutique (AFT) et des appartements associatifs. Cependant, il manque des structures sociales et médico-sociales permettant la sortie plus rapide d'hospitalisation de certains patients aux problématiques spécifiques (cf. § 4.3.1 et 7.2.2 c).

Les assistantes de service social (ASS) de certaines unités interviennent en intra et en extra hospitaliers, de même pour les psychologues. Certains médecins interviennent exclusivement en extra hospitalier ou en intra hospitalier.

Lorsque le patient n'est pas hospitalisé dans son secteur d'origine faute de place, le travail avec l'extra hospitalier reste assuré par un dialogue entre les médecins des secteurs concernés. Il appartient alors à l'équipe et au médecin du secteur d'origine d'effectuer les démarches avec le patient.

Pour limiter l'attente d'une prise en charge en CMP, lorsqu'un patient prend contact téléphoniquement pour une première consultation, une évaluation de sa situation est réalisée afin de repérer la nécessité d'un rendez-vous en urgence. Dans ce cas, il est reçu dans la semaine par un infirmier qui peut mobiliser un médecin si besoin. Il bénéficie ensuite d'une orientation

---

<sup>2</sup> N'ayant pas vocation à accueillir des SSC, elle n'a pas fait l'objet d'une visite par l'équipe du CGLPL.

pour une prise en charge par un psychologue ou un médecin. S'il n'y a pas d'urgence, le patient est reçu dans un délai maximum de trois mois<sup>3</sup>.

La direction précise que les délais de rendez-vous au CMP sont optimisés selon le degré d'urgence de l'état clinique et que la continuité des soins est assurée. Le délai de trois mois reste marginal et non systématique.

Dans le cadre de cette politique de réduction des délais, l'infirmier diplômé d'Etat (IDE) a une place centrale au sein des CMP – à l'exception d'un secteur qui privilégie l'entretien avec le psychologue – ; les infirmiers sont spécifiquement formés et réalisent des visites à domicile (VAD).

Les HJ des différents secteurs connaissent le même fonctionnement. Pendant les confinements, les équipes ont maintenu les liens avec l'ensemble des patients, les VAD ont été poursuivies et les patients les plus vulnérables ont été contactés quotidiennement.

Les CATTP ont été fermés lors du premier confinement puis, à partir du déconfinement, ils ont assuré en continu leur activité avec des jauges réduites.

Lors de la visite du CGLPL, le recrutement de familles d'accueil thérapeutique était en cours, orientation privilégiée pour les patients chroniques stabilisés ou en phase d'autonomisation avant une orientation en foyer ou en appartement. Chaque secteur visite ces familles et fait le point avec elles.

Des appartements associatifs non thérapeutiques sont implantés dans chaque secteur – trente-six appartements ; cinquante et un patients, exclusivement en soins libres, en bénéficient. Le CHSF se porte garant du loyer ; pour certains, il s'agit d'une sous-location et pour d'autres d'une location directe.

Par ailleurs, le pôle de psychiatrie est lié par une convention avec la maison du Coudray située à Corbeil-Essonnes, foyer de l'association « Accompagnement lieu de vie et d'entraide » (ALVE) au sein duquel intervient un IDE du pôle. Sur vingt patients qui y sont accueillis, dix-huit ont été orientés par le CHSF.

Le département dispose de seize maisons d'accueil spécialisée (MAS) et de onze foyers d'accueil spécialisés. Cependant, au regard des difficultés d'orientation de certains patients qui restent hospitalisés à défaut de place, cette offre ne semble pas répondre aux besoins. Cette difficulté est renforcée par les dispositifs récents ne permettant plus aux établissements de santé mentale français de solliciter directement les structures belges après plusieurs refus des MAS nationales<sup>4</sup>, en application de l'accord-cadre franco-wallon de 2011 sur le placement en Belgique des personnes présentant un handicap, faute de place suffisante en France.

Enfin, le pôle de psychiatrie propose des consultations en ethnopsychiatrie – suspendues lors du contrôle en raison de la crise sanitaire – et en psychotraumatisme.

<sup>3</sup> Le délai de trois mois a été indiqué aux contrôleurs comme un délai moyen de prise en charge en CMP pour l'ensemble des demandes (sortie ou non d'hospitalisation).

<sup>4</sup> En effet, à l'issue de la réunion de la commission mixte paritaire franco-wallonne, du 21 janvier 2021, un moratoire a été annoncé sur la capacité d'accueil des adultes handicapés français en Belgique, prenant effet à compter du 28 février 2021.

### c) Les principaux projets et partenariats du pôle

Dans le cadre de la prise en charge globale du patient en lien avec les services de médecine somatique, des groupes de travail sur les situations complexes sont notamment organisés. Néanmoins, la prise en charge des patients de psychiatrie dans certains services n'est pas toujours fluide (cf. § 7.3).

Le contrat de pôle 2021-2024 a été communiqué aux contrôleurs (cf. titre 7). Une réunion des médecins du pôle chaque mercredi porte sur les mouvements, la répartition des patients et des questions diverses (accueil des mineurs à l'UPLI, mise en place de la réforme sur l'isolement et la contention, etc.). Le pôle organise des réunions d'analyse professionnelle des pratiques avec la volonté d'ouverture à l'extra hospitalier, notamment pour l'analyse du parcours du patient lorsqu'il est complexe. Néanmoins, il a été constaté que la dynamique de pôle peine à se dessiner (cf. § 7.2).

Des réflexions sont en cours dans le cadre d'un projet de création d'une équipe de liaison de psycho-gériatrie, en complément de celle dépendant de l'EPSSM B. Durand.

Dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM), un projet d'équipe mobile de crise en psychiatrie a été présenté par le CHSF mais non retenu en 2020 par l'ARS alors que le secteur ne dispose pas d'HJ ou de CMP de crise ni d'ailleurs de consultation post-urgence lorsque, par exemple, l'UPLI n'oriente pas le patient en hospitalisation complète.

#### RECOMMANDATION 1

Le projet de création d'une équipe mobile de crise en psychiatrie, dispositif pertinent de prévention des hospitalisations complètes et de gestion de crise, doit être mis en place.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique avoir répondu à l'appel à projet du Fonds de l'innovation organisationnelle en psychiatrie en septembre 2021 sur les conseils de l'ARS.

Le CGLPL soutient cette démarche et la mise en place de ce projet.

### 2.1.3 Les unités d'hospitalisation

#### a) Présentation des unités d'hospitalisation

Les cinq unités d'hospitalisation couvrent quatre secteurs au Nord-Est de l'Essonne. Au moment du contrôle, elles sont toutes fermées et accueillent des hommes et des femmes en SL et en SSC, toutes pathologies confondues. Il n'y a pas d'harmonisation des règles de vie (cf. titre 5). Il a été observé une implication des équipes dans la prise en charge des patients mais peu d'activités sont organisées faute de temps (cf. § 2.3.1 et § 7.2.3).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que depuis la visite, le pôle de psychiatrie a mis en place un groupe de travail sur l'élaboration de règles de vie communes au sein des unités. Par ailleurs, il est indiqué que « les activités sont organisées en fonction des effectifs et des choix des secteurs. Un suivi des activités au sein du pôle a également été mis en place. ».

- **Secteur G10 (unité 1)**

Il couvre une population d'environ 63 500 habitants (Vigneux-sur-Seine, Montgeron, Crosne). Les patients sont souvent en situation très précaire, sans couverture sociale, et parfois sans documents d'identité.

L'hôpital général compétent du secteur du G10 comme pour le secteur G11 (unité 5) est celui de Villeneuve-Saint-Georges (Val-de-Marne). Les patients sont souvent passés par le SAU de cet hôpital. Ils peuvent également être adressés par leur CMP.

Au moment de la visite, l'unité 1 accueillait treize hommes et cinq femmes, huit patients en soins sans consentement (SSC) et dix en SL, le patient le plus âgé avait 72 ans et le plus jeune 26 ans.

- **Secteur G11 (unité 5)**

Il couvre une population d'environ 86 000 habitants (Brunoy, Boussy-St-Antoine, Epinay-sous-Sénart, Quincy-sous-Sénart, Varennes-Jarcy, Yerres). Particulièrement opposé au regroupement au CHSF, il s'agit du dernier secteur à avoir intégré le bâtiment du CHSF en 2016. L'unité baptisée Jacques Lacan revendique une approche analytique.

Peu avant la visite du CGLPL, un *cluster* de patients positifs à la Covid-19 a été déclaré à l'unité 5, entraînant la suspension des visites des familles et des autorisations de sortie des patients. Par ailleurs, les admissions y étaient suspendues.

Elle accueillait, treize hommes et neuf femmes ; douze patients en SL, dix en SSC, et deux patients se trouvaient en CI. Il y avait huit patients chroniques, deux irresponsables pénaux (levée d'écrou de Fleury-Mérogis à la suite d'expertise psychiatrique constatant l'irresponsabilité) parmi les quatre SDRE. Le patient le plus âgé avait 71 ans et le plus jeune 23 ans.

- **Secteur G12 (unité 2)**

Il couvre une population d'environ 90 000 habitants (Saint-Pierre-du-Perray, Saint-Germain-lès-Corbeil, Villabé, Saintry-sur-Seine, Tigery, Morsang-sur-Seine, Corbeil-Essonnes), il s'agit d'un secteur socialement mixte – quartiers pavillonnaires et quartiers sensibles (Les Tarterêts, Montconseil, La Nacelle).

Au moment de la visite, l'unité 2 accueillait dix hommes et onze femmes, seize en SL, cinq en SSC. Le patient le plus âgé avait 71 ans et le plus jeune 23 ans.

Elle se présente comme une unité qui « *a toujours voulu garder son identité malgré la mise en pôle* », « *en essayant de conserver son fonctionnement antérieur* » ce qui lui paraissait le « *mieux dans l'intérêt des patients* ».

- **Secteur G13 (unités 3 et 4)**

Il couvre une population d'environ 120 000 habitants (Evry-Courcouronnes, Bondoufle, Lisses, Ris-Orangis Etiolles et Soisy-sur-Seine), socialement défavorisée, parfois marginalisée et présentant des addictions ce qui complexifie la prise en charge.

L'unité 3 est une unité intersectorielle accueillant essentiellement des patients en SL en provenance des autres unités ou orientés par les CMP qui nécessitent un temps d'hospitalisation supplémentaire avant une sortie ou bien qui ne peuvent pas retourner à leur domicile et qui sont dans l'attente d'une place en foyer ou dans une structure adaptée. Depuis l'émergence de la pandémie (cf. § 2.1.3 b et § 5.1), l'unité accueille de nouveau des SSC qui proviennent principalement du secteur G13.

Au moment de la visite, elle accueillait vingt patients, dont deux en CI, cinq patients en SSC et quinze patients en SL. Le patient le plus âgé avait 74 ans et le plus jeune 20 ans.

L'unité 4 accueillait seize hommes et six femmes, douze patients en SL et dix en SSC. Le patient le plus âgé avait 85 ans et le plus jeune 19 ans.

Pour les patients sans domicile fixe non sectorisés, une répartition est effectuée sur l'ensemble des secteurs en fonction de l'année de naissance. Un système de répartition dit Modulo concerne les personnes détenues hospitalisés sur le fondement de l'article D398 ou après une levée d'écrou en SPDRE.

#### *b) Les réflexions en cours sur l'organisation du pôle*

Lors du renouvellement de la certification en novembre 2018, la haute autorité de santé (HAS) avait recommandé que le pôle de psychiatrie entame une réflexion sur la liberté d'aller et venir, considérant comme problématique la fermeture de l'ensemble des unités (cf. § 5.1).

Le « *projet de réorganisation de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins libres en psychiatrie* » a été communiqué aux contrôleurs.

Avant la crise sanitaire, l'unité 3 (secteur G13) a été ouverte<sup>5</sup> et transformée en unité intersectorielle à compter du mois de novembre 2019. Des groupes de travail ont réuni des médecins, le cadre de pôle, la cadre de santé et des soignants y intervenant afin notamment d'engager une réflexion sur le règlement intérieur. La prise en charge sociale du patient était assurée par une assistante sociale du secteur de psychiatrie dont dépend le patient. La relation avec l'équipe du secteur d'origine du patient devait être favorisée par des réunions de synthèse et d'évaluation régulières, notamment avant la sortie du patient pour organiser la continuité des soins.

Elle a été à nouveau fermée et sectorisée à compter du mois de mars 2020.

Le projet initial est l'ouverture de deux unités intersectorielles accueillant des patients en soins libres et l'association des structures extra hospitalières au projet de sortie, étant précisé qu'au moment du contrôle, environ 40 % des patients hospitalisés se trouvait en SSC. Le projet indique que « *des patients hospitalisés en soins psychiatriques sans consentement – en fin d'hospitalisation – pourront être accueillis selon leur état clinique et sur décision médicale au sein de l'unité intersectorielle* ». Néanmoins, il a été indiqué aux contrôleurs que seuls des patients en soins libres ont été hospitalisés à l'unité 3 lorsqu'elle était ouverte.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que l'unité 3 a été réouverte le 14 juin 2021. Elle fait valoir, qu'en dehors de sa fermeture exceptionnelle, elle est susceptible d'accueillir des patients en SSC en fin d'hospitalisation selon leur état clinique et leur compliance aux soins.

L'intersectorisation se heurte à des résistances (cf. § 2.1.2). De plus, il a été constaté dans certaines équipes ou chez certains professionnels un positionnement en contradiction avec la dynamique de pôle, les secteurs continuant à travailler en autonomie et en vase clos.

Par ailleurs, dans le cadre des réflexions engagées, il paraît souhaitable que les modalités de la prise en charge du patient soient davantage individualisées au regard de son état clinique et que le statut médico-légal ne soit pas le critère principal d'orientation du patient dans une unité ouverte (cf. § 5.1, recommandation n°17).

<sup>5</sup> Fermeture la nuit de 18h30 à 9h et pendant le déjeuner de 11h30 à 13h.

## 2.2 LES DOTATIONS BUDGETAIRES AFFECTEES A LA PSYCHIATRIE NE LUI SONT PAS TOTALEMENT CONSACREES

### 2.2.1 Données générales

Les hôpitaux Louise Michel d'Evry-Courcouronnes et Gilles de Corbeil de Corbeil-Essonnes ont fusionné en 1999 créant le CHSF, entité juridique unique qui a décidé de la construction d'un nouvel hôpital ouvert en 2012.

La dette liée au remboursement des emprunts diminue de manière progressive depuis la création du CHSF. En effet, ce dernier présentait un déficit d'environ 35 millions d'euros en raison des emprunts et d'une situation financière moyenne avant la restructuration ; en 2020, ce déficit a été réduit à la somme d'environ 10 millions d'euros. Un plan d'économie a été lancé en 2014-2016 ; Il s'est notamment traduit par une réduction d'un tiers des emplois et par le développement de nouvelles activités. L'établissement n'a pas contracté d'emprunt toxique, mais les emprunts variables en cours ont été « swapés » contre un taux fixe élevé.

Par ailleurs, le CHSF, qui ne dispose pas de schéma directeur immobilier, est sorti du bail emphytéotique hospitalier auprès de la société *EIFFAGE/HEVEIL* en 2014-2015. De plus, des sites immobiliers ont été vendus tandis que le site de Yerres fait actuellement l'objet de négociations avec les élus. Un projet est en cours, sur l'extra hospitalier, de déménagement de la post cure à côté de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (coût d'environ 1,5 million d'euros).

D'ici le 31 décembre 2021, un financement de l'ARS à hauteur de 100 millions d'euros est attendu au titre de l'aide à investissement et accompagnement des projets.

Depuis le 17 février 2018, le CHSF dispose d'un fonds de dotation créé pour recueillir des financements privés (investissements dans la recherche à titre principal).

Le « Ségur de la santé » 2020/2021 permet une augmentation de 10 % de la masse salariale des hôpitaux publics avec des dotations qui seront allouées en 2022. À ce titre, la psychiatrie bénéficiera d'une dotation exceptionnelle.

Hors crise sanitaire, les représentants de la direction financière rencontrent chaque pôle deux fois par an pour évaluer le budget relatif aux activités, avec comme indicateurs le volume de l'activité, la durée de séjour et le projet du pôle. Pourtant, ces indicateurs ne devraient pas s'appliquer à la psychiatrie financée par sa dotation annuelle de financement (DAF).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction estime que « *le pôle de psychiatrie bénéficie également de ces rencontres qui sont adaptées à la spécificité de ce secteur financé par une dotation annuelle.* ».

### 2.2.2 Données relatives à la psychiatrie

La DAF finance l'ensemble des activités de psychiatrie du CHSF (psychiatrie adulte dont l'UPLI, la psychiatrie infanto-juvénile, le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis) ; une ventilation du budget global alloué est opérée au prorata des dépenses des trois secteurs. Elle ne connaît pas de croissance forte. S'ajoute à cette ressource celle de la tarification à l'activité – T2A –, des urgences psychiatriques et des quatre lits réservés en pédiatrie à la pédopsychiatrie.

Le budget alloué aux activités de psychiatrie (environ 35 millions d'euros en 2020) représente 10 % du budget global de l'établissement (360 millions d'euros).

Pour l'année 2019, le budget total du pôle de psychiatrie adulte s'élève à la somme de 28 364 169 euros répartis comme suit :

- 25 894 738 euros pour les recettes du titre 1 (produits versés par l'assurance maladie, dont 99 % concerne la DAF Psy adultes) ;
- 2 215 675 euros pour le titre 2 (autres produits de l'activité hospitalière – part mutuelle/ patient), représentant 8 % des recettes totales dont 700 K€ pour la facturation des patients de nationalité étrangère (problème de recouvrement) ;
- 253735 euros pour le titre 3 (produits exceptionnels, ré émissions de titre sur exercices antérieurs.

S'agissant des dépenses du pôle, elles sont évaluées à la somme totale de 26,4 millions d'euros, l'excédent étant lié aux postes vacants (médecins surtout et soignants), les équivalents temps plein rémunérés (ETPR) cibles n'étant pas atteints (38,6 EPTR pour le personnel médical et 258 EPTR pour le personnel non médical).

Le pôle de psychiatrie adulte génère ainsi un excédent budgétaire – 7 % du budget du pôle (environ 2 millions d'euros) – s'expliquant en partie par les vacances de poste de médecins (cf. § 2.3.1).

Cet excédent, actuellement récupéré dans le budget général du CHSF, doit servir à garantir un accès aux soins de psychiatrie de qualité et notamment à investir dans la rénovation des locaux, l'amélioration de l'hygiène des patients (cf. titre 6) et de leur prise en charge (faiblesse des activités).

Aucune autre donnée n'a été communiquée aux contrôleurs malgré les corrections qui devaient leur être transmises.

## RECOMMANDATION 2

Les dotations affectées à l'exercice de la psychiatrie doivent servir aux dépenses relatives à l'amélioration de la prise en charge des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les excédents sont notamment utilisés pour financer des travaux utiles au pôle de psychiatrie tels que les travaux de rénovation d'un bâtiment destiné à accueillir l'unité post cure du pôle de psychiatrie (coût d'environ 1,5 millions d'euros) afin de regrouper au sein d'une même unité de lieu à Corbeil-Essonnes plusieurs activités de psychiatrie (la post cure, un CMP adulte, un HJ, un CMP enfant et adolescent).

Néanmoins, outre que cette indication est transmise tardivement aux contrôleurs, il n'est pas établi que les excédents générés par le pôle de psychiatrie sont employés à l'amélioration de la prise en charge des patients de psychiatrie, ce qui est regrettable.

La recommandation est, par conséquent, maintenue.

## 2.3 LA PENURIE MEDICALE EST PREOCCUPANTE ET L'EFFECTIF DE SOIGNANTS EST A FLUX TENDU

### 2.3.1 Les ressources humaines

#### a) Les équipes soignantes

En intra hospitaliser, les effectifs pour les cinq unités d'hospitalisation complète et l'UPLI, au moment du contrôle, sont les suivants : une cadre de pôle (1 ETP), cinq cadres d'unité et un cadre

faisant fonction pour 5,8 ETP, 79 infirmiers pour 68,3 ETP et 4 ETP non pourvus (deux de jour et deux de nuit) ; 43 aides-soignants (AS) pour 42,8 ETP et 1 ETP non pourvu, 16 agents des services hospitaliers (ASH) pour 15,8 ETP et 1 poste non pourvu. L'UPLI rencontre des difficultés d'effectifs en raison de 1,07 poste à temps partiel (cf. 7.1.3).

Huit postes vacants d'infirmiers étaient dénombrés sur l'intra et l'extra hospitalier dont compris des départs à la retraite effectifs. Pourtant, les équipes soignantes sont fidélisées, le *turn-over* ne concerne qu'une minorité d'agents.

Selon les informations communiquées, le recrutement d'IDE ne souffre pas de difficulté particulière. Au niveau du CHSF, les IDE sont d'abord embauchés en contrat à durée déterminée (CDD) de quatre fois trois mois puis sont stagiaires pour enfin être titularisés.

Les équipes travaillent en service de douze heures. Les transmissions entre équipes s'effectuent à l'oral en une quinzaine de minutes à chaque passation (autour de 8h et 20h) ; le dossier patient informatisé est également utilisé à cet effet.

L'effectif minimum de sécurité de jour pour le pôle est de deux IDE et un AS. Pour le fonctionnement quotidien des unités, les cadres organisent les plannings en fixant l'effectif de soignants à quatre (trois IDE + un AS ou deux IDE + deux AS), ce qui est confirmé par l'examen des plannings. En semaine, l'effectif maximal constaté à l'étude des plannings est de cinq soignants. Il peut être dépassé pour l'organisation d'un projet thérapeutique (accompagnement, sortie, etc.). Le week-end, le maximum est fixé à quatre soignants, dont deux IDE minimum. Par exemple, d'après les plannings transmis par unité depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, l'effectif moyen à l'unité 2 est de cinq depuis le début de l'année et il n'est jamais réduit à trois. En revanche, à l'unité 4, l'effectif peut être de trois soignants en journée même si, comme dans les autres unités, il est le plus souvent de quatre en semaine et de trois le week-end.

Selon les informations recueillies, dans la mesure où les unités connaissent un taux d'occupation d'au moins 100 % en continu (cf. § 2.4.1), l'effectif idéal en journée pour la prise en charge des patients et l'organisation d'activités devrait être de cinq soignants.

Pour les remplacements, il est fait appel au volontariat dans le cadre d'heures supplémentaires, à défaut, à des vacataires. Si l'absence n'est pas anticipée alors une mutualisation des équipes de jour comme de nuit est opérée pour apporter un soutien à l'unité en difficulté. Souvent, il est fait appel aux unités qui disposent de cinq soignants pour assurer le remplacement d'un agent absent dans une autre unité. Par exemple, au moment de la visite, un IDE de l'unité 1 est venu en renfort à l'unité 3 et un IDE de l'unité 4 est venu en renfort à l'unité 2 pendant deux jours pour porter l'effectif à quatre au lieu de trois.

Cependant, le remplacement des agents composant les équipes de nuit est plus compliqué. Le service est normalement assuré par des équipes spécifiques composées de trois IDE et de trois AS ; le planning prévoit un binôme IDE/AS chaque nuit. En cas d'absence, il est fait appel soit au volontariat des agents composant les équipes de jour soit à des vacataires acceptant de travailler de nuit. Or, il est fréquent que des agents manquent la nuit. Par exemple, à l'unité 2, sur seize semaines étudiées, au cours de douze semaines : un IDE ou un AS pouvait assurer le service de nuit et parfois aucun comme pendant la semaine 14 au cours de laquelle aucun agent n'était prévu en service de nuit pendant cinq jours sur sept. Pour les autres unités, il est constaté des difficultés récurrentes à prévoir deux agents de nuit.

Par ailleurs, les nouvelles recrues des équipes de nuit exercent les quinze premiers jours de leur mission en service de jour dans l'unité d'affectation afin d'en appréhender le fonctionnement et de mieux connaître les patients.

### *b) Les médecins psychiatres*

Tous les médecins du pôle n'interviennent pas en intra et en extra hospitalier. La démographie de médecins psychiatres est défavorable au niveau national et le CHSF souffre de la concurrence des établissements parisiens. Au moment du contrôle, il manquait neuf praticiens hospitaliers (PH) pour parvenir à l'effectif budgété de 38,6 ETPR et les six médecins associés n'ont pas le plein exercice des missions. De plus, quatre postes d'internes en psychiatrie ne sont pas pourvus<sup>6</sup>. Les deux tiers des PH sont à temps partiel, quinze PH exercent à temps plein, une assistante spécialisée partagée intervient une fois par semaine aux urgences et 1,5 jour au secteur G13. En effet, l'établissement procède au développement des assistants spécialisés partagés en lien avec les hôpitaux universitaires Paris Saclay (APHP).

Par exemple, à l'unité 2, un poste de psychiatre (0,8 ETP) est vacant depuis un an et demi et devait être comblé prochainement. À l'unité 5, deux médecins ont été recrutés en intérim, ce qui complique la mise en place de projets sur le long terme et un médecin à la retraite se trouvait en poursuite d'activité ; le médecin chef de secteur intervenait à titre principal en extra hospitalier. Malgré ces difficultés, les unités peuvent compter sur la présence quotidienne d'au moins un médecin psychiatre (cf. § 7.2.1).

Par ailleurs, un psychiatre assure des demi-gardes de 18h30 à 23h30. Pour la nuit, le médecin psychiatre de garde aux urgences assure les urgences du pôle.

La direction est mobilisée et met en place une politique de recrutement par le biais d'une attractivité des rémunérations<sup>7</sup>.

### *c) Les autres professionnels*

La pluridisciplinarité des équipes se traduit, d'une part, par l'intervention d'un assistant de service social (ASS) dans chaque unité soit huit ASS<sup>8</sup> pour 7,9 ETP ; la plupart exerce également en extra hospitalier.

D'autre part, les équipes sont composées de psychologues au nombre de dix-neuf – pour le pôle intra et extra – pour 17,20 ETP, un poste n'est pas pourvu.

En revanche, il n'y a ni ergothérapeute ni psychomotricien qui pourraient organiser des activités en sus de l'unique art-thérapeute (cf. § 7.2.3).

Par ailleurs, le pôle est doté de six assistants médico-administratifs en intra hospitalier et huit en extra hospitalier (pour 7,7 ETP).

---

<sup>6</sup> 160 internes sur tout le CH, 60 à 80 DES.

<sup>7</sup> Préoccupation prise en compte dès le 30 novembre 2017, courrier du directeur au pôle de psychiatrie au regard des problèmes de ressources humaines.

<sup>8</sup> Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'au moment du contrôle il y avait six ASS. Néanmoins, le tableau des effectifs renseigné et transmis par la direction mentionne huit ASS pour 7,9 ETP dans la colonne « extra ».

### 2.3.2 La formation, le tutorat et la supervision

#### a) La formation

L'institut de formation paramédicale (IFPM) du GHT Ile-de-France Sud est compétent pour le CHSF. Il regroupe un institut de formation des aides-soignants (IFAS), un institut de formation d'auxiliaire de puériculture (IFAP), un institut de formation de manipulateurs d'électroradiologie médicale (IFMEM), un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et un pôle formation continue.

Dans le cadre des entretiens annuels individuels d'évaluation professionnelle, les soignants sont invités à émettre des souhaits de formations (deux formations annuelles). Pour l'année 2021, tous les vœux ont été acceptés (DU<sup>9</sup> de santé mentale, travail de nuit, personnalités complexes, toucher-massage, relaxation, addictologie, entretien infirmier).

Selon les informations recueillies, il serait néanmoins difficile de mobiliser les équipes sur des formations à l'extérieur du CHSF. En conséquence, la cadre de pôle a développé des formations en interne pour compléter la formation initiale, notamment un module de deux fois trois jours (rappel des pathologies, isolement et contention, SMPR, pédopsychiatrie, extra hospitalier).

De plus, un module de formation sur « *la spécificité du temps soignant en psychiatrie* » (organisé par Formavenir Performance) est proposé. Il s'agit d'un parcours de professionnalisation composé de quatre modules (savoirs fondamentaux, temps soignant, coordination pluridisciplinaire, construire le travailler ensemble).

La formation Omega – d'une durée de quatre jours avec trois sessions par an dont la première a été annulée en raison de la crise sanitaire – est obligatoire pour les nouveaux arrivants ; le projet est de former des agents afin qu'ils soient formateurs Omega.

Une formation sur la communication thérapeutique est dispensée par un médecin MCO et des formations sur la bientraitance ou le multiculturel dans le soin, la responsabilité de l'infirmier, les droits du patient, sont organisées par l'établissement. Une demande de formation en matière de sécurité et d'hygiène (AFS) pour harmoniser les pratiques a été émise.

Par ailleurs, des formations certifiantes sont proposées, l'une sur l'éducation thérapeutique et une autre rattachée au SAMU, dispensée par la cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP).

L'IFSI propose une formation aux gestes et soins d'urgence et une journée de simulation.

Sur l'isolement et la contention, la cadre de pôle souhaite harmoniser les pratiques de prise en charge des patients afin d'en diminuer la durée et développer les techniques de désescalade.

En revanche, aucune formation sur les droits du patient en SSC n'est organisée alors qu'il a été constaté par les contrôleurs un niveau de formation très variable des agents sur ce thème (cf. § 3.1) alors que les patients accueillis par le pôle se trouvent pour environ 40 % en SSC (cf. § 2.4.2).

Une formation sur les droits des patients hospitalisés sous contrainte doit être mise en place pour l'ensemble des professionnels du pôle (cf. § 4.2.2, recommandation n°13).

#### b) Le tutorat

En principe, chaque cadre désigne un référent au sein de l'unité pour le nouvel arrivant avec lequel il sera en binôme – la période de « tutorat » dépendra de l'expérience du nouvel arrivant en psychiatrie. Un bilan est effectué tous les quinze jours par le tuteur. En pratique, dans

---

<sup>9</sup> DU : diplôme universitaire.

certaines unités, il a été indiqué aux contrôleurs que le tutorat n'est pas formalisé alors que dans d'autres, des agents ont reçu une formation au tutorat.

### c) La supervision

Certaines unités organisent des supervisions assurées par des psychologues du pôle et non par des intervenants extérieurs (cf. § 7.2.2 a), recommandation n°46). Ainsi, à l'unité 2 une supervision est organisée deux mercredis par mois (de 14h30 à 16h) pour l'équipe paramédicale avec une psychologue du CMP.

Par ailleurs, dans chaque unité, un groupe d'analyse des pratiques se tient environ tous les trimestres, coanimé par le cadre de l'unité et un cadre d'une autre unité.

## 2.4 LA SUROCCUPATION INDUIT UNE GESTION DES LITS QUI OBERE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

### 2.4.1 L'activité générale

Dans les cinq unités d'hospitalisation, les lits sont constamment occupés. Il ressort du tableau d'activité du pôle reproduit *infra*, une occupation moyenne des lits de 105 %.

Durant les deux dernières années, la file active des patients hospitalisés à temps plein (908 en 2019, 924 en 2020) comme celle des patients suivis en ambulatoire (4 076 en 2019, 4 028 en 2020) est relativement stable. En revanche, la durée moyenne de séjour a augmenté de manière significative entre 2019 et 2020 – passant de 23,1 à 39 jours. Pour expliquer ce constat, l'une des hypothèses est la difficulté à concrétiser les projets de sortie pendant l'année de la crise sanitaire.

### 2.4.2 Les données des soins sans consentement

La part et la répartition des patients en soins sans consentement se présente comme suit :

	SPDT <sup>10</sup>		SPDTU		SPPI		SPDRE		D 398		Total	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020
UNITE 1	4	4	32	36	7	13	21	9	0	0	64	62
UNITE 2	2	2	41	53	6	16	20	8	0	0	69	79
UNITE 3	0	1	18	21	7	6	6	8	0	0	31	36
UNITE 4	2	1	53	52	8	6	22	22	0	0	85	81
UNITE 5	13	13	35	41	23	23	23	16	0	0	94	93
TOTAL	21	21	179	203	51	64	92	63	0	0	343	351

La part des patients en SSC est stable. En 2019, sur une file active de 908 patients, 343 se trouvaient admis en SSC soit 37,7 %. En 2020, sur une file active de 924 patients, 351 se trouvaient hospitalisés en SSC, soit 37,9 %.

<sup>10</sup> SPDT : soins psychiatriques sur demande d'un tiers ; SPTU : soins psychiatriques sur demande d'un tiers en urgence ; SPPI : soin pour péril imminent ; D398 : admission des patients détenus au titre de l'article L 3214-3 du code de la santé publique.

Le mode d'entrée prépondérant est le soin psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence (cf. 7.1.2), suivi des soins psychiatriques sur décision d'un représentant de l'Etat.

Au moment du contrôle, sur 103 patients hospitalisés dans les cinq unités, 38 l'étaient en SSC (26 en SDDE et 12 en SDRE), représentant 36,8 % des patients.

Par ailleurs, un protocole-cadre signé le 21 octobre 2020<sup>11</sup> organise les relations entre le pôle de psychiatrie du CHSF et le service médico-psychologique régional (SMPR) de la maison de Fleury-Mérogis, située dans le même département.

A part à l'unité d'hospitalisation sécurisée (UHS) pour des prises en charge en urgence et de courtes durée (cf. § 7.1.3 c), l'établissement n'accueille plus de patients détenus sur le fondement de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale depuis l'ouverture, en 2013, de l'unité d'hospitalisation spécialement aménagée (UHSA) située sur le site du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (Val-de-Marne). En revanche, il accueille les patients sortants de l'UHSA ou les personnes déclarées irresponsables sur le fondement de l'article 122-1 du code pénal, après la levée d'écrou à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis. Lors de leur admission, ces patients sont placés systématiquement en chambre d'isolement pour évaluer leur comportement. Par la suite, leur prise en charge ne diffère pas de celle des autres patients. D'ailleurs, lors du contrôle, il a été constaté que leur situation fait l'objet de la même attention s'agissant des projets de sortie. Par exemple, à l'unité 5 la sortie d'hospitalisation de deux patients « irresponsables pénaux » était préparée et anticipée quelques semaines après leur arrivée, leur état clinique et la réflexion engagée sur leur passage à l'acte le permettant.

### 2.4.3 La gestion de la suroccupation

En raison de la suroccupation continue, la gestion des lits a régulièrement les effets négatifs suivants sur la prise en charge des patients :

- lorsqu'un patient bénéficie d'une permission de sortie, son lit d'hospitalisation peut être attribué à un patient entrant, le médecin prolonge alors la durée de la permission dans l'attente qu'un lit se libère ou encore le patient est transféré à son retour dans une autre unité alors que, d'une part, les règles de vie ne sont pas harmonisées et que, d'autre part, il est alors pris en charge par une nouvelle équipe soignante (cf. titre 5) ;

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que ce cas de figure est rare comme ne relevant pas des règles appliquées habituellement au sein du pôle mais relevant d'un dysfonctionnement.

- un patient nouvel arrivant peut être hébergé dans une chambre d'isolement transformée en chambre d'hospitalisation, or, l'utilisation des CI en chambres d'hébergement font très rarement l'objet d'une fiche d'événement indésirable (cf. § 3.2) ;
- les patients placés en CI perdent leur chambre d'hospitalisation et, lorsqu'ils ne relèvent plus d'une mesure d'isolement, peuvent faute de lit disponible être maintenus en CI dont la porte reste ouverte.

<sup>11</sup> Protocole signé par le CHSF, l'ARS, la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis.

Par exemple, au moment du contrôle, trois patients de l'unité 2 étaient accueillis à l'unité 1. Dans ce cas, il est rare que les patients soient ensuite réaffectés dans le secteur d'origine lorsqu'un lit se libère, surtout lorsque le patient est stabilisé et que le projet de sortie est déjà travaillé par l'unité d'accueil. En revanche, lorsque la prise en charge est particulièrement complexe (patients inadéquats, problématiques sociales complexes, etc.) l'unité d'accueil sollicite souvent le transfert vers le secteur d'origine.

### RECOMMANDATION 3

Les patients doivent conserver leur lit d'hospitalisation lors d'un placement en chambre d'isolement ou d'un retour de permission de sortie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'il s'agit de la pratique habituelle à laquelle il est dérogé de manière exceptionnelle en cas de pression importante sur les admissions.

La recommandation est maintenue, aucune exception ne pouvant justifier qu'un patient perde son lit d'hospitalisation.

## 2.5 LE COMITE D'ETHIQUE EST ACTIF MAIS N'EST PAS SAISI PAR LE POLE DE PSYCHIATRIE

Le comité d'éthique diffuse, au sein des pôles du CHSF, la possibilité pour les équipes ou les professionnels de le saisir, de manière individuelle et anonyme, notamment pour évoquer un cas particulier. Il déplore le manque de mobilisation des professionnels à se saisir de cette possibilité. Les travaux de ce comité sont pourtant particulièrement étayés, les sujets abordés sont variés. Par exemple, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile l'a saisi de la question de la protection des données personnelles du patient, des équipes des pôles somatiques l'ont saisi à plusieurs reprises du parcours de patients pour lesquels la prise en charge a fait débat – notamment la prise en charge d'un patient psychopathe hospitalisé en pneumologie refusant les soins. Ou encore, des pôles lui soumettent des protocoles spécifiques de prise en charge. Le comité d'éthique est, par ailleurs, à l'initiative de travaux thématiques comme le « *respect de l'intimité du corps* » ou encore « *retour et remarque de la pratique soignante lors des vagues de Covid-19* ».

Le pôle de psychiatrie adulte ne le saisit pas ; d'ailleurs, les équipes ont une connaissance très variable du rôle et des travaux du comité d'éthique. Le pôle n'est plus représenté au comité d'éthique depuis le départ récent du CHSF de la psychologue du pôle qui le représentait.

Or, la saisine du comité d'éthique peut être un outil intéressant, notamment dans le cadre des réflexions relatives au respect des droits fondamentaux des patients.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

Le pôle de psychiatrie est encouragé à saisir le comité d'éthique pour nourrir ses réflexions et bénéficier d'un regard extérieur.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une infirmière du pôle de psychiatrie a été élue au comité d'éthique – en 2020, une cadre avait candidaté mais n'avait pas été retenue. De plus, elle fait observer que le pôle a participé à un questionnaire sur le thème de la sexualité qui sera proposé au comité d'éthique comme sujet de réflexion.

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

#### 3.1 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT EST ALEATOIRE ET SON CONTENU INSATISFAISANT

##### 3.1.1 Les éléments de la mesure de soins sans consentement

Aucune procédure commune aux unités du pôle n'organise les modalités de dispensation aux patients en soins sans consentement des informations sur la mesure dont ils font l'objet. Les informations et documents de support sont donc fournis de façon différente selon les services d'urgence, les unités et les professionnels que rencontrent les patients.

Pendant le premier entretien médical, qui n'a pas toujours lieu dans l'unité d'hospitalisation, le patient est informé de la mesure de soins sans consentement, prise ou envisagée, ce de façon variable selon les médecins. Ceux-ci se renvoient la responsabilité d'avoir à informer l'intéressé : le médecin de l'unité le fait mais pense tout de même que le médecin du service d'urgence où a transité le patient lorsqu'il a initié la mesure, notamment le SAU de Villeneuve-Saint-Georges, est supposé avoir informé le patient.

Certains praticiens prennent le temps d'expliquer au patient les raisons qui ont conduit à initier une admission en SSC et/ou à maintenir la mesure. Le recueil des observations du patient à chaque évolution de la prise en charge n'est pas formellement réalisé, quelques médecins ignorent même que ce recueil est prévu par la procédure légale.

En cas de SDT, l'identité du tiers est éventuellement communiquée au patient s'il le demande mais les réticences sont fortes pour délivrer cette information au motif que cette connaissance peut alimenter des sentiments de persécution. Il a été indiqué que parfois, il est même recouru à une mesure de soins pour péril imminent (SPI) « *pour ne pas nuire à l'équilibre familial* », alors que les conditions légales d'une telle mesure (péril et imminence du péril) ne sont pas réunies.

Les décisions de soins sur décision du directeur de l'établissement (SDDE) sont préparées par les secrétaires des unités. Les décisions – SDDE comme SDRE – sont notifiées et l'accusé de notification signé par le patient. La décision elle-même est parfois remise, par la secrétaire de l'unité (unité 3) ou le cadre de l'unité, souvent par un infirmier ; il a été affirmé qu'en pratique, « *les patients les refusent* ». Une secrétaire déplore que les médecins de son unité (l'équipe médicale précédente fonctionnait différemment) ne fournissent pas la totalité des informations aux patients concernant notamment les raisons qui motivent la décision et par la suite son maintien ; elle confie avoir récemment passé une demi-heure avec une patiente, qui était en pleurs, pour lui réexpliquer en quoi consistait une admission en SSC et le rôle du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les certificats médicaux, fondement de la décision, et les certificats ultérieurs (24 heures, 72 heures) ne sont jamais communiqués. C'est à l'occasion de la visite des contrôleurs que certains médecins ont appris qu'il s'agit de pièces consultables par l'avocat du patient – donc communicables à ce dernier – figurant dans le dossier du JLD.

Les droits afférents au statut d'admission énumérés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique (CSP) ne sont pas formellement notifiés au patient ni même clairement indiqués oralement et encore moins explicités ; aucun formulaire de ces droits n'est prévu ni donc remis. Les interlocuteurs rencontrés ont affirmé que ces droits sont précisés aux patients par les médecins ou les soignants mais il a été constaté une connaissance très aléatoire des équipes sur les droits des patients en SSC.

Les personnes admises en SDDE ne sont pas non plus informées de la possibilité pour le tiers demandeur de demander la levée de la mesure, de l'inscription nominative de la mesure dont elles font l'objet dans un fichier national informatisé et, par suite, restent ignorantes des conditions d'accès à ce fichier qui comporte pourtant des informations personnelles les concernant.

#### RECOMMANDATION 4

Un protocole d'information des patients en soins sans consentement sur leur situation doit être élaboré par l'établissement. Il doit préciser le rôle de chacun dans la délivrance de ces informations. Un document mentionnant clairement les droits afférents à ce statut doit être remis à chaque patient et notifié comme tel.

Les décisions et certificats médicaux de la procédure doivent également être remis aux patients ainsi que l'information de l'inscription de la mesure le concernant dans le fichier *HOPSYWEB*<sup>12</sup>.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que depuis la visite, un groupe de travail a été mis en place sur les modalités de délivrance aux patients en SSC des informations sur leur statut dont la procédure est en cours de rédaction. De plus, elle précise qu'il existe une procédure commune aux unités du pôle sur le droit du patient sous contrainte. Enfin, elle fait valoir que le thème de formation droit des patients hospitalisés sous contrainte est un thème prioritaire du pôle pour l'année 2022.

Le CGLPL salue les démarches engagées qui sont encore en cours. La recommandation est donc maintenue en l'état.

### 3.1.2 Les informations générales

Aucun document d'ordre plus général n'est remis au patient à l'entrée : ni le règlement intérieur de l'établissement, ni le livret d'accueil, ni les règles de l'unité. Celles-ci sont affichées parmi d'autres informations (guide de la personne de confiance, commission des usagers, texte de l'article 433-3 du code pénal<sup>13</sup> dans sa version en vigueur en 2010, etc.) sur un tableau, lorsque l'unité dispose d'un panneau d'affichage à l'intérieur de ses locaux, ce qui n'est pas le cas pour l'unité 3. Les règles de vie de l'unité sont expliquées oralement au patient lors de son accueil dans l'unité, s'il est en état de les entendre, explication reportée dans le cas contraire.

<sup>12</sup> Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et le croisement de ce fichier avec celui relatif au traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste.

<sup>13</sup> Texte affiché en lettres capitales noires et blanches sur fond rouge : « Est puni de **deux ans d'emprisonnement et de 30 000 euros d'amende** la menace de commettre un crime ou un délit contre un professionnel de santé. » / « La peine est portée à **cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende** lorsqu'il s'agit d'une menace de mort ou d'une menace d'atteinte aux biens dangereuse pour les personnes. » / « Est puni de **dix ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende** le fait d'user de menaces, de violences ou de commettre tout autre acte d'intimidation pour obtenir d'une personne mentionnée au premier ou au deuxième alinéa soit qu'elle accomplisse ou s'abstienne d'accomplir un acte de sa fonction, de sa mission (...).

Le livret d'accueil, document de 76 pages, consacre deux pages (p.69 et p.70) à la psychiatrie. Une de ces deux pages énumère les coordonnées des CMP du ressort, l'autre ne donne guère d'information utile pour un patient hospitalisé dans une unité psychiatrique. Aucune indication sur les divers modes d'admission en soins sans consentement n'y figure, il n'est fait référence qu'à l'admission sur demande de tiers ou « à la demande » du représentant de l'État<sup>14</sup>, la modalité de soins pour péril imminent – sans demande de tiers – est passée sous silence alors qu'elle est fréquemment utilisée. Les droits des patients en soins sans consentement sont énumérés sous le visa « Selon l'ordonnance du 15 juin 2001 du C.S.P et la loi du 4 mars 2002 », bien que ce soit l'article L.3211-3 du code de la santé publique qui prévoit ces droits, et la possibilité prévue audit article « 3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ; » n'est pas mentionnée.

Enfin, les conditions financières pour ces séjours qui sont souvent longs ne sont pas précisées, le lecteur est seulement renvoyé au site [www.chsf.fr](http://www.chsf.fr).

### RECOMMANDATION 5

Un livret d'accueil spécifique au pôle de psychiatrie ainsi qu'un document explicitant les règles de vie de l'unité doivent être remis au patient dès son arrivée, au plus tard dès que son état clinique lui permet d'en prendre connaissance.

Les règles de vie doivent être affichées dans chaque unité.

Le livret d'accueil doit comporter des informations plus détaillées et juridiquement à jour sur les diverses modalités d'admission en soins sans consentement, sur le déroulement de la procédure et les conditions de saisine du juge des libertés et de la détention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'un projet institutionnel pour la mise à jour du livret d'accueil est en cours, avec la participation d'un cadre de pôle de psychiatrie au sein du COPIL, afin d'établir un contenu spécifique à la psychiatrie.

Le CGLPL salue les démarches engagées qui sont encore en cours. La recommandation est donc maintenue en l'état.

## 3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES GRAVES FONT L'OBJET D'UN SUIVI RIGoureux

### 3.2.1 Les faits de violence et les incidents

La direction de la qualité et des risques assure le traitement et l'analyse des événements indésirables (EI) qui sont enregistrés *via* un logiciel unique par catégorie et par pôle, ce qui permet aux acteurs de suivre les étapes du traitement de la fiche d'événement indésirable (FEI). Chaque pôle dispose d'un plan d'action à suivre dans le cadre du traitement des EI et un référent gestion des risques est désigné par pôle et par service. La majorité des déclarations ne sont pas anonymisées bien que le logiciel le permette. Un accusé de réception est systématiquement généré.

<sup>14</sup> Le texte du livret d'accueil mentionne le terme « demande » alors qu'il s'agit d'une admission sur décision du représentant de l'Etat.

A réception, en fonction de la nature de l'incident et de sa gravité, l'EI est adressé au gestionnaire du thème – par exemple, pour un problème lié à l'administration d'un médicament à la pharmacie et aux responsables du service – le médecin chef du pôle, le cadre du pôle. La catégorisation des événements est effectuée au regard de la fréquence et de la gravité estimée par le signalant. Ainsi un EI peut être adressé « *pour information* » sans traitement particulier. Certains retours aux unités ou aux patients concernés sont gérés par la direction des soins ; par exemple, le linge de lit non livré.

Pour les EI les plus graves, un système d'alarme entraîne une analyse systématique et une restitution à l'équipe concernée peut être organisée (tentative de suicide, décès du patient ou d'un professionnel).

Dans une unité du pôle de psychiatrie, le cadre de santé régule la saisie des EI afin de s'assurer que les déclarations puissent avoir une finalité et portent sur la prise en charge des patients et, dans les autres, les membres de l'équipe rédigent les EI en complète autonomie. S'agissant des suites, il semblerait que l'information ne soit pas toujours diffusée à toute l'équipe.

Pour des faits de violences commis sur les professionnels, un signalement est systématiquement adressé à la direction de l'ARS (Ile-de-France et antenne territoriale de l'Essonne), un rendez-vous individuel est proposé par la direction des soins à l'agent victime ce qui permet d'évaluer la pertinence d'un accompagnement. Un retour est organisé également auprès du médecin chef de pôle et du cadre de pôle. Le psychologue du travail est alors également destinataire de l'EI. Une déclaration est faite à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) ainsi qu'à la commission de prévention des actes de violences de l'établissement.

Dans certaines unités du pôle de psychiatrie, des membres des équipes ont relayé aux contrôleurs qu'ils ne se sentent pas en sécurité dans les locaux qui comportent de nombreux recoins en raison de leur configuration (cf. § 6.1). De plus, selon des témoignages recueillis, les PTI<sup>15</sup> ne fonctionnent pas toujours correctement et certains médecins de garde tardent à venir lorsqu'une situation devient difficilement gérable, notamment en fin de garde.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les PTI sont entretenus par le service technique par des tests réguliers dans toutes les unités.

Toutefois, la défaillance fréquente des PTI a été rapportée aux contrôleurs par plusieurs professionnels.

Par exemple, à l'unité 4, en février 2021, un patient a agressé une IDE, pendant un week-end, dans le couloir de l'unité alors que les soignants n'ont pas de visibilité sur l'ensemble des locaux. Elle a été retrouvée inconsciente et a fait l'objet d'un arrêt de travail. Ce patient avait déjà agressé des patients et un médecin ; il a été par la suite transféré en unité pour malades difficiles (UMD). Un débriefing a été organisé en présence du cadre de pôle et du médecin chef de pôle. L'IDE a porté plainte, a bénéficié d'un suivi psychologique et a réintégré le service. L'unité 2 a été marquée, en octobre 2015, par le décès d'un patient en SDRE (irresponsable pénal), abattu par les forces de l'ordre lors de son interpellation. Dans la même journée, Il avait agressé physiquement un soignant entré dans sa chambre, s'était saisi de deux couteaux dans le réfectoire, avait blessé une AS puis avait pris la fuite de l'établissement. Une cellule médico-psychologique a été activée par le CHSF à la suite de cet événement.

<sup>15</sup> PTI : protection du travailleur isolé

Par ailleurs, les agents de sécurité peuvent être appelés pour aider à un placement en isolement ou à maîtriser un patient, ce en dernier recours, la première intention étant de faire appel aux soignants des autres unités qui sont très réactifs. Les agents de sécurité ne peuvent en principe pas toucher les patients, leur simple présence aurait un effet dissuasif.

Il ressort de l'études des EI entre le mois de septembre 2020 et le mois d'avril 2021 que les manques et les dégradations de matériel sont déclarées en EI dans les unités ; en revanche, les « débordements » tels que les insultes, les sautes d'humeur sont rarement signalés, les soignants différenciant l'incivilité liée à l'état clinique et le passage à l'acte. Néanmoins, l'utilisation d'une CI en chambre d'hospitalisation n'est pas déclarée en EI ce qui interroge (cf. § 2.4.3).

S'agissant de l'introduction de produits interdits ou illégaux, il est procédé à une fouille des effets, en demandant au patient de vider ses poches ou son sac. Les fouilles des chambres effectuées par les soignants sont très rares, sauf si le patient est très agité et violent. Dans certaines unités, les soignants peuvent proposer au patient de l'aider à ranger sa chambre, moyen de vérifier ses effets. Les unités ont, par ailleurs, la possibilité de se servir d'un détecteur de métaux ce qui paraît complètement inadapté.

S'agissant de l'introduction de produits toxiques comme le cannabis, la gestion de l'incident est variable. Tantôt un accompagnement vers une démarche de soin sera proposé au patient auquel il pourra être demandé de réaliser des tests urinaires ; tantôt, le patient qui introduit ce type de produits et en fournit à d'autres patients pourra être placé en chambre sécurisée ce qui doit être proscrit.

#### RECOMMANDATION 6

L'isolement d'un patient ne saurait avoir de caractère punitif.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que l'isolement thérapeutique est décidé médicalement et que la réforme contribuera à faire évoluer positivement les pratiques décrites par certains personnels.

Le nombre de FEI pour le pôle psychiatrie est passé de 122 en 2018, à 75 en 2019 et 87 en 2020 ; il est de 37 depuis le début de l'année 2021. La prise en charge du patient (29 %) et le risque professionnel (23 %) sont les thèmes prépondérants, suivis de la sécurité (20 %) et de la logistique (13 %).

#### 3.2.2 Les réclamations et les plaintes

Le secrétariat des unités transmet à la direction des affaires juridiques (DAJ), les réclamations et plaintes des patients et de leur famille. Les plaignants peuvent, par ailleurs, s'adresser directement au responsable des affaires juridiques et des relations avec les usagers ou à la chargée de mission affaires juridiques, un accusé de réception leur est transmis. Une demande de rapport circonstancié est émise auprès du médecin chef et/ou du cadre de santé du service concerné en fonction de la nature de la réclamation.

En 2019, 19 réclamations étaient dénombrées pour le pôle sur 192 réclamations pour le CHSF, soit 9,9 %. En 2020, 13 réclamations et 4 remerciements concernent le pôle sur 151 réclamations pour l'ensemble de l'établissement, soit 8,6 %. Au premier trimestre 2021, 7 réclamations et 1 remerciement concernent le pôle sur 61 réclamations enregistrées pour l'ensemble du CHSF, soit 11,4 %.

La nature des réclamations est variée : perte de valeurs, incompréhension et ressentiment à l'égard de la prise en charge, perception d'un comportement incorrect de certains membres du personnel, etc.

Les délais de traitement des réclamations, qui dépendent de la complexité des demandes, sont courts en moyenne, étant précisé que le contrat de pôle contient un engagement pour assurer une gestion des réclamations dans un délai raisonnable. Ainsi, au premier trimestre 2020 le délai moyen de traitement des réclamations a été de 30 jours (traitement le plus rapide 2 jours), au deuxième trimestre de 5 jours (trois réclamations) et au 3<sup>ème</sup> trimestre de 14,5 jours (cinq réclamations)

Une réponse est toujours formalisée par courrier et signée par la directrice des affaires juridiques. Par ailleurs, le responsable des affaires juridiques ou la chargée de mission affaires juridiques reçoit personnellement, dans son bureau, les plaignants avec ou sans rendez-vous. A cette fin, un système de visiophonie a été installé à l'entrée de la DAJ permettant aux usagers de se présenter pour le rencontrer et exposer leur réclamation. Un incident grave a été déploré dans le courant de l'année 2017 ; un ancien patient du pôle de psychiatrie menaçant a séquestré le responsable des affaires juridiques (plainte déposée classée sans suite). Ce système souple a tout de même été maintenu dans l'intérêt des usagers. Il est doublé d'une possibilité d'entretien téléphonique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'à la suite de cet incident grave le dispositif de sécurité a été renforcé (installation d'une porte avec accès par badge, du visiophone, mise en place d'un boîtier d'appel d'urgence au PC sécurité).

### BONNE PRATIQUE 1

Les usagers peuvent être reçus sans rendez-vous à la direction des services juridiques pour exposer leur réclamation.

Chaque trimestre, les réclamations sont adressées à la commission des usagers (CDU) pour analyse. Si un problème récurrent est relevé, la CDU peut émettre un avis formalisé par un courrier au chef du service concerné soit pour lui demander des explications supplémentaires soit pour demander de mettre fin à la difficulté repérée. Un bilan trimestriel est réalisé à cet effet par la CDU. Par ailleurs, la direction des affaires juridiques est en lien étroit avec les représentants des usagers (cf. *infra* § 4.1.2), une messagerie commune permettant de saisir ces derniers pour l'accompagnement des usagers dans leur démarche.

Si la réclamation relève d'une FEI, la direction des affaires juridiques la transmet à la direction des soins et de la qualité pour analyse.

Lorsqu'un patient n'est plus hospitalisé, il doit également s'adresser à cette direction pour obtenir la copie de son dossier médical, il en est de même pour ses ayants droits s'il est décédé. La copie de l'historique de la prise en charge peut être obtenue moyennant 0,18 euro par page (tarif dégressif jusqu'à 0,10 euro) et 2,50 euros pour les duplicatas d'imagerie auxquels s'ajoutent, le cas échéant, les frais d'envoi en recommandé. Par ailleurs la consultation du dossier médical est directement organisée par le service de soins.

### 3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE EST DESIGNEE MAIS N'EST PAS ASSOCIEE A LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

Au moment du contrôle, sur 103 patients hospitalisés dans les cinq unités d'hospitalisation complète (HC), 82 avaient désigné une personne de confiance. Dans la plupart des cas, ce choix s'opère dès l'entretien d'arrivée et porte sur les membres des familles des patients ; la personne désignée est contactée téléphoniquement par un soignant pour recueillir son accord. Il n'y a pas de formulaire de désignation, une mention est inscrite dans le dossier informatisé du patient. Dans la plupart des unités, la charte de la personne de confiance est affichée.

En pratique, les personnes de confiance sont peu associées à la prise en charge du patient et à son traitement alors que le livret d'accueil du CHSF précise son rôle (aide à la décision, etc.). Elles sont davantage mobilisées pour l'achat d'effets pour le patient ou encore l'hygiène de son linge, donc essentiellement pour des besoins matériels. Par ailleurs, elles peuvent être associées au projet de sortie surtout lorsque des difficultés matérielles se présentent.

Dans les échanges avec des soignants, les contrôleurs ont pu relever des confusions entre personne de confiance et mandataire ou personne à prévenir.

#### RECOMMANDATION 7

La personne de confiance doit être associée au projet de soins selon les souhaits du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que le formulaire de désignation de la personne de confiance est rempli par les soignants et classé dans le dossier papier du patient. De plus, un appel téléphonique est passé à la personne de confiance comme le demande la loi et elle est associée aux soins si le patient le souhaite.

Néanmoins, il ressort de la visite une inadéquation entre les principes édictés et certaines pratiques s'agissant de l'association des personnes de confiance au projet de soins. En ce sens et dans un souci d'harmonisation des pratiques, la recommandation est maintenue.

### 3.4 PEU DE DEMARCHES SONT ENGAGEES POUR FACILITER L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE

Lors du contrôle, précédant de quelques jours la clôture des inscriptions sur les listes électorales, aucune affiche n'était apposée dans les unités pour informer les patients. Aucune action n'avait par ailleurs été engagée pour aller aux devants des demandes des patients, les aviser des procédures à suivre pour vérifier leur inscription sur les listes ou, le cas échéant, des démarches à réaliser pour s'inscrire. L'exercice du droit de vote ne fait l'objet d'aucun pilotage institutionnel. En amont des scrutins, l'information n'est pas systématique. Il est parfois demandé aux patients s'ils souhaitent voter. Dans d'autres cas, le sujet est abordé en réunion soignants-soignés (une unité en a fait état) ou une affiche « *Bientôt les élections* » est apposée sur les vitres du poste de soins. Toutefois, rien n'est formalisé. L'information et l'accompagnement reposent, dès lors, principalement sur les éventuels proches des patients. Pour se rendre aux urnes, des autorisations de sortie peuvent être accordées et un accompagnement peut être mis en place. Cependant, le cas le plus fréquent est l'établissement d'une procuration avec le concours si besoin de l'assistante sociale. Dans ce cas, des officiers de police judiciaire peuvent se déplacer. Les services n'ont pas été en mesure de communiquer d'éléments précis sur le nombre de patients ayant exercé leur droit de vote lors des dernières élections.

## RECOMMANDATION 8

Toute élection doit faire l'objet d'une information et d'une organisation destinées à favoriser l'exercice du droit de vote des patients dotés de leur capacité électorale. Chacun doit être informé en temps utile des modalités d'inscription sur les listes électorales, des modes d'exercice du droit de vote et des échéances des scrutins afin d'être en mesure d'engager les démarches nécessaires.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que les patients sont accompagnés pour voter lors des élections.

Néanmoins, au regard des constats tels que décrits par les contrôleurs, la recommandation est maintenue.

### 3.5 LA LIBERTE DE CULTE EST RESPECTEE MAIS LES POSSIBILITES DE SE RENDRE AUX OFFICES OU DE RENCONTRER DES MINISTRES DU CULTE SONT REDUITES

Les coordonnées des aumôneries et représentants des principaux cultes (catholique, protestant, orthodoxe, israélite, musulman, bouddhiste) sont inscrites dans le livret d'accueil de l'établissement, qui n'est néanmoins pas systématiquement remis aux patients. Dans la plupart des unités, ces informations sont reprises par voie d'affichage. A l'unité 2, l'affiche était manquante. Mais, récemment mise à jour, elle devait de nouveau rejoindre le panneau d'affichage.

Les patients autorisés à téléphoner peuvent contacter directement les aumôniers. A défaut, ils peuvent en faire la demande par l'intermédiaire d'un soignant ou du cadre de santé. Les patients en SL et ceux en SSC, autorisés après avis médical, peuvent, en principe, se rendre seuls aux offices célébrés dans la salle multiculture de l'hôpital. Toutefois, dans le cadre des mesures sanitaires, cette faculté est compromise, la salle multiculture étant fermée jusqu'à nouvel ordre.

Dans le livret d'accueil, il est indiqué que les aumôniers peuvent se rendre au chevet des patients. Néanmoins, il a été précisé aux contrôleurs que cette pratique est rare. Le volume de demandes est faible et peu d'aumôniers se rendraient effectivement sur place en dehors des représentants du culte catholique qui assurent une présence régulière à l'hôpital.

### 3.6 LE SUIVI SOCIAL DES PATIENTS EST DYNAMIQUE MAIS PEUT ETRE ENTRAVE PAR LES DEFAILLANCES DES PARTENAIRES ET DES DISPOSITIFS D'INSERTION

Au moment du contrôle, sur 103 trois patients hospitalisés dans les cinq unités d'HC, 44 bénéficiaient d'une mesure de protection. Elles sont souvent initiées à partir de l'hospitalisation du patient au CHSF.

Les unités bénéficient de la présence d'une ASS, en général deux ASS interviennent dans chaque secteur et se partagent l'intra et l'extra hospitalier. Les ASS sont réactives dans le repérage des patients nécessitant une mesure de protection juridique et son opportunité est discutée en réunion d'équipe. Dans certains cas, des mesures de protection sont engagées afin de permettre aux patients d'accéder à un logement privé – la mesure de protection servant de garantie pour les bailleurs. La procédure est longue (entre 8 mois et deux ans) et aboutit rarement pendant le séjour du patient au CHSF ; néanmoins, l'intervention des ASS sur l'intra et l'extra hospitalier permet d'assurer la continuité du suivi social.

Au-delà de l'ouverture des droits sociaux, une grande partie du travail des ASS est consacrée à la recherche de solutions de sortie pour les patients du pôle souvent très démunis, sans couverture sociale, sans documents d'identité. L'hospitalisation peut être considérée comme un temps permettant de résoudre des situations catastrophiques, « *chaque problème social étant un symptôme dont il faut chercher la cause* ».

Les ASS assistent aux réunions cliniques des unités. Les patients peuvent les rencontrer sur rendez-vous et elles se rendent également disponibles pour répondre à leurs questions lorsqu'ils se présentent spontanément à leur bureau.

Dans certaines unités, les ASS regrettent l'absence de transparence des médecins psychiatres qui n'informent pas toujours les patients de la pertinence d'engager une procédure de protection juridique à leur endroit alors que le consentement du patient à la mesure doit être recherché en amont. La même difficulté a été relayée aux contrôleurs s'agissant de la demande d'obtention de l'allocation adulte handicapé (AAH) perçue par certains patients comme stigmatisante. Les demandes peuvent être initiées sans information préalable au patient. Ces pratiques à la marge renvoient à la considération du patient en qualité de sujet de droit, sa pathologie ne devant pas justifier une atteinte disproportionnée sa dignité.

## RECO PRISE EN COMPTE 2

Le patient doit être informé au préalable des démarches engagées au titre de ses droits sociaux et des mesures de protection juridique. Son consentement doit être systématiquement recherché.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une traçabilité du consentement du patient sera requise dans le dossier du patient.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

Il ressort des informations recueillies que l'investissement des mandataires est « *personne dépendante* ». La régie des comptes pour les patients n'existant plus, la plupart des mandataires institutionnels – surtout de l'UDAF<sup>16</sup> –, se contentent de déposer des sommes d'argent sur le compte courant du patient mais ne procèdent pas eux-mêmes aux achats de première nécessité laissant cette charge à l'équipe soignante. Par exemple, pour un patient d'une unité, dont le tuteur institutionnel se trouvait en arrêt maladie de longue durée sans remplacement, le service ne répondant pas aux sollicitations de l'ASS, il a été impossible de connaître les fonds dont le patient disposait, d'ouvrir les droits sociaux et de mettre en œuvre le projet de sortie pendant plusieurs semaines.

Par ailleurs, ils se rendent peu aux audiences du JLD.

Au contraire, les mandataires privés et ceux désignés par l'association tutélaire de l'Essonne (ATE) sont plus investis auprès des patients et participent aux réunions de synthèse en vue de préparer la sortie.

<sup>16</sup> UDAF : union départementale des associations familiales

### 3.7 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS TOUJOURS EFFECTIVE

La confidentialité sur la présence est théoriquement possible, un onglet « *anonymat* » étant prévu sur le logiciel du CHSF. Peu de patients sollicitent cette possibilité.

Les cadres de santé des unités relaient à la direction des soins les demandes d'hospitalisation sous anonymat ainsi que les demandes de confidentialité. Néanmoins, l'effectivité de l'exercice de ce droit n'est pas toujours assurée. En effet, il arrive fréquemment que l'information ne soit pas transmise au standard du CHSF qui délivre alors l'information sur l'hospitalisation et/ou transfère l'appel à l'unité d'hospitalisation.

De plus, les bulletins d'hospitalisation à l'attention de la sécurité sociale ou des employeurs mentionnent le mode d'admission et le pôle de psychiatrie ce qui contraint les assistants de service social à biffer manuellement certaines mentions stigmatisantes, notamment lorsque le patient ne souhaite pas qu'elle figure sur les documents adressés à son employeur.

Enfin, dans les unités, il n'y a pas d'affichage sur la protection des données personnelles.

#### RECOMMANDATION 9

Un rappel du principe de la confidentialité de l'hospitalisation et du mode d'admission doit être effectué et des actions doivent être menées pour s'assurer de son respect effectif et complet.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction rappelle qu'une formation sur le droit des patients sous contrainte qui est un thème prioritaire du pôle doit être mise en place pour tous les professionnels dans le pôle en 2022.

La recommandation est maintenue en l'état, la mise en place effective de la formation est encouragée.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 LA CDSP REMPLIT SON OFFICE ET LES USAGERS SONT INTEGRES DANS LA VIE DE L'ETABLISSEMENT

#### 4.1.1 La CDSP

Le médecin chef du pôle de psychiatrie est membre de la CDSP depuis 2018. Hors crise sanitaire, cette commission se réunit une fois par mois pour étudier les réclamations soumises par le représentant de l'ARS-Ile-de-France. Par ailleurs, la CDSP effectue régulièrement des visites d'établissement, d'ailleurs au mois de juin 2021 une visite était programmée. Elle procède également à l'étude de dossiers de patients lors de ses visites dans les établissements du département.

Dans les unités du pôle, les patients sont informés oralement et par voie d'affichage des visites de la CDSP ; lors de la dernière, remontant à la fin de l'année 2019, plusieurs patients ont demandé à être entendus. En revanche, dans la plupart des unités il n'y a pas d'information générale sur l'existence et les missions de la CDSP sur le tableau d'affichage ou dans le livre d'accueil.

#### 4.1.2 La place des usagers

Les représentants des usagers – UNAFAM, association française des diabétiques de l'Essonne (AFD 91), association pour le développement des soins palliatifs en Essonne (ASP 91), association des visiteurs de malades en établissement hospitalier (VMEH) – disposent d'un bureau au sein du CHSF leur permettant de recevoir les familles et les patients lors de permanences assurées deux à trois fois par semaine. Ils se déplacent également dans les différents pôles pour présenter leurs missions et ont l'autorisation de la direction pour se présenter dans les chambres des patients.

Un système de messagerie électronique partagée avec la DAJ permet aux représentants des usagers de prendre connaissance des demandes d'intervention en continu. De plus, ce système permet de ne pas omettre de réclamation, la DAJ générant un accusé de réception (cf. § 3.2.2). Par ailleurs, le représentant des usagers fait partie du conseil local de santé de la ville d'Evry-Courcouronnes. La cellule d'alerte de l'UNAFAM transmet à ses délégués les demandes des familles lorsqu'un proche se trouve hospitalisé.

S'agissant du pôle de psychiatrie, le représentant des usagers en poste depuis plus de dix ans est en contact régulier avec la médecin chef de pôle et la cadre de pôle. Néanmoins, le pôle de psychiatrie est moins investi (visite des unités, rencontre avec les patients) en comparaison avec les actions menées au sein des pôles somatiques.

Les représentants des usagers sont tous membres de la CDU auprès de laquelle la DAJ présente régulièrement les réclamations et plaintes (cf. § 3.2). Ils font également partie d'un groupe de travail composé de membres de la direction de la communication et de la direction des soins sur l'actualisation du livret d'accueil et du questionnaire de satisfaction remis à la sortie, exploité par la direction de la qualité.

Le représentant des usagers ne rencontre pas de difficulté particulière dans le cadre de ses interventions dans la limite du respect du secret médical. Il soutient le projet de création d'équipe mobile afin de prévenir et limiter l'hospitalisation en psychiatrie (cf. § 2.1.2 c).

Dans la plupart des unités du pôle de psychiatrie, des informations sont affichées sur l'UNAFAM et sur la commission des usagers avec leurs coordonnées.

## 4.2 L'EXAMEN DES REGISTRES DE LA LOI REVELE D'IMPORTANTES IRREGULARITES

### 4.2.1 La tenue des registres

Deux registres sont ouverts dans chaque unité : dans l'un sont renseignées les informations relatives aux mesures décidées par le directeur de l'établissement, dans l'autre celles décidées par le représentant de l'État. Ce sont les secrétariats de chaque unité qui sont en charge de la tenue de ces documents. La qualité du résultat est variable d'une unité à l'autre, ce d'autant plus que les agents qui effectuent les reports d'information n'ont reçu aucune formation pour y procéder et ignorent même les termes de l'article L.3212-11 du code de la santé publique qui énumère les éléments devant figurer dans le registre. L'examen de ceux-ci a ainsi montré des insuffisances graves.

En premier lieu, alors que les informations relatives à une mesure devraient être retranscrites dans les 24 heures suivant la décision, elles sont portées dans le registre avec un retard variable. En effet, si l'unité 5 respecte ce délai, dans les autres, le retard varie de quinze jours (unité 1) à plusieurs mois (unité 2). La tardiveté des inscriptions est telle, dans cette dernière unité, qu'une admission sous contrainte pourrait avoir lieu sans laisser de trace : juge non saisi, patient non informé, famille non plus.

En deuxième lieu, les copies des pièces relatives au déroulement de la mesure (décision du préfet, certificats, ordonnance du juge) sont, en général, collées dans les registres mais manque systématiquement l'indication des dates auxquelles ont été délivrées au patient les informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique<sup>17</sup> à savoir l'existence de la décision dont il fait l'objet, sa situation juridique et ses droits. Au demeurant, la date de notification des droits ne peut pas être reportée dans le registre puisque ces droits ne sont pas notifiés. Enfin, l'existence éventuelle d'une mesure de protection juridique n'est jamais indiquée.

Par ailleurs, l'état des registres de l'unité 2 lors de la visite des contrôleurs est très particulier.

Le registre des SDRE a été ouvert le 20 juillet 2011 mais la première mesure inscrite est datée du 20 novembre 2012 ; la dernière est en date du « 15 janvier 1987 » au lieu de la réalité, 15 janvier 2021.

Le registre des SDDE est encore plus curieusement tenu : il a été ouvert le 21 janvier 2021 mais la première mesure inscrite est en date du 14 août 2020, soit cinq mois auparavant, et la dernière mesure enregistrée – au jour de l'examen, le 6 mai 2021 – est datée du 26 février 2021. Entre ces deux mesures, sont reportées diverses autres datées de 2020 et dont les dates ne se succèdent pas chronologiquement. Des folios sont laissés vierges (par exemples les n° 4, 8, 12, 20, etc.) laissant penser qu'ils sont destinés à l'enregistrement de mesures qui seraient restées oubliées ou que l'inscription d'un gros arriéré de mesures a été opérée à la hâte.

---

<sup>17</sup> Article L.3212-11 du CSP : « 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.

Les omissions sont nombreuses : le dispositif de la décision du JLD n'est jamais reporté et la copie de l'ordonnance, qui pourrait remplacer cette mention, n'est pas toujours collée. Manquent également, comme au folio 77, tant la mention de la levée de la mesure que l'arrêté correspondant, ou encore la date de la décision. Les certificats mensuels ou ceux établis à l'appui d'une levée de la mesure sont souvent absents.

Ces registres ont été visés en 2021 par le vice-procureur de la République, secrétaire général du tribunal judiciaire d'Évry, sans observation de sa part.

### RECOMMANDATION 10

Les registres sont renseignés avec un retard inacceptable. La tenue négligée de certains d'entre eux est inadmissible, il doit y être remédié sans délai.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une formation des secrétaires sur la tenue du registre de la loi et application au sein du pôle sera délivrée en 2022.

La démarche de l'établissement est saluée et la recommandation est maintenue pour encourager l'effectivité de la dispensation de cette formation.

#### 4.2.2 Les documents insérés

Les décisions prises par le directeur du CHSF mentionnent : « *Le directeur de l'établissement de santé d'accueil est chargé de l'exécution de la présente décision, dont avis sera adressé aux procureurs de la République, à la commission des soins psychiatriques dans les conditions prévues à l'article L.3212-5* ». Or cet article ne prévoit aucun avis à un procureur de la République et encore moins à plusieurs procureurs, au demeurant indéterminés. En revanche, cet article dispose que « *Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police (...) toute décision d'admission (...)* », mention qui n'est pas reprise dans le texte des décisions de SDDE. Le patient ignore donc que le représentant de l'État est informé de son admission ; il ignore tout autant que la mesure dont il fait l'objet sera inscrite dans le « fichier HopsyWeb » (cf. § 3.1, recommandation n°5).

Nombre de décisions de SDDE sont entachées d'irrégularité. Ainsi de celles qui sont prises les week-ends et jours fériés qui sont éditées et signées le premier jour ouvrable qui suit mais revêtues de la date du certificat d'admission, donc antidatées et en tant que telles, illégales.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction conteste cette analyse et fait valoir que les décisions qui sont « *prises les week-ends et jours fériés sont éditées et signées le premier jour ouvrable qui suit mais revêtues de la date du certificat d'admission, donc régularisées* ».

Néanmoins, la date du certificat d'admission doit être distinguée de la date de la décision de soins sans consentement : en cas de SDT classique, légalement, les deux certificats doivent dater de moins de quinze jours avant l'admission. Ils peuvent donc être, dans cette mesure, antérieurs à la décision. Comme pour toute décision, sa date est celle de sa signature effective. Donc, lorsqu'une décision de soins sans consentement est mise en œuvre le week-end mais éditée et signée le premier jour ouvrable tout en portant une date antérieure à sa signature pour couvrir la période entre sa mise en œuvre réelle et sa signature effective, elle est antidatée du délai entre ces deux événements et, en tant que telle, illégale.

Les motifs qui ont conduit le psychiatre à décider d'une admission en SSC ne figurent pas toujours sur la décision de SDDE, entachant celle-ci de défaut de motivation.

Des décisions visent l'article 3212-3 du CSP – propres aux mesures de soins sur demande d'un tiers en cas d'urgence – mais aucun tiers ne figure au registre.

Des certificats médicaux sont établis par un médecin qui a réellement effectué l'examen mais n'est pas habilité au sens de la loi du 5 juillet 2011 (notamment les médecins associés, cf. § 7.2.2 a) ; ils sont alors contresignés par un médecin habilité mais qui n'a pas vu le patient, procédure qui n'est pas prévue par cette loi.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que « *le médecin signant un certificat a vu le patient concerné* ».

Néanmoins, le constat des contrôleurs a été confirmé par l'ensemble des professionnels concernés rencontrés. Le médecin associé rencontre bien le patient mais pas le médecin qui contre signe le certificat.

Les termes de certificats médicaux de 72 heures sont une copie de celui de 24 heures laissant des doutes sur la réalité du second examen.

Un arrêté municipal d'admission vise la loi de 1990, abrogée en 2011.

Des arrêtés préfectoraux maintiennent une décision de soins sans consentement pour un patient en fugue alors que le certificat médical mentionne « *évaluation impossible* ».

Le JLD ne tire que rarement les conséquences de ces nombreuses irrégularités. Ce sont surtout les conditions de sa saisine qui motivent les mainlevées comme le défaut de production de certificats de 24 heures et 72 heures ou sa saisine tardive. Cependant, dans ce dernier cas, le registre mentionne « *levée JLD* ».

#### RECOMMANDATION 11

De nombreuses mesures de soins sans consentement sont formellement irrégulières ou conduites en méconnaissance des droits des patients et des dispositions du code de la santé publique qui régissent ces procédures.

Le CHSF doit assurer une formation de l'ensemble du personnel du pôle de psychiatrie aux conditions légales de soins psychiatriques sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une formation sur le droit des patients en SSC est en construction. A l'attention de l'ensemble des professionnels du pôle, elle sera dispensée par un organisme de formation déjà identifié. De plus, elle précise qu'une procédure pour la mise en application de la réforme de l'isolement et la contention en psychiatrie est publiée sur le logiciel de gestion documentaire Qualnet.

La démarche de l'établissement est saluée et la recommandation est maintenue pour encourager l'effectivité de la dispensation de cette formation.

### 4.3 LES CONTRAINTES QUI PESENT SUR L'ORGANISATION DES SORTIES DES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT D'ORDRE SOCIAL PLUS QUE JURIDIQUE

La préparation des sorties des patients suppose la réunion de diverses conditions : un état clinique favorable, la possibilité d'évaluer les capacités des patients hors du milieu hospitalier, l'existence de solutions de sortie pour ceux qui n'ont pas ou plus de domicile et la possibilité juridique de modifier la mesure de soins sans consentement pour une levée ou un passage en programme de soins.

#### 4.3.1 L'organisation matérielle de la sortie

Les équipes se trouvent très démunies pour mettre en œuvre les projets préparés, en raison de la pauvreté de l'offre de solutions d'aval et de la situation sociale des patients, pour certains très désocialisés (cf. § 7.2.2 c).

La réinsertion nécessite un logement et donc, des revenus. Or, dans l'Essonne, la durée de traitement des dossiers pour obtenir l'AAH est d'un an et demi ; en attendant, les ASS tentent d'obtenir pour le patient le revenu de solidarité active (RSA) qui est accordé, s'il l'est, dans un délai de six mois suivant la demande. Avant, il faut obtenir une carte nationale d'identité qui conditionne la possibilité d'ouvrir un compte bancaire pour recevoir ces hypothétiques revenus. Ce parcours social et administratif constitue un frein sérieux qui s'ajoute à la faiblesse de l'offre de logements sociaux : nul n'a jamais obtenu quoi que ce soit du service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO).

Ainsi, lors de la visite, au total vingt-six patients étaient présents dans le pôle depuis plus de 200 jours, soit 25 % des patients. Par ailleurs, 37 % des patients hospitalisés ne relevaient plus d'une hospitalisation à plein temps mais ils ne pouvaient sortir faute de solution matérielle.

#### 4.3.2 La levée de la mesure d'hospitalisation complète

Les levées de mesure sont conditionnées par le déroulement des permissions de sortie, pour évaluer l'autonomie du patient. Depuis l'émergence de la pandémie, elles sont moins fréquentes, les professionnels de santé craignant que les patients ne soient pas capables de respecter les « gestes barrières ». Enfin, ces permissions sont, pour les motifs exposés ci-dessus, difficiles à organiser pour les patients sans logement adapté, sans famille ou étayage social, dont l'évaluation est ainsi impossible.

Les mesures de SDDE sont rapidement levées. En revanche, pour les SDRE, les levées sont plus tardives car les permissions de sortie permettant l'évaluation préalable sont demandées avec plus de réserve par des médecins qui hésitent à « engager leur responsabilité vis-à-vis du préfet ». Le préfet, qui demandait toujours deux certificats médicaux pour accepter la levée d'une mesure, la prononce désormais sur le fondement d'un seul sauf en cas de violence où il requiert une expertise.

Il a été constaté que le recours aux programmes de soins (PDS) était inégal selon les unités, ainsi, trente-trois patients étaient en PDS soins pour le secteur G13 (seize SDRE et dix-sept SDDE) mais seulement deux pour le secteur G12. Tous bénéficient d'une prise en charge en ambulatoire. Aucune hospitalisation séquentielle n'est mise en place dans le cadre d'un PDS. Lorsqu'ils sont demandés pour les patients en SDRE, des programmes sont accordés rapidement, soit entre trois semaines et deux mois après le début de l'hospitalisation complète.

Pour l'examen de la situation des patients qui en relèvent, le collège des professionnels de santé, rassemble le médecin référent et un autre médecin du pôle ainsi que le cadre de santé de son unité d'accueil. Le médecin s'entretient avec le patient à l'issue de la réunion mais les patients ne sont jamais invités à s'exprimer durant la tenue du collège.

## RECOMMANDATION 12

Le collège des professionnels de santé doit s'entretenir avec le patient concerné et recueillir ses observations avant de rendre son avis sur sa prise en charge.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une réflexion sera menée par le pôle de psychiatrie en 2022 sur cette recommandation.

### 4.4 LE RECOURS AU JLD NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE INFORMATION COMPLETE ET SON ORGANISATION NE GARANTIT PAS SUFFISAMMENT LES DROITS DU PATIENT

#### 4.4.1 Les saisines directes

Comme indiqué précédemment (cf. § 3.1), les patients ne sont pas toujours informés, au moment de leur placement en soins sans consentement, qu'ils peuvent saisir le juge des libertés et de la détention (JLD) à tout moment du déroulement de la mesure, aux fins d'en obtenir la mainlevée ou un changement de forme de la prise en charge.

Le droit de saisir le JLD, à tout moment, doit ainsi être notifié et explicité oralement lors de l'admission, ou aussitôt que l'état du patient le permet, et rappelé à chaque fois que le patient le demande. Il doit aussi figurer distinctement dans la notification écrite des voies de recours contre la décision d'admission.

L'information sur ses modalités d'exercice, notamment les coordonnées de la juridiction, doit être effectivement accessible à l'aide d'un affichage ou d'un document remis au patient.

## RECOMMANDATION 13

Les patients doivent être informés dès leur admission, ou dès que leur état clinique leur permet de le comprendre, qu'ils peuvent à tout moment du déroulement de la mesure de soins sans consentement, saisir le JLD et qu'un proche peut également effectuer cette saisine.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que l'information du patient sur son statut et ses droits a été rappelée suite à la réforme et lors des réunions sur le pôle, et figure dans la procédure pour la mise en application de la réforme des dispositions légales sur l'isolement et la contention en psychiatrie publiée sur Qualnet.

Par ailleurs, elle estime que l'affichage du tableau des avocats du barreau d'Evry dans chaque unité semble difficile car il y a 384 avocats inscrits au barreau d'Evry.

Néanmoins, d'une part il a été constaté que les professionnels n'étaient pas suffisamment formés pour délivrer une information sur le statut et les droits des patients en soins sans consentement, ce qui n'est pas compensé par un affichage ou une remise de documents.

D'autre part, le barreau d'Evry peut communiquer à la demande du CHSF un tableau de l'ordre aux fins d'affichage dans les unités sans que cela pose de difficulté matérielle comme observé dans d'autres établissements de la région parisienne visités.

#### 4.4.2 La saisine systématique

Le service des juges des libertés et de la détention (JLD) du TJ d'Évry, en charge de l'ensemble des contentieux, civil comme pénal, ne comporte lors du contrôle que deux magistrats ; les audiences pour les patients du CHSF sont donc assurées par plusieurs vice-présidents n'appartenant pas à ce service et qui chacun leur tour les président.

Au moment du contrôle, une seule audience du JLD est prévue pour les patients hospitalisés au CHSF chaque semaine, le mercredi, reportée au jeudi si le mercredi est un jour férié. Cette fréquence est telle que, pour que soit respecté le délai de 8 jours au cours duquel le JLD doit être saisi et de 12 jours au cours duquel il doit statuer sur le maintien de la mesure de soins sans consentement, certains patients lui sont présentés bien avant l'expiration de ce délai. Tel est le cas des patients pour lesquels la mesure de SSC a été prise entre le mercredi et le vendredi ; ils sont présentés au JLD le mercredi suivant, ce qui suppose que l'avis médical ait lui-même été pris au mieux, la veille, soit après cinq jours d'hospitalisation. 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 SDRE, est plus compliquée à obtenir.

Pour les mesures de SDDE, ce sont les secrétariats de chaque unité qui adressent la saisine au greffe du JLD, ceci dans les 6 à 8 jours suivant l'admission, puis, le lundi, un tableau récapitulatif des patients devant être présentés le mercredi suivant. Pour les patients en SDRE, c'est l'ARS qui assure la saisine. En réalité, la saisine a lieu bien plus tôt après l'admission, parfois trois jours après celle-ci pour les patients entrés un vendredi. Le dossier de saisine comprend les décisions d'admission, les certificats médicaux qui les fondent, un avis motivé de la requête et les notifications des décisions signées par le patient. Il a été indiqué que si l'avis motivé a été rédigé le vendredi, le juge demandait systématiquement un « *certificat de situation* » postérieur.

Le rôle de l'audience est dressé par le greffe du tribunal qui l'adresse à l'établissement le mardi après-midi.

Aucun tableau des avocats du barreau d'Évry n'est affiché dans les unités ou dans les espaces communs du pôle ce qui devrait être corrigé par le pôle de psychiatrie.

#### 4.4.3 Le déroulement de l'audience

Les avis d'audience arrivent au secrétariat des unités dans l'après-midi du mardi et sont alors notifiés au patient qui signe la notification et peut, sur celle-ci, désigner un avocat ou choisir d'être assisté par un avocat de permanence. Si les avis arrivent après le départ de la secrétaire, cette opération sera effectuée le lendemain matin, juste avant l'audience, trop tard pour que le patient puisse nommer un avocat. Parfois, c'est seulement à ce moment que le patient apprend qu'il est convoqué pour une audience devant un JLD.

Le CHSF n'ayant jamais aménagé la salle prévue à l'article L.3211-12-2 du CSP<sup>18</sup>, les audiences du JLD sont tenues au TJ d'Évry, distant de 3 km. Les patients devant être présentés dans la matinée

---

<sup>18</sup> Article L.3211-12-2 du code de la santé publique : « (...) Le juge des libertés et de la détention statue dans une salle d'audience attribuée au ministère de la justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal judiciaire, dans les circonstances et selon les modalités prévues par une convention conclue entre le tribunal judiciaire et l'agence régionale de santé.(..) »

y sont conduits ensemble et en même temps, dans un ou plusieurs véhicules suivant leur nombre ; deux véhicules sont utilisés pendant l'épidémie de Covid-19 pour respecter la distanciation sanitaire. Ils sont accompagnés par des soignants qui ne sont pas nécessairement ceux de leur unité d'admission.

Au tribunal, deux salles d'attente sont mises à disposition des patients, l'attente peut durer la matinée, même si le JLD s'efforce d'organiser les présentations pour qu'un premier groupe de patients puisse retourner à l'hôpital après leur passage en audience. Les soignants sont suffisamment nombreux pour pouvoir utiliser, en cas de nécessité, les deux salles d'attente, occuper et rassurer les patients, accompagner ceux qui en ont besoin à l'extérieur pour leur permettre de fumer.

Les patients se rendent, en principe, systématiquement au TJ en tenue de ville, parfois avec des vêtements qui leur ont été prêtés et qui ne sont pas de la bonne taille ; un patient a tout de même expliqué aux contrôleurs qu'il avait été conduit en pyjama.

Juste avant sa présentation au JLD, chaque patient s'entretient avec l'avocat qui va l'assister, dans une pièce respectant la confidentialité des échanges.

Un des cadres des unités doit assister à la totalité de l'audience pour représenter le CHSF, mission qu'il doit accomplir sans pour autant avoir reçu une formation particulière sur la législation sur les soins sans consentement ni avoir une connaissance des dossiers des patients des autres unités que celle qu'il encadre alors que le JLD requiert parfois son avis ou bien souhaite obtenir des informations complémentaires. L'un de ces cadres a témoigné avoir parfois « honte de l'indigence ou de la rédaction des certificats de certains médecins de l'UPLI » qui sont lus par le juge.

Les avocats de permanence pour l'audience, deux chaque semaine, reçoivent la veille dans l'après-midi sous forme dématérialisée les dossiers des patients qu'ils vont assister ; les réquisitions du procureur y sont parfois jointes. Ce délai leur permet, assurent-ils, de déposer des conclusions écrites, condition de leur recevabilité. Les avocats qui interviennent appartiennent à un groupe du barreau qui a reçu une formation au droit des soins sans consentement.

L'audience se déroule dans un prétoire, le juge et le greffier se tiennent derrière une table installée sur une estrade, le ministère public dispose d'un bureau en contrebas. Face au juge une table et des sièges sont destinés au patient et à son conseil et derrière, des rangs de chaises sont disposées pour le public. La porte du prétoire est laissée entrouverte pendant l'examen du dossier.

Le ministère public est parfois présent à l'audience ; tel était le cas à celle à laquelle ont assisté les contrôleurs. Les tuteurs ou les tiers demandeurs sont convoqués, rarement présents.

#### RECOMMANDATION 14

Le CHSF doit établir une convention avec le tribunal judiciaire d'Evry et l'agence régionale de santé pour préciser les conditions d'intervention du JLD. Cette convention doit prévoir deux audiences par semaine pour permettre au juge d'apprécier la situation dans un délai pertinent

après le début de la mesure d'admission. Elle doit également prévoir une salle aménagée pour les audiences dans les locaux du CHSF.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'elle ne peut pas contraindre le service du JLD à organiser deux audiences par semaine. Il convient de préciser que cette recommandation s'adresse à l'autorité judiciaire qui a été destinataire du rapport provisoire.

Sur l'aménagement d'une salle d'audience, la direction précise que le CHSF n'a pas été en mesure d'aménager la salle prévue à l'article L.3211-12-2 compte tenu des demandes du JLD (trois pièces contiguës – salle d'attente, salle d'audience, salle de délibéré fermant à clé) et de la configuration des locaux.

Au regard de ces observations, un dialogue devrait être engagé entre le l'ARS, le CHSF et le TJ.

#### 4.4.4 Les décisions rendues

Le JLD ne rend pas sa décision sur le siège ce qui est regrettable. Celle-ci est transmise au secrétariat de l'unité d'accueil dans l'après-midi et c'est donc sur les infirmiers ou les cadres ou les médecins, comme à l'unité 1, que pèse la charge de donner le sens de cette décision au patient lorsqu'ils lui font signer la notification de l'ordonnance. Ils lui expliquent alors les voies et délais de recours que le juge a, en principe, mentionnées lors de l'audience.

Au cours de l'année 2020, 271 patients ont été convoqués à une audience, 213 y ont été présentés. Les décisions ont conduit à une mainlevée dans cinq cas et à une mainlevée avec poursuite de la mesure en PDS dans six cas.

Au cours des quatre premiers mois de l'année 2021, 102 patients ont été convoqués, 67 présentés et quatre mainlevées avec poursuite de la mesure en PDS.

Le nombre d'appels sur ces décisions n'a pas été précisé pas plus que le motif d'absence des patients non présentés.

Il a été indiqué que le préfet fait systématiquement appel des mainlevées prononçant une poursuite des soins sous forme de programme.

#### 4.4.5 Le contrôle des mesures d'isolement

Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> 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.

Au moment du contrôle, les JLD ne sont pas informés des mesures d'isolement. Ils ne sont donc pas en mesure d'exercer leur office. La direction venait seulement de mettre en place des outils de suivi des mesures d'isolement et de contention – notamment de computation des délais – pour se conformer aux dispositions légales, compte tenu, au surplus, de la parution du décret d'application le 30 avril 2021. La charge de travail induite par cette réforme, pour le service du JLD à moyen constant, était encore difficilement évaluée étant précisé que le contrôle deviendra systématique à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022.

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 LES PATIENTS, QUEL QUE SOIT LEUR STATUT D'ADMISSION, SONT PRIVES DE LEUR LIBERTE D'ALLER ET VENIR

Pour rappel, le pôle de psychiatrie compte quatre unités fermées et une unité ouverte intersectorielle. L'ouverture de cette unité fait suite à la visite de certification de la haute autorité de santé (HAS) en 2018. La haute autorité avait alors préconisé des améliorations relatives à la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins psychiatriques libres.

Le pôle de psychiatrie avait donc élaboré un document intitulé « *projet de réorganisation de la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés en soins libres en psychiatrie* » qui a été finalisé en 2018. Ce projet avait donné lieu à la création d'une unité intersectorielle ouverte (unité 3) destinée à accueillir des patients – admis en SL et dont l'état de santé s'est stabilisé – qui sont en attente d'un projet de vie (foyer de vie, foyer d'accueil médicalisé, appartement, structure médico-sociale, etc.). Les quatre autres unités sont maintenues fermées en permanence au motif de la présence de patients en soins sans consentement. La liberté d'aller et venir des patients est donc conditionnée par leur statut d'hospitalisation et non par leur état clinique.

#### RECOMMANDATION 15

Le principe d'enfermer systématiquement les patients en soins sans consentement n'est pas justifié. Seul l'état clinique peut motiver une restriction temporaire de la liberté d'aller et venir.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que l'unité 3 a été réouverte le 14 juin 2021 à 15h. La fermeture a permis de limiter les déambulations dans l'hôpital général lors des vagues COVID. Par ailleurs, l'ouverture d'une autre unité sur le pôle est en cours de réflexion. La recommandation est maintenue dans le cadre des réflexions engagées sur la liberté d'aller et venir.

Dès mars 2020, la direction générale du CH a suivi l'avis du comité de pilotage de gestion de la crise sanitaire qui s'est prononcé en faveur de la fermeture de l'unité 3. Il s'agissait de limiter les déambulations, et par conséquent les risques de contamination, dans l'enceinte de l'établissement lors du premier confinement. Un cadre de santé a tenu les propos suivants : « *nous ne sommes pas un pôle isolé, nous faisons partie d'un centre hospitalier général et nous devons nous adapter à l'environnement* ». À l'issue de la première période de confinement, les portes sont néanmoins restées fermées au motif de la présence de patients admis en soins sans consentement. La réouverture des portes de cette unité n'était pas à l'ordre du jour lors de la visite alors même qu'elle accueille majoritairement des patients en SL (quinze patients sur dix-neuf au total lors de la visite). Il a été indiqué que la question de la réouverture des portes serait abordée en cellule de crise mais aucune date n'avait été arrêtée.

A l'instar de l'unité 3, les quatre autres unités hébergent également de nombreux patients admis en SL. Ils étaient cinquante lors de la visite. Les informations affichées à l'intention de ceux autorisés à sortir indiquent : « *La porte de l'unité est fermée. Veuillez-vous adresser à l'équipe soignante pour sortir* ». Les patients doivent donc demander au personnel soignant qui, selon sa disponibilité, ouvrira, plus ou moins rapidement, la porte d'accès à l'extérieur. Ces patients sont donc soumis au bon vouloir des soignants et ne disposent d'aucune marge d'autonomie.

Avant l'émergence de la pandémie, les patients (qui bénéficiaient d'une autorisation médicale) pouvaient sortir à partir de 14h30, sous réserve d'informer l'équipe, et rentrer avant 18h. Lors de la visite, la majorité des patients ne pouvaient pas sortir seuls y compris pour se rendre à la cafétéria de l'établissement qui venait de réouvrir. Les professionnels de santé ont fait valoir les risques de contamination, les patients ne seraient pas capables de respecter les gestes barrières. D'autres ont fait état des risques inhérents à l'environnement dans lequel se situe l'établissement. Le site de l'hôpital constitue un grand espace non clos, sans barrière ni badge d'accès, situé à proximité de La Francilienne. En outre, ils n'ont accès qu'à un jardin-terrasse situé en bordure d'autoroute et accessible de manière aléatoire (cf. § 5.2.1). Il n'en demeure pas moins que les éléments avancés par les équipes ne peuvent justifier les restrictions imposées qui ne favorisent pas l'autonomie des patients.

### RECOMMANDATION 16

Les restrictions relatives à la liberté d'aller et venir auxquelles sont soumis les patients ne sont pas justifiées et sont infantilisantes. Elles doivent être réexaminées dans les plus brefs délais.

Les patients en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent donc pas être hébergés dans des unités dont les portes sont fermées en permanence.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que l'ouverture d'une ou deux autres unités sur le pôle est en cours de réflexion.

La recommandation est maintenue dans le cadre des réflexions engagées sur la liberté d'aller et venir.

## 5.2 LES RESTRICTIONS REGISSANT LE QUOTIDIEN DES PATIENTS, NON JUSTIFIEES, SONT INFANTILISANTES ET PARFOIS DEGRADANTES

Les contrôleurs ont observé que les unités posaient des interdictions de principe qui apparaissaient peu justifiées aux yeux des patients et qui manquaient de lisibilité. En outre, ces restrictions, qui facilitent le quotidien des soignants, semblent rarement remises en question.

### 5.2.1 Le rythme de vie et l'accès aux différents espaces

L'horaire de lever n'est pas imposé de façon formelle mais de fait il est rythmé par le petit déjeuner dont le service se déroule entre 8h30 et 9h30. Dans les unités 3 et 4, les patients peuvent prendre leur petit déjeuner en pyjama ce d'autant qu'il leur est servi en chambre pour des raisons sanitaires liées à la Covid-19. Dans ces mêmes unités, l'horaire de la douche n'est pas imposé. Ainsi donc, certains patients déambulent toute la matinée en pyjama avant de se doucher et de s'habiller aux environs de midi.

Dans toutes les unités, l'accès aux chambres est libre la journée, avec interdiction (à l'exception de l'unité 1), de se rendre dans la chambre d'un autre patient ou de s'y réunir à plusieurs. L'horaire de coucher varie entre 22h30 et 23h. Il est rythmé par l'horaire de fermeture de la salle de télévision ou du patio extérieur. Cependant, les horaires d'accès au patio extérieur varient d'une unité à l'autre ce qui constitue une inégalité de traitement. Ainsi à l'unité 2 et 4, il est ouvert de 8h à 21h bien qu'à l'unité 4 il soit indiqué dans les règles de vie que le patio soit accessible jusqu'à 22h. A l'unité 1, il est ouvert jusqu'à 22h et à l'unité 5 les règles d'ouverture et de fermeture sont floues ; il est indiqué que des temps d'accès à la terrasse sans cigarette sont

possibles en fonction des disponibilités de l'équipe. En tout état de cause, son accès est conditionné à la proximité d'un soignant en raison des risques de fugue et de la dangerosité de son architecture en premier étage surplombant la francilienne.

L'unité 2 est la seule unité qui, depuis deux mois, facilite l'accès libre et continu en journée indépendamment de la présence ou non des soignants. Auparavant, les patients bloquaient la porte du patio pour pouvoir s'y rendre sans le concours des soignants. Toutefois, l'ouverture continue n'a pas été formalisée par écrit permettant ainsi aux équipes de conserver la mainmise sur l'accès à la terrasse. Selon les témoignages recueillis, des temps de fermeture sont décidés dès lors que des substances illicites (cannabis) circulent. Récemment, l'équipe avait ainsi instauré un retour au système antérieur (cinq créneaux d'ouverture par jour, d'une heure et quart environ) le temps que le patient, auteur du trafic de stupéfiants, quitte le service. Cette mesure avait été décidée car les « *patients se battaient entre eux* ».

Dans les autres unités, des temps de fermeture sont imposés notamment durant les *staffs* et les temps de transmission afin d'éviter les risques de fugue. Rien n'est formalisé par écrit puisque ces restrictions ne figurent pas dans les règles de vie.

A l'unité 3, le patio n'est plus accessible à partir de 18h30 durant la période d'hiver et, durant l'été, l'accès est possible jusqu'à 19h30. L'équipe soignante a évoqué les risques de fugue à la nuit tombée et l'absence de soignants sur la terrasse durant les transmissions du soir. Selon la composition des équipes de nuit, les agents dérogent parfois à la règle mais de manière générale, ils refuseraient de réouvrir la porte afin de pouvoir dispenser les traitements de nuit et servir la tisane en toute tranquillité. Le système mis en place vise donc à favoriser le confort des soignants au détriment du bien-être des patients. Cela est d'autant plus inacceptable qu'à l'exception du patio, les patients ne disposent que d'un accès restreint à l'air libre en raison des sorties limitées (cf. § 5.1).

### RECOMMANDATION 17

L'accès au jardin-terrasse doit être possible de manière illimitée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que les terrasses sont fermées la nuit et que les patients sont informés qu'ils n'y ont plus accès à partir d'une certaine heure. Elles ne peuvent pas être accessibles de manière illimitée pour des questions de sécurité.

La recommandation est maintenue, un accès à un espace extérieur devant être assuré en continu avec si nécessaire la présence d'un soignant durant la nuit, comme observé dans d'autres établissements.

#### 5.2.2 L'accès au tabac

Dans toutes les unités, les patients ne peuvent pas disposer librement de leurs cigarettes. Le tabac et le briquet sont systématiquement confisqués à l'arrivée et ils sont conservés dans des casiers nominatifs. Les raisons qui ont conduit les équipes à mettre en place cette règle très restrictive sont multiples. A l'origine, l'interdiction de pouvoir disposer librement de ses cigarettes émanait de la direction générale, les établissements de santé étant soumis à une interdiction de fumer. Une tolérance a toutefois été accordée au pôle de psychiatrie puisque les unités sont équipées de patios dotés d'allume-cigares électroniques. Cependant, le tabac n'est pas laissé à disposition des patients au motif d'une mauvaise gestion pour certains dont les ressources financières sont limitées. Pour d'autres, il s'agit de leur éviter de se faire soutirer leur

réserve de cigarettes par d'autres patients. Le risque d'incendie dans les chambres a également été évoqué par les soignants.

A l'unité 1, les patients peuvent fumer quand ils le souhaitent mais on ne leur distribue que deux cigarettes après chaque repas. Dans les unités 2, 3 et 4, la consommation de tabac est soumise à des horaires plus ou moins fixes, étalés sur la journée (entre 8h30 et 18h30 dans les unités 3 et 4). Les patients peuvent fumer à raison de cinq à six fois par jour. A l'unité 5, l'amplitude horaire est plus large et les patients peuvent fumer huit fois par jour.

A l'unité 2, on leur distribue cinq cigarettes deux fois par jour. Dans les unités 3 et 4, les patients se voient distribuer deux à trois cigarettes à chaque fois qu'ils sont autorisés à fumer.

Dans les unités 1 et 4, les patients ont interdiction de se dépanner entre eux car « *cela créerait un précédent* » et les soignants seraient alors contraints de faire appel aux mandataires judiciaires ou aux familles qui, pour certains, coopèrent difficilement. Une note affichée dans l'unité 4 indique : « *pour ceux autorisés à fumer, aucun échange entre patients n'est autorisé et aucune cigarette ne sera fournie en dehors de ces horaires* ».

Les sorties des patients étant restreintes, les soignants s'organisent pour effectuer des achats groupés. A l'unité 4, les cartouches de cigarettes sont conservées dans l'armoire fermée à clef située dans le bureau du cadre de santé. En son absence, les soignants n'y ont pas accès. Dans les unités 1 et 2, les soignants ont mis en place une réserve de cigarettes « *en cas d'urgence* » pour les plus démunis. Elle est réapprovisionnée sur la base du volontariat ou bien par ceux qui ont été dépannés temporairement.

Toutes ces règles qui varient, en fonction des unités, sont difficilement compréhensibles pour les patients, certains ayant été admis dans d'autres établissements au sein desquels les règles étaient très souples et d'autres connaissent des hospitalisations dans des unités différentes. En outre, dans certains services (unité 2) ces règles manquent de lisibilité, elles ne sont pas formalisées par écrit. Enfin, elles portent atteinte à la dignité du patient notamment en l'infantilisant et ces restrictions ne sont fondées sur aucune base clinique ou juridique.

### RECOMMANDATION 18

Il doit être donné la possibilité aux patients de gérer de façon autonome leur consommation de tabac.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'un travail est engagé pour harmoniser la mise à disposition du tabac auprès des patients dans les règles de vie, ce qui est à saluer.

La recommandation est maintenue en l'état dans le cadre des réflexions engagées.

Lors de la visite du CGLPL, un débat initié par le responsable d'unité fonctionnelle portant sur la possibilité de laisser les cigarettes à disposition des patients s'est tenu à l'unité 4 en présence de la cadre de santé, de l'équipe soignante (certains agents étaient venus sur leur jour de repos) ainsi que de la cheffe de pôle. Certains agents ont rappelé que leur rôle ne devait pas consister à inciter les patients à fumer. D'autres ont, en revanche, indiqué que ces restrictions imposées aux patients mettaient à mal la relation thérapeutique et qu'il n'appartenait pas aux soignants de gérer la consommation de tabac à la place des patients. A l'issue de la réunion, il a été décidé de laisser les cigarettes à disposition des patients. Il était prévu d'informer ces derniers à l'occasion de la prochaine réunion soignants-soignés.

### 5.2.3 L'usage du pyjama

A l'exception des patients placés en CI, le port du pyjama n'est pas imposé, les patients sont plutôt encouragés à revêtir leurs vêtements de ville. Cependant, le port du pyjama (fourni par l'établissement) peut faire l'objet d'une prescription médicale dès lors qu'un patient « *très délirant est dans le déni de sa pathologie* » ou bien pour prévenir les risques de fugue voire les tentatives de suicide. Dans ce cas précis, il convient d'interroger la pertinence de cette mesure qui est loin de renforcer l'estime de soi. Au surplus, ces tenues informes ne sont pas seyantes et les tailles ne sont pas adaptées à la morphologie de certains patients ; l'obligation de les porter confine au mépris de la dignité.

Les soignants y ont également recours lorsque les patients ne disposent plus de vêtements propres. A cet égard, certains d'entre eux privilégieraient le port de ce vêtement considéré comme plus confortable. Lors de la visite, de nombreux patients portaient ce pyjama à l'exception de l'unité 5 au sein de laquelle un seul patient l'avait revêtu, faute de vêtements propres disponibles. A l'unité 2, un patient admis en SDRE, après une levée d'écrou, avait été privé de ses vêtements car « *son admission ne se serait pas très bien passée à l'UPLI* ». L'équipe « *ne souhaitait prendre aucun risque* » avant son transfert pour Compiègne (Oise) qui devait avoir lieu dans la journée.

#### RECOMMANDATION 19

Le port du pyjama ne saurait être imposé pour des raisons sécuritaires. Au demeurant, il convient de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que cette recommandation est intégrée dans les réflexions relatives à l'élaboration de règles de vie.

Une autre mesure imposée à une patiente a interpellé les contrôleurs en raison de son caractère dégradant. Il s'agit du retrait du soutien-gorge. Cette femme portait ses vêtements de ville mais elle avait été privée de son soutien-gorge. Elle s'en est plainte auprès des contrôleurs, déplorant le caractère humiliant de cette mesure. Les équipes soignantes ont mis en avant les troubles de persécution et de dissociation dont elle souffrait. Les contrôleurs n'ont pas été convaincus par les explications fournies.

#### RECOMMANDATION 20

Le retrait du soutien-gorge dans le cadre de la prévention du suicide est une mesure dégradante qui doit être proscrite.

## 5.3 LE PRINCIPE DE LIBRE DISPOSITION DE SON TELEPHONE PORTABLE N'EST PAS APPLIQUE A L'ENSEMBLE DES UNITES

### 5.3.1 Le téléphone et le courrier

Concernant l'accès au téléphone portable lui-même, les règles varient suivant les unités. Dans les unités 1 et 2, les téléphones portables sont laissés à la disposition des patients sauf consignes médicales. Le libre accès au téléphone a été décidé au moment du premier confinement pour compenser l'absence de visites.

A l'unité 1, dix patients sur dix-huit y avaient donc accès. En revanche, les chargeurs peuvent être retirés selon l'état clinique du patient. A l'unité 2, les règles de vie indiquent : « *le téléphone portable est autorisé au sein de l'unité, sauf consigne médicale particulière* ». Seul un patient était privé de son téléphone la nuit. Avant la visite du CGLPL, les chargeurs étaient confisqués mais pas les écouteurs. Cette interdiction a été levée pendant le contrôle.

A l'unité 3, les téléphones, les écouteurs et les chargeurs (selon l'état clinique) sont laissés à la disposition des patients entre 8h30 et 18h30, ces horaires correspondant aux heures d'accès au patio. Il est à noter que seuls huit patients étaient en possession d'un téléphone portable le jour de la visite. A l'unité 4, les téléphones ne sont pas laissés à la disposition des patients. Ils peuvent, selon l'état clinique, y avoir accès entre 14h30 et 18h ; le matin est consacré aux entretiens médicaux et aux soins. La diffusion d'images inappropriées sur les réseaux sociaux et les appels répétitifs pouvant s'apparenter à du harcèlement seraient les motifs justifiant ces restrictions systématiques. Les téléphones portables sont conservés dans le bureau de la cadre de santé. En son absence, les soignants (et donc les patient) n'y ont pas accès.

A l'unité 5, neuf patients étaient autorisés à utiliser leur téléphone portable une partie de la journée, il n'est jamais laissé à disposition durant la nuit. Les autres patients étaient autorisés à utiliser le téléphone du service.

Dans plusieurs unités, les patients doivent se rendre au poste de soins pour accéder à un chargeur. En attendant, ils piétinent devant le poste de soins, souvent des écouteurs autour du cou. Devant l'absurdité de la situation relevée, l'une des unités a mis fin à l'interdiction avant la fin du contrôle (cf. § 5.3).

### RECO PRISE EN COMPTE 3

Le principe de pouvoir disposer librement de son téléphone portable doit être appliqué, seul l'état clinique peut justifier une restriction temporaire.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que depuis la visite, le principe appliqué par toutes les unités est celui de la libre disposition de son téléphone portable, sauf contre-indication médicale. Cela est inclus dans le travail d'harmonisation des règles de vie. Cette recommandation connaît une prise en compte effective, elle n'est donc pas maintenue.

Dans chaque unité, un poste téléphonique filaire est accessible dans le poste de soins. La confidentialité des échanges téléphoniques n'est donc pas garantie en raison de la présence des soignants et des nombreux allers et venues. Dans les unités 2, 4 et 5 ce téléphone n'est accessible que l'après-midi.

### RECOMMANDATION 21

Les patients doivent être en mesure de passer et de recevoir des appels téléphoniques dans des conditions respectant la confidentialité des échanges.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que depuis la visite, un travail est en cours pour permettre aux patients de passer et de recevoir des appels téléphoniques, selon leur état clinique.

Il convient de saluer le travail en cours qui doit intégrer la nécessité de préserver la confidentialité des échanges.

Le courrier « entrant et sortant » des patients n'est jamais lu selon les propos recueillis mais rien n'est mentionné à ce sujet dans les règles de vie. De l'avis des soignants, peu de patients reçoivent du courrier et encore moins souvent des colis.

Certains d'entre eux saisissent les autorités judiciaires par écrit. Ils sont incités à le faire lorsqu'ils contestent le maintien de la mesure. D'autres écrivent à la direction de l'établissement lorsqu'ils ont une plainte à formuler. A titre d'exemple, un patient dont la chambre a été attribuée à un autre pendant sa permission de sortie a été invité à écrire au directeur de l'hôpital.

Aucun dispositif formel n'a été mis en place pour assurer la gratuité des courriers aux autorités mais il a été précisé que le courrier des patients était oblitéré avec le courrier administratif. De même, les patients qui ne disposent pas de fournitures pour rédiger leur missive se voient remettre des feuilles de papier, un stylo et des enveloppes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un travail est en cours en vue de l'information des patients sur les modalités d'envoi du courrier et de sa gratuité.

### 5.3.2 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : presse, télévision, internet

Chaque unité dispose *a minima* d'un salon équipé d'un téléviseur dont la télécommande est à disposition des patients. Ces derniers doivent s'organiser entre eux pour le choix du programme. L'accès au salon est autorisé le soir jusqu'à la fin du film ou du programme. Ces salons sont meublés de façon sommaire et leur superficie ne permet pas d'accueillir la totalité des patients. Dans les unités 3, 4 et 5, la salle d'activité est également équipée d'un téléviseur et parfois d'un lecteur de DVD ainsi que d'une console de jeux pour l'unité 5. Il s'agit d'un don. La question d'équiper les chambres d'un téléviseur ne s'est jamais posée alors même que des prises spécifiques ont été installées.

Les unités ne disposent pas d'un accès au Wifi. Les patients qui disposent d'un smartphone et de la 4G doivent se rendre dans le patio pour avoir accès à un réseau. Ceux qui ne possèdent pas de téléphone portable s'adressent au personnel soignant qui, selon ses disponibilités, effectue pour eux des recherches sur Internet. Les patients qui le souhaitent peuvent utiliser leur ordinateur portable ou leur tablette mais la majorité d'entre eux n'en possède pas. Lors de la visite, un seul patient détenait un ordinateur. Depuis la première période de confinement, les unités disposent désormais d'une tablette permettant ainsi aux patients de communiquer avec leur proches mais elle est peu utilisée. Les patients ne sont pas systématiquement informés, à leur arrivée, de cette possibilité qui leur est offerte.

#### RECOMMANDATION 22

Les unités d'hospitalisation doivent se doter d'un accès au réseau Wifi afin que les patients puissent communiquer avec l'extérieur et effectuer des démarches administratives. En outre, les patients doivent être informés de la possibilité d'utiliser les tablettes dont sont dotées chaque unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer qu'un projet est en cours depuis le premier confinement pour mettre en place un accès wifi au bénéfice de l'ensemble des patients de l'établissement.

De plus, elle précise qu'une réflexion sera menée en 2022 au niveau de l'information sur l'accès aux réseaux sociaux, à la presse, télévision, Internet, ainsi que sur l'utilisation et la configuration des tablettes dans chaque unité.

Les démarches engagées par le CHSF sont encouragées.

Les patients peuvent disposer d'un poste de radio mais ils privilégient l'écoute de la musique au moyen de leur téléphone portable lorsqu'ils sont autorisés à le conserver avec eux.

Aucun quotidien n'est distribué. Les patients qui sont autorisés à sortir doivent se rendre au kiosque de l'hôpital pour en acheter. Quelques revues sont mises à disposition dans certaines unités.

#### 5.4 LES CONDITIONS DANS LESQUELLES SE DEROULENT LES VISITES NE SONT PAS ADAPTEES

Les visites sont soumises à autorisation du médecin qui se réserve donc le droit de les interdire lorsque l'état clinique du patient le justifie. Lors du contrôle, les patients, dans leur grande majorité, étaient autorisés à recevoir des visites. Seuls, quatre patients n'étaient pas autorisés en raison de leur état clinique. A l'unité 5, les visites étaient momentanément suspendues en raison de la survenance de cas de Covid au sein du service.

Depuis l'émergence de la pandémie, les visites des proches sont restreintes. Les visiteurs ont obligation d'appeler l'unité afin d'obtenir un créneau horaire. Une seule visite par jour et par patient est accordée, entre 14h30 et 18h. Elles sont autorisées à l'extérieur du bâtiment mais peu de patients sont autorisés à sortir. Les possibilités de rencontrer un proche demeurent donc actuellement très limitées.

A l'unité 4, les équipes font preuve d'une certaine souplesse à l'égard des visiteurs qui ne peuvent pas venir durant ces créneaux horaires en raison de leur activité professionnelle. La durée des visites est d'environ de trente minutes mais elle peut éventuellement être prolongée, ce d'autant que de nombreux patients ne reçoivent jamais de visites. Il s'agit de personnes issues d'un environnement social défavorisé ou ayant rompu les liens avec l'entourage familial.

Les visites se déroulent dans le salon des visiteurs, meublé de quelques fauteuils (dont certains mériteraient d'être renouvelés) et d'une table basse. Ces salons sont impersonnels et manquent de convivialité mais ils garantissent la confidentialité des échanges. Il est interdit de recevoir des visiteurs dans sa chambre afin de préserver l'anonymat des autres personnes hospitalisées. A l'exception de l'unité 5, les visites des mineurs âgés de moins de 15 ans sont interdites dans les unités. Elles peuvent se dérouler dans une pièce extérieure à l'unité ou à la cafétéria.

#### RECOMMANDATION 23

Les unités doivent aménager les salons afin que les visites se déroulent dans des conditions agréables. Sauf exception tenant à son état clinique, le patient doit pouvoir accueillir un visiteur dans sa chambre. La durée des visites accordée doit être prolongée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une réflexion sera menée pour les visites en chambre, et sur les conditions de visite des familles.

## 5.5 CERTAINES UNITES OPOSENT UNE INTERDICTION DE PRINCIPE AUX PATIENTS DESIREUX D'AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES

Certaines unités interdisent aux patients d'avoir des relations sexuelles alors qu'il s'agit là d'une liberté fondamentale. Tel est le cas pour les unités 2, 3, 4 qui ont inscrit cette interdiction dans leurs règles de vie. Le CGLPL rappelle, en outre, que conformément à l'arrêt rendu par la cour administrative d'appel de Bordeaux<sup>19</sup>, un établissement sanitaire ne peut interdire les relations sexuelles. Si les relations sexuelles sont inscrites comme interdites dans les règles de vie, cet interdit n'empêche pas les patients d'exercer cette liberté. Ainsi, un soignant a reconnu qu'il avait déjà « surpris » un patient et un visiteur dans la chambre du patient. Il avait alors refermé la porte de la chambre pour préserver leur intimité. C'est un sujet de préoccupation pour les équipes qui peut éventuellement faire l'objet d'une discussion. Cependant, il est abordé essentiellement sous l'angle du consentement, de la prévention des maladies sexuellement transmissibles (MST) et de la grossesse non désirée. La question de l'interdit n'est jamais abordée. Selon un cadre de santé, il s'agit d'une « évidence », les relations sexuelles étant interdites dans les hôpitaux, allégation en réalité erronée.

Dans les unités 1 et 5, les relations sexuelles ne font l'objet d'aucune interdiction. De fait à l'unité 1, il n'est pas fait mention dans les règles de vie d'une interdiction de se rendre dans les chambres des autres patients. Les chambres sont ouvertes, les « patients sont libres », des couples se forment. Les soignants exercent une vigilance si un patient vulnérable a besoin d'être protégé. C'est discuté avec lui afin de vérifier qu'il soit en mesure de donner son consentement éclairé. Des préservatifs sont proposés aux couples pour lesquels il n'existe pas d'ambiguïté. A l'unité 5, aucune action de prévention n'est mise en place. A l'instar des unités 3 et 4, les soignants de cette unité ne mettent pas de préservatifs à disposition des patients. A l'unité 2, des préservatifs sont disponibles sur demande au poste de soins.

De manière générale, la question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Si les soignants sont vigilants sur la question du consentement et parfois de la prévention, la question de l'interdiction dans la majorité des unités n'est pas débattue.

### RECOMMANDATION 24

Le pôle de psychiatrie doit engager une réflexion sur la liberté sexuelle des patients. Les règles de vie des unités ne peuvent pas poser d'interdiction en la matière.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une réflexion sur la liberté sexuelle sera engagée sur le pôle. En effet, ce thème sera proposé au comité d'éthique, des préservatifs seront mis à disposition des patients et il est prévu de débattre du thème de la sexualité à travers les MST, le consentement, la vulnérabilité.

Ces projets engagés par le pôle de psychiatrie sont encouragés.

<sup>19</sup> CAA de Bordeaux (Gironde) du 6 novembre 2012 : Le règlement intérieur d'un établissement sanitaire ou le règlement de fonctionnement d'un établissement médico-social ne peut interdire, de manière générale et absolue, les relations sexuelles pour toutes les personnes hospitalisées ou hébergées, mais prévoir une limitation des droits et libertés fondamentaux imposée par l'état de santé de la personne médicalement constaté.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 LES LOCAUX SONT PEU ADAPTES A LA VIE EN COLLECTIVITE

Le pôle de psychiatrie est situé au 2<sup>ème</sup> étage du centre hospitalier et occupe une large part de l'aile gauche du bâtiment. Les unités sont en enfilade le long du couloir central : unités 4 et 5 au pôle B, unités 2 et 3 au pôle C, unité 1 et urgences (UPLI) au pôle D. Les unités comportent deux entrées avec système de badge et interphone ; l'une, principale, empruntée par les patients et les proches ; l'autre, réservée au personnel, donne un accès plus direct aux bureaux. Des fenestrons non occultés sur les portes d'entrée compromettent la confidentialité et exposent les patients à la vue des passants, professionnels du CHSF ou non, se rendant au 2<sup>ème</sup> étage. Les patients peuvent être observés depuis le couloir central et certains restent un long moment le visage collé au fenestron pour passer le temps.



*Porte d'entrée de l'unité 2*

#### RECOMMANDATION 25

Les fenestrons des portes d'entrée des unités doivent être occultés afin de préserver l'intimité des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que des travaux sont en cours pour occulter les fenestrons des portes d'entrée des unités.

Il est pris bonne note de l'engagement de ces travaux, non encore achevés au moment de la réponse.

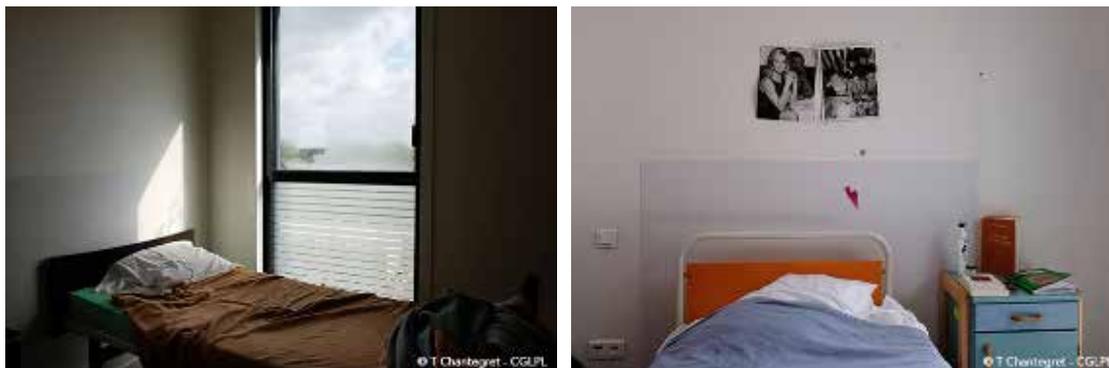
Par ailleurs, le système d'interphonie ne permet pas d'ouvrir la porte d'entrée depuis le poste de soins, obligeant les soignants à traverser l'unité pour ce faire. Toutes les unités présentent à peu près la même architecture en U. Les chambres sont réparties en L, le poste de soins au milieu du couloir, les bureaux du personnel sont rassemblés au bout du couloir (cadre de santé, secrétaire, psychiatres, psychologue, assistantes sociales, etc.).

#### 6.1.1 Les chambres

Chaque unité compte dix-huit chambres ordinaires, deux chambres dites « sécurisées » et deux chambres d'isolement (cf. § 8.1). Toutes les chambres sont individuelles avec une salle d'eau attenante, équipée de patère, d'un miroir, d'une vasque et d'une tablette (plus ou moins abîmée par le temps) permettant d'entreposer quelques effets. Le mobilier est sommaire et varie en fonction des unités : un lit simple, une chaise, une table, une armoire sans verrou (étagères dans la partie haute, penderie en bas), parfois une table de chevet. Les chambres ne sont pas dotées

de lampe de chevet ni de lumière au-dessus du lit. Dans certaines chambres, les tables sont manquantes, ce qui a conduit des patients en période de pandémie à manger sur leur lit, le plateau repas sur les genoux (cf. § 6.4).

Les fenêtres sont toutes occultées en partie basse ; la partie haute s'ouvre légèrement, ce qui permet d'aérer pendant le ménage ou à la demande des patients. Des volets roulants électrifiés sont installés, mais tous ne fonctionnent pas. A l'unité 1, aucun des commutateurs censés permettre aux patients d'actionner les volets n'était en état de marche (piles manquantes). Par ailleurs, aucune chambre n'est équipée de bouton d'appel. Si certaines sont investies en termes de décoration, la plupart ne le sont pas.



*Chambres dans les unités*

### RECOMMANDATION 26

Les chambres d'hospitalisation du pôle de psychiatrie doivent être équipées de manière complète et confortable.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'un travail de réflexion est en cours afin de définir l'équipement type des chambres (un lit, une table, une chaise), recenser le mobilier manquant ou à remplacer, et compléter/remplacer ce mobilier.

Des points de réflexion portent par ailleurs sur : un luminaire au-dessus du lit, un bouton d'appel, la fermeture des placards, la fermeture des chambres par les patients.

Le CGLPL encourage ces projets étant précisé que l'équipement type peut être complété d'une table de nuit.

#### 6.1.2 Les locaux collectifs

Chaque unité dispose d'espaces collectifs à peu près similaires, parmi lesquels :

- une salle à manger (cf. § 6.4).
- une salle de télévision : l'écran est apposé en hauteur, quelques sièges parfois abîmés, voire éventrés, sont à la disposition des patients. Dans l'une des unités, l'écran est disposé en face de la fenêtre, si bien qu'avec les reflets, l'image peut être difficile à percevoir.



*Salles de télévision*

- un « salon famille » destiné aux visites des proches. Il s'agit d'une petite pièce dont la porte peut être fermée dans laquelle sont disposées des sièges, parfois une table basse.



*Salons des familles*

- une ou deux salles d'activités plus ou moins adaptées. Si dans une unité la salle est vaste, permettant d'accueillir un baby-foot, dans les autres elles apparaissent sous-dimensionnées et encombrées, laissant peu d'espace pour des activités collectives autres que des jeux de société ou la réalisation de mandalas.



*Salles d'activités*

### 6.1.3 Les espaces extérieurs

Chaque unité dispose d'un accès sur l'extérieur : une terrasse en hauteur appelée patio, équipée d'un auvent et de quelques chaises où les patients viennent fumer. Un briquet électronique est disposé à cet effet. Les terrasses des différentes unités sont contiguës mais séparées l'une de l'autre par des cloisons grillagées visant à empêcher toute transmission d'objets entre les

patients. L'ensemble est clôturé en vue de prévenir les chutes et les fugues. Les patients ne peuvent ainsi apercevoir l'extérieur qu'au travers de grillages. De plus, elles surplombent la francilienne et la pollution sonore y est constante, il ne s'agit pas d'espaces apaisants malgré les efforts de végétalisation dont la poursuite est encouragée.

Sur chaque terrasse, une allée bétonnée et une autre dallée traversent une petite pelouse, agrémentée de quelques arbres ou arbustes. L'une des terrasses (unité 2) est équipée d'agrès, hors état de fonctionnement (l'équipe attend le service technique depuis plus d'un an) et d'une table de ping-pong cassée. Dans d'autres, on trouve des bancs abîmés, au mieux quelques jardinières entretenues lors d'activités.



*Patios*

L'ensemble des locaux témoigne d'un pôle qui a été contraint de s'accommoder de son implantation dans un centre hospitalier général. Par son architecture, la structure est mal adaptée à une vie en collectivité. Les équipements ont par ailleurs mal vieilli et méritent d'être rénovés ou remplacés.

### RECOMMANDATION 27

Sur les terrasses, les équipements manquants ou abîmés (table, sièges, bancs, etc..) doivent être remplacés ou rénovés. Des équipements d'activité doivent être installés ou réparés pour ceux existant.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un bilan est en cours sur le matériel à enlever, à remplacer et à réparer.

## 6.2 LES LOCAUX SONT PROPRES MAIS LES PATIENTS MANQUENT DE CERTAINS EFFETS POUR ASSURER LEUR HYGIENE

### 6.2.1 Les chambres

Si les installations sont vieillissantes, méritant un sérieux rafraîchissement, les locaux sont propres, correctement nettoyés. Deux ou trois agents des services hospitaliers (ASH) selon les unités assurent quotidiennement l'entretien des locaux suivant un protocole Covid (nettoyage des poignées, des contours de porte, etc.).



*Couloir d'une unité*

### 6.2.2 L'hygiène corporelle

Les chambres de toutes les unités disposent d'un espace sanitaire attenant : douche (sans flexible), lavabo, WC (sans lunette ni abattant). Dans chaque unité, une salle de bains commune est ouverte à la demande (baignoire, douche avec flexible, lavabo).

Les patients sont invités à apporter leur nécessaire de toilette ou à s'en doter. Des produits d'hygiène peuvent être toutefois remis aux patients qui n'en n'ont pas ou sont sans ressources (dentifrice, brosse à dents, peigne, savon, shampoing, etc.), parfois en « système D » (shampoing remis dans un fond de verre, morceau de savon.). Les rasoirs, coupe-ongles et autres effets jugés dangereux ne sont pas laissés aux patients mais remis au moment de la toilette. Au besoin, les patients se rasent dans la salle de bains commune, sous la surveillance des soignants.

L'hôpital distribue des draps, changés au minimum toutes les semaines, mais pas de serviettes de toilette. Les patients qui n'en possèdent pas en sont ainsi réduits à se sécher dans des draps ou des alèses.

#### RECOMMANDATION 28

Des serviettes de toilette doivent être fournies aux patients qui en sont dépourvus.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une demande de dotation a été émise auprès de la direction des achats et de la logistique/lingerie.



*Salles de bains communes*

### 6.2.3 L'hygiène vestimentaire

Le pôle psychiatrie n'assure pas l'entretien du linge des patients. Il revient à la charge des familles, quand elles le peuvent, ou des patients, mais aucun lave-linge n'est à leur disposition. Faut de mieux, les équipes orientent les patients isolés vers un prestataire privé qui propose un service de lessive à un tarif de 15 euros pour un sac de linge, montant réglé en espèces et sans facture. Lavé, plié, le linge revient le lendemain dans le même sac. Pour les plus démunis, le « système D » prévaut. Les vestiaires alimentés par des dons servent de dépannage. Des solutions de bricolage peuvent être trouvées pour laver les effets dans les structures ambulatoires. Mais il est courant que des patients déambulent en pyjama, faute de vêtements propres ou adéquats. Au moment du contrôle, plusieurs patients se trouvaient dans ce cas. L'un faisait sécher son linge dans le patio, un autre s'est rendu devant le juge des libertés et de la détention en pyjama (cf. § 4.4.3).



*Linge d'un patient séchant sur le patio*

#### RECOMMANDATION 29

Les patients doivent avoir la possibilité de laver ou faire laver leur linge gratuitement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une demande de lave-linge a été émise auprès de la direction des achats et de la logistique.

Cette démarche est à saluer. La recommandation est maintenue en l'état dans l'attente de l'effectivité de l'installation d'un lave-linge.

### 6.3 LES PATIENTS NE DISPOSENT PAS DANS LES CHAMBRES D'UN SYSTEME PERMETTANT DE PROTEGER LEURS BIENS

A l'admission, un inventaire des biens du patient est dressé de manière contradictoire. S'il n'est pas en état, ou ne souhaite pas le viser, le document est signé par un ou deux soignants selon les unités. Parfois, l'opération peut être reportée à un moment jugé plus opportun.

Dans tous les cas, le patient est invité à remettre ses papiers et biens de valeur (pièce d'identité, clefs, chéquier, carte bancaire, espèces, bijoux, etc.) pour qu'ils soient placés au coffre (dans le bureau du cadre de santé ou au poste de soins). A défaut, il doit signer une décharge dédouanant de toute responsabilité l'établissement en cas de vol ou de perte. Par ailleurs, le patient est appelé à se délester de toute une série d'objets considérés comme dangereux, non limitativement énumérés dans les règles de vie : briquet, allumettes, eau de Cologne, rasoirs, objets contondants, chargeur de téléphone (...).

Concernant l'accès au téléphone portable lui-même, les règles varient suivant les unités (cf. § 5.3.1).

Pour le tabac, la règle est unanime. Tous les paquets sont retirés et les cigarettes distribuées au compte-gouttes tous les jours (cf. § 5.2.2). Le risque de vol est allégué parmi les motifs justifiant l'interdiction de disposer de son tabac.

Les patients n'ont pas la possibilité de verrouiller les chambres de l'extérieur. Aucune chambre n'est équipée de placard ou de tiroir fermant à clef. Dans la plupart, des coffres à code sont installés depuis l'ouverture du pôle, mais ils sont présentés comme hors état de marche ou personne ne sait comment ils fonctionnent.



*Coffre dans les chambres, hors d'état de fonctionnement*

Le cadre de santé gère l'argent courant. Les mouvements sont tracés à chaque retrait ou dépôt. Dans certaines unités (U1 et UPLI), les soignants peuvent gérer certaines sommes (jusqu'à 100 euros), ce qui permet au patient de disposer de son argent en l'absence du cadre de santé. Si le patient sort et a besoin d'argent, on lui donne 10 ou 20 euros maximum ; au retour, il remet ce qu'il lui reste. Ces restrictions générales sont infantilisantes et ne contribuent pas à l'autonomisation du patient.

### RECOMMANDATION 30

Un dispositif permettant aux patients de verrouiller leur chambre (par clef, badge électromagnétique, etc.) doit être mis en place. *A minima*, les coffres doivent être mis en état de fonctionnement et les armoires doivent fermer clé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que des coffres sont installés dans toutes les chambres. La vérification de leur état de fonctionnement est en cours.

## 6.4 UN EFFORT D'INDIVIDUALISATION EST REALISE AU NIVEAU DE LA COMPOSITION DES MENUS

A l'admission (hors urgences), les soignants procèdent à un recueil des aversions, intolérances, allergies ou souhaits de régimes spéciaux (régime végétarien, sans porc, sans poisson ou certains aliments spécifiés, etc.). Ces informations et d'éventuelles prescriptions médicales sont retranscrites dans un logiciel de commande des repas.

Les repas sont confectionnés dans la cuisine centrale de l'hôpital, puis acheminés en liaison chaude dans les unités.

Une large gamme de régimes spéciaux est prévue (sans sel, sans sucre, sans gluten, surprotéiné, hypocalorique, plus ou moins mixé si risque de fausse route, etc.). Piloté par la diététicienne du

pôle, le logiciel permet aussi d'ajuster les rations, de doubler des denrées (pain, fromage, compote, etc.) ou de tenir compte dans le détail des goûts et aversions (par exemple, pour un patient, carottes cuites mais pas crues).

La diététicienne se rend quotidiennement dans les unités, à la demande des soignants, des patients ou pour évaluer les besoins. Les personnes soumises à un régime diabétique ou hypocalorique font l'objet d'un suivi rapproché, avec délivrance de conseils thérapeutiques nutritionnels. L'évolution du poids de l'ensemble des patients est contrôlée.

Présente de longue date sur le pôle, la diététicienne apparaît appréciée des patients rencontrés, d'autant plus qu'elle s'emploie à accompagner l'accueil des patients chroniques et ceux connus du pôle par des plats qu'ils apprécient. Un patient aimant particulièrement les cuisses de poulet en a, par exemple, été servi dès l'arrivée.

## BONNE PRATIQUE 2

Une attention particulière est portée aux patients chroniques et à ceux connus du pôle. La diététicienne s'efforce d'adoucir leur accueil en leur assurant des plats respectant leurs aversions, voire leurs préférences.

A l'égard des patients chroniques, quelques ajustements sont faits pour essayer d'atténuer quelque peu la monotonie des menus. En effet, les mêmes menus reviennent toutes les quatre semaines, selon des cycles printemps/été, automne/hiver qui ne varient que légèrement. Enfin, pour faire plaisir aux patients, une programmation spéciale de frites est opérée une fois par mois suivant un planning affiché en unité. Les plats sont alors commandés et récupérés auprès du chef de cuisine du restaurant du personnel.

Dans les différentes unités, les menus sont affichés. Les repas sont proposés, en un seul service, à créneaux fixes : entre 8h30 et 9h15 pour le petit déjeuner, 12h et 12h45 pour le déjeuner, 18h45 et 19h45 pour le dîner. Un goûter est servi vers 16h (boisson, madeleine, biscuits, etc.) ; une tisane, le soir, à partir de 21h30 dans certaines unités, 22h dans d'autres.

En principe, les repas sont pris en salle à manger. Se restaurer en chambre est interdit sauf indications médicales. En raison de la Covid, deux unités (dont l'une est un *cluster*) ont néanmoins adopté cette pratique à titre provisoire. Dans les autres, les patients ayant été testés à la Covid-19, il n'y a pas lieu de fermer le réfectoire. Les places à table sont plus espacées (deux par table de quatre) et une salle attenante sert d'extension de la salle à manger. Les placements sont libres. Les repas (à l'exception des frites) sont conditionnés en barquettes individuelles nominatives dans lesquelles les patients mangent directement ce qui est regrettable. Ils disposent de couverts en inox mais de gobelets en plastique.



### *Salles à manger dans les unités*

Les soignants ne partagent qu'exceptionnellement des repas avec les patients, lors de sorties pique-nique ou barbecue (interrompues depuis la crise sanitaire) ou d'événements spéciaux. A l'unité 2, des journées à thème sont organisées tous les deux, trois mois. La dernière, « Far West », date du 10 mars. Des gâteaux en lien avec le thème sont confectionnés (ici, cheese cakes, brownies) et les patients participent à la décoration du réfectoire.

Les familles n'ont pas la possibilité de prendre des repas avec leur proche ni d'apporter des denrées périssables, ce en application du règlement de l'hôpital. Après avis médical, les boissons (hors alcool) sont autorisées mais limitées à une petite bouteille par personne selon les règles de vie de plusieurs unités. Les friandises et paquets de gâteaux sont admis mais sans stock dans les chambres pour raisons d'hygiène ou risque de fausse route. S'ils ne sont pas consommés lors de la visite, ils sont consignés dans un placard du réfectoire puis proposés au goûter.

Aucun patient rencontré se s'est plaint de la qualité ou la quantité des repas. Mais plusieurs ont décrié l'impossibilité de disposer de denrées dans les chambres ou de pouvoir consommer à leur guise les produits apportés par leurs proches, jugeant la distribution à 16h comme particulièrement infantilissante.

### RECOMMANDATION 31

Sauf indications médicales, le libre choix du patient de prendre ses repas en collectivité ou seul en chambre doit être préservé. L'interdiction de disposer de denrées non périssables en chambre doit être individualisée.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que la prise de repas en collectivité favorise le lien social et que la prise de repas en chambre se fait sur prescription médicale ou dans le cas de cluster dans une unité.

Les contrôleurs maintiennent, par conséquent, leur recommandation.

## 7. LES SOINS

### 7.1 LES PATIENTS SONT ADMIS AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT APRES AVOIR ETE EXAMINES PAR UN PSYCHIATRE AUX URGENCES

#### 7.1.1 La prise en charge des urgences psychiatriques

L'établissement dispose des structures extra hospitalières classiques (CMP/CATTP, hôpital de jour) mais pas de structure de prise en charge des crises précoces au domicile comme, par exemple, des équipes mobiles de crise ou une consultation ouverte 24h/24. Les délais d'obtention de primo rendez-vous en CMP se sont par ailleurs dégradés depuis quelques mois et atteignent trois mois pour la majorité des CMP (cf. § 2.1.2).

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services *via* les médecins traitants, les psychiatres du CMP ou de l'hôpital de jour. Les patients en soins sans consentement – placés sous ce statut depuis leur domicile, la voie publique ou en situation de crise – sont adressés exclusivement aux urgences du CH, l'établissement disposant d'une autorisation d'accueil des urgences.

#### 7.1.2 Les urgences du centre hospitalier

Ce service accueille chaque jour, toutes pathologies confondues, 280 personnes en moyenne dans des locaux suffisamment grands et bien organisés. Les patients agités entrent par le sas des ambulances et sont directement amenés à l'intérieur des urgences, dans un box fermé, sans être visibles du public.

La prise en charge initiale est faite par l'infirmière d'orientation et d'accueil (IOA). Si la demande du patient est exclusivement psychiatrique, il est orienté vers l'infirmière de psychiatrie de liaison et la consultation de psychiatrie aux urgences ; sinon, le patient est examiné par l'urgentiste puis un avis du psychiatre est sollicité. Si le patient est agité ou à risque de déstabilisation, il est alors placé dans une pièce individuelle fermée. Il n'arrive jamais qu'un patient soit placé en attente dans les couloirs des urgences, quelles que soient les pathologies présentées.

L'accès à un psychiatre est possible 24h/24 par le médecin assurant la réponse aux urgences dans la journée, dépendant de l'UF UPLI (qui comporte l'UPLI proprement dite, assure la réponse aux urgences et la psychiatrie de liaison), et le médecin de garde du pôle.

Une infirmière de psychiatrie est présente du lundi au vendredi de 8h30 à 17h30 (cf. *infra*). Les deux infirmières affectées au service assurent, chacune à tour de rôle, la psychiatrie de liaison tantôt aux urgences tantôt dans les autres services de l'hôpital ; elles ne disposent pas de local aux urgences mais uniquement d'un meuble de bureau dans le secrétariat de l'UPLI, servant aussi de salle de visite pour les familles (cf. photographie § 7.1.3 b).

L'entretien est souvent réalisé conjointement avec le médecin et l'infirmier de liaison. Le patient peut ensuite soit retourner à son domicile sans prise en charge particulière ou avec un rendez-vous pris au CMP, soit être transféré en hospitalisation dans une unité d'HC du secteur dont il relève ou à l'UPLI.

Les mesures en soins sans consentement en SPPI sont engagées, dès que cela est possible, grâce à l'appui d'un médecin de l'association « diapsy » (deux médecins extérieurs à l'établissement). En leur absence, les mesures sont initiées principalement en SPDTU (cf. § 2.4.2) et souvent en SDTU (cf. § 2.4.2). L'association « SOS médecin » n'intervient plus à la suite de difficultés de règlement financier des visites.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'une convention est en cours de finalisation afin d'instaurer un partenariat entre le CHSF et un médecin psychiatre certificateur extérieur à l'établissement.

Il n'y a pas de chambre d'isolement aux urgences mais le patient agité est placé dans un box individuel, non fermé à clef, sur un brancard sur lequel des contentions sont alors installées si besoin. Les contentions utilisées sont à verrouillage magnétique. Elles sont décidées et tracées par l'urgentiste dans le dossier médical « Uqual » des urgences ; la surveillance est prescrite mais non tracée par les soignants et son effectivité est variable selon l'activité du service.



Box des urgences

L'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidée, par le médecin des urgences et sont inscrites dans le dossier médical de chaque patient sur le logiciel Uqual. Il n'y a pas d'analyse régulière de la pratique par les professionnels et pas de registre de ces mesures.

### RECOMMANDATION 32

Le service d'urgence doit disposer d'un espace d'apaisement destiné aux patients agités, avec du mobilier adapté permettant d'éviter de les attacher. L'utilisation de contentions doit être tracée et mentionnée dans un registre spécifique permettant l'analyse, par l'ensemble de l'équipe soignante, des conditions de recours à ces mesures.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'un travail est en cours sur cette recommandation, associant le service des urgences et le pôle de psychiatrie. Cette démarche est encouragée.

Une procédure « *de prise en charge d'un patient ayant un problème psychiatrique au SAU réévaluation* » a été établie en avril 2016. Cette procédure prévoit l'évaluation du patient par l'IOA, qui peut prévenir le psychiatre, la prise systématique des constantes, l'orientation au sein du « *module 2 dédié à la prise en charge psychiatrique* » et, si agitation, l'application du « *protocole sur la prise en charge d'un état d'agitation aux urgences* ». La procédure assure un examen somatique systématique par l'urgentiste dans le cas d'une demande de soins sans consentement. Il prévoit également l'appui des urgentistes en cas d'urgences dans les services de psychiatrie.

Le protocole relatif à l'agitation aux urgences est en revanche plus ancien (2003) ; il mentionne déjà la contention physique comme « *une mesure d'exception et temporaire devant toujours être associée à une sédation* » ; le lien avec le psychiatre est également précisé.

Les infirmiers des urgences ont bénéficié de formations spécifiques à la prévention des violences (Omega). Les patients nécessitant une hospitalisation en SSC restent jusqu'à vingt-quatre heures maximum dans le service avant d'être transférés.

### RECOMMANDATION 33

Si les médecins urgentistes décident des mesures de contention prises de manière conservatoire, un psychiatre doit valider secondairement ces décisions dans l'heure et assurer le renouvellement ou la levée selon l'état clinique du patient.

Aucun patient n'est en isolement ou contenu au moment du contrôle.

#### 7.1.3 L'unité psychiatrique de liaison intersectorielle (UPLI)

Contrairement à ce que sa dénomination pourrait laisser penser, cette unité n'est pas uniquement chargée de la psychiatrie de liaison. Il s'agit d'un service d'hospitalisation de courte durée, théoriquement limitée à soixante-douze heures, permettant la gestion de la crise, l'évaluation et l'orientation du patient. Son objet n'est cependant décrit par aucun projet de service validé alors même que le chef de service a, avec les soignants, rédigé un document assez complet en février 2020, précisant cette vocation d'accueil des urgences psychiatriques et des personnes en soins sans consentement.

Le projet médical 2018-2022 de l'établissement n'évoque que la psychiatrie de liaison dans les perspectives de développement mais non l'UPLI. Le document général de présentation de l'établissement, remis lors de la visite, liste toutes les spécialités prises en charge en urgence sans mentionner l'existence des urgences psychiatriques. La présentation du pôle figurant dans le projet d'établissement 2018-2022 mentionne cependant « *un service non sectorisé, l'unité de psychiatrie de liaisons intersectorielle (UPLI) chargé de la réponse aux urgences et de la psychiatrie de liaison, disposant de dix lits d'hospitalisation de courte durée (72h) et de deux chambres d'isolement pour permettre d'accueillir, d'évaluer et d'orienter au mieux les patients. Les médecins de l'UPLI assurent aussi l'accueil et l'évaluation des patients aux urgences ainsi que la liaison avec les services de soins généraux.* »

Enfin, l'unité ne bénéficie d'aucune signalétique pour s'y rendre, sa porte d'accès, mentionnant son nom, se situe au fond d'un couloir du rez-de-chaussée du CHSF, dans un recoin peu visible. De plus, cette porte comporte une fenêtre permettant de voir les patients en pyjama à l'intérieur de l'unité.

### RECOMMANDATION 34

Le service destiné à accueillir durant soixante-douze heures les patients de psychiatrie en urgence aux fins de prise en charge, dévaluation et d'orientation, doit faire l'objet d'une reconnaissance officielle et d'un projet de service validé par les instances.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un projet sera prochainement soumis aux instances pour répondre à cette recommandation.



*Salle de télévision de l'UPLI*



*Bureau de consultation sans  
fenêtre*

#### *a) L'unité d'hospitalisation*

Des règles de vie ont également été écrites mais n'ont jamais été validées par les conseils de pôle ou la direction de l'établissement. Elles énoncent l'interdiction de fumer, l'usage règlementé du téléphone portable, le caractère fermé de l'unité sauf accord du médecin pour la tranche 14h30-15h30 – sans distinction du statut de soins libre ou SSC – ; le protocole « liberté d'aller et venir » indique que « les patients admis sous contrainte sont systématiquement mis en pyjama les vingt-quatre premières heures d'hospitalisation. »

Ce service compte dix lits et deux chambres d'isolement mais aucune cour extérieure (cf. recommandation n°40) et une seule salle d'activité. Les bureaux de consultations sont presque tous sans fenêtre. Les chambres peuvent toutes être fermées à clef.

Au moment du contrôle, dix patients étaient présents dans le service, dont huit depuis plus de soixante-douze heures. Un patient était présent depuis plus de quinze jours et une mineure de 14 ans y était depuis dix mois, enfermée en chambre d'hospitalisation (cf. § 9.1), sans motif psychiatrique d'hospitalisation mais en raison d'une carence de prise en charge adaptée médico-sociale ou sanitaire.

Sur les dix patients, deux étaient en SPDRE, trois en SPDTU, un en SPDT et quatre en soins libre dont le patient mineur.

Deux patients étaient en CI au moment du contrôle et ils ne disposaient plus de leur chambre d'hospitalisation. Le 6 mai, il y avait douze patients pour dix lits dans le service, car deux mineurs (16 et 17 ans) avaient été placés dans les deux CI pendant la nuit depuis les urgences, portes ouvertes (cf. § 8).

#### **RECOMMANDATION 35**

Les chambres d'isolement ne peuvent pas être confondues avec des chambres d'hospitalisation, même porte ouverte. Les espaces ou chambre d'apaisement ou d'isolement ne doivent pas apparaître dans les outils de gestion des lits.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que cette recommandation est prise en compte dans le travail en cours sur l'harmonisation des règles de vie.

Le nombre de patients mineurs admis à l'UPLI a été de vingt-cinq en 2019, vingt-quatre en 2020 et il est déjà de dix-huit pour les quatre premiers mois de 2021. Il n'y a qu'exceptionnellement de pédopsychiatrie de liaison organisée au profit des patients de l'UPLI, comme d'ailleurs du pôle de psychiatrie adulte en général (cf. § 9.1).

### RECOMMANDATION 36

Les patients mineurs admis à l'UPLI doivent être pris en charge par la pédopsychiatrie de liaison du CH.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une réflexion est à mener en vue d'une meilleure collaboration avec le service de psychiatrie infanto-juvénile.

Trois médecins à temps plein, dont un médecin associé, sont affectés au service de même que 15,3 ETP d'IDE, quatre aides-soignants et un cadre, pour le jour et la nuit. Le service ne compte ni psychologue, ni ergothérapeute ni psychomotricien, ni éducateur pour les mineurs.

L'étude des plannings de janvier 2021 montre que sur 31 jours, les soignants (aides-soignants et infirmiers) ont été, en journée, au nombre de cinq deux fois, de quatre vingt-et-une fois, de trois sept fois et de deux une fois (soit une moyenne de 3,77).

Très peu d'activités sont organisées et seulement quelques jeux de société sont à disposition.

Enfin, aucun cadre de santé n'est joignable par les soignants de psychiatrie entre 18h et 21h (cadre de nuit) ; les soignants appellent l'administrateur de garde durant cet intervalle.

La prise en charge au sein de cette unité est marquée par des restrictions fortes de liberté, systématiques pour tous les patients, y compris pour ceux admis en soins libres : le port du pyjama y est encore systématique pour les entrants durant vingt-quatre heures (mais parfois laissé plus longtemps), le téléphone est systématiquement retiré de même que les cigarettes. L'absence de cour et de fumoir n'est pas compensée par des sorties organisées pour permettre aux patients de fumer à l'extérieur et ils sont ainsi tous sevrés, sauf à solliciter des patches ou gommes nicotiques à l'efficacité limitée dans une telle situation.

### RECOMMANDATION 37

Une unité d'hospitalisation, *a fortiori* en charge des urgences psychiatriques, doit permettre aux patients hospitalisés, en soins libres comme en soins sans consentement, d'accéder à un espace extérieur afin de s'aérer, marcher ou fumer librement.

Par ailleurs, les soignants ne disposent, pour les dix lits et les deux chambres d'isolement, que de huit oreillers. Aucune serviette de toilette n'est fournie aux personnes qui en sont dépourvues et, parfois, les couvertures viennent à manquer (cf. § 6.2).

L'argent des patients est placé dans un coffre dans le bureau du cadre que personne ne peut ouvrir le week-end : les patients sortant au cours d'un week-end doivent donc revenir le lundi pour récupérer leurs valeurs.

#### *b) La psychiatrie de liaison*

Les effectifs de la psychiatrie de liaison ont été pris sur ceux de l'UPLI, sans création de poste d'IDE.

Cette prestation est globale pour les deux infirmières assurant la psychiatrie de liaison sur l'ensemble du centre hospitalier, dont les urgences générales (cf. § 7.1.2). Elles alternent chaque jour sur les deux, du lundi au vendredi. Il n'y a pas d'IDE la nuit et les week-ends.

Les médecins sont également sollicités pour donner un avis psychiatrique sur les patients admis à l'unité d'hospitalisation sécurisée (cf. *infra*).

Il n'y a pas d'astreinte en journée. Un médecin psychiatre est joignable 24h/24 pour la réponse aux urgences mais il n'est pas prévu qu'il intervienne en journée dans les unités d'HC. De plus, une demi-garde est assurée de 18h30 à 23h. Les psychiatres de l'UPLI/Urgences/psychiatrie de liaison assurent leur travail d'UF dans la journée. L'effectif est le suivant : deux praticiens hospitaliers temps plein dont un de liaison, un praticien attaché temps plein, un praticien attaché associé temps plein, un ASP un jour par semaine lors de la visite.

La présence d'une IDE est effective de 8h30 à 15h aux urgences et de 10h à 17h30 pour les autres services. Une IDE est donc mobilisable en urgence de 8h30 à 17h30.

Le bilan d'activité de l'équipe de psychiatrie de liaison n'a pas pu être communiqué aux contrôleurs.



*Meuble de bureau des IDE de liaison*

### *c) Les personnes détenues*

Concernant les personnes détenues à Fleury-Mérogis, elles sont accueillies de même que les personnes gardées à vue dans une unité spécifique, l'unité d'hospitalisation sécurisée (UHS), à proximité des urgences mais située à l'extérieur. Cette unité dispose de quatre chambres individuelles fermées et de trois cellules pour personnes gardées à vue ; elle a été contrôlée dans le cadre de la visite de la maison d'arrêt.

Ainsi aucune personne détenue n'est admise au sein des unités de psychiatrie en application de l'article L 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale (cf. § 2.4.2).

Les contrôleurs observent la systématisation du placement en isolement des patients hospitalisés à la suite d'une levée d'écrou (venant de l'UHSA ou directement de la MA de Fleury-Mérogis), avec une mise en pyjama.

### RECOMMANDATION 38

Les patients placés en SDRE après levée d'écrou ne doivent être enfermés en chambre d'isolement qu'à raison de leur état clinique et non de leur mode légal d'admission ou de leur statut pénal passé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'une évaluation médicale systématique est faite à l'admission, afin de prescrire une telle mesure selon l'état clinique. Néanmoins, les contrôleurs relèvent la systématisation du placement en isolement des patients hospitalisés à la suite d'une levée d'écrou, ce qui interroge les pratiques. La recommandation est donc maintenue.

## 7.2 LES PRISES EN CHARGE, AUXQUELLES LES PATIENTS NE SONT PAS PLEINEMENT ASSOCIES, NE SONT PAS REGULIEREMENT QUESTIONNEES FAUTE DE PROJET DE SERVICE ET DE PLAN DE SOIN INDIVIDUALISE

Un contrat de pôle, dont le contenu porte essentiellement sur la gouvernance et le fonctionnement du pôle, venait d'être finalisé lors de la visite. Cependant, les unités ne disposent pas de projet de service, à l'exception de l'unité 1 pour laquelle un document a été rédigé mais les soignants et le cadre de santé n'ont pas été associés à son élaboration. A l'exception des procédures portant sur les soins, les professionnels de santé n'ont donc à leur disposition aucun document de référence leur permettant de questionner régulièrement les prises en charge et donner du sens aux soins dispensés aux patients. Les pratiques varient d'une unité à l'autre, elles ne font pas l'objet d'échanges et de réflexion au sein du pôle comme en témoigne l'absence d'espace de discussion autour de cas cliniques complexes.

Les soins psychiatriques sont dispensés par des équipes pluridisciplinaires et l'articulation avec l'extra hospitalier constitue un point fort du pôle (cf. § 2.1.2).

### RECOMMANDATION 39

Chaque unité d'hospitalisation doit disposer d'un projet de service qui constitue un document de référence pour l'équipe soignante.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que des projets de service seront rédigés dans le courant de l'année 2022.

#### 7.2.1 Les modalités d'accueil et de prise en charge

La majorité des patients transite par l'UPLI avant d'être admis en unité d'hospitalisation.

L'accueil et la prise en charge dans les unités des admissions ne font pas l'objet d'un protocole spécifique. Cependant, les « suicidants » et les mineurs peuvent être placés en « chambre sécurisée ». De même, les patients en provenance de la MA de Fleury-Mérogis, à l'issue de leur levée d'écrou, sont bien souvent placés en CI alors que leur état clinique ne le justifie pas (cf. § 7.1.3 c).

A son arrivée dans l'unité, le patient est accueilli par deux soignants. Les modalités de sa prise en charge dépendent de son état clinique. Les infirmiers lui font visiter le service ou bien ils l'installent directement dans sa chambre. Les informations qui lui sont transmises sont de portée

générale et lui sont communiquées oralement. Le patient ne reçoit ni le livret d'accueil du CH ni les règles de vie (cf. § 3.1.2) qui, selon l'unité d'hospitalisation, sont affichées dans la chambre. L'entretien d'accueil conduit par le personnel infirmier consiste principalement à recueillir des informations d'ordre général (allergies, antécédents médicaux) et à évaluer l'état d'agitation éventuelle. Le patient est reçu par l'un des psychiatres de l'unité le jour même ou bien le lendemain de son arrivée. Au cours de cet entretien, le médecin l'informe ou lui confirme – lorsqu'il a transité par l'UPLI (cf. § 7.1.3) – son statut d'admission en soins sans consentement. Le contenu des informations relatives à son statut d'hospitalisation varie selon l'unité et le praticien. Les professionnels de santé se sentent peu concernés car les certificats des 24 h et 72 h sont bien souvent élaborés à l'UPLI. Ils partent alors du principe que les patients ont été informés de leur placement en SSC (cf. § 3.1.2).

Les patients ne font pas l'objet de restrictions systématiques lors de leur admission pour téléphoner et recevoir des visites. Cependant, à l'unité 4, ils ne sont pas autorisés à conserver leur téléphone portable (cf. § 5.3.1).

En principe, l'examen somatique est réalisé à l'UPLI mais, s'il s'avère incomplet (notamment au niveau des bilans sanguins), il est fait appel au médecin généraliste.

## 7.2.2 L'organisation des soins psychiatriques au cours de l'hospitalisation

### a) La présence médicale et les entretiens

En théorie, une présence médicale quotidienne est assurée du lundi au vendredi (cf. 2.3.1 b). A l'unité 2, un système de drapeau artisanal a été instauré permettant ainsi aux patients de savoir qui des praticiens est présent. Durant les week-ends et les jours fériés, les médecins d'astreinte et de garde prennent le relais.

Tous les patients se voient attribuer un médecin référent. Ils peuvent cependant demander à changer de praticien ; ces demandes donnent généralement lieu à une réponse positive notamment lorsque la relation thérapeutique est rompue. Parfois ces changements sont préconisés par les médecins eux-mêmes.

Dans les unités 4 et 5, les PH sont présents au quotidien, les patients sont vus *a minima* une à deux fois par semaine voire plus si leur état clinique l'exige. A l'unité 2, si la présence du PH est quotidienne, il n'en demeure pas moins que durant trois après-midis par semaine le praticien associé assure seul la permanence et la gestion du service. Dans cette même unité, une visite médicale hebdomadaire, conduite par le chef de service, la cadre de santé et une IDE, se tient dans la chambre du patient. Ce dispositif permet au patient de se repositionner dans sa relation avec son médecin ; il n'est pas tenu de se rendre dans le bureau du psychiatre, ce dernier vient à lui.

A l'unité 3, la présence des PH est aléatoire. Le relais est assuré par les praticiens associés qui se retrouvent à accomplir des actes pour lesquels ils ne sont pas habilités. A titre d'exemple, ils sont amenés à renouveler les certificats de maintien de la mesure de soins sans consentement (cf. § 4.2.2, recommandation n°13 et § 8.2.2, recommandation n°56)

Par ailleurs à l'unité 3, les PH ne voient pas régulièrement les patients, notamment ceux hospitalisés depuis plusieurs mois voire plusieurs années. Ainsi, un patient en SPDTU n'avait pas été reçu en consultation depuis le 18 janvier 2021. En outre, l'avis des patients n'est pas systématiquement recherché lors du renouvellement des certificats mensuels qui peuvent être rédigés sans que le psychiatre ne prenne la peine de les recevoir.

#### RECOMMANDATION 40

Lors de la décision du maintien en soins sans consentement, le médecin doit recueillir formellement les observations du patient au cours de l'entretien médical qui doit impérativement avoir lieu en vue de la rédaction du certificat.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'un travail sera réalisé en 2022 pour que la recherche du consentement soit tracée dans le dossier du patient. De plus, il est prévu d'engager une campagne de sensibilisation médicale et de mettre en place une formation sur le droit des patients en SSC. Ces projets sont encouragés.

Selon les témoignages recueillis, l'avis des patients n'est pas toujours suffisamment pris en compte et ces derniers « *n'osent pas s'imposer face au médecin* ». En revanche, d'autres praticiens, et notamment des praticiens associés, ont à cœur de rencontrer régulièrement les patients dont ils ont la charge en vue de favoriser l'adhésion aux soins. A cet égard, un praticien associé a indiqué en ces termes : « *établir et maintenir une relation thérapeutique demande de la disponibilité. Il faut être capable de se mettre à la place du patient et de respecter son tempo* ». Pour pallier le manque de PH dans les unités d'hospitalisations, des psychiatres intervenant principalement dans les structures extra hospitalières viennent effectuer deux vacations par semaine, leur permettant ainsi de bénéficier de la prime multisites. Ce dispositif bancal ne permet pas d'assurer la continuité des soins.

#### RECOMMANDATION 41

La répartition du temps de travail des médecins psychiatres entre l'intra hospitalier et les structures ambulatoires doit être réajustée afin de garantir au patient un accès au médecin en tant que de besoins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que la répartition du temps en intra et extra hospitalier est organisée par chaque service, pour répondre à la mission du secteur psychiatrique.

Au regard des constats décrits, la recommandation est maintenue.

Les entretiens médicaux se déroulent en présence de l'infirmier. A l'unité 4, l'aide-soignant est également associé aux entretiens. La présence d'un soignant lors de ces consultations permet d'assurer une cohérence dans la prise en charge et de reprendre avec le patient ce qui s'est dit au cours de cet entretien.

Lors de la consultation, il peut être rappelé au patient les raisons qui ont conduit le PH au maintien de la mesure de SSC et à imposer des restrictions : « *vous êtes dans le déni de votre pathologie, vous avez besoin de vous poser, vous vous mettez en danger* ». Ces entretiens ne donnent pas lieu à un plan de soin individualisé et formalisé par écrit. Les décisions médicales sont prises sans que cela ne fasse l'objet d'un échange systématique et contradictoire avec le patient.

## RECOMMANDATION 42

L'absence d'élaboration de plan de soins individualisé témoigne d'un manque de volonté d'associer pleinement le patient à sa prise en charge. Il doit y être remédié.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise que cette recommandation et celles en lien de la HAS feront l'objet d'un travail au niveau du pôle en 2022 dans la perspective de la prochaine visite de certification.

La recommandation est donc maintenue en l'état.

Si les personnes de confiance, qui ne sont pas membres de la famille, ne sont pas associées aux entretiens médicaux (cf. § 3.3), les familles le sont. Les médecins se rendent disponibles pour les recevoir, les écouter et leur expliquer les modalités de prise en charge sous réserve que le patient concerné donne son accord de principe. A l'unité 5, les PH prennent en compte les interactions familiales qui peuvent se jouer et repérer ainsi les liens toxiques éventuels pouvant mettre en échec un projet de retour au domicile.

Il n'a pas été mis en place de système d'infirmier référent. Ce dispositif existait auparavant

- le *staff* quotidien réunit l'ensemble des professionnels de santé. Il s'agit d'évoquer rapidement le déroulement de la journée et de la nuit précédente ainsi que les faits marquants. Les entretiens familiaux et les sorties sont planifiés au cours de cette réunion. Dans certaines unités, la situation de chaque patient est abordée en profondeur à raison d'une fois par semaine. La parole circule librement dans la majorité des services, les infirmiers et les aides-soignants sont entendus et leur avis est pris en compte ;
- à l'exception de l'unité 3, les services organisent également des réunions de synthèse ou cliniques (l'appellation varie en fonction des unités) hebdomadaires auxquelles sont conviés les assistantes sociales et les psychologues ainsi que les professionnels de l'extra hospitalier. Les modalités de prise en charge des patients sont discutées et questionnées grâce à des échanges nourris ;
- dans les unités 4 et 5 et beaucoup plus rarement à l'unité 3 se tiennent des réunions mensuelles portant sur une situation clinique complexe. Un membre de l'équipe soignante présente le cas d'un patient, en retraçant l'historique, afin d'engager une discussion sur les possibilités d'axes thérapeutiques.

Si des échanges autour de cas clinique se tiennent dans les unités, la prise en charge des cas particulièrement complexes à traiter ne fait pas l'objet d'échanges parmi les médecins du pôle. Seules les situations particulières rencontrées à l'UPLI sont abordées au cours d'une réunion hebdomadaire qui regroupe tous les médecins rattachés au pôle de psychiatrie.

Dans les unités 1, 2 et 4 se tiennent également des réunions soignants-soignés. Elles sont animées par le cadre de santé, les infirmiers et plus rarement le médecin. La parole est donnée aux patients qui sélectionnent les sujets. Les sujets ayant trait à la vie quotidienne sont fréquemment abordés. C'est l'occasion pour les patients d'exprimer leurs envies (consommer un hamburger, s'offrir un kebab, aller au cinéma). Plus rarement, des événements graves (décès d'un patient) dans l'unité peuvent être repris avec les patients à leur demande. *In fine*, ces réunions soignants-soignés remplissent rarement leur objectif initial qui consiste à inciter le patient à être acteur de sa prise en charge. La façon dont se tiennent ces réunions met en lumière l'absence de réflexion collective portant sur le sens à donner aux prises en charge et au séjour des patients.

#### RECO PRISE EN COMPTE 4

Des réunions soignants-soignés doivent se tenir dans chaque unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que le pôle de psychiatrie s'inscrit dans le projet institutionnel dénommé « expérience patient ». En conséquence, les réunions soignants/soignés vont évoluer vers des groupes de paroles entrant dans les différentes méthodologies recommandées dans le recueil de l'expérience patient. Après le pôle santé publique qui est pilote sur l'établissement, le pôle de psychiatrie est le second pôle volontaire au déploiement de l'expérience patient. Trois outils sont utilisés et développés : questionnaire de satisfaction, groupe de parole, et patient traceur, ce depuis le mois de novembre 2021.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la recommandation est considérée comme prise en compte.

### c) Les projets de sortie

Les projets de sortie sont élaborés en amont, chacun étant associé à la réflexion. Les mandataires judiciaires sont invités à participer à ces réunions mais leur implication est variable (cf. § 3.5). La participation d'un infirmier rattaché au CMP permet d'organiser le relais en ambulatoire mais les délais d'attente pour obtenir un rendez-vous peuvent être d'une durée de trois mois.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que pour un patient en sortie d'hospitalisation le délai est d'un mois pour la fixation d'un rendez-vous en CMP.

Si les projets de sortie sont travaillés en amont, tout n'est pas mis en œuvre pour renforcer l'autonomie du patient et restaurer sa capacité de choix, en témoigne la suspension des permissions de sorties non accompagnées pour effectuer certaines démarches. A cet égard, les soignants d'une unité ont évoqué le cas de cet homme devant rencontrer le juge des contentieux de la protection dans le cadre du maintien de sa mesure de sauvegarde de justice. Ce dernier n'ayant pas d'accompagnant, le médecin avait décidé d'établir un certificat faisant état de son incapacité à se présenter seul devant le magistrat. Cette décision a été contestée par l'équipe soignante qui estimait que ce patient était tout à fait en mesure de se rendre seul à l'audience.

En outre, la diminution des permissions de sortie limite considérablement les possibilités de préparer le retour en famille.

Le jour de la visite, trente-huit patients (dont un mineur hospitalisé à l'UPLI) – donc environ 37 % -sociale.

Pour l'un d'eux, il était prévu de saisir l'ARS. Quinze demandes en maison d'accueil spécialisée (MAS) ont été émises, ce patient a fait deux essais en séquentiel mais les structures ont fini par refuser son admission. Le manque d'établissements sur le territoire français conduit les professionnels de santé à explorer les possibilités en Belgique qui sont devenues très limitées depuis le mois de février 2021 (cf. 2.1.2 b). Lors de la visite, une jeune femme relevant d'une MAS et hospitalisée dans l'établissement depuis 10 ans, a visité une structure en compagnie de deux soignants. Cette visite a, semble-t-il, été fructueuse, la jeune femme paraissait enthousiaste lors de son retour dans l'unité.

Les places en EHPAD sont également très limitées, notamment si un financement par l'aide sociale est nécessaire car il faut obligatoirement identifier un établissement agréé.

Outre l'absence de structure adaptée, la réticence des patients à intégrer un nouvel établissement peut représenter également un frein. A titre d'exemple, un patient a refusé une place dans un appartement thérapeutique à raison de 90 jours par an.

### 7.2.3 Le manque d'activités et de sorties thérapeutiques

Les unités d'hospitalisation ne disposent d'aucune enveloppe budgétaire destinée aux activités. Avant la crise sanitaire, une association gérée par une IDE rattachée au pôle de psychiatrie finançait de manière ponctuelle des sorties thérapeutiques mais elle n'est plus opérationnelle. Par ailleurs, un unique art-thérapeute propose des ateliers pour l'ensemble du pôle de psychiatrie. Néanmoins, ils étaient suspendus depuis le début de la crise sanitaire, en conséquence cet intervenant n'était pas identifié par les patients au moment du contrôle.

Depuis mars 2020, les sorties thérapeutiques sont suspendues. Une unité a néanmoins pris l'initiative de poursuivre quelques activités à l'extérieur mais cela demeure à la marge. Plus rien n'est mis en place pour permettre au patient de maintenir des liens sociaux. Faute de pouvoir emmener les patients à l'air libre, des séances de sport et gymnastique corporelle se déroulent

dans les jardins-terrasses. Le lieu est loin d'être idéal en raison des nuisances sonores. Auparavant, les patients participaient à des activités animées par l'HJ mais l'accès leur est désormais interdit compte tenu du contexte sanitaire.

Quant aux activités mises en place dans les unités, elles sont largement insuffisantes (voire inexistantes) pour permettre aux patients de rompre avec l'ennui. Ces derniers vont et viennent dans les couloirs, rares sont ceux qui regardent la télévision ou jouent à des jeux de société. De même ils investissent peu faute d'être stimulés par le personnel soignant les équipements (vélo elliptique, table de ping-pong, baby-foot) mis à leur disposition. Ils ont fait part aux contrôleurs de leur ennui, pour certains le désœuvrement ne fait qu'accroître leur état d'anxiété. Les agents ont évoqué le manque de moyens matériels (notamment la capacité d'accueil limitée des salles d'activités) et humains pour animer des activités.

Les soignants sont généralement plus disponibles durant les week-ends pour organiser des activités mais il a été décidé de limiter les équipes au nombre de quatre agents afin d'augmenter l'effectif de semaine (cf. § 2.3.1 a). De l'avis des professionnels de santé, cette réorganisation ne tient pas compte du fonctionnement des unités et de la planification des soins. Du lundi au vendredi, les soignants consacrent la majeure partie de leur temps à l'accueil des nouvelles admissions, aux consultations médicales, aux diverses réunions et aux accompagnements extérieurs (audiences JLD à titre d'exemple).

Par ailleurs, chaque nouvel atelier imaginé par un soignant doit être présenté, sous forme de projet écrit, au cadre supérieur et chef de pôle pour validation. Le processus de validation peut prendre plusieurs mois, selon les témoignages recueillis. Les infirmiers déplorent ce procédé qui anéantit toute velléité d'initiative individuelle.

De même, les soignants de l'unité 4 regrettent que la hiérarchie leur interdise, dans le cadre du plan de sécurité incendie, de préparer des cakes ou des crêpes le dimanche, jour de la semaine particulièrement délicat pour certains patients alors que de tels ateliers sont organisés dans d'autres établissements.

En dépit des difficultés rencontrées, certaines activités sont organisées ponctuellement, en fonction de la disponibilité des soignants : activités manuelles diverses (créations de boîtes, atelier *Kintsug* qui consiste à réparer des céramiques, etc.), atelier de photolangage, atelier d'écriture animé par la psychologue, atelier de danse et de percussion, séance de *home cinéma* suivie d'un débat ainsi que des activités de jardinage dans le patio.

#### RECOMMANDATION 44

Les unités doivent disposer de moyens suffisants pour organiser des activités et des sorties thérapeutiques qui sont partie intégrante des soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que des activités sont menées ; un formulaire permet un suivi des activités proposées par service. Ce sont les cadres de santé qui valident les activités. Un projet de nouvel atelier ne doit pas être présenté au chef de pôle pour validation.

Néanmoins, il ressort des constats des contrôleurs des obstacles, décrits dans le rapport, à la mise en place des activités dans les unités auxquels il convient de remédier.

### 7.3 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES MAIS LIMITES PAR LE TEMPS MEDICAL

Un médecin somaticien exerce à temps plein pour l'ensemble des six services de psychiatrie, par présence régulière dans chacun des services. De plus, il a établi des protocoles de soins sur des prises en charge de maladies chroniques et de médecine générale. Néanmoins, il n'est pas remplacé lors de ses congés ce qui affecte la permanence des soins.

Les patients admis en hospitalisation complète qui ont transité par les urgences bénéficient d'un complément de bilan d'entrée ; les autres d'un examen médical et d'un bilan complet protocolisé.

Les besoins en soins somatiques sont déterminés par le généraliste qui fait alors appel aux différents spécialistes présents au sein de l'hôpital.

Les patients hospitalisés au long cours bénéficient de dépistages faciles à réaliser mais, globalement, le médecin ne dispose pas du temps nécessaire à la mise en place d'une prise en charge spécifique pour les programmes de dépistages ou les actions individuelles d'éducation à la santé (maladies sexuellement transmissibles, contraception avec mise en place d'implant ou de médicament, règles hygiéno-diététiques).

Par ailleurs, aucun examen n'est réalisé par un somaticien lors des placements en chambre d'isolement (cf. § 8.2).

#### RECOMMANDATION 45

Les personnes placées en chambre d'isolement et/ou sous contention doivent être examinées par un médecin somaticien.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que chaque patient admis au sein du pôle de psychiatrie bénéficie d'un examen clinique et d'un bilan d'entrée. Un médecin somaticien peut également être appelé sur le pôle en journée.

Le recrutement d'un mi-temps supplémentaire de somaticien est envisagé.

Une procédure de surveillance d'un patient en chambre d'isolement est en cours d'actualisation et il existe une procédure de surveillance d'un patient sous contention en chambre d'isolement.

Le CGLPL relève les démarches mises en place par l'établissement pour assurer un examen médical systématique d'un patient placé en CSI et/ou sous contention, qui doit impérativement être effectif.

Lors des hospitalisations dans des services de médecine ou chirurgie, les spécialistes laissent le psychiatre décider de l'accompagnement, nécessaire ou pas, d'un soignant de psychiatrie auprès du patient. Certains services seraient toutefois réticents à accepter un patient de psychiatrie non accompagné d'un soignant.

Les patients de l'établissement disposent d'un accès à des soins d'addictologie grâce à l'équipe d'addictologie de liaison qui se déplace dans le service. Ce service est cependant peu sollicité selon les soignants rencontrés. La dépendance au cannabis n'est pas systématiquement évaluée. Le contact addictologique permet principalement de fixer un rendez-vous pour une prise en charge ambulatoire après la sortie.

Enfin, un kinésithérapeute vient, à la demande, réaliser des prises en charge dans les services.

#### 7.4 L'ADMINISTRATION DES MEDICAMENTS NE RESPECTE PAS LA CONFIDENTIALITE

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré grâce aux logiciels Crossway et « pharma », interfacés. La pharmacie à usage interne (PUI) livre aux unités la dotation globale d'urgence et les médicaments conditionnés en délivrance globale hebdomadaire.

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

Les piluliers sont préparés chaque nuit par les infirmiers pour le lendemain.

Dans les unités, les infirmiers vérifient la cohérence entre les médicaments et les ordonnances et délivrent le traitement aux patients. Cette administration s'effectue dans les salles de soin, les patients y entrant un par un avec porte fermée entre chaque. Dans les unités 4 et 5, cette distribution s'effectue en chambre du fait de la pandémie, ce qui apporte une plus-value dans la qualité des échanges alors développés entre l'infirmier et le patient.

Cependant, la pharmacie centrale du CH ne dispose pas des moyens humains lui permettant d'assurer toutes ses missions. En effet seule une minorité des prescriptions de psychiatrie peuvent faire l'objet d'une analyse pharmaceutique. Celle-ci repose, à l'échelle du CH, sur la priorisation des patients en fonction de leur âge et d'une liste des médicaments identifiés comme prioritaires. Plus spécifiquement pour le service de psychiatrie, l'analyse des patients entrants à l'UPLI (service d'entrée) est désormais systématique mais le pourcentage d'analyse pharmaceutique est de 5 % pour les services de psychiatrie pour 2020.

De plus, les pharmaciens ne peuvent pas, en raison de leur nombre et du fait de deux postes d'assistant pharmacien non pourvus, mettre en place ou développer la conciliation médicamenteuse (qui n'est réalisée qu'en gériatrie aiguë post chirurgicale) et l'éducation thérapeutique du patient. De même, ils ne participent à aucune réunion clinique dans un service hospitalier et donc en psychiatrie. Le poste d'interne en pharmacie n'est, de plus, jamais pourvu et les praticiens rapportent, depuis deux ans, des difficultés accrues dans le recrutement de pharmacien dans l'ensemble de l'Ile-de-France.

#### RECOMMANDATION 46

Les affectifs de pharmacien doivent permettre l'exercice de toutes les missions d'une pharmacie à usage intérieur et l'analyse de 100% des prescriptions en psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'un travail est en cours avec les équipes médicales et paramédicales, aux fins de mise en place progressive au sein des unités d'un système de dispensation nominative des médicaments, hors dotation, pour les patients du pôle de psychiatrie.

A partir des prescriptions informatisées des patients, la pharmacie mettrait à disposition les traitements, hors dotations hebdomadaires, dans les containers de renouvellement de dotation. Les quantités dispensées seraient pour sept jours. En parallèle, chaque jour, un contrôle serait réalisé à l'entrée de nouveaux patients pour mettre à disposition les traitements nécessaires jusqu'au jeudi suivant.

Le CGLPL prend note de ce projet pertinent dont la mise en place rapide est encouragée.

Lorsqu'ils sont émis, les avis pharmaceutiques sont sérieusement suivis par les médecins dans un dialogue constructif.

Le comité du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) est en place au sein de l'établissement et se réunit au moins deux fois par an. Il est présidé par un médecin néphrologue, sa composition est pluridisciplinaire et des comptes rendus sont établis ; il n'y a pas eu de sujet relatif à la psychiatrie ces deux dernières années

Des prescriptions d'injections de sédatif en « *si besoin* » ont été rapportés aux contrôleurs dans plusieurs des unités. Or, le CGLPL rappelle que l'administration d'un traitement *per os* ou injectable n'est pas possible sans avoir préalablement recherché le consentement du patient ; seul le médecin est habilité à venir examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique alors obtenue si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et en dernier recours. L'infirmier ne peut donc pas exécuter seul ce type de traitement « *si besoin* ».

### RECO PRISE EN COMPTE 5

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'un rappel a été fait suite à la visite du CGLPL lors des réunions médicales et du bureau de pôle sur la nécessité de ne pas prescrire de « *si besoin* ». Le consentement du patient est recherché et tracé dans le dossier pour toute prescription.

La recommandation est considérée comme prise en compte.



Réfrigérateur des soignants

Enfin, les contrôleurs signalent au sein d'une unité (UPLI), l'utilisation du réfrigérateur du personnel pour y entreposer les médicaments (nécessitant une conservation froide comme les suppositoires), le réfrigérateur médical étant signalé en panne depuis deux ans. Or la sécurité sanitaire des traitements doit être garantie.

### RECO PRISE EN COMPTE 6

L'unité de psychiatrie et de liaison intersectorielle (UPLI) doit disposer d'un réfrigérateur en état de marche pour permettre d'entreposer les médicaments nécessitant une conservation à froid.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique que le réfrigérateur de l'UPLI a été changé le 21 septembre 2021.

La recommandation émise est donc considérée comme prise en compte.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT TRES NOMBREUSES

L'établissement répertorie douze chambres d'isolement (CI), à raison de deux chambres par unité (UPLI, U1, U2, U3, U4 et U5) pour les 110 lits.



*Chambre d'isolement*



*Sas d'une CI*

Ces chambres sont toutes vastes, lumineuses et donnent accès à un WC (en inox sans abattant), un point d'eau et une douche qui sont en fonctionnement au moment de la visite. Elles ont deux accès dont l'un traverse un sas plus ou moins grand dans lequel les affaires des personnes sont entreposées, souvent à terre.

La porte de la chambre comporte un fenestron occulté permettant au soignant de voir l'intérieur de la chambre ; le fenestron de la porte du couloir est occulté.



*Toilette, douche et point d'eau d'une chambre d'isolement*

Les chambres comportent un lit en mousse bleu qui peut être déplacé au choix du patient mais pas de siège ou pouf pour s'asseoir (sauf dans l'unité 5) ; il n'y a pas de table pour les repas, hormis parfois un grand pouf bleu qui en tient lieu, et le patient mange souvent en posant un plateau sur ses genoux.

Le patient peut allumer ou éteindre seul la lumière. Un bouton d'appel mural est installé mais pas de portatif ou de bouton sur le lit accessible au patient qui y est attaché. Les fenêtres ne s'ouvrent pas et certaines ont un film opacifiant. La pièce ne peut être aérée.

Une horloge permet de se repérer dans le temps (sauf dans une unité). Les personnes disposent de draps et couvertures.

#### RECOMMANDATION 47

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un système d'appel accessible au patient même lorsqu'il est attaché sur le lit. Elles doivent disposer d'un siège pour le patient comme pour le soignant et permettre une orientation temporelle par affichage de l'heure et de la date.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction indique qu'une réflexion est à mener pour la mise en place de cet équipement dans les chambres d'isolement (financement, travaux, etc.).

Outre ces chambres d'isolement, l'établissement a prévu dans chacune des cinq unités deux chambres dites « sécurisées » qui sont fermables, à la différence des autres chambres d'hospitalisation. Alors qu'elles ont le statut de chambre d'hospitalisation elles peuvent être utilisées comme des chambres d'isolement ce qui induit une confusion. Au moins une des unités (unité 5) ne trace pas les enfermements dans ces chambres dans le registre d'isolement et de contention, ce qui minore les chiffres de ces pratiques (cf. § 8.2.2).

Par ailleurs, de nombreux documents (comme par exemple le projet d'établissement 2018-2022) affichent une confusion entre chambre d'hospitalisation et chambre d'isolement, indiquant par exemple vingt-deux lits en capacitaire au lieu de vingt ; les chambres d'isolement apparaissent également dans les outils de gestion des lits renseignés par les cadres de santé.

#### RECOMMANDATION 48

Une unité d'hospitalisation peut comporter des espaces d'apaisement ou des chambres d'isolement qui constituent des outils de gestion de la sécurité durant des phases de crises et qui ne peuvent pas être assimilés à des chambres d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'après consultation de la responsable du contrôle de gestion du CHSF, les chambres d'isolement ne sont pas comptabilisées dans la gestion des lits.

Néanmoins, en pratique, elles ne doivent jamais être utilisées comme chambre d'hospitalisation même en cas de suroccupation (porte ouverte, cf. § 2.4.3).

Ainsi, pour 130 lits (en comptant les 20 lits de postcure, cf. § 2.1.2), l'établissement dispose au total de 24 chambres d'isolement potentielles, ce qui correspond à un des taux les plus élevés rencontrés lors des visites du CGLPL<sup>20</sup>.

## 8.2 LES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET CONTENTION NE SONT PAS COLLEGIALEMENT ANALYSEES

### 8.2.1 La politique menée

L'établissement mentionne la problématique du recours à la contention dans son projet d'établissement 2018-2022 de manière succincte, mentionnant la politique souhaitée par le pôle pour limiter le recours à l'isolement et la contention<sup>21</sup> : « *travailler sur l'espace d'apaisement dans les unités de soins, développer des mesures alternatives pour limiter la mise en chambre d'isolement et ou la contention physique, former les professionnels, mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires sur le thème, associer les usagers et mettre en œuvre et assurer un suivi du registre des isolements et des contentions.* ». L'isolement est évoqué dans les indicateurs qualité et gestion des risques du même projet d'établissement : « *le taux d'isolement contention IPAQSS doit faire l'objet d'une comparaison vis-à-vis des années précédentes* ».

Le contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS, signé en février 2020, ne mentionne pas, quant à lui, la prise en charge en psychiatrie.

Le rapport annuel 2019 des mesures d'isolement et contention en psychiatrie amorçait une analyse des indicateurs mais sur des bases encore peu fiables. 282 patients y étaient recensés comme ayant fait l'objet d'au moins une mesure d'isolement, dont 42 avec contention associée ; les autres données chiffrées présentent trop d'erreurs pour être interprétables. Pour autant, ce rapport indique qu'en 2018, les cadres de santé ont été formés à l'animation de groupe d'analyse de pratiques (GAP) auprès des équipes soignantes, avec sept groupes réunis en 2019 en intra hospitalier, dont cinq sur la prise en charge d'un patient en chambre d'isolement. Ces groupes ont permis de mener des réflexions sur « *la gestion de la violence verbale et physique, la posture du soignant et la gestion de la peur* ».

Le rapport annuel 2020 des mesures d'isolement et contention, présenté en CME, rappelle les objectifs du pôle et ajoute que « *depuis plusieurs années une formation adaptation à l'emploi des nouveaux professionnels en psychiatrie aborde la prise en charge du patient en isolement et contention* ». Ce rapport effectue une analyse des indicateurs 2020 : sur une file active de 924 patients présents et entrés dans les services d'hospitalisation complète, 580 étaient en SSC et 244 (dont 12 mineurs) avaient eu au moins une phase d'isolement, soit 24,2 % (*la moyenne des établissements contrôlés actuelle est à 14,5%*). Les autres données ne sont pas fiables et exploitables.

---

<sup>20</sup> Une CSI pour vingt lits.

<sup>21</sup> Page 131 du rapport.

## RECO PRISE EN COMPTE 7

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

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que le projet médical d'établissement consacre plusieurs pages à la santé mentale (pages 129 à 132) sur 369 au total, et précise de manière claire et synthétique la volonté du pôle de développer une politique afin de limiter le recours aux pratiques d'isolement et de contention au sein du pôle de psychiatrie, notamment par les actions suivantes :

- Travailler sur l'espace d'apaisement dans les unités de soins ;
- Développer des mesures alternatives pour limiter la mise en chambre d'isolement et/ou la contention physique ;
- Former les professionnels ;
- Mettre en place des groupes de travail pluridisciplinaires sur le thème ;
- Associer les usagers ;
- Mettre en œuvre et assurer un suivi du registre des isolements et des contentions.

De plus, le rapport annuel 2020 des mesures d'isolement et contention (joint) rappelle la politique du pôle de psychiatrie en matière d'isolement et contention ainsi que l'évaluation de la mise en œuvre de la politique.

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements qui ne se sont pas matérialisés concrètement par des mises en œuvre observées lors du contrôle et encourage donc le pôle de psychiatrie en ce sens. Au regard des observations transmises, la recommandation est considérée comme prise en compte.

### 8.2.2 Les pratiques

L'enregistrement des mesures d'isolement et de contention est informatisé et les médecins renseignent le logiciel « *référence* » au sein de la rubrique « *prescription* » puis « *consigne* » en indiquant la décision d'isolement et ou de contention, la motivation et l'heure de début et de fin de la mesure. Au sein de l'unité 5, les mesures d'isolement effectuées en chambres sécurisées (et non en chambre d'isolement) ne sont pas enregistrées et ne sont ainsi pas comptabilisées dans le registre d'isolement-contention.

Un protocole de mise en chambre d'isolement est à la disposition des soignants dans le logiciel *ad hoc* disponible sur l'intranet. Daté de 2016, il comporte néanmoins de nombreuses mentions obsolètes ; il évoque le pyjama systématique, l'usage potentiel de détecteur à métaux et les recommandations de l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) qui ont, depuis, été actualisées par la HAS.

Une seconde note, non datée, précise les modalités de remplissage du registre d'isolement et contention de manière détaillée ; cette note indique que l'isolement en chambre sécurisée doit être coché en « *espace non dédié* ».

Enfin, une procédure « *pour la mise en place d'une contention physique et mécanique en psychiatrie* » a été rédigée en juillet 2018 et mentionne que « *dans la mesure du possible, le consentement du patient et ou ses proches est recueilli ainsi que leur coopération* ».

Dans les pratiques observées dans les unités, de nombreuses règles ne sont pas cependant pas respectées.

Lorsque l'isolement est initié par un médecin sans plénitude d'exercice, la confirmation par le psychiatre n'est ni sollicitée ni tracée (cf. § 8.3).

### RECO PRISE EN COMPTE 8

Les mesures d'isolement ou de contention initiées par les internes ou les médecins associés doivent être validées dans l'heure par un médecin psychiatre de plein exercice.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'un rappel a été fait aux équipes médicales, aux chefs de service, et responsables d'UF, lors d'une réunion portant sur le présent rapport provisoire. Ce point a également été abordé lors du bureau de pôle du 19 novembre 2021.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

De même, les alternatives à l'isolement ne sont pas toujours recherchées et tracées dans le dossier médical. Certains isolements sont demandés par les soignants par peur auprès de certains médecins qui décident la mesure sans la juger cliniquement justifiée. Il a pu s'agir, par exemple, d'une patiente non violente qui déambulait la nuit et réveillait les autres patients, d'une patiente qui en avait agressé une autre mais n'était plus agitée.

La chambre du patient n'est pas conservée pour qu'il puisse la réintégrer à tout moment et ses affaires personnelles sont déplacées dans le sas de la chambre d'isolement (cf. § 8.1).

La surveillance médicale toutes les 12 heures n'est assurée que depuis peu de temps. La surveillance infirmière n'est pas réellement partout tracée sur l'outil informatique. Cette surveillance est souvent effectuée en alternant surveillance par hublot avec échange verbal et entrée en chambre à deux soignants.

Les personnes placées en isolement sont systématiquement mises en pyjama. Les femmes doivent retirer leur soutien-gorge dans certaines unités (unités 3 et 4 par exemple).

### RECOMMANDATION 49

Les patients ne peuvent pas être systématiquement mis en pyjama du seul fait d'être placés en chambre d'isolement ; il ne peut s'agir que d'une décision médicale individuelle motivée par le médecin en raison de la clinique dans le dossier du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir que la motivation médicale de la mise en pyjama est tracée dans le dossier du patient lors de la mise en chambre d'isolement. Cette mise en pyjama est donc réalisée selon état clinique du patient.

Néanmoins, la systématisation de la mise en pyjama des patients placés en CSI questionne l'individualisation de la décision. Une réflexion doit être menée par le pôle de psychiatrie sur cette pratique systématique et générale. La recommandation est donc maintenue.

Les téléphones n'y sont pas permis (sauf selon la clinique dans les unités 3 et 4 mais uniquement pour écouter de la musique), et le repas – servi sur un plateau – est pris en chambre, le patient assis sur le lit ou sur un grand tabouret bleu.

Les patients ne disposent pas de leur tabac, des gommes à mâcher leur sont proposées. Parfois, ils peuvent être conduits à l'extérieur pendant quinze minutes pour pouvoir fumer.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sur un mode d'isolement séquentiel pour quelques heures. Ces sorties séquentielles sont cependant parfois maintenues plusieurs jours voire à un rythme jour / nuit (cas d'un patient rencontré à l'unité 5 pendant le contrôle par exemple).

### RECOMMANDATION 50

Il ne peut y avoir de placement en chambre d'isolement pour des phases séquentielles durables ; une sortie de la chambre d'isolement doit évaluer la possibilité d'adapter la prise en charge par des alternatives à l'enfermement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer que le recours à l'isolement fait suite à une évaluation de l'état clinique du patient.

La recommandation est maintenue.

Le matériel de contention utilisé comprend des sangles cinq points avec attache ventrale et aux deux bras et deux chevilles, par le système à aimant.

Les agents du service de sécurité peuvent venir pour aider à un placement à l'isolement ou aider à maîtriser un patient mais en première intention il est fait appel aux soignants des autres unités. En principe, les agents de sécurité ne touchent pas le patient.

Les personnes de confiance ne sont pas informées des mesures, la famille peut l'être mais ça n'est pas systématique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction estime que la personne de confiance ne figure pas explicitement dans la liste des personnes devant être informées des mesures d'isolement et de contention.

Néanmoins, l'article L3222-5-1 du CSP mentionne « (...)un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins » ; en conséquence, en réponse à l'observation du CHSF, la personne de confiance entre bien dans cette dernière catégorie au regard des missions qui lui sont attribuées par la loi.

Les patients ne font pas l'objet d'un débriefing formalisé à l'issue de la mesure.

#### Exemple d'une unité :

*L'une des deux chambres sécurisées était également occupée depuis quatre jours par un patient en SSC. Il y avait été placé car il était « dispersé » et « n'arrivait pas à se poser ». Il y était enfermé la nuit afin qu'il ne s'introduise pas dans les chambres des autres patients. Une sieste lui était également imposée à raison deux heures par jour ; il semblait sédaté et déambulait dans le couloir mais il n'avait aucun comportement agressif.*

#### Exemple dans une autre unité :

*Un patient en SDRE avait été admis directement en chambre d'isolement puis transféré dans une autre unité après avoir cassé le fenestron de la porte. Il a fugué quelques jours puis il a réintégré l'établissement. Peu de temps après, il a été mis en isolement et il a de nouveau endommagé la CI puis il a fugué lors d'une sortie dans le patio mais il est revenu deux jours après (car il avait*

*faim). Il a été maintenu et mis sous contention pendant 63 jours au motif : « il casse tout dans la CI et il veut fuguer ». Il fait l'objet d'une prescription d'injection « si besoin ». Visiblement les soignants en ont peur mais pour autant, certains questionnent la décision de son transfert à l'UMD de Sarreguemines (Moselle) (prévu quelques jours plus tard, le patient n'était pas informé de cette décision) qui ne leur paraît pas justifié. Lors de la visite, il était en isolement strict et il prenait ses repas en chambre mais il avait droit à des temps d'ouverture pour aller fumer (accompagné) dans le patio. Lorsque le contrôleur s'est entretenu avec lui, il était sédaté mais non agressif. Il se plaignait de lésions à l'aine provoquées par les sangles de contention. Il était manifestement traumatisé par cette expérience et se souvenait précisément d'avoir été mis sous contention durant plus d'un mois.*

### 8.3 LE REGISTRE EST REALISE PAR LES CADRES DE SANTE A POSTERIORI

#### 8.3.1 L'alimentation du registre

Les décisions de placement en isolement et sous contention sont tracées sur le logiciel Reference du CH dans l'onglet « prescription » et « consignes » et le cadre tient à jour un tableur Excel de toutes les mesures. La durée est renseignée, le lieu de mise en CI (espace dédié ou hors espace dédié). La traçabilité d'une mise en place de contention est également effective.

Néanmoins, ces mesures d'isolement et de contention ne sont pas analysées en termes de pratique générale par les équipes soignantes de manière régulière.

Il ressort de l'extraction des données renseignées dans le logiciel Référence **durant la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2021 au 30 avril 2021** les éléments suivants :

**Unité 1 (G10)** : Sur une file active (FA) de 80 patients présents et entrés dans le service durant la période, 19 patients (23,75 % de la FA) ont été isolés lors de 24 mesures ; la durée moyenne d'isolement était de 4 jours. Un patient (1,25 % de la FA) a eu une contention associée lors d'une seule mesure de cinq heures.

**Unité 2 (G12)** : Sur une FA de 70 patients, 12 patients (soit 17,1 % de la FA) ont été isolés lors de 16 mesures ; la durée moyenne d'isolement n'est pas calculable en l'état du registre pour cette unité. 2 patients (2,9 % de la FA) ont eu une contention associée lors de 5 mesures avec une durée moyenne de 19 heures.

**Unité 3 (G13)** : Sur une FA de 45 patients, 13 patients (28,9 % de la FA) ont été isolés lors de 15 mesures ; la durée moyenne d'isolement a été de 24 jours. 2 patients (4,4% de la FA) ont eu une contention associée lors de 4 mesures avec une durée moyenne de 16 jours.

**Unité 4 (G13 Evry)** : Sur une FA de 71 patients, 15 patients (21 % de la FA) ont été isolés lors de 18 mesures ; la durée moyenne d'isolement a été de 19 jours. 4 patients (5,6 % de la FA) a eu 6 mesures de contention associée avec une durée moyenne de 55 heures.

**Unité 5 (G11)** : Sur une file active (FA) de 56 patients, 10 patients (soit 17,8 %) ont été isolés lors de 10 mesures ; la durée moyenne d'isolement a été de 21 jours. Aucune contention n'est répertoriée. L'unité ne comptabilise pas les mesures d'isolement de jour comme de nuit dans les chambres sécurisées ce qui ne permet pas d'avoir des données chiffrées complètes reflétant la réalité des pratiques d'isolement.

**UPLI** : Sur une FA de 248 patients, 55 patients (soit 22,2 %) ont été isolés lors de 55 mesures ; la durée moyenne d'isolement a été de 6 jours. 8 patients (3,2 % de la FA) ont eu une contention associée lors de 8 mesures avec une durée moyenne de 47 heures.

Au total sur 500 patients entrés et présents dans les services de psychiatrie, 112 ont eu une phase d'isolement (22,4 %) et 15 une contention (3 %). Or, les moyennes des établissements contrôlés par le CGLPL sont respectivement à 14,5% et 3,9 % <sup>22</sup>.

L'étude du registre montre également que de nombreux patients sont placés en isolement par les médecins associés, sans validation tracée du médecin de plein exercice (cf. § 8.2).

Le registre permet de connaître le statut initial des patients SL versus SSC mais pas son évolution dans le temps ; des patients peuvent rester en soins libres plusieurs jours après le début de la mesure d'isolement au regard de l'analyse ponctuelle de quelques dossiers individuels.

#### RECOMMANDATION 51

Les patients en soins libres qui nécessitent le maintien d'un enfermement en chambre d'isolement doivent être placés en soins sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'il s'agit bien de la pratique du pôle de psychiatrie, ce dans le respect des bonnes pratiques de la HAS.

Néanmoins, les contrôleurs ont constaté que certains patients peuvent rester en soins libres plusieurs jours après le début de la mesure d'isolement au regard de l'analyse ponctuelle de quelques dossiers individuels. La recommandation est donc maintenue.

#### RECOMMANDATION 52

L'analyse d'un registre opérationnel de l'isolement et de la contention doit être effectuée régulièrement par les soignants et doit permettre de limiter ces pratiques à ce qui n'a pu être obtenu par d'autres moyens.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction précise qu'un travail a été amorcé sur l'analyse de la mise en isolement, le recueil du ressenti du patient en post isolement.

De plus, dans le cadre de l'application de la réforme et du travail en cours avec la direction des systèmes d'informations et l'éditeur du logiciel du dossier patient, ce dernier doit mettre en place un module afin de pouvoir faire une extraction du registre des isolements et des contentions.

Par ailleurs, un projet d'innovation en santé sur la réalité virtuelle comme médiation pour la désescalade a été déposé dans le cadre d'un appel à projet « appel à idées innovantes » en partenariat avec le Genopole d'Evry.

Le CGLPL encourage les démarches en cours engagées par le CHSF aux fins d'amélioration du registre de l'isolement et de la contention.

### 8.3.2 L'application de la réforme relative à l'information du JLD

Depuis l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> 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).

<sup>22</sup> Données exploitables sur 15 établissements et 80 unités.

Au moment du contrôle, le CHSF n'informait pas les JLD des mesures d'isolement et n'appliquait pas la réforme au motif que le décret d'application n'était pas publié alors même que le texte législatif s'applique même sans décret.

Lors d'une réunion des médecins du pôle du 18 février 2021, la question a été abordée et un état des lieux des pratiques des CH voisins a été présenté. Néanmoins, ils étaient dans l'attente de la modification du logiciel pour la computation des délais. Par ailleurs, ils souhaitaient proposer à la direction le remplacement de la demi-garde par une garde. En fin de mission, les contrôleurs ont été informés de l'actualisation du logiciel de référence permettant son utilisation dans le cadre de la réforme de l'isolement et de la contention.

### RECO PRISE EN COMPTE 9

Le CHSF doit permettre au service du JLD de contrôler les mesures d'isolement et de contention conformément au texte législatif en vigueur.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait observer sur la non application de la réforme avant la publication décret d'application que « *pour le II de l'article 84 de la LFSS 2021 fixant les délais de 48 h et de 24 et les obligations d'information, le dernier alinéa précise que « Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent II. » Or, en droit, « Les lois entrent en vigueur à la date qu'elles fixent ou, en l'absence de précision, le lendemain de leur publication. Certaines dispositions de la loi ne sont toutefois applicables qu'une fois prises les mesures réglementaires nécessaires à leur mise en œuvre. »*

Néanmoins, la loi de financement de la Sécurité Sociale du 14 décembre 2020 qui a introduit un nouvel article L3222-5-1 du Code de la Santé Publique n'a pas précisé de date différée pour son entrée en vigueur ou liée son entrée en vigueur à la publication d'un décret d'application. Son application devait donc être considérée comme immédiate ce que permettait d'ailleurs la précision du texte.

Par ailleurs, la direction fait valoir qu'au moment du contrôle, le CHSF était en phase de finalisation d'une procédure pour la mise en application de la réforme des dispositions légales sur l'isolement et la contention en psychiatrie. Cette procédure jointe aux observations est destinée à expliquer le contenu de la réforme et à donner les outils nécessaires aux différents professionnels concernés pour sa mise en application. Ainsi, cette procédure contient en annexe des formulaires d'information du JLD, du procureur, de l'entourage du patient ainsi que des notifications d'information au patient : Notification au patient du renouvellement de la mesure d'isolement au-delà des 48h/ et de la mesure de contention au-delà des 24h ; notification au patient de la décision de renouvellement de la mesure de renouvellement à titre exceptionnel ; notification au patient dans le cadre de sa demande de mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention.

Cette procédure contient également en annexe un modèle de procès-verbal en cas de déclaration verbale du patient aux fins de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention.

Cette procédure diffusée mi-mai 2021 est disponible sur le logiciel de gestion documentaire de l'établissement.

Outre la diffusion de cette procédure, des réunions de travail pour mettre en application la réforme ont eu lieu dès début mai entre le JLD et les équipes du CHSF. Le JLD a mis en place les permanences greffiers et JLD le weekend end à compter du 8 mai 2021.

Ce travail d'appropriation et d'explication des textes ainsi que les réunions de coordination avec les équipes du JLD ont permis une application de la réforme à compter de la mi-mai 2021. Une demande d'aide budgétaire a été adressée à l'ARS avant l'été 2021 afin de pouvoir accompagner la mise en place de la réforme notamment au travers d'acquisitions de logiciels informatiques spécifiques et de renforcement en RH.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 LES MINEURS PEUVENT ETRE HOSPITALISES AU SEIN DES UNITES POUR ADULTES SANS APPUI DU SECTEUR DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE

Lors de la création du CHSF, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile, qui est composé de trois intersecteurs, a choisi d'être rattaché au Pôle Femmes, mères, enfant. Ce dernier dispose de quatre lits d'hospitalisation en pédopsychiatrie réservés aux enfants et adolescents présentant essentiellement des troubles alimentaires. Le secteur de psychiatrie infanto-juvénile assure un appui pour la prise en charge de ces mineurs hospitalisés. Il ne dispose pas de lit d'hospitalisation, les prises en charge sont assurées exclusivement en ambulatoire.

Aussi, le pôle de psychiatrie adulte est-il amené à recevoir des mineurs en hospitalisation complète : vingt-neuf mineurs en 2018, vingt-cinq en 2019, vingt-quatre en 2020, dix-huit en 2021.

Les mineurs sont alors accueillis dans les unités en chambre sécurisée ou encore en chambre d'isolement transformée en chambre d'hospitalisation et sont enfermés la nuit pour assurer leur sécurité. Les activités ne sont pas adaptées à leur âge et aucun dispositif particulier n'existe pour les mineurs scolarisés.

De plus, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile n'intervient pas en soutien au pôle de psychiatrie adulte lorsqu'un mineur est hospitalisé. Malgré leur bonne volonté, les équipes du pôle peuvent ainsi être mises en difficulté dans la prise en charge spécifique de ces jeunes patients.

Des liens entre le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le pôle de psychiatrie adulte apparaissent incontournables. La présidente de la CME est engagée dans la création de ponts entre les deux secteurs ; elle est, par ailleurs, membre du comité scientifique de la fondation des hôpitaux de Paris qui développe des projets sur la prise en charge des patients en âge de transition afin d'assurer une continuité lors du passage à la majorité. De plus, le secteur G12 a engagé un projet de prise en charge des patients jeunes majeurs impliquant un relais avec la pédopsychiatrie.

L'EPSSM Barthélémy Durand dispose de lits d'hospitalisation pour mineurs mais il n'existe pas de partenariat avec le CHSF.

Pendant la visite, aucun mineur ne se trouvait hospitalisé dans les cinq unités d'HC. En revanche, le 6 mai, l'UPLI a accueilli douze patients pour dix lits car deux mineurs, orientés par le service des urgences (16 et 17 ans), ont dû être placés dans les deux CI de l'unité pendant la nuit, portes ouvertes (cf. § 7.1.3). De plus, une mineure était hospitalisée depuis le mois de juillet 2020 à l'UPLI dont le parcours est présenté.

Léa<sup>23</sup> âgée de 14 ans, née à l'étranger de parents de nationalité étrangère, a été admise aux urgences psychiatriques le 7 juillet 2020. Lors de la visite du CGLPL, elle se trouve toujours hospitalisée à l'UPLI en chambre fermée.

Elle présente des troubles du spectre autistique, adopte un comportement auto et hétéro agressif – plusieurs agressions de personnel depuis le début de son hospitalisation, contribuant à épuiser l'équipe – elle se déshabille entièrement fréquemment, présente un accès très limité à

<sup>23</sup> Prénom d'emprunt.

la communication. Son état est préoccupant dans la mesure où elle n'aurait pas été prise en charge de manière adaptée depuis sa petite enfance ce qui a contribué à aggraver ses troubles. De plus, la situation administrative est complexe : les parents seraient arrivés en France en octobre 2019 avec leur fille et sont en situation irrégulière sur le territoire national, ils seraient domiciliés sur une commune de l'Essonne, néanmoins, l'aide médicale d'Etat (AME) a été accordée à partir d'une adresse à Paris. La mère serait retournée dans leur pays d'origine avant l'hospitalisation de Léa. Le père apparaît démuné, change de domicile fréquemment et ne peut pas assumer la prise en charge de son enfant. Après une difficile mobilisation au début de l'hospitalisation, il lui rend visite régulièrement.

S'agissant de son orientation, Léa ne relève pas d'une hospitalisation en pédiatrie au regard de ses troubles ; une structure spécialisée est préconisée. Une réunion de synthèse avec le secteur de psychiatrie infanto-juvénile en novembre 2020 a permis la mobilisation de l'ASS du secteur qui travaille sur l'orientation de la mineure – recherche de structures spécifiques – en lien avec les ASS des unités 1 et 5 du pôle de psychiatrie adulte. En revanche, aucune solution de prise en charge pluridisciplinaire par les deux secteurs concernés n'a pu être dégagée alors qu'elle apparaît essentielle dans une telle situation.

Une évaluation sociale a été réalisée par l'ASS de l'unité 5 peu de temps après l'admission de la jeune Léa. Une information préoccupante a été adressée à la cellule départementale de traitement et d'évaluation (CRIP) du Conseil départemental de l'Essonne et un signalement a été adressé au parquet du TJ d'Evry. La préfecture a été informée de la situation au mois de novembre 2020 et a appuyé la demande émise auprès de la CRIP. Un référent de la CRIP a rencontré les différents acteurs et la mineure le 26 février 2021. Le 26 avril 2021, les droits ont été ouverts auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) et des demandes officielles de structure ont pu être émises par l'ASS du secteur de psychiatrie infanto-juvénile. Enfin, le père a accepté de signer une aide éducative administrative (AED) avec l'aide sociale à l'enfance.

### RECOMMANDATION 53

Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes<sup>24</sup>. Dans tous les cas, son suivi doit s'exercer sous le contrôle d'un médecin et d'une équipe formés spécifiquement à la pédiatrie et à la pédopsychiatrie.

L'isolement d'un mineur, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction fait valoir qu'une réflexion est à mener en lien avec l'ARS pour permettre des hospitalisations de mineurs dans des structures adaptées (deux unités pour ado existent sur le 91, une rattachée au GHNE et l'autre à l'EPSBD). Le CHSF a sollicité l'ARS sur ce sujet.

Le CGLPL soutient la démarche du CHSF à l'égard de l'ARS afin de permettre une orientation des mineurs en hospitalisation complète au sein de structures adaptées et spécialisées.

<sup>24</sup> Conf. les rapports thématiques du CGLPL « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », novembre 2017 et « Les droits fondamentaux des mineurs enfermés », février 2021.

## 9.2 LA FIN DE VIE D'UN PATIENT FAIT L'OBJET D'UN ACCOMPAGNEMENT

Le pôle psychiatrie a connu quatre décès en 2020, parfois soudains. Deux décès sont survenus subitement à l'unité 2. Celui d'un patient chronique d'une soixantaine d'années retrouvé mort au matin et celui d'une patiente, constaté par l'infirmière de nuit entre deux surveillances. Dans le second cas, un obstacle médico-légal a été posé. Une enquête pour recherche des causes de la mort a été initiée car « *l'équipe a voulu savoir* » a-t-il été indiqué ; et elle a conclu à un arrêt cardiaque. Dans ce cas, les réunions soignants-soignés peuvent servir de support à l'information et l'accompagnement des patients, à repérer ceux qui apparaissent fragilisés par l'annonce du décès pour leur proposer des entretiens individuels. De manière générale, les patients psychotiques chroniques sont accompagnés jusqu'à la fin de vie, s'il y a lieu. Quand ils sont transférés dans d'autres services de l'hôpital, les soignants des unités les visitent régulièrement. Lorsqu'un décès survient, le protocole établi pour l'ensemble de l'hôpital est mis en œuvre. Le médecin informe les proches et/ou la personne de confiance et les met en relation avec les agents de la chambre mortuaire appelés à les accompagner et à répondre à leurs interrogations. Une brochure « *Repères pour Famille en deuil* » a été constituée à cet effet. Un inventaire des effets du patient décédé est établi et les ils sont remis à la famille.

## 10. CONCLUSION

Le secteur de psychiatrie prend en charge des patients qui souvent cumulent plusieurs difficultés – isolement, précarité, difficultés administratives. La composition des équipes pluridisciplinaires avec notamment l'intervention d'assistants de service social et de psychologues est donc à saluer. Des inquiétudes sont néanmoins formulées s'agissant de la pénurie de médecins psychiatres alors que les médecins associés n'ont pas le plein exercice de leurs missions. Par ailleurs, l'implantation du secteur de psychiatrie au sein du CHFS facilite l'accès à la médecine spécialisée et au plateau technique en sus de l'intervention du médecin somaticien du pôle.

Le pôle de psychiatrie doit globalement évoluer sur le respect des droits fondamentaux des patients.

En effet, s'agissant de la liberté d'aller et venir, le principe est inversé puisqu'elle est l'exception. L'ensemble des unités fonctionnait en régime fermé au moment de la visite, nonobstant l'ouverture très récente d'une unité entre septembre 2019 et mars 2020. La réflexion institutionnelle engagée sur cette liberté doit impérativement se poursuivre et connaître une traduction concrète dans l'organisation des unités et dans les règles de vie, en individualisant la prise en charge du patient au regard de son état clinique et non de son statut médico-légal.

De plus, la crise sanitaire qui s'installe dans la durée ne peut plus justifier les restrictions supplémentaires à cette liberté, ni l'arrêt des activités ou encore la limitation du nombre de visiteurs et notamment de permission de sortie.

Les restrictions dans la vie quotidienne ne sont pas non plus l'exception et sont variables d'une unité à l'autre, ce qui traduit un manque d'instance de réflexion de pôle ; les secteurs fonctionnent sans communication entre eux et donc sans harmonie.

Par ailleurs, alors que les patients en soins sans consentement représentent 40 % des patients hospitalisés, leurs droits sont insuffisamment garantis faute de formation adaptée de l'ensemble des professionnels du pôle. Les patients, sont, par ailleurs, insuffisamment associés au projet de soins individualisé.

En outre, toutes les chambres et les espaces communs doivent être équipés confortablement et les modalités de l'hygiène des patients doivent être améliorées. L'utilisation des dotations budgétaires destinées à la psychiatrie permettrait justement d'améliorer la prise en charge matérielle des patients.

Enfin, le pôle de psychiatrie dispose d'un nombre important de chambres d'isolement au regard du nombre de chambre d'hospitalisation complète et les deux chambres sécurisées par unité n'entrent dans aucune catégorie officielle. Outre une tenue du registre de l'isolement et de la contention à améliorer, il convient d'instaurer une instance de réflexion sur les pratiques pour soutenir une politique de réduction de l'isolement et de la contention.

Soucieux de faire évoluer les pratiques professionnelles, les professionnels du CHSF ont été très attentifs aux observations émises et le contrôle s'est déroulé dans de très bonnes conditions.

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

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