

Contrôleur  
général  
des LIEUX  
de PRIVATION  
de  
*Liberté*

---

**Rapport de visite :**

8 au 12 février 2021 – 2<sup>ème</sup> visite

Etablissement public de santé  
mentale de l'Aube

*(Brienne-le-Château)*



## SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une deuxième visite de l'Etablissement Public de Santé Mentale de l'Aube EPSMA du 8 au 12 février 2021. A l'issue, un rapport provisoire a été adressé à la directrice déléguée de l'EPSMA, à l'agence régionale de santé du Grand Est ainsi qu'aux autorités judiciaires et administratives du département de l'Aube. Seule la directrice de l'établissement a fait valoir en retour des observations intégrées dans le présent rapport définitif.

L'établissement, installé en 1959 à Brienne-le-Château, est l'unique lieu d'hospitalisation en psychiatrie de l'Aube et, au regard de ses nombreuses structures ambulatoires, l'opérateur quasi exclusif de la santé mentale dans le département. C'est le premier employeur de la commune. Cet emplacement ne favorise pas la visite des patients et affaiblit l'attractivité du site pour les personnels soignants.

L'EPSMA fait partie des hôpitaux de Champagne Sud (HCS), qui regroupent huit établissements : dont le siège est à Troyes ; la directrice de l'EPSMA est directrice déléguée. Les HCS ont mutualisé plusieurs fonctions, notamment pharmacie et information médicale. Ainsi, l'EPSMA ne dispose plus d'un projet propre depuis son intégration dans les HCS. C'est le projet médical et de soins partagé (PMSP) des hôpitaux Champagne-Sud qui s'y applique.

La capacité d'accueil en psychiatrie dans le département semble adaptée. L'EPSMA n'est pas en surcharge même si certaines unités sont proches de la saturation. Afin de développer une prise en charge mobile pour les adultes, il a été constitué une équipe mobile de gérontopsychiatrie, permettant d'éviter des hospitalisations par une prise en charge en amont, notamment au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

L'EPSMA est constitué d'un pôle de psychiatrie adulte, d'un pôle de psychopathologie de l'enfant, d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) de soixante-douze places, ainsi que de pôles supports transversaux, certaines missions étant mutualisées à l'échelle des HCS.

Le pôle de psychiatrie adulte est constitué de trois cliniques, deux jumelles à Brienne (cliniques Dominique Florentin et Gaston Bachelard) et une à Troyes (clinique psychiatrique de l'Aube).

Les patients sont affectés « par type de pathologie et par tranche d'âge », et non par origine géographique. Des patients en soins sans consentement (SSC) peuvent être hébergés dans chacune de ces unités. En revanche, l'extra hospitalier est sectorisé (Nord, Sud, Est, Ouest de l'Aube), avec un important maillage territorial.

Le pôle de psychopathologie de l'enfant est constitué d'une unité d'hospitalisation des mineurs (UHM), et de six lits situés au centre hospitalier général, mais dont la prise en charge relève de l'EPSMA.

Parmi les projets communs relatifs à la qualité des soins et la sécurité des patients, plusieurs intéressent les droits fondamentaux des malades de l'EPSMA : la démarche éthique, la prévention du suicide, la prise en charge de la douleur, la limitation des erreurs dans l'administration des médicaments, l'accès du patient à son dossier ou encore les « droits » des patients. Dans cette dernière rubrique, le PMSP mentionne la bientraitance, l'intimité, la dignité, la confidentialité, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, les libertés individuelles et la gestion des mesures restrictives de liberté, l'information du patient sur son état de santé et les soins prodigués, le consentement du patient et son information en cas de dommage.

Le nombre de médecins est en croissance ; cinq n'ont pas la plénitude d'exercice. Les délais pour qu'un patient puisse rencontrer un psychiatre sont élevés.

Les conditions matérielles de prise en charge sont correctes et la liberté d'aller et venir convenablement respectée. Le faible niveau de sécurisation des installations, associé à une gestion individualisée des droits des patients en la matière, permettent une certaine fluidité de la circulation bien que les unités soient quasi exclusivement fermées.

L'information sur les droits du patient en soins sans consentement est insuffisante et irrégulière selon les unités. Il n'y a pas d'organisation précise et uniforme dans les unités de l'information sur les droits, de la notification des droits et des décisions. De nombreuses mesures de soins sans consentement comportent quelques omissions, notamment les dates de notification des décisions d'admission, de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge ainsi que celles de notification des droits et voies de recours.

Les autorisations de sortie accordées sont limitées et de courtes durées.

L'accueil des patients aux urgences de l'hôpital de Troyes présente plusieurs dysfonctionnements liés à la présence insuffisante de médecins psychiatres. Les pertes de chance sont majorées par les difficultés d'accès aux consultations spécialisées et l'absence d'éducation à la santé.

Le recours à l'isolement et la contention est trop fréquent et aléatoire ; les pratiques d'isolement et de contention sont peu questionnées et diffèrent d'un jour ou d'un service à l'autre. Les registres d'isolement et contention ne reflètent pas les usages réels, du fait notamment de mesures d'isolement non répertoriées. Les chambres d'isolement, sauf exceptions récentes et bien équipées, ne respectent pas l'intimité des patients. Une véritable politique de moindre recours à l'isolement et la contention qui ne pourra pas faire l'économie de la recherche efficace d'alternatives à ces mesures et du renforcement de la présence des psychiatres au sein des unités.

Le contexte global de prise en charge de la psychiatrie dans le département de l'Aube est sans doute à revoir : l'EPSMA, acteur quasi exclusif de santé mentale dans le département, est presque saturées car il reçoit parfois des patients ne relevant pas de la psychiatrie et l'offre des structures d'aval est trop faible. Il en résulte des conditions inadéquates de prise en charge.

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 – montrent 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.

## 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** ..... 48

Les patios des unités sont librement accessibles par les patients 24 heures sur 24.

#### **BONNE PRATIQUE 2** ..... 53

Pour limiter les effets des interdictions ou des restrictions de visite en lien avec les mesures de confinement, l'établissement s'est doté de matériels permettant la visioconférence avec les familles et les proches.

#### **BONNE PRATIQUE 3** ..... 56

Malgré la crise sanitaire, et sous réserve de respecter les gestes barrière, les visiteurs sont autorisés à accéder à la chambre des patients au sein de l'unité de psychiatrie 72 heures.

#### **BONNE PRATIQUE 4** ..... 57

Des interventions du planning familial ont été sollicitées par les équipes soignantes de l'unité d'hospitalisation pour mineurs pour une information sur la sexualité et la contraception.

#### **BONNE PRATIQUE 5** ..... 65

Tous les patients sont reçus par la diététicienne la première semaine de leur arrivée. Par ailleurs, les familles peuvent déjeuner avec les patients, dans une salle spécifique.

#### **BONNE PRATIQUE 6** ..... 82

Les revues de pertinence de prescription ajoutent à la sécurité des patients et tous ceux hospitalisés dans les unités de moyen et long séjour devraient en bénéficier.

#### **BONNE PRATIQUE 7** ..... 96

Une équipe mobile de gérontopsychiatrie a été mise en place pour notamment accompagner les patients lors de leur sortie et après, et éviter les réadmissions.

### 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

Les effectifs de médecins doivent être abondés pour permettre la présence effective de psychiatres dans les unités, répondre aux besoins de soins des patients et faire vivre les politiques de service des unités en lien avec les cadres de santé.

#### **RECOMMANDATION 2** ..... 19

Le calcul des effectifs du personnel soignant affecté dans les unités doit davantage tenir compte de la sévérité des pathologies prises en charge et du degré de dépendance qu'elles entraînent.

<b>RECOMMANDATION 3</b> .....	<b>22</b>
Les patients admis en hospitalisation complète doivent être adressés dans une unité correspondant à la pathologie dont ils souffrent et ne pas être plongés dans un environnement susceptible de majorer leurs troubles.	
<b>RECOMMANDATION 4</b> .....	<b>26</b>
Toute personne admise en hospitalisation doit disposer d'un livret d'accueil exposant clairement les règles de fonctionnement de l'hôpital et les droits et obligations qui la concernent, en des termes qu'elle peut comprendre et sur un support qu'elle peut conserver.	
<b>RECOMMANDATION 5</b> .....	<b>26</b>
Le règlement intérieur de l'hôpital doit être mis à jour.	
<b>RECOMMANDATION 6</b> .....	<b>27</b>
Lors de son admission, un patient en SSC doit se voir notifier tous ses droits, dans un document laissé à sa disposition et indépendant du livret d'accueil	
<b>RECOMMANDATION 7</b> .....	<b>27</b>
Les décisions d'admission ou de maintien en SSC doivent être remises aux patients, ainsi que les certificats médicaux qui les fondent et les actes de notification les concernant.	
<b>RECOMMANDATION 8</b> .....	<b>28</b>
Le comité de retour d'expérience doit se réunir à nouveau.	
<b>RECOMMANDATION 9</b> .....	<b>30</b>
Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une formation des soignants, leur mobilisation et une uniformisation des pratiques par la diffusion de directives internes.	
<b>RECOMMANDATION 10</b> .....	<b>30</b>
L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant l'établissement des procurations et l'inscription sur les listes électorales, en mettant en œuvre des autorisations de sortie pour les patients en SSC et des accompagnements, le cas échéant. Des notes internes doivent être établies en amont avant chaque scrutin afin d'informer les patients et mobiliser les soignants.	
<b>RECOMMANDATION 11</b> .....	<b>31</b>
Une information de qualité sur le droit et les moyens d'exercer le culte de son choix doit être mise en œuvre.	
<b>RECOMMANDATION 12</b> .....	<b>32</b>
Le droit à la confidentialité sur la présence à l'hôpital doit être porté à la connaissance des patients. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.	
<b>RECOMMANDATION 13</b> .....	<b>32</b>
Le respect de la protection des données personnelles impose de mettre en place toute mesure permettant de limiter le traitement automatisé de données nominatives et de centraliser la gestion de leur sécurité.	
<b>RECOMMANDATION 14</b> .....	<b>34</b>
La commission départementale des soins psychiatriques doit, dans le respect des dispositions de l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, visiter régulièrement l'établissement et rencontrer les patients qui en font la demande. Ses visites et ses réunions doivent faire l'objet de comptes rendus détaillés, diffusés au sein de l'établissement, afin qu'elle exerce pleinement son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes suivies en soins sans consentement. Les demandes ou	

préconisations qu'elle formule doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux par l'agence régionale de santé.

**RECOMMANDATION 15 ..... 36**

Le registre de la loi doit mentionner, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, les dates de notification des décisions d'admission, de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) ainsi que celles de notification des droits et voies de recours.

**RECOMMANDATION 16 ..... 37**

Les certificats médicaux relatifs aux soins sans consentement doivent mentionner que le patient a été avisé de l'avis médical et mis en mesure de faire des observations sur celui-ci.

**RECOMMANDATION 17 ..... 38**

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire sur une demande d'autorisation de sortie de courte durée.

**RECOMMANDATION 18 ..... 40**

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres, que l'avis découlant de cette évaluation soit motivé et communiqué au patient, enfin que le collège se réunisse pour tous les patients en soins sans consentement depuis une durée d'un an, non seulement ceux en hospitalisation complète mais également ceux en programme de soins.

**RECOMMANDATION 19 ..... 45**

Un protocole fixant les normes minimales de mise en sécurité du site et les conditions des éventuelles interventions de la gendarmerie doit être établi.

**RECOMMANDATION 20 ..... 46**

Afin de garantir la sécurité des patients et des soignants, les formations aux consignes de prévention incendie et de secours doivent être régulièrement dispensées, y compris pour le personnel de nuit. Un assistant de prévention doit être identifié sur chaque unité.

**RECOMMANDATION 21 ..... 47**

L'information des patients hospitalisés sur les modalités de circulation au sein de l'hôpital et des unités doit être renforcée et le questionnaire de satisfaction doit prévoir une mention permettant d'évaluer leur ressenti et les difficultés sur ce sujet.

**RECOMMANDATION 22 ..... 47**

Les unités doivent être en principe ouvertes, *a fortiori* dans la mesure où toutes accueillent notamment des patients en soins libres. Hors période de confinement strict, et sous réserve de l'état du patient, la crise sanitaire ne peut constituer à elle seule un motif de fermeture d'une unité et de restriction à la faculté d'aller et venir des patients.

**RECOMMANDATION 23 ..... 48**

Les patients mineurs hospitalisés à l'EPSMA doivent disposer d'un espace extérieur accessible sur de larges créneaux horaires, compte tenu de leur âge et des activités devant leur être proposées.

**RECOMMANDATION 24 ..... 49**

Un référentiel précisant le principe et les modalités de sortie consenties aux patients, en fonction de leur état clinique, de leur statut d'admission et de la vocation de l'unité d'accueil doit être conçu, diffusé auprès des équipes et périodiquement réévalué.

<b>RECOMMANDATION 25</b> .....	<b>51</b>
La possibilité d'accéder à des substituts nicotiques et à des démarches de sevrage du tabac doit faire l'objet d'une communication plus efficace dans toutes les unités.	
<b>RECOMMANDATION 26</b> .....	<b>53</b>
Les téléphones dans les unités doivent permettre des conversations en toute confidentialité et être librement accessibles sur les créneaux horaires déterminés par l'unité.	
<b>RECOMMANDATION 27</b> .....	<b>54</b>
Les unités doivent être dotées d'un réseau <i>Wi-Fi</i> spécifique pour les patients.	
<b>RECOMMANDATION 28</b> .....	<b>54</b>
Toutes les opérations relatives à l'envoi et à la réception du courrier doivent respecter l'autonomie du patient et la confidentialité ; les boîtes à lettres de collecte du courrier dans les unités doivent être signalées.	
<b>RECOMMANDATION 29</b> .....	<b>54</b>
Une information sur les instances pouvant être saisies en toute confidentialité et sans frais de port doit être donnée aux patients.	
<b>RECOMMANDATION 30</b> .....	<b>55</b>
La presse à disposition dans les unités pourrait être diversifiée et les modalités de sa consultation doivent être précisées (livret d'accueil, règlement de l'unité).	
<b>RECOMMANDATION 31</b> .....	<b>56</b>
Les salles d'activités des unités doivent comporter la possibilité d'utiliser des outils bureautiques et des applications numériques. Un espace réservé au sein de la cafétéria pourrait également être créé.	
<b>RECOMMANDATION 32</b> .....	<b>58</b>
Le groupe de travail initié pour la mise en place d'une formation des soignants sur le droit à la sexualité des patients doit être relancé.	
<b>RECOMMANDATION 33</b> .....	<b>60</b>
Les patients doivent pouvoir ouvrir – ou au moins entrouvrir – la fenêtre de leur chambre de façon autonome, pour renouveler l'air quand ils le souhaitent.	
<b>RECOMMANDATION 34</b> .....	<b>68</b>
Les propositions thérapeutiques doivent faire l'objet d'échanges directs entre médecins avec une trace écrite dans le dossier du patient.	
<b>RECOMMANDATION 35</b> .....	<b>68</b>
En cas d'agitation d'un patient, y compris de nuit, le médecin urgentiste doit solliciter l'avis d'un psychiatre.	
<b>RECOMMANDATION 36</b> .....	<b>68</b>
La liste des médecins de garde en psychiatrie avec leur numéro de téléphone doit être affichée dans les locaux du service des urgences du centre hospitalier Simone Veil.	
<b>RECOMMANDATION 37</b> .....	<b>69</b>
Tous les patients présentant une symptomatologie psychiatrique arrivant aux urgences doivent bénéficier d'un bilan somatique permettant d'établir un diagnostic différentiel précis et de limiter les pertes de chance.	
<b>RECOMMANDATION 38</b> .....	<b>69</b>
Les certificats médicaux établissant la nécessité de soins sans consentement ne peuvent être rédigés que par le médecin qui a effectivement examiné le patient.	

<b>RECOMMANDATION 39</b> .....	<b>71</b>
En cas de refus de traitement ou d'agitation, seul le médecin après avoir examiné le patient, recherché son consentement, peut décider en fonction de la clinique constatée, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.	
<b>RECOMMANDATION 40</b> .....	<b>72</b>
Les prescriptions médicamenteuses ne peuvent être effectuées qu'après un examen du patient par le médecin prescripteur.	
<b>RECOMMANDATION 41</b> .....	<b>79</b>
Les patients de psychiatrie ne doivent pâtir d'aucune perte de chance tant dans le diagnostic des pathologies somatiques que dans l'accès aux soins.	
<b>RECOMMANDATION 42</b> .....	<b>79</b>
Des actions d'éducation thérapeutique adaptées aux patients souffrant de troubles psychiatriques doivent être menées afin de leur permettre une meilleure compréhension de leurs pathologies psychiatrique et somatique et favoriser une meilleure prise en charge.	
<b>RECOMMANDATION 43</b> .....	<b>81</b>
Il est illégal de prescrire si besoin une injection de médicament psychotrope. Seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de la clinique alors observée, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.	
<b>RECOMMANDATION 44</b> .....	<b>83</b>
Dans l'intérêt des patients, L'EPSMA doit se doter des moyens nécessaires pour développer des ateliers thérapeutiques dans toutes les unités d'hospitalisation.	
<b>RECOMMANDATION 45</b> .....	<b>87</b>
Les conditions d'accueil des patients placés dans les chambres d'isolement ou d'apaisement doivent être améliorées. En particulier, chaque CI doit être équipée de toilettes – toilettes devant être positionnées de telle sorte que l'intimité des patients est respectée – d'un bouton d'alerte, accessible pendant les phases de contention, et de plafonniers et alarmes incendie protégés. Toutes les unités doivent être dotées d'au moins une chambre d'apaisement pour développer les alternatives aux mesures d'isolement.	
<b>RECOMMANDATION 46</b> .....	<b>88</b>
Un travail de réflexion doit être engagé sur le recours à l'isolement et à la contention et les alternatives à développer, au niveau des instances dirigeantes de l'établissement et des unités.	
<b>RECOMMANDATION 47</b> .....	<b>88</b>
La formation du personnel soignant aux mesures de contention physique doit être assurée par un organisme compétent et indépendant, délié de tout conflit d'intérêts avec la société en charge de la commercialisation de ces dispositifs.	
<b>RECOMMANDATION 48</b> .....	<b>89</b>
La décision d'imposer le port du pyjama aux patients isolés ne doit pas être systématique mais faire l'objet d'une appréciation individualisée.	
<b>RECOMMANDATION 49</b> .....	<b>90</b>
Le recours à l'isolement et à la contention séquentiels doit être prohibé, tout comme les prescriptions « <i>si besoin</i> » en la matière. Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.	

- RECOMMANDATION 50** ..... 90  
L'enfermement en chambre ordinaire est à proscrire.
- RECOMMANDATION 51** ..... 90  
Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen.
- RECOMMANDATION 52** ..... 91  
Toute mesure de privation de liberté doit être dûment qualifiée et enregistrée. L'usage des « *prescriptions de consigne médicale* » qui sont en fait des mesures d'isolement déguisées doit en particulier être prohibé.
- RECOMMANDATION 53** ..... 92  
Les patients isolés ou contenus alors qu'ils se trouvent en soins libres doivent être régularisés en soins sans consentement après respectivement douze et six heures.  
Si une réflexion générale – comprenant un rappel de la réglementation en vigueur – doit être menée à l'échelle de l'établissement sur le recours à l'isolement et à la contention, une attention particulière doit être portée à l'unité Ellipses.
- RECOMMANDATION 54** ..... 102  
Une relocalisation du service de pédopsychiatrie doit être activement recherchée afin d'offrir aux mineurs hospitalisés un lieu pour évoluer en extérieur sans accompagnement et de libérer ainsi du temps infirmier et éducateur pour les autres patients.  
La réflexion sur l'intervention d'éducateurs lors des fins de semaine doit se poursuivre, leur présence aux côtés des infirmiers permettant d'offrir aux mineurs davantage d'activités durant ces deux journées.  
Dans l'immédiat, il est nécessaire de réduire le nombre des mesures d'isolement et de mettre un terme à la prescription d'injections « si besoin » en assurant une présence régulière de psychiatres.
- RECOMMANDATION 55** ..... 103  
Le recours à un dispositif de contention intégral des personnes détenues lors de leur transport vers l'hôpital psychiatrique doit être individualisé et non systématique.
- RECOMMANDATION 56** ..... 104  
Les détenus, dès lors qu'ils nécessitent une hospitalisation en psychiatrie, doivent avant tout être traités comme des patients. Leur prise en charge dans les services doit être individualisée et les aspects sécuritaires ne doivent pas primer sur les soins.  
Un nouveau protocole définissant les droits des détenus hospitalisés doit être établi.

## SOMMAIRE

<b>SYNTHESE</b> .....	<b>2</b>
<b>SYNTHESE DES OBSERVATIONS</b> .....	<b>4</b>
<b>RAPPORT</b> .....	<b>12</b>
<b>1. CONDITIONS DE LA VISITE</b> .....	<b>12</b>
<b>2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT</b> .....	<b>13</b>
2.1 L'EPSMA, acteur quasi exclusif de la santé mentale dans l'Aube .....	13
2.2 Une situation financière saine et équilibrée .....	16
2.3 Des ressources humaines marquées par une pénurie de psychiatres et une formation continue mise à mal par les effets de la crise sanitaire .....	17
2.4 Un hôpital dont l'activité intra hospitalière se densifie et dans lequel 28 % des patients sont en soins sans consentement .....	21
2.5 Les réflexions du comité d'éthique, orientées vers les droits des patients .....	23
<b>3. LES MODALITES DE CONNAISSANCE ET D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>25</b>
3.1 Une information insuffisante pour les patients en soins sans consentement .....	25
3.2 Les événements indésirables : un protocole de qualité, mais en déshérence depuis une année .....	28
3.3 La personne de confiance, une notion considérée comme secondaire .....	30
3.4 Le droit de vote, un non-sujet .....	30
3.5 Une information modeste et incomplète sur les cultes .....	31
3.6 Une prise en charge correcte des patients sous tutelle ou curatelle, particulièrement attentive lorsqu'elle est exercée par le service de protection des majeurs de l'hôpital .....	31
3.7 L'ignorance des droits à la confidentialité sur la présence et à la protection des données personnelles .....	32
<b>4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS</b> .....	<b>33</b>
4.1 Un hôpital à l'écoute des usagers et de ses représentants mais la commission départementale des soins psychiatriques absente depuis plusieurs mois .....	33
4.2 Le registre de la loi, renseigné sans retard mais comportant quelques omissions .....	35
4.3 Des autorisations de sortie de courte durée accordées limitativement et des programmes de soins sans intervention du collège des professionnels de santé .....	37
4.4 Un contrôle rigoureux du juge, portant aussi bien sur la procédure que sur l'évolution de la situation du patient et de son adhésion aux soins .....	40
<b>5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES</b> .....	<b>44</b>
5.1 Un niveau de sécurité du site faible et peu pris en compte par l'établissement .....	44
5.2 Une liberté d'aller et venir individualisée, mais peu protocolisée .....	46

5.3	Des restrictions de la vie quotidienne proportionnées et prenant en compte les effets de la crise sanitaire .....	50
5.4	La communication avec l'extérieur, assurée sans dynamisme .....	53
5.5	Une sexualité rendue possible par la préservation de l'intimité et l'absence de tabous .....	57
<b>6.</b>	<b>LES CONDITIONS DE VIE.....</b>	<b>59</b>
6.1	Des conditions d'hébergement satisfaisantes dans des locaux récents .....	59
6.2	Une attention soutenue en matière d'hygiène .....	62
6.3	Les biens des patients, sécurisés et facilement accessibles .....	63
6.4	La restauration, correctement assurée .....	64
<b>7.</b>	<b>LES SOINS.....</b>	<b>67</b>
7.1	La prise en charge des patients au service d'accueil des urgences du centre hospitalier de Troyes et à l'unité psychiatrique 72 heures : un respect inconstant des règles de bonne pratique médicale .....	67
7.2	Un accès aux soins psychiatriques entravé par le manque de psychiatres .....	72
7.3	La réduction drastique des activités thérapeutiques depuis la crise sanitaire ...	75
7.4	Des pertes de chance majorées par les difficultés d'accès aux consultations spécialisées et l'absence d'éducation à la santé .....	78
7.5	Une administration des traitements non conforme aux règles de bonne pratique médico-soignante dans la plupart des unités.....	79
<b>8.</b>	<b>L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION .....</b>	<b>84</b>
8.1	Des chambres d'isolement ne préservant pas la dignité des patients.....	84
8.2	Des pratiques d'isolement et de contention peu questionnées .....	87
8.3	Un registre d'isolement et contention ne reflétant pas les usages réels, du fait notamment de mesures d'isolement non répertoriées .....	90
8.4	Le nouvel article L. 3222-5-1 du code de la santé publique, une réforme anticipée mais en partie mal comprise .....	93
<b>9.</b>	<b>LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....</b>	<b>95</b>
9.1	Une prise en charge des personnes âgées marquée par de nombreuses mesures d'isolement et de contention .....	95
9.2	une unité d'hospitalisation des mineurs encadrée par des professionnels motivés et proches des familles, mais installée dans des locaux mal adaptés.....	97
9.3	La prise en charge des patients détenus, dictée par des considérations sécuritaires plutôt que médicales .....	102
<b>10.</b>	<b>CONCLUSION.....</b>	<b>105</b>

# Rapport

## 1. CONDITIONS DE LA VISITE

### Contrôleurs :

Alexandre Bouquet, chef de mission ;

Hélène Baron, contrôleure ;

Isabelle Fouchard, contrôleure ;

Augustin Laborde, contrôleur ;

Philippe Lescène, contrôleur ;

Bénédicte Piana, contrôleure ;

Marie Pinot, contrôleure ;

Benjamin Le Brun, stagiaire.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs et un stagiaire ont effectué une visite de l'établissement public de santé mentale de l'Aube (EPSMA), dont le siège est à Brienne-le-Château (Aube), du 8 au 12 février 2021. Il s'agissait d'une deuxième visite, la première ayant été effectuée en 2011.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 8 février à 14h. Ils l'ont quitté le 12 à midi. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la directrice déléguée. Le président du tribunal judiciaire (TJ) de Troyes ainsi que le procureur de la République près ce tribunal, la déléguée départementale de l'agence régionale de santé (ARS) du Grand-Est et les services de la préfecture de l'Aube ont été avisés de ce contrôle le vendredi précédent la mission.

La directrice déléguée a accueilli les contrôleurs à leur arrivée et leur a décrit l'organisation de l'établissement au cours d'une première réunion restreinte, à laquelle participaient la présidente de la commission médicale d'établissement (CME), l'équipe de direction, plusieurs médecins et cadres supérieurs de santé. Les contrôleurs ont ensuite présenté leur mission devant une trentaine d'auditeurs réunis dans le gymnase de l'établissement. La journée s'est achevée sur une visite du site hospitalier de Brienne-le-Château.

Les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD), à plusieurs réunions cliniques et transmissions dans les unités. Ils se sont déplacés dans les structures de Troyes (cette ville compte trois des sept unités de l'EPSMA) et ont rencontré le président du TJ. Les organisations syndicales ont été avisées de la présence des contrôleurs : la représentante du syndicat majoritaire a été reçue par deux d'entre eux à sa demande.

Une salle de travail et un équipement informatique regroupant l'ensemble des documents demandés ont été mis à leur disposition. Des affichettes signalant leur visite avaient été diffusées dans les unités ; ils ont pu s'entretenir comme ils le souhaitaient, et en toute confidentialité, tant avec les patients qu'avec le personnel et les intervenants.

Une réunion de restitution a eu lieu le 12 février avec la plupart des personnes qui avaient participé à la réunion de présentation.

## 2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

### 2.1 L'EPSMA, ACTEUR QUASI EXCLUSIF DE LA SANTE MENTALE DANS L'AUBE

#### 2.1.1 Place de l'établissement dans la prise en charge départementale

Le département de l'Aube, pauvre<sup>1</sup>, rural et peu peuplé (310 000 habitants en 2015 – source Insee), est divisé en quatre secteurs de psychiatrie adulte et deux de psychiatrie infanto-juvénile. Le département ne compte aucune autre structure publique de santé mentale que l'EPSMA, ni aucune clinique psychiatrique. Par ailleurs, seuls cinq psychiatres exercent en libéral<sup>2</sup> dans l'Aube et le ratio général de psychiatres par rapport à la population est très faible (10 psychiatres pour 100 000 habitants, contre 18 en moyenne dans la région Grand-Est et 23 en moyenne nationale). L'EPSMA est donc l'unique lieu d'hospitalisation en psychiatrie de l'Aube et, au regard de ses nombreuses structures ambulatoires, l'opérateur quasi exclusif de la santé mentale dans le département.

Dénommé à l'époque « hôpital psychiatrique départemental », l'EPSMA a été installé en 1959 à Brienne-le-Château dans un domaine verdoyant de 26 hectares, comprenant un château construit à la fin du 18<sup>ème</sup> siècle, d'où le nom de la ville. Ce grand château harmonieux, qui a connu des fortunes diverses dans son histoire, était à l'abandon et a été racheté en 1950 par le conseil général dans l'optique d'y établir le siège de l'hôpital<sup>3</sup>.

Même si plusieurs unités de l'EPSMA se situent désormais à Troyes, préfecture de l'Aube, son siège est toujours à Brienne-le-Château, petite ville de 2 800 habitants et distante de quelques 43 km, tout entière tournée autour de « son hôpital », premier employeur de la commune. La ville s'inscrit dans un territoire très rural, à la densité faible et au réseau de transport en commun indigent<sup>4</sup>. La ligne de chemin de fer qui desservait la ville, par exemple, a fermé en 1950. Cette situation ne plaide pas pour l'installation de nouveaux professionnels dans les unités de Brienne, quel que soit leur statut. Pour le personnel paramédical en particulier, la disparition de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) de Brienne au début des années 1990 a signé la fin du recrutement local. L'emplacement de l'EPSMA ne favorise pas non plus les visites des patients, non seulement parce que le seul moyen d'accès est la voiture particulière mais aussi parce que les routes sont dangereuses en hiver. Cette situation affecte même des soignants de l'hôpital qui habitent Troyes et ne viennent pas travailler lorsqu'il neige, ce que les contrôleurs ont pu constater dans certaines unités lors de leur visite.

Dans son courrier en réponse, la direction de l'EPSMA déplore une : « *description peu flatteuse, prompte à décourager l'attractivité tant souhaitée dans un rapport se voulant public. Il s'agit d'un territoire certes rural avec des inconvénients soulignés mais des avantages certains qui n'apparaissent nullement (grands lacs, parc naturel protégé, patrimoine historique, qualité de vie, vie culturelle troyenne, formation supérieure, etc.).*

L'EPSMA n'est plus un hôpital totalement autonome. Il fait partie des hôpitaux Champagne Sud (HCS), qui regroupent huit établissements : quatre centres hospitaliers généraux, deux

<sup>11</sup> L'Aube fait partie des vingt-cinq départements les plus pauvres de France métropolitaine avec un taux de pauvreté dépassant les 15 %.

<sup>2</sup> Chiffre datant de 2018.

<sup>3</sup> Sur l'histoire du château de l'implantation de l'hôpital, voir rapport de la première visite, CGLPL, 2012, p. 4.

<sup>4</sup> Pour le détail de l'offre de transport public, cf. rapport précité, p. 6.

résidences pour personnes âgées, un groupement de coopération sanitaire et l'EPSMA. La direction des HCS est commune : le directeur général des HCS siège à Troyes et la directrice de l'EPSMA n'est que directrice déléguée. La certification, le projet médical et de soins, le projet social sont également communs. Les établissements des HCS composent le groupement hospitalier de territoire (GHT) de l'Aube et du Sézannais, territoire qui a la particularité de couvrir plus d'un département. Il s'agit, par cette direction commune et ce GHT très étendu, d'atteindre une taille suffisante pour définir et mettre en œuvre efficacement un projet de soins cohérent. Marquée par « *la volonté de mettre en commun tout ce qui peut l'être* », les HCS ont déjà mutualisé un certain nombre de fonctions : pharmacie, information médicale (ainsi le département d'information médicale – DIM-pôle santé public et performance – a un relais au sein de l'EPSMA : le médecin responsable du DIM étant au centre hospitalier général à Troyes).

Dans son courrier en réponse du 05/08/2021, la direction de l'EPSMA précise : « *L'EPSMA reste une entité juridique autonome avec un budget propre et une direction décisionnaire sur site. L'EPSMA s'inscrit dans une politique territoriale portée par un directeur général commun et des directions transversales qui constituent des ressources en compétences, partagées avec un haut niveau de compétences. L'établissement reste décisionnaire dans sa politique générale tout en respectant les grandes orientations définies en lien avec les Hôpitaux Champagne-Sud (ex : certification commune HCS décidée et souhaitées en interne)* ».

La capacité d'accueil en psychiatrie dans le département semble adaptée. L'EPSMA n'est pas en surcharge même si certaines unités sont proches de la saturation. Les horaires d'ouverture des centres médico-psychologiques (CMP) ont été récemment étendus jusque 18h30, ce qui a eu un impact sur l'admission aux urgences et dans les unités de court séjour de l'EPSMA, situées à Troyes. Ces dernières connaissent régulièrement des taux d'occupation au-delà de 100 % par le passé. Par ailleurs, s'il n'existe pas de prise en charge mobile pour les adultes, il a été constitué une équipe mobile de gérontopsychiatrie, permettant d'éviter des hospitalisations par une prise en charge en amont, notamment au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La direction de l'EPSMA précise dans son courrier en retour : « *L'EPSMA dispose de nombreux CMP/CATP soulignés par ailleurs, dont les visites sont en outre les visites à domicile et les rencontres avec les partenaires, bien que ne s'appelant pas équipe mobile.* »

Plus qu'un problème de capacité d'accueil, la difficulté dans le parcours de soins réside surtout dans l'absence de solutions d'aval pour une partie des patients (cf. *infra* § 4.3.4 et 7.2.3).

Le projet (le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale) est finalisé depuis fin 2020 mais non arrêté au niveau de l'ARS (date de signature repoussée au second semestre 2021).

### 2.1.2 Organisation interne

L'EPSMA est constitué d'un pôle de psychiatrie adulte, d'un pôle de psychopathologie de l'enfant, d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) de soixante-douze places, ainsi que de pôles supports transversaux, certaines missions étant mutualisées à l'échelle des HCS (l'hygiène, par exemple).

Le pôle de psychiatrie adulte est constitué de trois cliniques, deux jumelles à Brienne (cliniques Dominique Florentin et Gaston Bachelard) et une à Troyes (clinique psychiatrique de l'Aube) :

- la clinique Dominique Florentin, construite en 2012, compte deux unités de longue durée : Carpe Diem (trente lits) et Petit Prince (vingt-cinq lits) ;

- la clinique Gaston Bachelard, construite en 2013, renferme une unité de moyenne durée de vingt-cinq lits (Méridiens) et une unité pour personnes âgées du même nombre de lits (Ellipses) ;
- la clinique psychiatrique de l'Aube (CPA), achevée en 2008, compte une unité d'accueil pour 72 heures (huit lits) et une unité de courte durée (trente-deux lits).



*Clinique Gaston Bachelard (Brienne)*



*Clinique psychiatrique de l'Aube (Troyes)*

Ces unités ne sont pas sectorisées : chaque patient est affecté « *par type de pathologie et par tranche d'âge* », et non par origine géographique. Des patients en soins sans consentement (SSC) peuvent être hébergés dans chacune de ces unités. En revanche, l'extra hospitalier est sectorisé (Nord, Sud, Est, Ouest de l'Aube), avec un important maillage territorial : six CMP, six centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), trois hôpitaux de jour (HDJ), trois services psychiatriques en milieu pénitentiaire (pour les prisons de Clairvaux, Villenauxe-la-Grande et Troyes), un centre de postcure, un accueil familial thérapeutique et des possibilités d'hospitalisation à domicile, en développement.

Le pôle de psychopathologie de l'enfant est constitué d'une unité d'hospitalisation des mineurs (UHM) et de plusieurs structures ambulatoires (sept CMP, sept CATTP, trois HDJ). L'unité, appelée « La Station », est dotée de six lits et située au sein du centre hospitalier général, qui met à disposition des locaux. Le personnel et la prise en charge relèvent de l'EPSMA.

### 2.1.3 Projets et objectifs de l'établissement

L'EPSMA ne dispose plus d'un projet propre depuis son intégration dans les HCS. C'est le projet médical et de soins partagé (PMSP) des hôpitaux Champagne-Sud qui s'y applique, aujourd'hui pour la période 2017-2022. Les objectifs et l'organisation du parcours de soin y sont définis par filière. Deux d'entre elles intéressent directement l'EPSMA : la filière santé mentale – qui concerne les majeurs et les mineurs – et la filière personnes âgées (la prise en charge en gérontopsychiatrie est en effet abordée au sein des documents relatifs à cette filière).

Six actions sont prévues pour la filière santé mentale au sein du PSMP : deux pour les adultes (développer l'hospitalisation à domicile, améliorer la prise en charge des urgences psychiatriques) et quatre pour les enfants (développer les lits d'hospitalisation, créer un accompagnement familial thérapeutique, formaliser une plate-forme de repérage précoce de l'autisme et organiser une filière d'exploration somatique coordonnée pour les enfants présentant des troubles du spectre autistique).

Par ailleurs, parmi les projets communs relatifs à la qualité des soins et la sécurité des patients, plusieurs intéressent les droits fondamentaux des malades de l'EPSMA : ceux relatifs à la démarche éthique, à la prévention du suicide, à la prise en charge de la douleur, à la limitation des erreurs dans l'administration des médicaments, à l'accès du patient à son dossier ou encore aux « droits » des patients. Dans cette dernière rubrique, le PMSP mentionne la bienveillance, l'intimité, la dignité, la confidentialité des informations relatives aux patients, l'accueil et l'accompagnement de l'entourage, les libertés individuelles et la gestion des mesures restrictives de liberté, l'information du patient sur son état de santé et les soins prodigués, le consentement du patient et son information en cas de dommage. Cinq axes de développement sont définis, à l'échelle des HCS et sans objectif spécifique pour l'EPSMA, dans des formules assez généralistes et non assorties d'indicateurs.

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé entre l'ARS et l'EPSMA en décembre 2018, pour la période 2018-2023. Il n'aborde pas d'objectifs relatifs aux droits fondamentaux des patients en SSC.

## 2.2 UNE SITUATION FINANCIERE SAIN ET EQUILIBREE

Les services psychiatriques de l'établissement (c'est-à-dire une fois décompté le budget de la MAS) disposent d'une dotation annuelle de fonctionnement d'environ 36,5 M €. Celle-ci est stable depuis plusieurs années (variations de l'ordre de 1 % d'une année à l'autre). La DAF complétée des aides non reconductibles (FIR, MIGAC, AC, etc.) évolue en moyenne depuis 2018 de +1,61 % mais l'évolution est de moins de 1% (+0,71%) pour la base reconductible. Cette dotation était sensiblement identique lors du premier contrôle du CGLPL, alors que le nombre de lits était bien supérieur<sup>5</sup>. L'EPSMA n'est pas déficitaire, et ce depuis au moins cinq ans.

La direction de l'EPSMA apporte une remarque : *« concernant la stabilité de la DAF vs. la réduction des lits : l'établissement a opéré une transformation de l'offre avec une affectation des moyens sur le développement de l'ambulatoire (ex : création d'une équipe mobile de géronto-psy) tel que souhaité au niveau national avec le virage ambulatoire »*

*« Concernant l'UHM, les investissements pour les lits de pédopsychiatrie sont prévus au PPI. La problématique de financement ne concerne que l'exploitation, malgré un effort important de l'établissement pour soutenir cette unité (équivalent à 50% de la subvention allouée par l'ARS) »*

Les finances de l'hôpital sont grevées par de nombreuses charges incompressibles. La masse salariale (qui représente 77 % des charges, contre 85 % lors du contrôle de 2011) et l'hôtellerie générale sont de loin les plus gros postes budgétaires. Par ailleurs, pour financer la construction des deux nouvelles cliniques, ouvertes en 2012 et 2013, l'EPSMA a dû s'endetter. Son taux d'emprunt, en 2020, est de l'ordre de 18 % (pas de données disponibles en 2021).

Pour autant, des marges de manœuvre peuvent être dégagées : la capacité d'investissement, financée par l'exploitation, est de l'ordre de 3,7 M € par an. Des chantiers importants sont donc réalisés régulièrement : nouvelle blanchisserie en 2018-2019, climatisation dans les unités (chambres et quelques parties communes), toitures de certains bâtiments anciens, amélioration du réseau *Wi-Fi* pour les patients en 2021, nouvelle pharmacie centrale à Brienne à venir en 2023 (1,7 M € pour cette dernière opération). Même si les finances sont saines et permettent quelques

<sup>5</sup> Rapport de la première visite, CGLPL, 2011, p. 9

investissements, certaines opérations très onéreuses ne peuvent aboutir : ainsi seuls six lits ont pu être financés dans l'unité de pédopsychiatrie, contre dix prévus initialement.

La maintenance semble correctement assurée (même si des carences en matière de sécurité incendie ont été relevées – cf. *infra* § 5.1.3). Les contrôleurs n'ont pas constaté de pannes ou de dégradations particulières dans les unités visitées : les bâtiments sont entretenus et en bon état général. Lorsque les soignants constatent qu'une réparation doit être effectuée, ils la signalent au service technique par bons de travaux informatiques. Chaque pôle dispose en outre d'une enveloppe négociée pour les petits travaux, la maintenance préventive, le mobilier.

Il est prévu au budget une enveloppe relative aux activités thérapeutiques. Il s'agit de financer les équipements pour les activités internes et externes, la logistique pour les sorties thérapeutiques (hébergement, repas le cas échéant, etc.) et certains intervenants ou prestations ponctuels. Cette enveloppe est de l'ordre de 80 000 € en 2020, répartie entre une part fixe pour chaque unité (2 500 € pour Carpe Diem, par exemple) et une part variable en fonction des projets proposés par les unités et les pôles. Les projets présentés sont en général retenus sans difficulté.

Enfin, l'EPSMA supporte largement l'association Entr'Aide (cf. *infra* § 5.3.4 et 6.2), en lui mettant à disposition des agents et des locaux, en prenant à sa charge les fluides, le tout pour un montant évalué à 193 000 € en 2020.

## 2.3 DES RESSOURCES HUMAINES MARQUEES PAR UNE PENURIE DE PSYCHIATRES ET UNE FORMATION CONTINUE MISE A MAL PAR LES EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE

### 2.3.1 Etat et caractéristiques des effectifs, organisation du service

L'EPSMA emploie environ 610 personnes, en décomptant les effectifs de la MAS.

On compte parmi ces effectifs 26,5 équivalents temps plein (ETP) de médecins au 1<sup>er</sup> février 2021, pour un effectif budgété de 33,5. Ce déficit est important (il manque six psychiatres et un somaticien) et croissant. En outre, la pyramide des âges des médecins est préoccupante : la majorité d'entre eux est âgée de plus de 55 ans. Pour y faire face, la direction « *essaie de recruter à tout va* » mais le contexte national (pénurie de psychiatres) comme local (manque d'attractivité de l'Aube, et en particulier de Brienne – cf. *supra* § 2.1) est défavorable. Elle mise notamment sur les internes<sup>6</sup> du CHU de Reims (Marne), qu'elle essaie de fidéliser (contrats d'assistants, salaires attractifs, logements, etc.). Elle offre aussi à des médecins étrangers la possibilité de passer le diplôme leur permettant d'exercer en France, sous la tutelle d'un médecin senior de l'établissement.

Sur les 26,5 ETP disponibles, 24,5 sont psychiatres. Parmi eux, cinq n'ont pas la plénitude d'exercice (quatre médecins associés étrangers et un médecin français mais n'ayant pas encore passé sa thèse : aucun n'est inscrit au tableau de l'ordre des médecins). En théorie, ils travaillent sous la responsabilité d'un senior mais ils sont en réalité très autonomes compte tenu de la pénurie médicale. Par exemple, ils décident seuls des placements en chambre d'isolement et rendent simplement compte au senior par téléphone, « *qui peut regarder le dossier patient informatisé à distance* » pour contrôler si la mesure est adaptée.

A l'échelle des unités, la couverture médicale est trop faible et les délais pour qu'un patient puisse rencontrer un psychiatre sont élevés. Selon les infirmiers diplômés d'Etat (IDE), beaucoup

---

<sup>6</sup> Autorisation d'en accueillir six, mais présence de deux à quatre d'entre eux au maximum.

de médecins n'ont ainsi le temps que de faire « *du médico-légal et des renouvellements de traitement* », sans pouvoir rencontrer leurs patients et leurs équipes aussi fréquemment qu'ils le voudraient.

A titre d'exemple, l'unité Carpe Diem, qui compte trente lits, ne bénéficie que d'un praticien hospitalier (PH) à 0,5 ETP et d'un médecin associé à 0,3 ETP. Le planning du mois de février 2021 ne prévoit que treize demi-journées de présence du PH, seul titulaire de la plénitude d'exercice (dont trois samedis matin).

### RECOMMANDATION 1

Les effectifs de médecins doivent être abondés pour permettre la présence effective de psychiatres dans les unités, répondre aux besoins de soins des patients et faire vivre les politiques de service des unités en lien avec les cadres de santé.

Le personnel non-médical (PNM) représente environ 580 agents :

- les cadres de santé sont au complet mais du fait du congé maladie de la cadre de Carpe Diem, celle de Petit Prince assure l'encadrement des deux unités au risque d'un épuisement professionnel. Par ailleurs, le poste transversal de cadre supérieur chargé de la qualité est vacant et publié, en attente de candidature. Les missions assurées n'ont pas pu être toutes suppléées par le second cadre supérieur en raison de la crise sanitaire.
- s'agissant des infirmiers diplômés d'Etat le constat est partagé. Dans certaines unités comme Ellipses ou Carpe Diem les équipes soignantes sont au complet et ne connaissent pas d'absentéisme important tandis que dans d'autres, les postes vacants exposent, là encore, les agents à une surcharge de travail délétère comme à Méridiens où manquent deux IDE. Le recrutement est difficile, surtout dans les unités de Brienne ;
- les aides-soignants (AS) sont suffisamment nombreux ;
- la direction ne rencontre pas de difficulté à recruter des agents des services hospitaliers (ASH) ;
- parmi les autres PNM, un ergothérapeute et un assistant social font défaut et les psychologues sont en nombre légèrement insuffisant (absence à Ellipses, notamment) ;
- le personnel administratif et le personnel technique sont en nombre tout juste suffisant et il n'est plus possible de faire des efforts sur cette catégorie de personnel ;
- la direction et l'encadrement supérieur sont presque au complet à l'exception de la vacance d'un poste de cadre supérieur de santé à la direction des soins.

Par ailleurs, les effectifs attribués à chaque unité sont calculés sur la base du nombre de lits et du profil des patients. Cependant la prise en compte de la sévérité des pathologies et du niveau de dépendance et donc de soins qu'elles entraînent apparaît insuffisante. Ainsi Petit Prince, déjà en sous-effectif infirmier, prend-il en charge des patients très déficitaires nécessitant des changes réguliers et une aide dans tous les gestes de la vie quotidienne (toilette, repas, etc.).

## RECOMMANDATION 2

Le calcul des effectifs du personnel soignant affecté dans les unités doit davantage tenir compte de la sévérité des pathologies prises en charge et du degré de dépendance qu'elles entraînent.

Les horaires de travail sont les mêmes pour tous les soignants en intra hospitalier : 6h20-13h50 ou 6h40-14h10, 13h55-21h25, 21h08-6h30. Une équipe spécifique mixte avec la présence d'un homme dans chaque unité est affectée au travail de nuit tant à la CPA qu'à Brienne et elle est dirigée par un cadre de santé différent de celui des unités, qui n'exerce que la nuit.

Les transmissions se font à chaque changement d'équipe sur un temps relativement court, entre dix et quinze minutes. Il n'existe pas en revanche d'autre réunion régulière entre les équipes de jour et les équipes de nuit, de sorte que les pratiques peuvent différer entre le jour et la nuit et que les changements de politique dans les unités sont peu relayés en service de nuit. Par le passé, les personnels en service de nuit, effectuaient aussi un service de jour (deux semaines par an) pour harmoniser les pratiques et mieux partager avec les collègues de jour mais ce n'était plus le cas lors du contrôle. Concernant le travail de nuit, il existe néanmoins des réunions entre les agents de nuit et de jour (réunions pluridisciplinaires en présence du médecin et mixant les équipes), environ 2 fois par an.

En principe, en journée, les unités comptent deux IDE et deux aides-soignants le matin, le même effectif l'après-midi, auxquels s'ajoute régulièrement un IDE de journée. Le nombre d'IDE peut être plus important en fonction d'un accompagnement extérieur ou d'une activité particulière. En service de nuit, les soignants sont mutualisés par clinique : deux IDE et deux aides-soignants sur chacune, sachant qu'il arrive parfois qu'il n'y ait qu'un IDE par clinique.

Les cadres des unités se réunissent tous les vendredis pour gérer l'absentéisme et organiser les transferts de personnel entre unités.

L'absentéisme est globalement maîtrisé et le personnel plutôt fidèle, sauf pour les IDE dont le *turn-over* progresse.

### 2.3.2 Dialogue social

Le dialogue social est présenté comme constructif par la direction et les instances sont régulièrement tenues. Les organisations syndicales sont représentées à la CME et aux comités de retour d'expérience (CREX) et sont très associées à la commission des usagers (CDU).

Les contrôleurs ont rencontré une représentante du syndicat majoritaire. Les principales préoccupations portent sur la pénurie de psychiatres, les insuffisances de la ligne de garde des médecins, l'abandon des réunions soignants-soignés, l'effectif paramédical trop faible en service de nuit. Les représentants du personnel militent pour la mise en place de la supervision et regrettent le fait qu'il n'y ait plus de cadre de santé en charge de la qualité.

### 2.3.3 Gestion des manquements professionnels

Les manquements professionnels, voire les maltraitances, sont rares et prises en compte par la direction. Les contrôleurs n'ont pas constaté d'*omerta* en la matière ; au contraire il est possible d'aborder le sujet très librement avec les professionnels.

Les manquements éventuels (des gestes ou postures inadaptés, le plus souvent) font l'objet de remontées par les cadres de santé par comptes rendus écrits, ou par des pairs par le biais de

fiches d'événements indésirables. Ils font l'objet d'un suivi attentif et de réponses adaptées, parfois disciplinaires.

Une exclusion temporaire des fonctions de deux ans a été prononcée il y a quelques années à l'encontre d'un soignant pour des faits de maltraitance. A son retour, l'intéressé a été réaffecté dans une autre unité de l'EPSMA et la cadre de santé de cette unité a été sensibilisée à la situation particulière de cet agent. La direction a par ailleurs demandé à la cadre de rédiger régulièrement des rapports sur sa manière d'exercer ses fonctions.

### 2.3.4 Formation

Les nouveaux arrivants, dont certains n'ont jamais exercé en psychiatrie, se voient proposer une visite de l'établissement, une doublure d'une durée variable selon le poste (jusqu'à quinze jours pour certains IDE, jusqu'à huit jours pour les aides-soignants) et le soutien d'un tuteur. En outre, l'institution organise pour eux, une fois par an, une journée d'accueil et de découverte et leur remet un livret d'accueil. Des entretiens à un puis trois mois après l'entrée en fonction sont proposés par l'encadrement afin d'évaluer l'intégration du soignant dans l'équipe et ses besoins. Aucune formation n'est imposée aux nouveaux venus mais ils sont fortement incités à s'inscrire dans une démarche d'adaptation aux fonctions en suivant certaines formations fondamentales (savoirs de base en psychiatrie, droits des patients, entretien motivationnel, gestion des conflits – Omega, etc.). Enfin, quelques IDE ont bénéficié d'un parcours découverte, avec deux ou trois jours de doublure avec un IDE « senior » dans d'autres unités, ce qui semble particulièrement judicieux.

La formation continue, plutôt investie jusqu'en 2019, est très réduite depuis l'apparition de la pandémie de Covid-19. Les formations à la sécurité incendie et Omega étaient obligatoires, tandis que l'offre de formation était pléthorique. Lors du contrôle, elle était limitée à quelques formations, notamment car le site ne dispose d'aucun formateur interne : se rendre à Troyes ou faire venir sur site des intervenants extérieurs est beaucoup plus compliqué en période de confinement, même pour des formations dans le domaine du soin. Parmi les formations maintenues, peuvent être citées des formations à la bientraitance, à la désescalade, aux droits du patient, à la contention, notamment pour les soignants d'Ellipses (formation dispensée par la société commercialisant ce matériel – cf. *infra* § 8.2). Aucune n'est plus obligatoire et intégrée au planning de service, compte-tenu du contexte sanitaire. Par ailleurs, des formations envisagées en 2020 ont dû être annulées (notamment celle relative aux droits des patients en SSC, à destination du personnel administratif du bureau des entrées et des administrateurs de garde en charge de signer les décisions de soins sur décision du directeur de l'établissement - SDDE).

L'avenir immédiat semble s'éclaircir avec le retour annoncé de certaines formations obligatoires et l'ambition d'ouvrir une nouvelle formation à la suite de la réforme de l'isolement et de la contention et du contrôle de ces mesures par le JLD, réforme applicable au 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Pour autant, les soignants rencontrés ne se plaignent pas du manque de formation ; ils s'estiment surtout privilégiés par rapport à leurs collègues exerçant en CH général par temps de crise sanitaire.

## 2.4 UN HOPITAL DONT L'ACTIVITE INTRA HOSPITALIERE SE DENSIFIE ET DANS LEQUEL 28 % DES PATIENTS SONT EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Lors de la précédente visite du CGLPL, l'EPSMA comptait 200 lits de psychiatrie à temps plein (150 à Brienne et 50 à Troyes)<sup>7</sup>. En février 2021, il n'en comptait plus que 151 (105 à Brienne et 46 à Troyes). Cette réduction est la conséquence de la désaffectation des anciennes unités de Brienne, érigées dans les années 1950, de la construction en 2012-2013 de quatre nouvelles unités à capacité légèrement moindre et de la fermeture de l'unité « Les Charmilles » en 2018.

La direction de l'EPSMA dans son courrier en retour apporte le commentaire suivant : « *La réduction du nombre de lits est avant tout la conséquence d'un choix voulu et promu par le corps médical dans son projet médical 2013-2017 et le projet d'établissement de l'époque.* »

L'hôpital n'est pas en suroccupation mais proche de la saturation. Pour 151 places en psychiatrie, il accueillait 142 patients le 5 février 2021, soit 94 % d'occupation. Les chiffres sont en hausse régulière ces dernières années pour la psychiatrie adulte : 88 % en 2019 et 91 % en 2020. Selon certains médecins rencontrés, cette situation proche de la saturation est liée à des admissions « *trop faciles* » dans les unités de Troyes, sous la « *pression des urgences* ». Le lien est également fait avec la baisse du nombre de lits d'addictologie et de gériatrie au CH de Troyes. Les contrôleurs ont aussi constaté que les durées moyennes de séjour comme d'hospitalisation augmentent (+ 17 % en un an), contribuant à cette saturation. Toutes unités confondues, la durée moyenne de séjour (DMS) s'établit à quarante-cinq jours pour les adultes et seize jours pour les enfants, et la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) s'élève à soixante-quatre jours pour les adultes et vingt-sept pour les enfants.

Les patients de l'EPSMA proviennent majoritairement des urgences du CH de Troyes (cf. *infra* § 7.1) mais certains autres sont adressés à partir des CMP. Les accueils directs en provenance des EHPAD sont possibles également. Une partie des patients en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) provient par ailleurs d'autres hôpitaux : unités pour malades difficiles, unité hospitalière spécialement aménagée, etc.

Lorsque l'admission à l'EPSMA est décidée, le parcours classique du patient est d'intégrer l'unité 72 heures (dite UP72) ou l'unité de courte durée, toutes deux à Troyes. Par exception, si aucune de ces unités ne dispose de place, l'admission est effectuée directement à Brienne, en principe aux Méridiens. L'une des cadres de santé, positionnée à Troyes, gère les lits et affecte les patients en fonction des places et de leur pathologie. Si le patient a un profil déficitaire, par exemple, la cadre peut orienter directement le patient dans une unité de moyenne ou longue durée à Brienne, en lien avec le cadre de l'unité en question, et après accord du psychiatre concerné. Le fonctionnement ainsi décrit par les professionnels est assez théorique. En réalité, de nombreuses admissions directes dans les unités de Brienne sont effectuées. Ainsi, sur les vingt-neuf patients admis en SSC entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 6 février 2021 dans les quatre unités de Brienne, les admissions en provenance des urgences sont de loin les plus importantes (dix-huit patients) alors que les admissions en provenance des unités de court séjour de Troyes sont minoritaires (quatre au départ de l'UP72 et deux au départ de l'unité de courte durée)<sup>8</sup>.

<sup>7</sup> Rapport de la première visite, CGLPL, 2011, p. 7

<sup>8</sup> Les cinq derniers patients ont été adressés par un CMP, un médecin de ville, ou encore relèvent d'un changement de statut (passage de soins libres à SSC).

Même si les cadres de santé sont de plus en plus obligés de « jongler pour trouver des lits » disponibles, chaque unité a une vocation en principe bien définie :

- l'UP72 accueille les patients en provenance de l'extérieur, pour une observation et une prise en charge ne dépassant pas soixante-douze heures ;
- l'unité de courte durée (UCD) accueille les patients en provenance de l'extérieur, non déficitaires, pour une durée maximale d'un mois. Sont exclus les personnes de plus de 65 ans révolus, les détenus et les patients hospitalisés sous le régime de l'article L. 122-1 du code pénal. 80 % des patients sont adressés par le service des urgences du CH de Troyes. Les patients sont transférés dans une unité de plus long séjour, à Brienne-le-Château, si ce délai d'un mois est dépassé ;
- l'unité Ellipses est en principe réservée aux seuls patients de plus de 65 ans souffrant de troubles autistiques légers ou dépressifs. Elle en admet néanmoins de plus jeunes sous réserve de l'accord des médecins et en fonction de leur projet de sortie (orientation en EHPAD principalement) ;
- l'unité Méridiens est une unité destinée aux patients nécessitant un bilan clinique et social après un séjour à l'UCD ou en cours de décompensation. Ce sont en général des patients nécessitant une hospitalisation de quelques mois mais présentant déjà des possibilités de sortie, préférentiellement des patients en SSC et les patients détenus. Si l'UP72 et l'UCD sont pleines, elle constitue en outre l'unité d'admission des nouveaux patients ;
- l'unité Carpe Diem accueille des patients au long cours, mais avec une perspective de sortie à moyen terme, ou même en attente de place. Plusieurs patients sont déjà sortis de l'hôpital mais y sont revenus suite à l'échec d'un premier projet ;
- l'unité Petit Prince héberge plus spécifiquement des patients psychotiques présentant de sévères troubles du comportement à l'évolution déficitaire, entraînant un haut degré de dépendance et nécessitant de soins de longue durée. Curieusement, elle sert aussi régulièrement de sas pour des patients nouvellement admis en attente d'une place dans une unité adaptée à leur pathologie qui se trouvent ainsi fortement inquiétés voire déstabilisés par ces tableaux cliniques, d'autant que leur séjour peut durer deux à trois semaines.

### RECOMMANDATION 3

Les patients admis en hospitalisation complète doivent être adressés dans une unité correspondant à la pathologie dont ils souffrent et ne pas être plongés dans un environnement susceptible de majorer leurs troubles.

Le 5 février 2021, l'EPSMA comptait quarante patients en SSC (soit 28 % des patients). Ils se répartissaient comme suit :

Localisation	Unité	Lits	Nombre de patients (05.02.21)	Taux d'occupation			DMH (2020)	Nombre de patients en SSC (05.02.21)
				Au 05.02.21	Moyenne 2019	Moyenne 2020		
Troyes	UP72	8	7	88 %	74 %	78 %	5 jours	1
	UCD	32	32	100 %	89 %	96 %	31 jours	15
	UHM	6	6	100 %	63 %	86 %	27 jours	0
Brienne	Carpe Diem	30	29	97 %	97 %	86 %	176 jours	5
	Petit Prince	25	18	72 %	83 %	89 %	125 jours	3
	Méridiens	25	25	100 %	94 %	98 %	89 jours	13
	Ellipses	25	25	100 %	92 %	96 %	67 jours	3

Parmi les quarante patients en SSC, on dénombre douze patients en soins à la demande d'un tiers (SDT), douze autres en soins à la demande d'un tiers en urgence (SDTU), sept en soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), six en soins pour péril imminent (SPI), et trois sur décision judiciaire à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale sur la base de l'article L. 122-1 du code pénal. Les contrôleurs ont remarqué qu'il n'était pas fait un usage excessif de la procédure de péril imminent comme ils le constatent souvent dans d'autres établissements. Néanmoins, les patients en SPI demeurent longtemps sous ce statut, ce qui signifie que la plupart du temps il n'y a plus de recherche de tiers après l'admission.

Sur les vingt-neuf patients admis en SSC entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 6 février 2021 dans les quatre unités de Brienne, la grande majorité l'ont été sur décision du directeur (treize hommes et douze femmes, pour quatre SDRE hommes) ; le statut d'admission le plus utilisé est « l'urgence » (quatorze patients), suivi du SDT « classique » (six patients) et enfin des SPI (cinq patients). Sur ces vingt-neuf patients, onze ont vu leur mesure de SSC levée dans un délai inférieur à trois semaines<sup>9</sup>, dont quatre avec un maintien en soins libres.

## 2.5 LES REFLEXIONS DU COMITE D'ETHIQUE, ORIENTEES VERS LES DROITS DES PATIENTS

Au niveau des hôpitaux Champagne Sud, la création d'un comité éthique de groupement a été initiée dès 2018. Deux réunions de ce comité d'éthique, animées par la directrice adjointe des HCS, ont été organisées en 2020 et en janvier 2021, les missions de cet espace de réflexion ont été définies comme n'ayant pas pour vocation à se substituer aux comités d'éthique des établissements composant les HCS mais à les compléter sur certains sujets transversaux et, possiblement, à mener des travaux conjointement. Les comités d'éthique de chaque établissement gardent ainsi une autonomie de fonctionnement, tandis que des actions communes peuvent être envisagées.

Au niveau de l'EPSMA, conformément à la charte éthique adoptée en juin 2016, le comité d'éthique, qui depuis sa mise en place compte neuf personnes, se réunit trois fois par an et organise une conférence éthique tous les deux ans. Les thématiques abordées sont choisies après diffusion d'une note d'intervention sollicitant l'ensemble du personnel afin de remonter les problématiques rencontrées dans leur pratique. De même, la direction des soins est saisie pour proposer des sujets.

<sup>9</sup> Une SDRE et une SDT à 24 heures – une SDT à 28 heures – une SDT à 3 jours – une SDT à 5 jours – une SDTU à 6 jours – une SPI à 7 jours – une SDRE à 8 jours – une SDTU à 14 jours – une SPI à 18 jours et une SPI à 20 jours.

Les sujets abordés lors des dernières réunions montrent une attention portée sur les questions liées au respect des droits des patients dans les pratiques de soins. A titre d'exemples, sont

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

### 3.1 UNE INFORMATION INSUFFISANTE POUR LES PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT

Cette information est susceptible d'être faite par la remise du livret d'accueil ou du règlement intérieur au sein de chaque unité, par affichage, par la remise de la décision d'admission, par la notification des droits et celle concernant les recours dont dispose un patient et par les explications fournies à l'occasion de l'arrivée d'un patient en soins sans consentement (SSC).

#### 3.1.1 Information générale sur les droits

##### a) *Le livret d'accueil de l'EPSMA*

Ce livret est supposé être remis à tous les patients dès leur arrivée, qu'ils soient en soins libres (SL) ou en SSC. En réalité, s'il est remis dans certaines unités, ce n'est pas le cas de toutes.

A Petit Prince, il n'est remis qu'aux patients en « admission » (de passage dans l'attente d'une admission dans une autre unité), mais pas aux patients très déficients, ne sachant pas lire ou ne parlant pas. Les soignants redoutent que les patients ingèrent ces documents. Le livret d'accueil devrait alors être remis aux tuteurs de ces patients déficients : s'agissant du service des tutelles de l'établissement la question ne se pose pas ; s'agissant des autres tuteurs ou curateurs, la remise du livret d'accueil devrait être prévue et tracée dans le dossier du patient. Dans l'unité Ellipses, le livret est remis aux patients apaisés et à ceux qui ne sont pas considérés comme séniles. Comme pour les patients du Petit Prince, ce livret devrait être remis soit aux tuteurs soit aux familles. A l'UHM, il n'est remis ni aux mineurs ni à leurs parents.

Par ailleurs, ce livret est assez pauvre en informations et peu facile à lire voire à comprendre. Plus qu'un livret, c'est un ensemble de feuillets agrafés entre eux par rubriques.

La présentation générale de l'établissement est indigeste, sans précision sur les missions sectorielles et intersectorielles énumérées. La distinction entre SL et SSC est confuse. De même, la présentation des SSC manque de clarté. La référence aux certificats des 24 et 72 heures et au JLD n'est faite que pour la rubrique relative aux SDRE, laissant ainsi penser que ces obligations et ce droit ne concernent pas les SDDE. Quelques informations « utiles et pratiques » sont données sans que des numéros de téléphones ne soient fournis. De même ce document annonce en annexe la liste des représentants des cultes, mais il n'y a pas d'annexe.

Sont joints un certain nombre de documents : l'arrêté de l'ARS désignant les personnes qualifiées (peu lisible et non commenté), un document sans titre, dont la lecture permet de comprendre qu'il s'agit sans doute d'une demande d'accès au dossier médical d'une personne décédée dans l'établissement (la transmission d'un tel document dans le livret d'accueil n'est pas de nature à rassurer un patient admis au CH), un formulaire de demande d'accès aux informations médicales, un autre pour déposer une plainte, la charte de l'utilisateur en santé mentale, un document intitulé « PAQ CLIN 2018 » absolument incompréhensible pour le profane, de même pour celui intitulé « *indicateurs nationaux qualité et sécurité des soins* », la liste des membres de la commission des usagers accompagnée de quelques explications sur le dépôt de plaintes ou de réclamations, la dernière ligne étant en surimpression avec une autre ligne. Se trouvent également en annexe le questionnaire de satisfaction et deux formulaires à remplir pour faire part de ses directives anticipées.

#### RECOMMANDATION 4

Toute personne admise en hospitalisation doit disposer d'un livret d'accueil exposant clairement les règles de fonctionnement de l'hôpital et les droits et obligations qui la concernent, en des termes qu'elle peut comprendre et sur un support qu'elle peut conserver.

##### *b) Le règlement intérieur de l'EPSMA*

La seconde partie du règlement intérieur concerne l'accueil et l'admission des patients, les dispositions particulières à certains patients, les soins et informations sur les soins, les conditions de séjour.

Ce document paraît obsolète et incomplet. Ainsi les articles 70 et 73 font-ils état du régime de « l'hospitalisation d'office », à l'article 72 est présentée « l'hospitalisation sur demande d'un tiers » et l'hospitalisation pour péril imminent ou bien en urgence n'est pas abordée.

L'hospitalisation des détenus est prévue « systématiquement en chambre d'isolement » et leurs familles « ne sont pas informées du lieu de leur hospitalisation » (article 84). Ces dispositions portent atteinte aux droits fondamentaux et, pour l'isolement, ne sont pas compatibles avec les dispositions légales de 2016, manifestement postérieures à la rédaction de ce règlement.

#### RECOMMANDATION 5

Le règlement intérieur de l'hôpital doit être mis à jour.

##### *c) Le règlement intérieur des unités*

Chaque unité dispose d'un règlement intérieur ; ils sont sensiblement les mêmes de l'une à l'autre. Ces règlements sont affichés dans les parties communes aux unités et parfois dans le salon de visite. Le règlement intérieur propre à l'UHM est non seulement affiché dans l'unité mais également remis aux mineurs, comme les règles de vie.

##### *d) Les panneaux d'affichage*

On trouve un panneau d'affichage à l'entrée des deux parties communes des quatre unités d'hospitalisation de Brienne-le-Château.

Sur ces deux panneaux sont affichés de nombreux documents : la liste des membres de la CDU, la charte de la personne hospitalisée, une notice sur la personne de confiance, une note sur la laïcité, une note sur les directives anticipées, une autre sur les visites des familles, la liste des aumôniers des différents cultes, une note sur l'union nationale des familles et amis des personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM), une note sur l'association Entr'Aide. Ces informations sont utiles mais le cumul sur un seul et même tableau d'affichage rend le tout peu lisible.

### 3.1.2 Information des patients sur leurs droits spécifiques

A chaque admission en hospitalisation complète, il est remis au patient un livret d'accueil dans lequel sont décrits tous les droits spécifiques issus de la Loi n°2022-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé (ex : la participation aux soins, le respect de la personne, la désignation de la personne de confiance, les directives anticipées, la commission des usagers, le traitement des plaintes, des réclamations, des observations ou propositions, l'accès au dossier médical....). Par ailleurs, lors de chaque admission de patient sous

contrainte une notification des voies de recours lui est adressée, il est également précisé dans cette notification la possibilité de :

- Saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques :  
DT ARS10 - Cité Administrative des Vassaulles B.P 763 - TROYES CEDEX
- Se pourvoir sur simple requête auprès du Procureur de la République de TROYES.
- Se pourvoir sur simple requête devant le Tribunal judiciaire – Juge des Libertés et de la Détention, 83 rue Général de Gaulle à TROYES.
- Saisir le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté :  
16/18 quai de la Loire, BP 10301, 75921 PARIS CEDEX 19
- Saisir la Commission des Usagers (CDU) :  
Monsieur le Président de la CDU, 3 avenue de Beaufremont, 10500 Brienne le Château
- Prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de votre choix.

Les droits du patient en SSC doivent être portés à sa connaissance dès l'admission dans un document officiel avec la précision que ces droits peuvent s'exercer à tout moment. Ce document doit être différencié du livret d'accueil et remis au patient.

#### RECOMMANDATION 6

Lors de son admission, un patient en SSC doit se voir notifier tous ses droits, dans un document laissé à sa disposition et indépendant du livret d'accueil

La décision d'admission ou de maintien en SSC est transmise par le bureau d'admission au secrétariat de l'unité qui la remet, accompagnée de l'acte de notification, aux IDE par l'intermédiaire du cadre de santé de l'unité concernée. Ce sont dans toutes les unités les IDE qui notifient, commentent les décisions d'admission et font signer l'acte de notification, sans que chacun ait eu une formation en ce sens. A défaut pour le patient de pouvoir ou vouloir signer le document, deux IDE par leur signature attestent de cette impossibilité ou bien du refus.

La procédure de notification varie selon les unités : dans certaines, la décision n'est pas laissée au patient pas plus que l'acte de notification, dans d'autres n'est remise que la décision, dans d'autres le certificat médical n'est jamais laissé, ou laissé à la demande, ou alors les documents ne sont remis qu'en fonction de l'état du patient. Il n'y a qu'une unité dans laquelle sont remises la décision, l'acte de notification et le certificat médical.

#### RECOMMANDATION 7

Les décisions d'admission ou de maintien en SSC doivent être remises aux patients, ainsi que les certificats médicaux qui les fondent et les actes de notification les concernant.

Pour les patients qui souhaitent avoir accès à leur dossier médical, il est mis à leur disposition un formulaire de « *demande d'accès aux informations médicales* » dans le livret d'accueil.

## 3.2 LES EVENEMENTS INDESIRABLES : UN PROTOCOLE DE QUALITE, MAIS EN DESHERENCE DEPUIS UNE ANNEE

### 3.2.1 La procédure de recueil et d'analyse des événements indésirables

#### a) *Le recueil des événements indésirables*

Le même logiciel relatif à la qualité est utilisé dans tous les établissements des HCS, accessible à l'ensemble du personnel afin de lui permettre notamment de signaler tout incident au travers d'une fiche d'événement indésirable (FEI).

La FEI est établie à partir d'un document très détaillé à renseigner sur ce logiciel. Cette FEI est ensuite envoyée informatiquement à la direction du CH, à la direction qualité, à la CME, au cadre de santé, au chef de pôle. La déclaration peut être anonyme.

Tous les personnels de toutes les unités de l'EPSM de l'Aube sont familiarisés avec l'utilisation de ce logiciel. L'examen de l'origine des FEI sur les six derniers mois de 2020 permet de constater qu'elles proviennent de toutes les unités et de toutes les catégories de personnel, aussi bien soignants, que médecins, personnel administratifs ou techniques. Le processus est donc parfaitement intégré à la culture de l'établissement.

#### b) *Analyse des événements indésirables*

##### i) Le comité de retour d'expérience (CREX)

Le CREX est composé de représentants des médecins, des soignants, des cadres de santé, du personnel, et du responsable qualité. Il comporte deux formations : le CREX clinique et le CREX professionnel (sur les risques professionnels).

C'est le CREX qui procède à l'analyse des FEI. Chaque FEI ne donne pas lieu à un retour d'expérience ; elles sont trop nombreuses. Ne sont retenues que les plus significatives ou encore des FEI portant sur le même type d'événements.

En 2019 treize retours d'expérience ont eu lieu, en 2020 uniquement deux. Le CREX ne se réunit plus depuis mars 2020, du fait de la crise sanitaire mais également de la vacance de poste du cadre supérieur de santé en charge de la qualité. Cette vacance de poste interroge certains soignants sur l'intérêt de rédiger des FEI désormais : « à quoi ça sert ? ».

La direction répond que Les FEI sont toujours prises en compte et suivies par les cadres de proximité, les cadres de pôles, les médecins et la direction.

### RECOMMANDATION 8

Le comité de retour d'expérience doit se réunir à nouveau.

##### ii) L'analyse des FEI

Le nombre de FEI signalées a été de 697 en 2019 (contre 545 en 2018 et 648 en 2017).

Il est logiquement constaté que ce sont les professionnels de santé en charge directe du patient qui établissent le plus grand nombre de FEI (55 % d'entre elles émanent des IDE en 2019, 14 % des cadres de santé et 11 % des aides-soignants).

Les sujets les plus fréquemment abordés dans les FEI concernent le parcours du patient (19 %), la gestion des ressources humaines (18 %), la sécurité des biens et des personnes (16 %), le droit des patients (8 %) et la qualité de vie au travail (7 %).

Les événements indésirables sont classés en fonction de leur criticité (gravité et fréquence) selon trois niveaux. Le niveau 1, le plus faible, concernait 29 % des FEI en 2019, le niveau 2 portait sur 48 % des fiches et le niveau 3, le plus grave, représentait 23 %. Depuis 2017, le nombre d'événements de criticité 3 diminue (de même que ceux de niveau 2 au profit du niveau 1).

### iii) L'analyse des retours d'expérience (REX)

Peu de FEI donnent lieu à un retour d'expérience : sont prioritaires les FEI portant sur les faits les plus graves associés à un risque de criticité le plus élevé.

En 2019 treize REX ont été publiés : sept sur la prise en charge médicamenteuse, trois sur le parcours du patient (dont deux à la suite du décès du patient), deux sur le droit des patients et un relatif à des violences contre un agent. Ces REX concernaient l'unité Ellipses à six reprises, l'UCD et Petit Prince à deux reprises chacune, et la pharmacie à une reprise.

Huit REX ont été abandonnés.

## 3.2.2 Le traitement des réclamations et des plaintes des patients

### a) Les réclamations

Les documents remis aux patients lors de leur arrivée les informent de leur droit – et celui de leur famille – de déposer des réclamations et des plaintes.

Les réclamations sont adressées à la direction de l'établissement qui en accuse réception.

Si cette réclamation porte sur un sujet très secondaire, le patient est informé qu'elle est transmise immédiatement au service compétent pour règlement ; elle est également transmise au tuteur si la personne est sous un régime de protection juridique.

Dans les autres cas, la règle est de transmettre la réclamation à la CDU (*cf. infra* § 4.1.2) et au responsable du service concerné pour traitement. Le patient est également invité à solliciter un entretien avec le médiateur, médical ou bien non médical selon la nature de la réclamation. Il est en outre informé qu'il peut se faire assister par un représentant des usagers et qu'à cette fin il peut contacter l'UNAFAM dont les coordonnées lui sont données. Le médiateur et l'UNAFAM reçoivent copies de la réclamation et de la réponse.

Celles-ci sont examinées en CDU qu'il y ait eu médiation ou non. Elles sont alors anonymisées. La CDU émet un avis sur la réclamation.

En 2020 la CDU a examiné des demandes de patients à dix-sept reprises, correspondant non pas à dix-sept réclamations mais à beaucoup moins car l'examen des réclamations est régulièrement reporté de CDU en CDU dans l'attente d'une médiation ou d'un règlement en interne. Certains patients font en outre des réclamations récurrentes pour les mêmes faits. Chaque réclamation reçoit néanmoins toujours une réponse.

### b) Les plaintes

L'établissement a l'obligation en application de l'article 40 du code de procédure pénale de porter à la connaissance du parquet toute infraction commise au sein de l'établissement. Le dossier est suivi directement par la direction.

Ces plaintes sont rares, deux en trois ans : l'une concernait un soignant très intrusif (plainte classée par le parquet mais ayant donné lieu à une procédure disciplinaire), l'autre à la suite de violences d'un soignant contre un patient (dépôt de plainte du tuteur et procédure disciplinaire engagée en parallèle).

### 3.3 LA PERSONNE DE CONFIANCE, UNE NOTION CONSIDEREE COMME SECONDAIRE

Quelques informations sur la personne de confiance sont données aux patients dans le livret d'accueil et par voie d'affichage à l'entrée des unités. Il n'y a pas de circulaires internes à l'attention des soignants sur ce sujet, ni de formation spécifique.

Dans certaines unités la notion semble comprise par les soignants ; dans d'autres il s'agit d'un non-sujet. Lors de l'admission, ce sont les IDE qui informent les patients sur le concept de personne de confiance et leur posent les questions relatives à celle-ci.

Sur les 142 patients de l'EPSMA lors du contrôle, 52 avaient désigné une personne de confiance, certaines désignations étant intervenues en urgence à l'annonce du contrôle (document signé la semaine précédant le contrôle alors que les patients étaient hospitalisés depuis plusieurs mois, voire plusieurs années). Dans ces cinquante-deux cas, seules vingt et une personnes ainsi désignées ont répondu favorablement. La démarche est en outre incomplète car si elles sont connues des soignants et prévenues de certaines situations, les personnes de confiance ne peuvent accompagner le patient lors d'un entretien avec le psychiatre.

#### RECOMMANDATION 9

Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une formation des soignants, leur mobilisation et une uniformisation des pratiques par la diffusion de directives internes.

Par ailleurs, le livret d'accueil informe utilement les patients sur la notion de directives anticipées. Des notes en la matière sont par ailleurs affichées dans certaines unités, et les soignants rappellent le sens de ce dispositif aux patients à l'admission où dès qu'ils sont en état de comprendre.

### 3.4 LE DROIT DE VOTE, UN NON-SUJET

Le droit de vote des patients n'est pas une préoccupation à l'EPSMA. Il peut arriver qu'un soignant indique à certains patients, à l'occasion d'un scrutin, que le vote par procuration est possible ou qu'une permission de sortie peut être accordée. Parfois un tuteur se manifeste afin qu'une procuration soit établie. Mais tout cela est exceptionnel et aucune organisation formelle n'est mise en œuvre pour faciliter le droit de vote des patients. Il n'a d'ailleurs pu être fourni aux contrôleurs qu'une note interne pour un scrutin de mars 2015, rien d'autre depuis.

#### RECOMMANDATION 10

L'exercice du droit de vote doit être facilité en anticipant l'établissement des procurations et l'inscription sur les listes électorales, en mettant en œuvre des autorisations de sortie pour les

patients en SSC et des accompagnements, le cas échéant. Des notes internes doivent être établies en amont avant chaque scrutin afin d'informer les patients et mobiliser les soignants.

### 3.5 UNE INFORMATION MODESTE ET INCOMPLETE SUR LES CULTES

Le livret d'accueil aborde rapidement les cultes et renvoie à une annexe pour connaître les coordonnées des différents aumôniers, mais l'annexe ne figure pas au livret. L'information est également transmise dans une note, noyée au milieu d'un panneau d'affichage.

A l'exception de l'aumônier musulman quelquefois sollicité, les soignants n'ont plus rencontré d'aumônier depuis bien longtemps. L'aumônerie catholique a indiqué par téléphone aux contrôleurs que leur absence résultait d'une consigne de la direction, donnée au premier confinement. Il serait attendu « *un signe de l'administration* » pour reprendre les visites.

Un office était par le passé célébré une fois par semaine, dans une chapelle aujourd'hui inutilisée. Les offices religieux ont lieu dorénavant dans une salle située à la Maison d'Accueil Spécialisée, elle permet l'accessibilité d'un plus grand nombre de patient à mobilité réduite. Les offices religieux ont naturellement été suspendus pendant les premières phases de confinement de la crise, conformément aux recommandations nationales.

#### RECOMMANDATION 11

Une information de qualité sur le droit et les moyens d'exercer le culte de son choix doit être mise en œuvre.

### 3.6 UNE PRISE EN CHARGE CORRECTE DES PATIENTS SOUS TUTELLE OU CURATELLE, PARTICULIEREMENT ATTENTIVE LORSQU'ELLE EST EXERCEE PAR LE SERVICE DE PROTECTION DES MAJEURS DE L'HOPITAL

Le nombre de patients hospitalisés en psychiatrie bénéficiant d'une mesure de protection juridique était au jour du contrôle de 81 sur un total de 142 patients. Le taux d'assistance juridique est donc élevé et dans certaines unités la quasi-totalité des patients est concernée (vingt-huit sur vingt-neuf à Carpe Diem et seize sur dix-huit à Petit Prince, par exemple). Les mandataires sont soit des associations tutélaires telle que l'union départementale des associations familiales (UDAF) ou encore l'association tutéaire de l'Aube (AT10), soit des tuteurs ou curateurs privés, soit le service *ad hoc* de l'établissement, dit service de protection des majeurs (SPM).

Les patients nécessitant une mesure de protection sont repérés par l'assistante sociale de l'unité si le poste est pourvu, ou bien par les soignants eux-mêmes : une demande est alors présentée au juge des tutelles qui désignera le mandataire. Les frais d'expertise (162 €) sont laissés intégralement à la charge du patient.

Le SPM est composé de trois personnes. Il est compétent pour l'EPSMA (MAS incluse) et un EHPAD au titre d'une convention. C'est le service qui est désigné par le juge des tutelles et non pas les mandataires elles-mêmes, ce qui permet d'assurer une continuité du service en cas d'absence de l'une d'entre elles. Les mesures sont réparties entre les trois préposées en fonction du lieu de domicile de la personne protégée ; ce service était en charge de 145 mesures lors du contrôle, dont 45 patients hospitalisés en psychiatrie. Le SPM était en charge, en ce qui concerne les patients en SSC, de treize tutelles et une curatelle.

Chaque semaine est versée sur le compte des patients relevant du SPM la somme de 15 euros dont le patient peut disposer auprès de la « banque des patients ». Des bons d'achats sont émis pour les dépenses particulières.

Selon les soignants la relation est facile avec le SPM et les mandataires de l'établissement sont présentes, connues des patients, assistent aux réunions de préparation à la sortie et participent aux audiences devant le JLD.

Les relations sont plus distantes avec les associations tutélaires, très difficiles à joindre selon les témoignages recueillis. Les relations avec les familles sont rares, nombre de patients étant isolés voire abandonnés.

### 3.7 L'IGNORANCE DES DROITS A LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE ET A LA PROTECTION DES DONNEES PERSONNELLES

La possibilité pour un patient de demander que son hospitalisation reste confidentielle vis-à-vis des tiers est abordée dans le livret d'accueil et le règlement intérieur de l'établissement. A l'exception d'une unité (Carpe Diem), les soignants connaissent l'existence de ce droit et abordent ce sujet à l'admission du patient. La confidentialité serait assez souvent demandée à l'unité UP72, très rarement ailleurs.

Cependant les standardistes rencontrées par les contrôleurs n'ont signalé aucune demande d'anonymat depuis des années. Aucune note interne n'existe sur le sujet. En outre, quand un interlocuteur demande au téléphone à communiquer avec un patient, « on passe l'unité », de sorte que la confidentialité ne peut être assurée.

#### RECOMMANDATION 12

Le droit à la confidentialité sur la présence à l'hôpital doit être porté à la connaissance des patients. Des modalités techniques doivent être mises en œuvre pour garantir ce droit aux patients qui en font la demande.

Aucune réflexion institutionnelle ne porte sur la protection des données personnelles des patients.

#### RECOMMANDATION 13

Le respect de la protection des données personnelles impose de mettre en place toute mesure permettant de limiter le traitement automatisé de données nominatives et de centraliser la gestion de leur sécurité.

## 4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

### 4.1 UN HOPITAL A L'ECOUTE DES USAGERS ET DE SES REPRESENTANTS MAIS LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES ABSENTE DEPUIS PLUSIEURS MOIS

#### 4.1.1 La commission départementale des soins psychiatrique

La dernière composition de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) a été arrêtée par le préfet le 25 janvier 2018. Ses membres, désignés pour trois ans, sont au complet ; toutefois en janvier 2021, le magistrat siégeant à la commission, également président du TJ de Troyes, cessa ses fonctions sans renouvellement possible, contrairement aux autres membres. En effet, aux termes de la loi du 23 mars 2019, les magistrats siégeant dans les CDSP ne sont plus remplacés à l'issue de leur mandat.

Normalement les visites de la CDSP sont annoncées et des affichettes disposées dans les unités, la CDSP ayant pour mission de visiter les établissements, recevoir les réclamations des patients et rencontrer ceux en faisant la demande, examiner la situation des patients dont les conditions sont réglementairement fixées.

S'il ressort des informations recueillies – tant auprès de l'ARS que du président de la CDSP – que cette commission s'est réunie deux fois en 2018 et deux fois en 2019, force est de constater que :

- en dépit d'une relance auprès de l'ARS, seul le procès-verbal de la réunion du 22 mars 2018 a pu être communiqué aux contrôleurs, réunion au cours de laquelle la commission a examiné dix dossiers de patients en SDRE qui n'ont pas appelé d'observations et vingt-trois dossiers de SDDE, dont un a donné lieu à demande d'informations auprès de l'EPSMA. Selon le président de la CDSP, 10 % des dossiers de patients « long cours » en programme de soins examinés en 2018 et 2019 ont pourtant donné lieu à demande d'explication ; pour plusieurs dossiers la CDSP a sollicité qu'il soit justifié de l'absence de consentement aux soins, demande à laquelle il a été répondu par une mainlevée de la mesure sans autre explication ;
- aucune réunion ne s'est tenue au cours de l'année 2020 ;
- la CDSP est très mal connue dans les unités, tant des soignants que des patients, lesquels paraissent ignorer qu'ils peuvent la saisir alors même que, dans certaines unités, les coordonnées de cette commission sont affichées ;
- les unités n'ont pas reçu la visite de la CDSP depuis 2018 ;
- selon le président de la commission, depuis la régionalisation de la gestion des SSC, la cadre en charge du service est débordée et n'est plus en capacité de suivre les dossiers.

**RECOMMANDATION 14**

La commission départementale des soins psychiatriques doit, dans le respect des dispositions de l'article L. 3222-5 du code de la santé publique, visiter régulièrement l'établissement et rencontrer les patients qui en font la demande. Ses visites et ses réunions doivent faire l'objet de comptes rendus détaillés, diffusés au sein de l'établissement, afin qu'elle exerce pleinement son rôle de garante des droits et de la dignité des personnes suivies en soins sans consentement. Les demandes ou préconisations qu'elle formule doivent faire l'objet d'un suivi rigoureux par l'agence régionale de santé.

**4.1.2 La commission des usagers**

La CDU, composée du directeur de l'établissement, de deux médiateurs (un psychiatre et un cadre de santé), de deux représentants des usagers (désignés pour trois ans par l'ARS sur proposition des associations) et du responsable qualité, veille au respect des droits des patients et facilite leurs démarches. Au niveau de l'EPSMA, cette commission se réunit une fois par trimestre ; une CDU existe également au niveau des HCS mais la psychiatrie y est moins représentée, voire méconnue. Pour les représentants des usagers, seule l'UNAFAM est présente au sein de la CDU.

Les représentants des usagers rencontrés par les contrôleurs considèrent « avoir toute leur place » au sein de la CDU. Une fiche « *réclamation et plainte* » a d'ailleurs été élaborée en concertation entre eux et le président de la CDU, remise lors de l'admission ou à la demande. Tout courrier adressé à la direction, ainsi que les événements indésirables et plaintes (cf. *supra* § 3.2) y sont examinés lors de la CDU, selon un tableau préparé par l'administration. Si, au cours de la réunion, aucune demande d'information supplémentaire n'est faite, le dossier est classé ; dans le cas contraire des recherches complémentaires sont proposées et le dossier laissé en attente de la réponse.

Le président de la CDU indique pour sa part que la liberté de parole s'est améliorée tout comme la qualité de l'information. Il estime ainsi que la crise sanitaire a été un élément positif, les représentants des usagers ayant été constamment informés et ayant pu percevoir qu'ils étaient considérés, entendus et suivis dans leurs demandes. La CDU comprend désormais en seconde partie de séance des questions diverses, permettant aux représentants des usagers d'être informés de tout changement ou nouveauté et d'aborder de nombreux sujets, le dernier en date portant sur la question de savoir si un patient en programme de soins peut ou non poursuivre une activité professionnelle.

Quand une proposition de médiation est faite, les représentants des usagers peuvent accompagner le patient ou la famille s'ils en ont fait préalablement la demande. Ils jouent ainsi un rôle de conseil auprès du patient et des familles et interviennent pour faire remonter les difficultés auprès de l'établissement. Deux à trois fois par mois l'UNAFAM tient une permanence sur le site de Troyes. En 2019 cette association a mis en place au niveau départemental un groupe de parole sur la bipolarité.

Une plaquette de l'UNAFAM est affichée dans certaines unités et cette association est connue d'une partie des soignants et des patients. Néanmoins, les représentants des usagers ne se rendent pas dans les unités, ce qui limite les possibilités de rencontres spontanées alors que les patients peuvent avoir des difficultés pour les contacter.

### 4.1.3 Les questionnaires de satisfaction

Dans le livret d'accueil figure un questionnaire de satisfaction<sup>10</sup> que les patients sont censés remplir à la fin de leur séjour dans l'établissement. Les IDE sont incités à solliciter le patient à cette fin. Une fois recueillis, les documents sont saisis par le service qualité qui fait l'analyse des différentes réponses en vue d'une information des membres de la CDU.

En 2019, 225 questionnaires de satisfaction ont été retournés à l'établissement dont 203 pour les hospitalisations, soit environ un quart de la file active. Le taux de réponse reste faible mais devrait être en augmentation en 2020 (chiffre non encore connu au moment du contrôle) compte tenu de la communication faite dans les différentes unités.

Le questionnaire balaie l'ensemble des aspects de la vie quotidienne durant l'hospitalisation, y compris la relation avec le personnel soignant et la qualité des soins. Les résultats de l'analyse faite pour l'année 2019 sont positifs, les patients se déclarant globalement satisfaits – voire très satisfaits – sur la quasi-totalité des thèmes interrogés. La principale, pour ne pas dire seule, insatisfaction signalée a trait au manque d'activités, insuffisance à laquelle il n'a pu être remédié en raison, selon la responsable qualité, d'un problème budgétaire, ce qui semble contradictoire avec les informations données par les responsables du budget (cf. 2.2).

La direction de l'EPSMA dans son courrier en réponse précise que : « *La politique médicale de soins n'a pas pour orientation de proposer une occupation permanente des patients. Des espaces transitionnels sans activité sont nécessaires pour que chaque patient élabore son projet personnel pour lui permettre un investissement en dehors de l'établissement le cas échéant. Pas de problème budgétaire associé* »

L'observation faite par l'EPSMA n'est pas de nature à remettre en cause le constat fait par les contrôleurs qui se limite à retranscrire le sentiment des patients sur leur prise en charge.

## 4.2 LE REGISTRE DE LA LOI, RENSEIGNE SANS RETARD MAIS COMPORTANT QUELQUES OMISSIONS

Lors de la visite de 2011 chaque site avait son propre livre de la loi. Lors du contrôle de 2021, la gestion des soins sans consentement est centralisée au bureau des entrées à Brienne, en ce compris le livre de la loi, document unique regroupant les SDRE et les SDDE.

Les registres sont tenus sur un modèle normalisé : livres cartonnés format A2, composés de 100 feuillets doubles correspondant pour chacun à un patient, renseignés par date d'admission dans l'établissement. Les registres sont paraphés par le maire sur la page de garde. Ils ne portent aucun visa hiérarchique bien que régulièrement vérifiés par le responsable du service des admissions. Ils sont en revanche visés par les membres de la CDSP lors de leurs visites, soit pour les dernières les 8 septembre 2016, 20 septembre 2017 et 20 décembre 2018, date à laquelle le président de la CDSP a demandé que soient insérés les dispositifs des décisions du JLD et la copie des ordonnances. Les derniers visas du procureur de la République et du préfet remontent respectivement au 29 juillet et au 31 août 2016.

Les registres ne sont pas dématérialisés. Tous les documents sont collés en format A4 et quand les suivis se font sur le long terme tous les écrits sont glissés dans une pochette elle-même

---

<sup>10</sup> Questionnaire existant tant pour les personnes hospitalisées que pour celles suivies en extra hospitalier, mais également pour les proches (document qui semble toutefois ne pas être connu des représentants des usagers) et pour les mineurs (document établi par l'UHM et analysé en interne de cette unité).

intégrée à la page du patient concerné, le tout occasionnant un volume du registre tel qu'il est difficilement manipulable et donc consultable.

Les contrôleurs ont plus particulièrement examiné le registre en cours, ouvert le 5 août 2020 mais dont la première admission (folio 1) date du 1<sup>er</sup> janvier 2021. Le registre est tenu sans retard, dans les 24 ou 48 heures de l'admission (le mardi 9 février à 10h40 ne manquait que l'inscription d'un patient entré le samedi 6 février). Pour chaque patient y sont transcrites son identité, la date de son admission, la nature de l'admission avec, quand il y a lieu, l'identité du tiers et copie de la demande, l'autorité ayant prononcé la mesure, la décision de protection juridique, l'identité du mandataire et la copie du jugement, la date d'audience et celle de l'ordonnance du JLD ainsi que nature de la décision, les autres formes de prise en charge et la date de levée de la mesure. En outre, sont reproduits les décisions et arrêtés d'admission, de maintien, de levée, les ordonnances du JLD, le document sur la recherche du tiers pour les patients en péril imminent, tous les certificats médicaux établis au cours de la prise en charge (certificats initiaux, ceux des 24 et 72 heures, les avis motivés, les mensuels, les programmes de soins, les certificats de levée). En revanche, ne sont pas mentionnées les dates de notification des différentes décisions (sauf quand il s'agit d'un arrêté du préfet), des droits, voies de recours et garanties contrairement aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique (CSP).

### RECOMMANDATION 15

Le registre de la loi doit mentionner, conformément aux dispositions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, les dates de notification des décisions d'admission, de maintien de la mesure ou de changement de forme de prise en charge (passage en programme de soins) ainsi que celles de notification des droits et voies de recours.

Avant la fin de la visite, l'agent en charge de la tenue du registre s'est attelé à compléter les registres afin d'y intégrer les dates de notification des différentes décisions, attestant ainsi de la réactivité du service face à toute proposition d'amélioration dans la tenue du registre, avancées déjà intervenues à la suite des recommandations faites par le JLD.

Il résulte de ce même examen que :

- comme les arrêtés et décisions d'admission, les certificats médicaux ne sont pas horodatés et la décision du directeur ne mentionne pas l'heure d'admission effective du patient, rendant impossible toute vérification quant au respect des délais ;

Dans son courrier en réponse la direction de l'EPSMA considère « *qu'il n'existe aucun texte réglementaire obligeant l'horodatage des certificats médicaux, de même aucun texte ne fait obligation au Directeur de mentionner dans les décisions d'admission, l'heure d'admission effective du patient dans les services de soins.* »

« *L'absence de l'heure dans les certificats médicaux n'a en outre jamais fait l'objet d'une irrégularité justifiant la main levée de la mesure par le juge des libertés et de la détention.* »

Le CGLPL considère que si l'horodatage des certificats médicaux et la mention de l'heure d'admission dans la décision d'admission ne sont effectivement pas réglementairement obligatoires il n'en reste pas moins que ces mentions sont seules à même de garantir le respect des délais légalement exigés entre les différents examens du patient et les décisions médicales et administratives en découlant.

Par ailleurs, compte tenu des constatations faites par les contrôleurs à l'examen du registre de la loi, le CGLPL ne peut que maintenir leurs conclusions tout en relevant positivement que la rédaction des certificats médicaux paraît avoir été modifiée après la visite.

- les arrêtés préfectoraux, comme les décisions du directeur, ne sont motivés que par visa du ou des certificats médicaux initiaux avec la précision « *dont je m'approprie les termes* » et mentionnent que ce ou ces certificats sont joints en annexe, impliquant une remise de ces certificats aux patients, ce qui n'est pas toujours fait dans les unités (cf. *supra* § 3.1) ;
- les certificats médicaux initiaux, surtout quand ils émanent des urgences, sont peu circonstanciés sur les troubles et l'absence de consentement aux soins ;
- pour les mesures de SPI et SDTU, les certificats des 24 et 72 heures sont rédigés par des médecins différents ;
- une grande partie des certificats médicaux ne mentionnent pas que le patient a été avisé de la décision médicale prise et aucun ne précise que le patient a été mis en mesure de faire des observations ;
- beaucoup de patients sont mis en isolement à leur arrivée dans l'unité ainsi que l'attestent les certificats des 24 et 72 heures et parfois l'avis motivé ;
- pour les patients sous le statut du péril imminent la recherche de tiers n'est pas poursuivie par l'administration après l'admission.

## RECOMMANDATION 16

Les certificats médicaux relatifs aux soins sans consentement doivent mentionner que le patient a été avisé de l'avis médical et mis en mesure de faire des observations sur celui-ci.

### 4.3 DES AUTORISATIONS DE SORTIE DE COURTE DUREE ACCORDEES LIMITATIVEMENT ET DES PROGRAMMES DE SOINS SANS INTERVENTION DU COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE

#### 4.3.1 Les sorties de courte durée

Afin de « *favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion* », les patients peuvent être autorisés par leur médecin, dès que leur état clinique le permet, à faire des sorties de courte durée, de 12 heures accompagnées ou de 48 heures non accompagnées. Ces dernières ont été introduites par la loi du 27 septembre 2013 en remplacement des sorties d'essai, désormais supprimées contrairement aux mentions figurant dans le règlement intérieur de l'EPSMA.

Le nombre et la fréquence de ces autorisations varient selon la situation et la pathologie du patient et donc d'une unité à l'autre. Les sorties non accompagnées sont ainsi inexistantes dans trois unités (sans compter l'UHM) ; dans trois autres, quelques rares patients en SSC ont pu bénéficier de sorties non accompagnées au cours des six derniers mois. Dans certaines unités les sorties sont limitées à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement (parc et cafétéria) avec, pour les patients en SSC, l'exigence d'un accompagnement et selon la même procédure que pour une sortie en dehors de l'hôpital.

Les certificats médicaux autorisant la sortie d'un patient hors de l'établissement sont traités par le bureau des entrées. Pour les SDDE ils sont suivis d'un certificat et d'un bulletin de situation signé de la direction ; pour les SDRE, ils sont adressés à la préfecture *via* l'ARS. Les réponses du préfet (accord comme refus) sont motivées et renvoyées *via* l'ARS sur un document préétabli

comportant le nom du patient, la nature de la mesure de SSC et la forme de prise en charge, le nom du médecin certificateur, la date, la durée et les motifs de la sortie, ainsi qu'un rapide compte rendu de la sortie précédente quand il y en a eu. Il arrive parfois que le préfet refuse la sortie, en particulier pour les patients hospitalisés à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale. En revanche, le préfet ne s'oppose jamais à une sortie pour motif médical.

Si le bureau des entrées a pu présenter quelques dossiers récents avec l'accord du préfet pour une sortie, il n'a pu en revanche trouver de cas de refus. Dans les dossiers examinés par les contrôleurs, une demande de sortie de moins de 48 heures non accompagnée a été acceptée avec la précision « *compte tenu de l'historique et des précédentes sorties pour lesquelles je n'ai pas été informé de difficultés* » alors que la veille le préfet s'y était opposé en indiquant « *je souhaite qu'il soit accompagné* », exigence pourtant contraire à la loi qui interdit au représentant de l'Etat d'imposer une quelconque mesure complémentaire.

### RECOMMANDATION 17

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3211-11-1 du code de la santé publique, le représentant de l'Etat ne peut imposer aucune mesure complémentaire sur une demande d'autorisation de sortie de courte durée.

#### 4.3.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont toujours établis dans le cadre d'un changement de forme de prise en charge du patient, c'est-à-dire après un temps d'hospitalisation complète dont la durée est très variable d'un patient à l'autre.

Au 5 février 2021, quarante-deux patients (vingt-cinq SDDE et dix-sept SDRE) étaient en programmes de soins, la plus ancienne mesure datant de 2004 pour les SDRE et de 2011 pour les SDDE. Les PDS les plus récents dataient de janvier 2021 ; le plus ancien avait été prononcé en avril 2007. La durée des PDS est souvent conséquente : lors du contrôle cinq patients étaient en PDS depuis plus de cinq ans, onze depuis plus de trois ans.

Les contrôleurs ont examiné cinq dossiers de patients en PDS. Il ressort de ce contrôle qu'il n'est jamais prescrit de retour séquentiel dans une unité d'hospitalisation complète (« *cela ne se fait plus* »). Les PDS sont dans la grande majorité axés sur une prise en charge à domicile avec suivi régulier en CMP ou en hospitalisation de jour, avec des soins ambulatoires ou infirmiers à domicile. Des certificats de demande de sortie accompagnée de moins de 12 heures sont délivrés pour des patients en SDRE en hôpital de jour, certificats ayant pour objet d'informer le préfet, sachant que de tels certificats sont inutiles puisque aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge en PDS (cf. article L. 3211-2-1 du CSP). Pendant l'été les médecins proposent des programmes de soins avec retour à domicile ou dans la famille, pour un temps bien supérieur à 48 heures, tout en prévoyant la réintégration à la fin de cette période de vacances.

Les certificats médicaux établis mensuellement au cours de cette prise en charge sont envoyés au patient par courrier. Ils sont fréquemment de simple copier-coller du certificat précédent, ce qui ne peut qu'être déploré.

### 4.3.3 Le collège des professionnels de santé

La procédure de recours au collège des professionnels de santé est pilotée par le service des soins sans consentement : tous les trimestres un tableau est envoyé au secrétariat des unités mentionnant pour chaque patient les délais et dates prévisibles d'audience avec précisions des avis utiles et de la date butoir pour leur délivrance.

Quand un avis du collège des professionnels de santé doit être émis, le secrétariat informe le médecin référent du patient puis cherche un second psychiatre et avise le cadre de l'unité. Il n'est délivré de convocation pour la réunion de ce collège ni aux médecins et au cadre ni au patient. Il ressort en effet des informations unanimes recueillies auprès des secrétaires médicales et des soignants des unités que le collège ne se réunit pas, que le patient n'est pas reçu par celui-ci et n'est donc pas mis en situation de présenter ses observations sur la suite de sa prise en charge. En fait, l'avis du collège est rédigé et signé par le médecin participant à la prise en charge du patient, puis adressé par le secrétariat au deuxième psychiatre – extérieur au suivi de celui-ci – et ensuite au cadre représentant l'équipe pluridisciplinaire, pour relecture et signature. Une fois signé par tous, le document portant avis du collège est renvoyé au bureau des entrées pour transmission au JLD, sans aucune notification au patient concerné ; dans certaines unités l'avis est toutefois expliqué verbalement au patient.

Vingt-huit avis du collège des professionnels de santé ont été rendus dans ces conditions au cours de l'année 2020.

Ainsi, la finalité de la loi, subordonnant le maintien de soins sans consentement au-delà d'une certaine durée à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne après examen et recueil de l'avis du patient, n'est d'évidence pas respectée et ce au détriment de la personne concernée, manquement qui pourrait entraîner la mainlevée de la mesure<sup>11</sup>. L'examen de quelques avis rendus montre d'ailleurs que, si les éléments cliniques justifiant la poursuite des soins sont bien décrits, la nécessité de maintien d'une mesure sous contrainte est quant à elle peu, voire pas, circonscrite.

Il est également apparu que l'avis du collège n'est recueilli que pour les patients en hospitalisation complète et non pour ceux en PDS (à une exception près, en 2018), alors que la loi exige la réunion du collège dès lors que la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins et ce quelle que soit la forme de prise en charge. Or l'absence d'un tel avis pour les patients en programme de soins leur est d'autant plus préjudiciable que le JLD n'exerce plus de contrôle automatique sur le déroulement de la mesure une fois l'hospitalisation levée.

---

<sup>11</sup> Article L 3212-7 alinéa 3 et 4 du CSP : « Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, [six mois pour les personnes déclarées irresponsables pénaux article L 3212-le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-12-1. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible. Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins ».

**RECOMMANDATION 18**

Dans le respect des dispositions de l'article L. 3212-7 du code de la santé publique, l'intérêt du patient et la qualité de son suivi commandent que le collège des professionnels de santé rencontre le patient et recueille ses observations à l'occasion d'une réunion effective de ses membres, que l'avis découlant de cette évaluation soit motivé et communiqué au patient, enfin que le collège se réunisse pour tous les patients en soins sans consentement depuis une durée d'un an, non seulement ceux en hospitalisation complète mais également ceux en programme de soins.

**4.3.4 La levée de la mesure et les difficultés en aval**

Pour les patients en SDRE, la levée de l'hospitalisation complète est quasiment toujours accompagnée d'un passage en PDS, auquel le préfet ne s'oppose qu'exceptionnellement. Il arrive assez fréquemment que le préfet sollicite un second avis médical, mais si le deuxième médecin confirme que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire, le préfet s'y conforme.

Pour les patients en SDDE, la mesure est souvent levée au profit d'une hospitalisation en soins libres, surtout quand cette levée intervient peu après l'admission.

Dans une grande partie des unités, la levée de l'hospitalisation complète ou de la mesure de SSC est travaillée en réunion de synthèse avec l'assistante sociale qui fait le lien avec les structures extérieures mais aussi avec la famille et le tuteur, ceci en présence du patient ou du moins celui-ci informé de la teneur des échanges. Il peut toutefois se produire que la sortie intervienne sans que le tuteur n'ait été associé, ce que les contrôleurs ont pu constater le jour de l'audience du JLD, un tuteur présent à cette audience ayant appris à cette occasion le retour à domicile de son protégé sans en avoir été avisé. Les retours à domicile sont préparés avec l'équipe thérapeutique ambulatoire et accompagnés par l'équipe mobile. Lorsque la réorientation d'un patient s'avère nécessaire, la levée de la mesure est travaillée en articulation avec l'extra hospitalier et les différentes structures et institutions extérieures.

L'insuffisance de places dans les EHPAD, le manque de logements et de structures adaptées constituent, de l'avis unanime des soignants entendus, un frein important à la sortie des patients âgées ou précarisés et sans famille, entraînant le maintien en hospitalisation complète de patients dont l'état de santé ne le justifie cependant pas. A titre d'exemples, dans l'unité Ellipses, sur les vingt-cinq patients présents au moment du contrôle, trois étaient sur liste d'attente pour un EHPAD et douze sur le point de l'être ; à l'UCD un patient était présent dans l'unité depuis six mois sans qu'une structure d'accord ne lui soit trouvée. A la difficulté de trouver des structures d'accueil s'ajoute, pour les patients de retour à domicile, les délais pour obtenir un rendez-vous avec un psychiatre (trois mois alors qu'un rendez-vous avec un infirmier du CMP s'obtient dans le trois jours).

**4.4 UN CONTROLE RIGOUREUX DU JUGE, PORTANT AUSSI BIEN SUR LA PROCEDURE QUE SUR L'EVOLUTION DE LA SITUATION DU PATIENT ET DE SON ADHESION AUX SOINS**

Les audiences se tiennent une fois par semaine le vendredi matin tant sur le site de Troyes (dans une partie du hall en retrait du bureau d'accueil) que sur celui de Brienne (dans une salle spécialement aménagée au rez-de-chaussée du château et dûment signalée). Les salles mises à disposition ne sont pas dotées d'outils informatiques. A proximité de la salle ou de l'espace

d'audience, une pièce respectant les conditions de confidentialité est mise à disposition des avocats pour rencontrer les patients avant l'audience.

Le magistrat en charge du JLD civil, compétent pour les patients en SSC, est le président du TJ de Troyes. Rencontré par les contrôleurs, il a indiqué, à la lecture des certificats médicaux les premières semaines de son arrivée, s'être interrogé sur les éléments devant caractériser les troubles et sur l'absence de consentement des patients. Il a donc souhaité rencontrer les médecins, ce qui a été refusé. Il a alors organisé une réunion avec tous les intervenants afin de rappeler les termes de la loi, de donner des explications sur les différents statuts qui étaient méconnus, ce qui entraînait de nombreuses erreurs et des pratiques contestables. Le président a également entrepris avec les médecins une réflexion sur les dispositions de l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 concernant l'isolement et la contention.

Les rencontres organisées dans le cadre du collège médical, auxquelles le JLD a participé, ont permis de nombreuses avancées, tant sur la tenue du registre de la loi que sur la motivation des certificats médicaux (forme et fond).



Signalétique à Brienne



Salle d'audience à Brienne



Espace d'audience à la CPA

#### 4.4.1 Modalités d'organisation de l'audience

Les requête valant saisine du JLD est préparée puis envoyée au greffe du JLD par le bureau des soins sans consentement, accompagnée du dossier du patient. Le bureau des SSC tient un planning des audiences avec mention des documents nécessaires, planning adressé au secrétariat des unités qui s'assure que les certificats sont établis dans les temps. En retour, le greffe du JLD envoie les avis d'audience qui sont transmis dans les unités et notifiés aux patients par le cadre ou un infirmier. En général, copie de la convocation est laissée au patient en même temps que lui est expliqué le rôle du juge et l'intervention de l'avocat. Les avis d'audience rappellent au patient qu'il peut faire parvenir ses observations, par écrit, peut avoir accès au dossier remis au juge et peut « être représenté par un avocat de son choix » ou « prendre l'avocat désigné d'office » ; cet avis mentionne également que « les honoraires de cet avocat seront à votre charge sauf si vous remplissez les conditions pour bénéficier de l'aide juridictionnelle », précision qui s'évère non conforme à la pratique de la juridiction (intervention de l'avocat faite au titre de l'aide juridictionnelle sans examen de ressource et donc sans reste à charge) et

potentiellement source d'inquiétude pour le patient. La consultation des dossiers par les avocats se fait au greffe du JLD.

Les tiers demandeurs à la mesure sont en principe convoqués par le greffe par courrier et sont souvent présents à l'audience. De même, les tuteurs ou curateurs institutionnels se déplacent et apportent au juge un éclairage sur la situation sociale du patient.

Dans son courrier en réponse, la direction de l'EPSMA développe une argumentation juridique pour contester l'interprétation qui a été faite par le CGLPL à propos de la mise en œuvre des droits du patient concernant les modalités de l'organisation de l'audience, les informations qui doivent lui être données, ainsi que l'interprétation sur l'aide juridictionnelle que le CGLPL en fait. Le CGLPL note que l'autorité judiciaire à laquelle la remarque était destinée n'a pas fait d'observation. Par ailleurs, il fait le constat que les avis d'audience sont dorénavant modifiés de façon que le patient ait une information claire et détaillée sur ses droits. Par conséquent la recommandation est considérée comme prise en compte.

### RECO PRISE EN COMPTE 1

L'avis d'audience du JLD a été réécrit afin de mentionner d'une part l'assistance (et non la représentation) obligatoire d'un avocat, d'autre part la possible intervention d'un avocat commis d'office sans prise en charge financière par le patient

Le président du tribunal a indiqué aux contrôleurs examiner les dossiers avant l'audience et informer l'établissement quand il y a un risque de mainlevée.

#### 4.4.2 Le déroulement de l'audience

Les audiences se tiennent dans la matinée, d'abord à Troyes puis à Brienne-le-Château<sup>12</sup>. Juge et greffier siègent en civil. Les patients sont toujours accompagnés d'un infirmier. A Troyes ils se rendent à l'audience à pied, la salle se situant dans le même bâtiment ; à Brienne en revanche les patients sont conduits en voiture jusqu'au château.

Le JLD laisse aux avocats le temps de rencontrer leurs clients avant de débiter l'audience, la durée de cet entretien étant cependant très brève comme ont pu le constater les contrôleurs à l'occasion de l'audience de Brienne. Lors de cette audience seuls deux dossiers ont été examinés sur les quatre programmés, deux patients ayant vu leur mesure levée avant l'audience ; six patients ont été convoqués pour l'audience à Troyes.

Les infirmiers restent dans la salle, sans jamais intervenir ; de même l'administration est représentée par la responsable du bureau des entrées, mais ne s'exprime pas sur la situation des patients sauf cas particulier (par exemple quand la mesure a été levée après la saisine).

Dans l'ensemble les patients viennent à l'audience, les certificats attestant de l'incompatibilité de leur audition avec leur état étant selon le JLD peu nombreux et les refus de comparaître rares. Lorsqu'un patient ne peut être entendu, le JLD se déplace dans l'unité pour se convaincre de cette situation (sauf patient connu de lui ou pour lequel le certificat médical atteste que toute entrevue est vaine). Lorsqu'un patient est en isolement le magistrat va toujours le rencontrer,

<sup>12</sup> De mars à mai 2020, période du premier confinement, le JLD a souhaité organiser l'audience en visioconférence ce que l'hôpital n'a pas accepté ; des certificats de non-auditionnabilité ont été délivrés pour tous les patients et l'audience s'est tenue au tribunal avec l'avocat et les tiers mais sans le patient.

accompagné de l'avocat désigné pour le patient ; dans ce cas ses vêtements lui sont redonnés le temps de l'entretien, en remplacement du pyjama obligatoire en chambre d'isolement.

Après avoir entendu le patient et son avocat, le JLD annonce que sa décision sera rendue dans l'après-midi, qu'un appel est possible dans les quinze jours, que la décision est prise pour un délai de six mois mais que les certificats médicaux sont révisés tous les mois. Dans certains cas le juge explique au patient ce que sera sa décision. Il a toutefois précisé aux contrôleurs s'abstenir de le faire dès lors qu'existe un risque de décompensation ou de réaction vive à l'audience. Selon ce magistrat, l'absence de matériel informatique et de mesure de sécurité, auxquels s'ajoutent parfois un temps nécessaire de réflexion, justifient le rendu différé de la décision. La notification de l'ordonnance se fait donc quelques heures après l'audience, dans la majorité des cas par les infirmiers de l'unité, plus rarement par le médecin psychiatre ou le cadre. Les voies de recours ne sont pas réexpliquées systématiquement mais uniquement à la demande ou lorsque le patient réagit vigoureusement ; elles sont mentionnées (conditions et délais pour faire appel) sur l'ordonnance dont copie est remise au patient contre émargement.

Les avocats intervenant aux audiences JLD, en très grande majorité désignés d'office, sont tous volontaires. Selon l'avocat rencontré à l'audience, le barreau n'organise pas de formation sur les SSC ; certains avocats ont toutefois suivi une formation à titre personnel.

#### 4.4.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré par les SSC est en augmentation :

- 230 patients ont été convoqués à l'audience du JLD en 2020 contre 192 en 2019 ; 27 l'ont été pour les quatre premières audiences de 2021. En 2020, seul un patient n'a pas comparu ; de même en janvier 2021, un patient n'était pas présent à l'audience ;
- en 2020, 213 décisions ont ordonné le maintien de l'hospitalisation, 17 ont prononcé une mainlevée de la mesure dont neuf avec effet différé à 24 heures pour permettre la mise en place d'un programme de soins (contre 173 maintiens et 19 mainlevées en 2019) ; sur les quatre audiences de 2021, toutes les décisions rendues ont maintenu la mesure ;
- deux ordonnances ont été frappées d'appel en 2020 (contre quatre en 2019) ; dans les deux cas la cour a confirmé la décision de maintien, comme elle l'avait fait en 2019.

Les contrôleurs ont pris connaissance des huit décisions de mainlevée « sèche » rendues en 2020, dont six concernent des SDRE. Les motifs ayant conduit à ces mainlevées attestent tant d'un contrôle de la régularité de la procédure que de l'évolution de la situation du patient : irrégularité de fond liée à la tardiveté de la notification de la décision d'admission, certificats médicaux concluant à la levée de la mesure, nécessité de soins constants en milieu hospitalier non justifiée ; avis motivé ne mettant pas ou plus en évidence la persistance de troubles mentaux ou l'absence de consentement aux soins.

Le JLD a insisté auprès des contrôleurs sur la difficulté de recourir à une mesure d'expertise dans la mesure où le juge est cantonné aux experts de sa cour d'appel, alors qu'il n'en existe que deux sur le ressort (cour d'appel de Reims).

## 5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

### 5.1 UN NIVEAU DE SECURITE DU SITE FAIBLE ET PEU PRIS EN COMPTE PAR L'ETABLISSEMENT

#### 5.1.1 La situation actuelle sur les deux sites de l'EPSMA

##### a) La clinique psychiatrique de l'Aube

Les deux unités présentes dans la CPA (UP72 et UCD), qui disposent de deux entrées distinctes, sont regroupées dans un seul bâtiment, les patients étant essentiellement hébergés en rez-de-chaussée. La clinique dispose d'une enceinte grillagée et barreaudée, avec des portails d'accès automatisés, mais dont la hauteur reste franchissable pour une personne alerte. Ce site bénéficie de la proximité du CH de Troyes et des dispositifs de surveillance associés mais se situe dans une zone très urbaine, plus propice aux tentatives d'intrusion de l'extérieur et de fugue des patients. Les deux unités sont couvertes par un dispositif de vidéosurveillance dont le renvoi se fait dans le bureau des transmissions et qui ne couvre que les circulations et les parties communes (hors chambres d'isolement). Toutefois, lors du contrôle, des dysfonctionnements étaient constatés, notamment à l'UCD. Par ailleurs, certains soignants regrettent l'absence de caméra aux abords de la clinique, pour mieux gérer les accès à l'établissement.

##### b) Le site de Brienne-le-Château

Les enjeux de la mise en sécurité du site principal de l'EPSMA, situé à Brienne-le-Château, sont à la fois plus importants et plus complexes :

- la surface du site est conséquente (26 ha) ;
- il constitue le siège de l'établissement, d'où la présence de locaux informatiques et administratifs comportant des données très sensibles ;
- les unités sont disséminées, parfois assez éloignées, dans un domaine dans lequel survivent de nombreux bâtiments désaffectés créant des points d'insécurité ;
- enfin, des points « névralgiques », tels que la banque des patients ou la pharmacie centrale, et d'importantes zones logistiques, requièrent une attention particulière.

Actuellement, l'enceinte est matérialisée, selon les endroits, par un muret de pierre d'une hauteur approximative de 2 m, des rampes barreaudées ou grillagées, avec la présence d'anciens portails désaffectés. Si elle matérialise la délimitation du site, elle ne contribue pas à sa sécurité. Les intrusions sont néanmoins rares.

L'accès principal se fait par une grille d'entrée, protégée par une barrière actionnée par un agent présent 24h/24h dans un poste avancé, à proximité immédiate. En journée, l'identité des personnes qui entrent et sortent, qu'il s'agisse de visiteurs, de soignants ou de patients n'est ni vérifiée ni enregistrée. Pour autant, les sorties sans autorisation sont peu fréquentes.

La fermeture de la grille et de la barrière s'opère après la relève des équipes de nuit, soit vers 22h30, jusque 7h le lendemain matin.

Contrairement à la CPA, aucun dispositif de vidéosurveillance n'existe sur le site de Brienne. Un renforcement de la sécurité est toutefois organisé la nuit, avec la présence de deux vigiles qui sont présents de 22h à 6 h le lendemain. Des rondes sont effectuées toutes les deux heures (hors chambres des patients). Les anomalies sont consignées dans un registre.

Il n'existe aucune ligne directe d'appel aux numéros d'urgence : gendarmerie, pompiers, SAMU. Les locaux de la nouvelle brigade territoriale de gendarmerie se situent désormais aux abords immédiats de l'EPSMA, mais sont fermés pendant la nuit. Du reste, il n'existe pas de protocole liant l'EPSMA et la gendarmerie.



*Un portail désaffecté dans l'enceinte de Brienne*



*L'accès principal du site de Brienne*



*Un mur d'enceinte derrière une unité*

### 5.1.2 Le projet de mise en sécurité du site de Brienne-le-Château

A la suite de diverses incivilités et dans le cadre de l'état d'urgence décrété à la suite des attentats de 2015, une étude a été réalisée en 2017 par le groupement de gendarmerie de l'Aube pour la sécurisation du site de Brienne. Les principales préconisations portaient sur le renforcement du contrôle des accès à l'établissement, la mise en sécurité des clés des locaux, la mise aux normes de certaines installations (vitrages, portes) et l'installation d'un éclairage plus sécurisant.

Cet audit, présenté aux membres du CHSCT<sup>13</sup> en décembre 2020, soit trois ans après l'étude, a généré une réaction plutôt défavorable. Le risque de restriction des libertés a notamment été évoqué. Par ailleurs, selon les propos recueillis, les services de la gendarmerie sont assez facilement appelés en cas d'incident dans les unités, sans qu'il ait pu être transmis aux contrôleurs de données particulières à cet égard (fréquence, rôle, etc.).

#### RECOMMANDATION 19

Un protocole fixant les normes minimales de mise en sécurité du site et les conditions des éventuelles interventions de la gendarmerie doit être établi.

### 5.1.3 La sécurité incendie dans les unités

Les unités sont couvertes par des alarmes incendie et équipées d'extincteurs périodiquement vérifiés par la commission de sécurité.

Un livret intitulé « *livret de consignes sécurité incendie* » est remis aux soignants nouvellement affectés dans l'établissement. Il pose le cadre en introduction : « *notre rôle ne se limite pas à soigner les patients, nous devons leur assurer une sécurité absolue* ». Mais la formation des soignants, théoriquement obligatoire, n'est pas toujours suivie, que ce soit la formation initiale ou l'actualisation des connaissances. Par ailleurs, si des référents sont identifiés dans les équipes

<sup>13</sup> Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

en poste le jour, ce n'est pas toujours le cas dans les équipes de nuit. Enfin, compte tenu des pathologies des patients hospitalisés, il n'est pas possible d'envisager des exercices d'évacuation et il n'existe pas de réseau actif d'assistants de prévention permettant de veiller aux bonnes pratiques dans ce domaine.

Lors du contrôle dans les unités de Troyes, un déclenchement intempestif de l'alarme incendie a été constaté (sans aucune présence de feu) avec obligation de prendre contact avec les techniciens de l'établissement pour faire cesser le dysfonctionnement.

Il doit être toutefois indiqué qu'un incendie déclaré en juillet 2020 dans l'unité Carpe Diem, causé par un patient ayant enflammé des vêtements dans sa chambre, a été convenablement pris en charge par les soignants (seul le patient concerné a dû être hospitalisé).

### RECOMMANDATION 20

Afin de garantir la sécurité des patients et des soignants, les formations aux consignes de prévention incendie et de secours doivent être régulièrement dispensées, y compris pour le personnel de nuit. Un assistant de prévention doit être identifié sur chaque unité.

## 5.2 UNE LIBERTE D'ALLER ET VENIR INDIVIDUALISEE, MAIS PEU PROTOCOLISEE

Les contrôleurs n'ont pas constaté de restrictions abusives à la liberté d'aller et venir des patients hospitalisés sur le site de l'EPSMA, nécessitant des mesures correctives urgentes. Le faible niveau de sécurisation des installations décrit ci-dessus, associé à une gestion individualisée des droits des patients en la matière, confèrent une certaine fluidité de la circulation dans l'établissement, malgré la présence d'unités quasi exclusivement fermées.

Pour autant, il n'existe pas de réelle stratégie, tant médicale qu'organisationnelle de l'EPSMA sur cet aspect de la prise en charge du patient, en raison de plusieurs facteurs. D'abord, la répartition des patients entre les unités n'est pas caractérisée par une distinction nette entre soins libres en unités ouvertes et soins sans consentement ou situations complexes en unités fermées, comme cela est constaté dans certains établissements. Chaque unité fait face à une pathologie dominante, associée à des statuts d'admission plus ou moins contraignants. Ensuite, les écrits institutionnels sur ce sujet sont peu précis, voire inexistantes. Le règlement intérieur de l'établissement stipule simplement : « *Les personnes hospitalisées ne peuvent se déplacer dans la journée hors du service sans autorisation d'un membre du personnel soignant* »<sup>14</sup>. Le livret d'accueil est muet sur la question et le règlement intérieur des unités se limite souvent à donner les créneaux horaires possibles pour les sorties. En outre, le bilan des FEI (cf. supra § 3.2) ne fait pas apparaître d'item relatif aux sorties non autorisées, ce qui permettrait de chiffrer et d'analyser les incidents auxquels l'établissement est contraint de faire face. Enfin, l'évaluation du ressenti des patients et des difficultés éventuellement rencontrées n'est pas mesurée puisqu'aucune rubrique ne figure sur le sujet dans le questionnaire de satisfaction.

<sup>14</sup> Article 123 du règlement intérieur

**RECOMMANDATION 21**

L'information des patients hospitalisés sur les modalités de circulation au sein de l'hôpital et des unités doit être renforcée et le questionnaire de satisfaction doit prévoir une mention permettant d'évaluer leur ressenti et les difficultés sur ce sujet.

**5.2.1 L'accès aux unités**

Contrairement à la présentation faite par la direction de l'EPMSA en début de mission, les unités ont été trouvées fermées, à l'exception de Carpe Diem (unité ouverte sauf entre 12h et 14h et après 18h). Cette situation est structurelle dans les trois autres unités de Brienne, mise en lien, selon les médecins, avec les caractéristiques des patients accueillis : déficitaires, détenus, désorientés, etc. Elle est conjoncturelle pour les deux unités de la CPA, théoriquement ouvertes de 14h à 18h mais qui étaient fermées lors du contrôle. Pour l'UCD, la raison invoquée était la crise sanitaire liée à la pandémie de Covid-19. Pour l'UP72, elle avait pour explication la présence d'une patiente mineure en fort risque de fugue, et ce depuis trois semaines.

**RECOMMANDATION 22**

Les unités doivent être en principe ouvertes, *a fortiori* dans la mesure où toutes accueillent notamment des patients en soins libres. Hors période de confinement strict, et sous réserve de l'état du patient, la crise sanitaire ne peut constituer à elle seule un motif de fermeture d'une unité et de restriction à la faculté d'aller et venir des patients.

Dans les unités de la CPA, les patients en SL doivent demander l'ouverture de la porte pour sortir librement. Pour l'UHM, les sorties dépendent de l'autorisation éventuelle des parents. Enfin, pour les unités fermées de Brienne, le dispositif est plus restrictif encore :

- à Petit Prince, les patients ne sont en principe autorisés à sortir qu'accompagnés de deux soignants, quel que soit leur statut d'admission. A titre d'exception, seuls trois patients en SL peuvent sortir seuls ;
- à Méridiens, l'ouverture est effectuée à la demande, dans des créneaux horaires pré-validés par le médecin dans CARIATIDES® (sauf pour un patient en SSC, interdit de sortie) ;
- à Ellipses, les trois patients en SDT ne peuvent sortir dans le parc qu'accompagnés. Pour les patients en SL, « *ça dépend* » : certains peuvent sortir seuls, d'autres accompagnés, le tout justifié par la clinique. En réalité, les contrôleurs ont surtout constaté que l'ouverture dépendait de la disponibilité des soignants, dans une unité où la prise en charge est rendue très difficile par l'âge, les pathologies multiples et la mobilité très réduite de certains patients. Les soignants ont indiqué demander un digicode depuis plus de six ans à la direction, sans résultat.

**5.2.2 La circulation des patients au sein des unités**

Plusieurs paramètres concourent à la liberté de circulation et à la fluidité des déplacements au sein des unités.

L'architecture des bâtiments, qui est de plain-pied pour toutes les unités, permet l'accès et la circulation pour tous les patients, y compris en cas de handicap physique, et facilite la prise en charge par les soignants et le déroulement des activités.

Les unités (à l'exception de l'UHM) disposent d'un patio extérieur accessible 24 heures sur 24, avec la possibilité de fumer (présence d'un auvent et d'un allume-cigarettes).

### BONNE PRATIQUE 1

Les patios des unités sont librement accessibles par les patients 24 heures sur 24.

Toutes les chambres sont individuelles, et, sauf thérapie en cours, elles sont ouvertes et accessibles toute la journée (hors temps de nettoyage). Sauf à l'UHM, elles disposent d'un verrou intérieur, permettant de s'isoler, de recevoir ses proches<sup>15</sup> ou d'autres patients. Il est dommage qu'à Brienne, elles ne puissent pas être refermées de l'extérieur par les patients lorsqu'ils quittent leur chambre, ce qui permettrait d'éviter certaines intrusions et quelques vols entre patients. Seuls les soignants peuvent fermer les chambres de l'extérieur.

Les activités sont en principe en libre accès (activités actuellement limitées du fait des mesures liées à la pandémie de Covid-19).

Enfin, les unités ne sont couvertes par aucun dispositif de vidéosurveillance.

Quelques réserves viennent toutefois modérer cette impression favorable :

- de par son emplacement au 3<sup>ème</sup> étage du centre hospitalier général de Troyes, l'unité de pédopsychiatrie ne dispose d'aucun espace de détente extérieur ; un projet de déménagement vers des locaux plus appropriés n'a pas abouti ;
- à Carpe Diem, unique unité ouverte, la gestion des patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité se fait par une aile dite « sécurisée » dans laquelle les chambres peuvent rester fermées nuit et jour. Lors du contrôle, trois patients étaient maintenus dans cette aile, sans que ces dispositions soient considérées comme un isolement, sans enregistrement dans le registre par conséquent, et dans un contexte de flou décisionnel (« *décision prise en équipe* », « *consigne saisie dans CARIATIDES* ») n'ayant pas permis aux contrôleurs de comprendre qui était l'autorité décisionnaire ;
- dans les trois unités fermées de Brienne, des patients peuvent être enfermés dans leurs chambres, le plus souvent quelques heures, parfois plus (jusqu'à une dizaine de jours en janvier 2021 à Méridiens). La plupart du temps, ces enfermements sont effectués pour les patients des chambres de l'aile sécurisée, mais pas systématiquement. Ces mesures sont saisies dans le registre d'isolement à Ellipses, mais pas à Petit Prince.

### RECOMMANDATION 23

Les patients mineurs hospitalisés à l'EPSMA doivent disposer d'un espace extérieur accessible sur de larges créneaux horaires, compte tenu de leur âge et des activités devant leur être proposées.

#### 5.2.3 Les autorisations de sortie

Les constats opérés dans les différentes unités permettent d'établir que deux principes viennent guider l'octroi des autorisations de sortie :

<sup>15</sup>Des restrictions peuvent être prises en raison de la crise sanitaire

- l'état clinique du patient, qui prend nettement le pas sur le statut d'admission (SL ou SSC), et qui est périodiquement réévalué par le psychiatre, au pire tous les mois ;
- la progressivité, afin d'évaluer le patient lors de ses premières sorties, qui sont en général accompagnées par les soignants avant d'élargir l'éventail des possibilités : sorties à l'extérieur non accompagnées, permissions dans la famille, etc.

Pour l'unité d'hospitalisation des mineurs, les sorties sont strictement et uniquement accompagnées, durant toute la durée de l'hospitalisation. Par ailleurs, à l'UP72, les sorties éventuelles sont obligatoirement accompagnées car c'est un élément de l'évaluation du patient et de son orientation ou de la levée d'hospitalisation, y compris pour les patients en soins libres.

Dans les différentes unités, les contrôleurs ont constaté que des patients en SSC bénéficiaient de sorties accompagnées par les soignants, y compris dans le parc ou pour se rendre à la cafétéria, avant d'évoluer vers des possibilités plus larges pour une partie d'entre eux.

Dans la pratique, les patients qui sortent régulièrement de l'enceinte de l'établissement, pour des durées d'une à deux heures par jour, sont des patients connus et hospitalisés au long cours, pour lesquels les risques de non-retour sont quasi inexistantes. Ces modalités sont traduites dans le dossier du patient par des autorisations délivrées par le psychiatre de l'unité et par les autorisations administratives liées à leur statut d'admission qui posent rarement difficulté.

Ces pratiques sont bienveillantes mais empiriques. Laissées à l'appréciation des responsables d'unité et ne se fondant pas sur une doctrine harmonisée à l'échelle de l'EPSMA, elles mériteraient une réflexion méthodologique et une évaluation périodique au regard des droits fondamentaux des patients. Du reste, les documents de référence qui fondent le fonctionnement actuel sont soit imprécis, soit obsolètes au regard des évolutions législatives récentes.

#### RECOMMANDATION 24

Un référentiel précisant le principe et les modalités de sortie consenties aux patients, en fonction de leur état clinique, de leur statut d'admission et de la vocation de l'unité d'accueil doit être conçu, diffusé auprès des équipes et périodiquement réévalué.

#### 5.2.4 Les restrictions à la liberté d'aller et venir

Le nombre de patients en SSC totalement exclus de la possibilité de sortir est faible. Les contrôleurs ont constaté qu'il s'agissait de situations dans lesquelles les patients étaient très déficients, ou dans un état physique très dégradé, ou encore en phase de crise aiguë s'accompagnant souvent d'une période d'isolement, voire de contention.

Hormis ces cas de figure, ont été rencontrés quelques cas de patients restreints dans leur liberté d'aller et venir pour une période d'observation ou en raison d'un incident lors d'une sortie précédente, mais en nombre limité.

Il a été favorablement noté que les patients qui présentaient un handicap physique ou un risque important de fugue, bénéficiaient d'un transport et d'un accompagnement spécifiques pour les amener sur les sites des activités ou pour les sorties thérapeutiques.

Concernant les restrictions d'aller et venir en lien avec la crise sanitaire, elles ne vont pas au-delà des restrictions de droit commun subies par la population (à l'exception de la fermeture de l'UCD évoquée ci-dessus). Lors du premier confinement, de mars à mai 2020, un dispositif de filtrage complémentaire a été mis en place à l'entrée principale de l'établissement. Depuis juillet 2020,

le déplacement des patients au sein de l'établissement est soumis au strict respect des gestes barrières, en particulier le port du masque.

### 5.3 DES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE PROPORTIONNEES ET PRENANT EN COMPTE LES EFFETS DE LA CRISE SANITAIRE

Comme pour la liberté d'aller et venir, le principe appliqué par l'établissement est basé sur une évaluation individualisée des restrictions de la vie quotidienne. Schématiquement, tout ce qui n'est pas interdit, en particulier la possession d'alcool, de substances illicites ou la détention d'armes, est *a priori* autorisé dans les unités de soins. C'est en fonction de l'état clinique des patients que des restrictions complémentaires s'appliquent, sur décision médicale, consignée informatiquement dans le dossier du patient. Plus récemment, d'autres contraintes sont apparues sous l'effet de la crise sanitaire.

Par ailleurs, les pratiques ne sont pas uniformes selon les unités, en fonction des publics accueillis, de l'existence ou non de locaux identifiés comme « sécurisés » dans l'unité, de l'ancienneté ou de la composition des équipes soignantes. A titre d'exemple, selon les unités, les rasoirs sont autorisés ou sont consignés dans des locaux spécifiques.

Le sujet de l'uniformisation des pratiques en la matière ne semble pas être investi par la direction des soins, ni faire l'objet d'une démarche de réflexion impliquant les équipes soignantes.

#### 5.3.1 Le rythme de la journée

La journée est rythmée essentiellement par le service des repas : petit déjeuner vers 8h, déjeuner vers 12h30 et dîner vers 19h. En raison de la crise sanitaire, certaines unités ont dédoublé les services, pour appliquer les règles de distanciation physique préconisées. La dispensation des médicaments se fait en général juste avant les repas, ne créant pas de contrainte horaire complémentaire pour le patient. La toilette des patients nécessitant une assistance est effectuée le matin. En dehors de ces horaires et du temps affecté au nettoyage par les ASH (environ 30 minutes le matin), l'accès aux chambres est libre pour tous les patients, sauf mesure d'isolement, de contention, ou d'enfermement en chambre ordinaire ou en aile sécurisée (*cf. infra* § 8.2). Il peut toutefois arriver que des patients soient volontairement maintenus hors de leur chambre, en vue de les stimuler, les inciter à participer aux activités ou à sortir à l'extérieur. Ces mesures ne sont toutefois pas toujours acceptées par les patients et ont pu générer des recours auprès de la CDU, voire des médiations. Les patients autorisés à sortir seuls peuvent le faire dès 9h et doivent être revenus pour l'heure des repas.

Selon les propos recueillis, sauf incident majeur impliquant l'appel aux forces de gendarmerie, il n'est pratiqué aucune fouille des patients ou de leur chambre.

Des créneaux horaires sont réservés aux visites des proches et aux activités, toutefois fortement réduites au sein des unités en raison de la crise sanitaire, ce qui peut générer des périodes d'ennui ou de désœuvrement.

A l'issue du repas du soir, le service de nuit débute à 20h. Les salles de télévision sont condamnées depuis le début de la crise sanitaire et chaque patient rejoint donc sa chambre assez rapidement. Les mouvements hors de l'unité sont interdits. Il a été indiqué dans plusieurs unités que les contrôles effectués dans les chambres par les équipes de nuit peuvent interrompre les cycles de sommeil des patients.

### 5.3.2 L'accès au tabac

La possession du tabac est libre pour les patients adultes, à condition de fumer à l'extérieur de leur chambre et des locaux fermés. La règle antérieurement fixée, et constatée lors du précédent contrôle, de quatre cigarettes au plus par jour et par patient n'existe plus. Désormais, les limitations éventuelles sont décidées par le psychiatre en fonction de critères somatiques ou de situations de vulnérabilité (risque de racket). Dans ce cas, le paquet de cigarettes est détenu par l'équipe de soignants. Plusieurs patients en attente ou en demande de cigarettes ont ainsi échangé avec les contrôleurs.

Les patients fument à l'extérieur, ou dans le patio de leur unité, accessible 24 heures sur 24. Certaines unités interdisent les briquets et d'autres les tolèrent. Les patios sont dotés d'un allume-cigarettes, dont certains dysfonctionnements ont été relevé par les patients.

Pour les mineurs de l'UHM qui disposent d'une autorisation parentale, fumer suppose de descendre au rez-de-chaussée pour accéder à l'extérieur du CH de Troyes. Les mineurs ne peuvent le faire qu'accompagnés d'un soignant et doivent donc attendre que l'un d'eux soit disponible.

L'accès au tabac peut se trouver restreint pour des contingences financières, en particulier en début d'hospitalisation ou pour les majeurs protégés, lorsque le budget affecté au tabac est limité. Pour cette raison et pour inciter les patients qui le peuvent à l'arrêt du tabac, la possibilité d'avoir recours à la prescription de substituts nicotiques doit être développée et la communication sur ce sujet doit être renforcée. Lors du contrôle, le seul règlement intérieur mentionnant cette possibilité était celui de l'UHM. L'information relative à l'usage du tabac dans le livret d'accueil est lacunaire, se bornant à rappeler les consignes et dispositifs nationaux.

#### RECOMMANDATION 25

La possibilité d'accéder à des substituts nicotiques et à des démarches de sevrage du tabac doit faire l'objet d'une communication plus efficace dans toutes les unités.

L'approvisionnement se fait par les proches et par les sorties à l'extérieur (soit directement par le patient fumeur, soit par l'intermédiaire d'autres patients qui « livrent » ceux qui ne peuvent pas sortir). Il ne semble pas soulever de difficulté majeure.

### 5.3.3 Le port du pyjama

Actuellement, le port systématique du pyjama est limité au placement en chambre d'isolement, pour éviter tout risque d'auto-agressivité (cf. *infra* § 8.2). Le pyjama est fourni par l'établissement. Dans certaines unités, il peut également faire l'objet d'une prescription médicale dans les cas suivants : risque important de sortie sans autorisation, ou de détention d'objets prohibés, risque suicidaire, absence de compliance aux soins, en vue « *d'amener le patient à prendre conscience de son état* », maintien du patient dans une aile sécurisé.

Comme pour les autorisations de sortie, ces situations sont laissées à l'appréciation des équipes médicales. La prescription est tracée dans le dossier du patient.

Les contrôleurs ont rencontré très peu de patients en pyjama lors de leur mission, à l'exception des unités réservées à l'admission ou à l'observation des patients. Selon les propos recueillis, cette pratique a considérablement diminué ces dernières années. Ainsi, un partenaire de l'établissement indiquait « *il y a six ou sept ans, la quasi-totalité des patients étaient en pyjama* ».

### 5.3.4 Les restrictions dues à la crise sanitaire

Comme indiqué ci-avant, des mesures ont été prises par l'établissement afin que les patients ne subissent pas de contraintes au-delà du droit commun et que les services et prestations dont les patients avaient besoin ne soient pas interrompus. Les dispositions ont été adaptatives, en fonction des différentes périodes de la crise.

#### *a) Les sorties*

De la mi-mars à la fin juin 2020, les sorties des patients à l'extérieur de l'enceinte de l'établissement ont été interdites sur les deux sites. Un dispositif de filtrage a été mis en place à l'entrée de l'établissement pour éviter toute sortie et limiter l'accès à l'établissement aux seuls personnels autorisés. Les sorties, accompagnées ou non, pour une heure au plus, étaient effectuées dans le parc.

Durant cette période, la direction a encouragé, sous réserve de l'état clinique du patient, des levées d'hospitalisation assorties à des confinements au domicile avec un suivi ambulatoire<sup>16</sup>.

Les sorties ont pu reprendre à partir de juillet 2020, les patients devant porter le masque là où il était obligatoire. Les masques sont fournis par l'établissement.

#### *b) Les achats*

Un élément important pour permettre aux patients de subvenir à leurs besoins habituels (hors ceux fournis par l'EPSMA) pendant la période du confinement strict, a été le maintien de l'ouverture de la banque des patients, aux horaires habituels et sous réserve de la mise en place des gestes barrières : limitation du nombre de patients présents, pose d'un plexiglas de protection, désinfection, etc.

Par ailleurs, même si l'accès à la cafétéria était impossible durant cette période, l'association Entr'Aide a apporté dans les unités des biens de consommation courante correspondant aux besoins des patients. Ce dispositif, d'abord limité aux unités de Brienne, a rapidement été étendu à la CPA (livraison dans le hall d'accueil).

Enfin, à titre exceptionnel, les agents de l'EPSMA pouvaient se rendre en ville pour effectuer les achats ou démarches incontournables, dans le respect des mesures gouvernementales en vigueur.

#### *c) Les visites des familles*

A compter de la mi-mars 2020, et jusqu'aux directives permettant aux établissements de rétablir l'accès des personnes extérieures, les visites des familles ou des proches ont été impossibles. Afin de limiter le caractère anxiogène de ces dispositions, un dispositif d'appels par vidéo a été rapidement mis en place. Des tablettes ont été distribuées aux cadres de santé pour planifier les rendez-vous avec les familles. Cette opération a été sélectionnée et financée par la Fondation de France avec le partenaire BOULANGER. Toutefois, en raison du fonctionnement sur le réseau et avec du matériel de l'établissement, les échanges se font en présence des soignants.

---

<sup>16</sup> Note n°53/2020 du 16 mars 2020.

## BONNE PRATIQUE 2

Pour limiter les effets des interdictions ou des restrictions de visite en lien avec les mesures de confinement, l'établissement s'est doté de matériels permettant la visioconférence avec les familles et les proches.

### 5.4 LA COMMUNICATION AVEC L'EXTERIEUR, ASSUREE SANS DYNAMISME

Les patients peuvent rester en contact avec l'extérieur et avoir accès à l'information et conservent en principe leurs outils de communication personnels. Toutefois, l'accès reste le plus souvent dépendant de l'organisation de l'unité, sans privilégier l'autonomie du patient. Par ailleurs, l'utilisation des nouvelles technologies (outils informatiques, internet, loisirs dématérialisés) est limitée, voire inexistante.

Les documents de référence de l'établissement sur ce sujet sont parfois incomplets ou obsolètes. Le règlement intérieur de l'EPSMA mentionne ainsi l'interdiction des téléphones portables alors que ceux-ci sont autorisés dans les unités, sauf consigne médicale contraire. Le livret d'accueil est muet quant à l'accès à l'information : télévision, presse, connexion à internet.

#### 5.4.1 Le téléphone

La quasi-totalité des patients conserve la possibilité de téléphoner. Aucune restriction de principe n'est posée lors de l'admission. Les seules exceptions relèvent d'une interdiction médicale en lien avec un état clinique incompatible ou une période d'observation ; c'est notamment le cas à l'UHM et parfois à la clinique psychiatrique de l'Aube.

Six unités disposent d'une cabine téléphonique, permettant aux patients de passer et de recevoir des appels, le plus souvent aux horaires d'ouverture de l'unité. L'UP 72 n'en dispose pas, mais les patients peuvent utiliser le téléphone du bureau des soignants. Toutefois, les téléphones des unités de Brienne se trouvent dans des boîtes métalliques fermées, sans signalétique adaptée et nécessitant une ouverture par le personnel soignant ; de plus, la localisation et les conditions de ces conversations ne préservent aucunement la confidentialité et l'intimité des échanges.

## RECOMMANDATION 26

Les téléphones dans les unités doivent permettre des conversations en toute confidentialité et être librement accessibles sur les créneaux horaires déterminés par l'unité.

Les patients qui détiennent un téléphone portable peuvent le conserver. Quelques unités posent des conditions comme le retrait du cordon de chargement (donné à la demande), un fonctionnement en mode vibreur ou encore des créneaux horaires limités. En cas de restriction décidée par le médecin, le téléphone est placé dans le casier individuel du patient, dans le bureau des soignants, avec la mention des créneaux autorisés.

En revanche, la *Wi-Fi* n'est pas accessible, sauf à l'UHM qui se situe au CH de Troyes. Des installations sont en cours d'étude et de chiffrage pour faire face à cette difficulté.

### RECOMMANDATION 27

Les unités doivent être dotées d'un réseau *Wi-Fi* spécifique pour les patients.

#### 5.4.2 Le courrier

Des possibilités assez larges sont données aux patients qui souhaitent rédiger du courrier. Des enveloppes et des timbres sont en vente à la cafétéria ou peuvent à titre exceptionnel être mis à disposition par les soignants, surtout en début d'hospitalisation.

Des boîtes à lettres sont installées dans les unités pour collecter le courrier destiné à l'envoi, mais elles ne comportent aucune signalétique permettant de les identifier. Le courrier est relevé par les soignants ou la cadre de santé. Certains préfèrent donner leur courrier à des patients autorisés à sortir, afin de le poster en ville. Contrairement à ce qui est observé dans certains établissements, il n'existe sur le site aucune boîte à lettres avec une relève directe par les services de *La Poste*.

Le circuit du courrier « arrivée et départ » se fait par l'intermédiaire des secrétariats d'unité et sous le contrôle du cadre de santé de l'unité. Le courrier est amené chaque jour au secrétariat par le vagemestre qui à cette occasion prend le courrier à remettre à *La Poste*. Ces dispositions s'appliquent de la même façon à la CPA, en notant toutefois que l'UP72 ne dispose pas de boîte d'envoi. Le courrier est remis aux équipes soignantes.

Les patients peuvent également recevoir des colis. Certains règlements d'unité stipulent toutefois que les colis sont ouverts pour contrôle avant d'être remis.

Pour les envois en recommandé, ce sont les soignants qui visent le récépissé avant de remettre le document. Une attention particulière est apportée à ces courriers, surtout s'il s'agit d'un majeur protégé.

### RECOMMANDATION 28

Toutes les opérations relatives à l'envoi et à la réception du courrier doivent respecter l'autonomie du patient et la confidentialité ; les boîtes à lettres de collecte du courrier dans les unités doivent être signalées.

Les différents documents d'information remis aux patients : livret d'accueil, affichage dans les unités, ne mentionnent pas la possibilité qui leur est donnée de saisir, sans frais d'affranchissement et dans une confidentialité préservée, les instances et autorités pouvant constituer des voies de recours : CDSP, CGLPL, etc.

### RECOMMANDATION 29

Une information sur les instances pouvant être saisies en toute confidentialité et sans frais de port doit être donnée aux patients.

#### 5.4.3 L'accès aux médias et à l'information

##### a) La presse

Plusieurs possibilités permettent aux patients de consulter la presse. Certains patients hospitalisés durant de longues ou moyennes durées bénéficient d'abonnements, souscrits par

eux ou par leur mandataire. Ils les reçoivent alors avec le courrier, dans les conditions décrites *supra*.

Toutes les unités ont un abonnement au journal local « *L'Est Eclair* », mais le coût est prélevé sur le budget de leurs activités thérapeutiques, ce qui n'incite pas les unités à diversifier et à démultiplier les abonnements. Il n'existe pas de revue pour les femmes ou de journal sportif.

L'UHM ne dispose d'aucun abonnement, mais il ne semble pas y avoir de demande.

Par ailleurs, la présence de la presse est peu valorisée au sein des unités. Il n'est pas aisé pour un patient de savoir à quel endroit et dans quelles conditions il peut consulter la presse quotidienne.

### RECOMMANDATION 30

La presse à disposition dans les unités pourrait être diversifiée et les modalités de sa consultation doivent être précisées (livret d'accueil, règlement de l'unité).

Enfin, aucune revue n'est disponible au sein de la cafétéria, en vente ou en consultation.

#### *b) La télévision*

Chaque unité comporte une salle de télévision. Les locaux, dotés de plusieurs fauteuils, apparaissent en bon état et la télécommande reste à disposition des patients. Les créneaux d'ouverture sont pour la plupart des unités : le matin à l'ouverture de l'unité et jusque 23h. Il existe également un poste de télévision à la cafétéria, celle-ci étant momentanément inaccessible aux patients du fait de la crise sanitaire.

Pour les mêmes raisons, la salle de télévision est fermée à Carpe Diem, cette unité ayant la particularité de disposer de téléviseurs dans les chambres.

Bien que les ordinateurs soient autorisés, peu de patients usent de cette possibilité. Compte tenu de l'absence de *Wi-Fi*, il est difficile de regarder des vidéos à partir d'un ordinateur.

#### *c) L'accès à internet*

Les possibilités de connexion à internet permettraient les usages individuels évoqués ci-dessus, mais également des activités collectives, soit d'initiation soit de perfectionnement à la consultation des sites d'actualité, aux jeux et loisirs hébergés sur les plates-formes numériques ou à la possibilité de faire des démarches en ligne.

La bibliothèque qui se trouve au sein de la cafétéria et qui est, selon les propos recueillis, peu utilisée en temps ordinaire (cafétéria fermée lors du contrôle) pourrait par exemple s'élargir à des fonctions de cyber base. Cela nécessiterait la présence d'un animateur affecté à cette mission.

Il n'existe par ailleurs aucun ordinateur en libre-service dans les unités, permettant d'effectuer des démarches et/ou de rédiger des courriers officiels.

**RECOMMANDATION 31**

Les salles d'activités des unités doivent comporter la possibilité d'utiliser des outils bureautiques et des applications numériques. Un espace réservé au sein de la cafétéria pourrait également être créé.

**5.4.4 Les relations avec les familles**

En raison de la restriction des interactions sociales, les visites des familles ont été fortement impactées par les effets de la crise sanitaire. Les dispositions qui ont été prises par l'établissement ont été peu concertées avec les associations représentant les familles, mais l'urgence et le caractère imprévu de la situation peuvent expliquer ce déficit d'information.

L'initiative mentionnée dans le paragraphe précédent, permettant des contacts dématérialisés avec les proches, a été prise rapidement et a permis de pallier au mieux le sentiment d'isolement et l'inquiétude des patients et de leurs familles.

Chaque unité dispose d'un salon pour l'accueil des familles. Dans les cliniques Bachelard et Florentin, il s'agit d'un salon partagé pour deux unités, mais les familles peuvent s'entretenir avec leurs proches dans le hall d'accueil de chaque clinique qui dispose d'un distributeur de boissons et de sièges. Dans l'unité de pédopsychiatrie, il existe deux salles pour l'accueil des familles.

C'est essentiellement l'organisation des visites qui a été modifiée. Précédemment, les visites se déroulaient librement l'après-midi, le plus souvent entre 14h et 18h, avec parfois des dérogations en cas d'indisponibilité des familles pour ces créneaux. Depuis le début de la crise sanitaire, les visites se font uniquement sur rendez-vous et dans la limite de deux personnes par visite.

L'accès aux chambres pour les visiteurs était possible dans toutes les unités, avec toutefois des restrictions pour les enfants et les jeunes de moins de 16 ans. Cette possibilité est temporairement proscrite en raison de la crise sanitaire, réduisant de ce fait l'intimité pouvant être retrouvée à l'occasion de ces rencontres. Au regard de son statut d'unité d'admission, l'UP72 a toutefois maintenu ces visites en chambre, sous réserve d'une prise de rendez-vous et du respect des gestes barrières, et sauf avis médical contraire.

**BONNE PRATIQUE 3**

Malgré la crise sanitaire, et sous réserve de respecter les gestes barrière, les visiteurs sont autorisés à accéder à la chambre des patients au sein de l'unité de psychiatrie 72 heures.

La possibilité pour les familles de se rendre à l'extérieur avec le patient pour une promenade, un loisir ou un repas a été maintenue, mais du fait de la fermeture d'un grand nombre de lieux publics lors de la visite, elle était de moindre intérêt. De plus, la fermeture temporaire de la cafétéria (sur le site de Brienne-le-Château) ne permet pas aux familles de s'y rendre avec leurs proches pour prendre une boisson, discuter ou faire un achat.

Il a été précisé aux contrôleurs que beaucoup de patients, en particulier les patients déficitaires et les patients chroniques hospitalisés au long cours, n'étaient plus visités par leurs familles.



*Salon de visite de la clinique Gaston Bachelard*

## 5.5 UNE SEXUALITE RENDUE POSSIBLE PAR LA PRESERVATION DE L'INTIMITE ET L'ABSENCE DE TABOUS

Eu égard à la diversité des publics accueillis au sein de l'EPSMA, l'accès à la sexualité ne se pose pas de la même manière selon les différentes unités de soins: patients lourdement déficitaires, très âgés, en situation de crise aiguë et fortement sédatés, ou encore accueil de patients mineurs, de malades en période d'observation clinique à l'UP72. Les patients accueillis au moyen ou long cours, pour des pathologies chroniques stabilisées, sont plus particulièrement concernés par la prise en compte de la sexualité.

Cela peut expliquer que ce sujet ne soit pas explicitement formalisé dans les différents documents de référence, ou d'information de l'établissement, que ce soit le règlement intérieur et le livret d'accueil de l'EPSMA ou les référentiels sur le droit des patients.

La seule exception concerne la pédopsychiatrie, puisque le règlement intérieur pose expressément l'interdiction de toute relation intime et sexuelle au sein de l'unité. Cependant, ce sujet est débattu entre les adolescents accueillis et les encadrants (soignants et éducateurs) sous l'angle de l'information et de la prévention.

### BONNE PRATIQUE 4

Des interventions du planning familial ont été sollicitées par les équipes soignantes de l'unité d'hospitalisation pour mineurs pour une information sur la sexualité et la contraception.

L'attitude des équipes soignantes sur l'exercice de ce droit est essentiellement pragmatique, basée sur l'observation du comportement des patients ou la demande exprimée par ces derniers. La réponse qui y est apportée reflète une préoccupation de vigilance et de bienveillance.

Les soignants tentent notamment de protéger les patients particulièrement vulnérables contre des relations sexuelles qui ne seraient pas consenties et éviter l'organisation d'une prostitution, le plus souvent pour se procurer du tabac ou des biens matériels. Les comportements inadaptés sont repris par les psychiatres lors des entretiens avec le patient. Ils peuvent générer des

changements d'unité, comme cela a été observé pendant le contrôle pour une patiente mineure qui se mettait en danger dans son unité d'admission. En revanche, il n'a pas été rapporté aux contrôleurs de faits de viol ayant entraîné un dépôt de plainte.

La prise en charge de la contraception est effectuée par les médecins somaticiens. Elle ne présente aucun caractère systématique, comme cela a pu être le cas il y a plusieurs années pour les patientes en âge de procréer. Des préservatifs peuvent être remis par le personnel soignant ou le somaticien. En revanche, ils ne sont plus en vente libre à la cafétéria.

Le personnel des unités prend également en charge les comportements d'exhibition ou de levée totale d'inhibition sexuelle, pouvant être dus à des étapes de la pathologie ou à des déficits de certains patients.

En dehors de ces contextes particuliers, le fait d'avoir des relations sexuelles au sein des unités est rendue possible par la faculté d'aller et venir assez librement au sein de l'unité et de pouvoir s'enfermer dans sa chambre (cf. *supra* § 5.2). Quel que soit le contexte, la condition posée par les équipes soignantes est le respect de l'intimité de ces actes, dans l'intérêt des personnes concernées comme de celui des autres patients. Des restrictions sont apparues de fait dans le contexte particulier de la crise sanitaire, en particulier pour les relations avec les proches, certaines unités limitant les visites dans les chambres.

Il n'a pas été constaté de grande divergence de prise en charge de ce droit entre unités, ni de difficulté soulevée par les soignants, qui abordent ce sujet sans hésitation ni tabou. On peut toutefois regretter l'absence de tout référentiel et de formation spécifique, en particulier pour les professionnels ayant pris récemment leurs fonctions. Un groupe de travail expérimental a été initié en 2019 sur le thème de la sexualité pour les patients de la MAS, avec l'objectif de rédiger une charte et l'étendre à l'ensemble du personnel à l'appui d'une formation. Cette initiative, arrêtée par les effets du confinement sanitaire, mériterait d'être aboutie et d'intégrer la démarche « qualité » de l'établissement en direction du droit des patients.

### RECOMMANDATION 32

Le groupe de travail initié pour la mise en place d'une formation des soignants sur le droit à la sexualité des patients doit être relancé.

## 6. LES CONDITIONS DE VIE

### 6.1 DES CONDITIONS D'HEBERGEMENT SATISFAISANTES DANS DES LOCAUX RECENTS

#### 6.1.1. Site de Brienne-le-Château

Sur le site de Brienne, deux bâtiments construits en 2012-2013 selon une architecture identique, regroupent chacun deux unités. La clinique Gaston Bachelard accueille les unités Méridiens et Ellipses, et située à une centaine de mètres de distance, la clinique Dominique Florentin accueille les unités Carpe Diem et Petit Prince. Spacieux, lumineux et fonctionnels, ils offrent des conditions d'hébergement confortables aux patients.

Ces locaux, récents, sont construits de plain-pied selon une configuration identique. Chaque unité dispose de trois ailes d'hébergement, dont une aile dite « sécurisée ».



*Structure des unités de Brienne, en trois ailes*

Chaque unité de la clinique Bachelard, ouverte en 2013, comprend :

- dix-huit chambres individuelles, réparties dans les deux ailes classiques. Elles sont équipées d'un local sanitaire avec douche à l'italienne, toilettes, lavabo surmonté d'un miroir et un porte serviettes. La chambre elle-même est équipée d'une armoire fermable à clé, d'un coffre avec digicode, d'une table et une chaise, d'un lit médicalisé avec barrières à relever si besoin, d'une liseuse, d'un plafonnier. Les portes disposent d'un verrou intérieur permettant au patient de s'enfermer. Le patient peut fermer lui-même ses volets à l'aide d'un bouton électrique situé dans la chambre. En revanche, il ne peut pas ouvrir sa fenêtre, même un tout petit peu, les fenêtres étant dépourvues de poignée. Les vitres sont recouvertes d'un filtre occultant lorsque les chambres donnent directement sur la route ou le jardin. A cela s'ajoute un bouton d'alarme dont le bon fonctionnement a pu être vérifié. Les chambres sont dépourvues de poste de télévision ;
- cinq chambres individuelles dans l'aile « sécurisée », équipées de manière identique si ce n'est qu'elles ne comportent pas de verrou intérieur et que la porte est agrémentée d'un oculus pour une surveillance accrue ;
- située également dans l'aile « sécurisée », une chambre d'isolement et une chambre d'apaisement dans l'unité Ellipses, la chambre d'apaisement ayant été transformée en chambre d'isolement (sans toilettes, ni accès à l'eau) au sein de l'unité Méridiens.

**RECOMMANDATION 33**

Les patients doivent pouvoir ouvrir – ou au moins entrouvrir – la fenêtre de leur chambre de façon autonome, pour renouveler l'air quand ils le souhaitent.

Théoriquement les patients ont la possibilité de décorer leurs chambres mais dans les faits rares sont les chambres décorées, notamment au sein de l'unité Ellipses où les chambres sont apparues assez vides et tristes.

Les unités disposent également d'espaces collectifs : un salon de télévision, doté de nombreux fauteuils, lumineux et décoré de manière conviviale, une salle de bibliothèque, plus fournie à Méridiens qu'à Ellipses (livres, magazines, jeux de société, jeux de cartes, etc.), deux salles d'activités (peinture, jeux de société, soins esthétiques) dont l'une sert parfois pour des consultations, un baby-foot dans les couloirs, un réfectoire avec cuisine attenante, deux toilettes accessibles aux patients 24h/24, une salle de bains avec baignoire.

Elles bénéficient également d'un patio intérieur fermé, avec espace abrité des intempéries, accessible 24h/24. Il est équipé d'une table de jardin et de chaises et d'un allume-cigare. Un jardin extérieur, situé à l'arrière de l'unité, avec espace abrité de la pluie, est quant à lui uniquement accessible accompagné par un soignant en raison du grillage qui le ceinture, suffisamment bas pour permettre des fugues.



*Patio intérieur, accessible 24h/24*



*Jardin extérieur*

A cela s'ajoutent un bureau infirmier, une salle de soins, un espace détente pour les soignants (« tisanerie »), quatre bureaux (cadre de santé et consultations) et des espaces de rangement pour les ASH.

La clinique Dominique Florentin est configurée de manière similaire. Les deux unités Carpe Diem et Petit Prince sont identiques dans leur structure aux unités précédemment décrites (mais Carpe Diem dispose de trente chambres). Au regard de la spécificité des patients pris en charge, l'usage des locaux diffère dans ces unités. Outre l'aile sécurisée, à Carpe Diem, on compte une aile mixte hommes/femmes et une aile réservée aux hommes ; à Petit Prince, une aile est réservée aux hommes et une aile l'est aux femmes.

L'équipement des chambres est globalement identique. Parmi les différences notées, dans les unités Carpe Diem et Ellipses, les chambres sont équipées d'un poste de télévision. A Petit Prince et dans certaines chambres de Carpe Diem, le téléviseur est protégé par une paroi en verre, en

hauteur et inaccessible et la télécommande est laissée à la disposition des seuls patients pouvant s'en servir. Les placards ferment avec un cadenas, dont le patient ou le soignant a la clef, selon restriction médicale ; à Petit Prince, au regard du profil des patients, ce sont systématiquement les soignants qui conservent la clef. Les ailes sécurisées disposent d'un patio spécifique, accessible sur demande, avec des plantes un peu entretenues (activité proposée par une IDE). L'unité Petit Prince dispose en outre d'une salle Snoezelen<sup>17</sup>, une salle d'activité cuisine et une salle de musique.



*Chambre ordinaire*



*Chambre d'une aile sécurisée*



*Patio d'une aile sécurisée*

### 6.1.2. Site de Troyes

Seules les deux unités de la CPA font l'objet de la description qui suit, les locaux de l'UHM étant présentés en même temps que l'organisation de cette unité, au § 9.2.

En ce qui concerne l'UP 72, les chambres sont individuelles, avec un sanitaire complet et individuel. Elles sont dotées d'un lit, d'un fauteuil, d'une chaise et d'une petite table ainsi que d'un placard que le patient peut lui-même fermer à clé. Les fenêtres s'ouvrent en oscillo-battant. Des espaces collectifs sont aménagés : salon de télévision, salle d'activités, salle de balnéothérapie.

En ce qui concerne l'UCD, chaque patient dispose d'une chambre individuelle meublée d'un lit, d'une table de chevet, d'une petite table et d'une chaise avec une salle d'eau attenante comportant un lavabo, un miroir des WC une douche sans flexible. L'éclairage au néon fixé au mur au-dessus de la tête lit de comporte une fonction liseuse. Chaque porte de chambre est dotée d'un verrou de confort et peut se fermer de l'intérieur. Les fenêtres peuvent être ouvertes par les patients en oscillo-battant. Les patios comportent un petit auvent pour fumer à l'abri des intempéries ainsi que bancs et tables. Le salon pour recevoir les familles est meublé de fauteuils.

<sup>17 17</sup> Le **Snoezelen** (mot d'origine hollandaise) est une activité vécue dans un espace spécialement aménagé, éclairé d'une lumière tamisée, bercé d'une musique douce, un espace dont le but est de recréer une ambiance agréable. C'est une méthode qui vise à établir les contacts indispensables au bien-être et à l'épanouissement des personnes souffrant de troubles psychiques.



*Une chambre de l'UP72*



*Le patio de l'UCD*

## 6.2 UNE ATTENTION SOUTENUE EN MATIERE D'HYGIENE

L'hygiène des unités d'hébergement, chambres comme espaces collectifs, de même que celle de l'ensemble des locaux de l'hôpital est irréprochable. Les ASH font quotidiennement le ménage dans toutes les chambres et espaces des unités, plusieurs fois si nécessaire. Les draps sont changés toutes les semaines et tous les jours si besoin. Les serviettes et les gants de toilette sont changés tous les jours.

Les unités disposent par ailleurs d'une lingerie accessible sur demande aux patients : ils se servent en linge de lit propre, en pyjamas propres s'ils le souhaitent, il n'y a pas de problème de stock.

Il n'y a pas de lave-linge accessible au sein des unités mais les patients peuvent gratuitement faire laver leur linge par la buanderie centrale de l'établissement si leur famille ne prend pas en charge leur linge ou s'ils ne sont pas capables de faire usage des équipements (lave-linge et sèche-linge) mis à disposition par l'association Entr'Aide, à la cafétéria pour un montant de 4 euros, lessive comprise. En outre, une prestation de pressing, payante, est accessible à Brienne. A l'unité Petit Prince, le linge de tous les patients est lavé par l'établissement ; dans un local, sur des étagères, se trouve pour chacun des patients le linge de la journée et celui du lendemain.

Les unités disposent également de stocks de vêtements pour habiller les patients qui arrivent sans changes, sauf à l'UHM. Ainsi, par exemple, vingt des vingt-cinq patients hospitalisés à l'unité Petit Prince bénéficient chaque jour d'habits fournis par les soignants. Enfin, les patients peuvent accéder à la cafétéria à des vêtements à prix modiques (1 euro pour un vêtement, sous-vêtement ou veste et 3 euros pour un blouson).

En ce qui concerne l'hygiène corporelle, les patients, disposant d'un local sanitaire individuel en chambre, peuvent prendre une douche quand ils le souhaitent même si, selon l'unité concernée, un nombre plus ou moins important de patients ne sont pas à même de se laver seuls. Le matin est privilégié pour les douches avec les soignants. A l'unité Petit Prince, les patients, lourdement handicapés, peuvent nécessiter des douches et changes plusieurs fois par jour.

Depuis 2013, l'hôpital ne fournit plus de kit d'hygiène. Les patients sont tenus de s'en procurer, *via* leurs proches ou à la cafétéria qui propose une gamme complète de produits d'hygiène. Les soignants peuvent également acheter les produits nécessaires avec des « bons » fournis par les patients ou leurs tuteurs.

A l'exception de l'unité Petit Prince, il n'y a pas plus de coiffeur qui se déplace au sein de l'hôpital. Pour se faire coiffer, il faut un accompagnement en ville, dans l'un des six salons de coiffure de Brienne, au choix du patient, qui sera en principe accompagné.



Réserve de linge  
d'une unité



Vêtements en vente à la cafétéria



Local sanitaire d'une chambre

### 6.3 LES BIENS DES PATIENTS, SECURISES ET FACILEMENT ACCESSIBLES

Les pratiques des unités en matière de gestion des biens des patients sont globalement harmonisées.

Lors de l'admission, un inventaire complet des biens du patient est effectué par un ou deux soignants en présence du patient. Cet inventaire est saisi dans l'application CARIATIDES®, édité sous format papier, puis signé par le patient. Une copie signée est remise au patient, ou ajoutée dans son dossier médical selon son état.

Mais ensuite, dans certaines unités, ces inventaires ne sont pas suffisamment suivis à chaque entrée/sortie, de sorte qu'au fur et à mesure il y peut y avoir de grosses divergences entre l'inventaire de départ et la réalité. Il y a parfois des réclamations de patients, à tort ou à raison, qui mettent en difficulté les soignants (« *il y avait écrit 5 pulls, il n'y en a plus que 3 à la sortie* », *dixit* la famille ou le tuteur, etc.).

A l'exception d'objets particulièrement dangereux (couteaux, rasoirs, etc.), aucun objet n'est systématiquement enlevé, sans l'avis du médecin. Les valeurs, bijoux et argent sont déposés contre un reçu. Si le patient décide de les conserver, il signe un formulaire dégageant l'établissement de toute responsabilité en cas de perte ou vol. Les médicaments sont systématiquement retirés à l'arrivée et rendus sur avis médical, le cas échéant, à la sortie.

Les patients disposent tous d'un coffre, avec digicode, dans leur chambre. Les documents d'identité, les objets de valeur, et l'argent y sont conservés, avec une limite théorique de 50 euros, les sommes plus importantes étant déposées à la banque des patients à la cafétéria, même si dans la majorité des unités, les patients peuvent conserver des sommes plus importantes en chambre ou, dans certaines unités, dans le coffre du bureau de la cadre de santé.

Les patients disposent par ailleurs de placards qui peuvent être en partie laissés ouverts ou complètement fermés, toujours selon la décision du psychiatre. Dans ce dernier cas, les patients doivent alors demander aux soignants de les ouvrir.

Les patients peuvent s'enfermer dans la chambre lorsqu'ils y sont mais ils ne peuvent fermer la porte de l'extérieur, de sorte que celle-ci reste ouverte lorsqu'ils la quittent. Des problèmes de vols ont par conséquent été mentionnés. Plusieurs patients de l'unité Carpe Diem ont demandé à l'équipe soignante la pose de verrous extérieurs. La réponse est souvent : « *vous pouvez mettre vos effets personnels dans l'armoire ou dans votre coffre* ». A l'inverse, dans l'unité Petit Prince, aucun des patients ne dispose des clés du placard de sa chambre.

Le livret d'accueil attire l'attention des patients « *sur le fait qu'en dehors des jours ouvrables, en cas de sortie non programmée, il ne sera pas possible de récupérer vos biens et valeurs déposés auprès de l'établissement ou de la perception* ». Mais la banque des patients située à la cafétéria, présente des horaires d'ouverture très larges du lundi au vendredi matin et après-midi et, en pratique, les cas dans lesquels les patients sortent définitivement sans pouvoir récupérer au préalable leurs biens sont rares. En journée, ce sont les IDE qui les apportent à la banque des patients. La nuit et le week-end, ils sont récupérés par les IDE qui les déposent dans un coffre spécial à la loge située à l'entrée du site de l'hôpital, à charge pour les agents de la loge de faire le lien avec la banque des patients ultérieurement. Dans tous les cas, leur nature et leur montant sont saisis dans le logiciel CARIATIDES® et lorsque la banque des patients récupère le tout, elle envoie un bordereau récapitulatif papier à l'unité : un exemplaire pour le patient, un exemplaire pour les soignants.

La responsable de la banque des patients, en fonction depuis plusieurs décennies sur ce poste, traite avec une grande bienveillance les patients qui, pour certains, viennent quotidiennement retirer de petites sommes d'argent. Ils signent alors un bon de retrait et une feuille d'émargement qui permettent d'attester de leur retrait.

Elle gère les biens des patients autonomes comme ceux des patients sous protection juridique (curatelle ou tutelle). Dans ce cas, les responsables légaux font un virement sur le compte Dépôt Fonds du Trésor de l'établissement (créé en 2020 à la suite d'une réforme des finances publiques) et donnent des consignes d'utilisation des fonds. Ils indiquent notamment des plafonds de retrait mensuel et le montant à délivrer pour les sorties temporaires. Ils fournissent également le numéro IBAN pour le virement de la totalité des sommes sur le compte du patient à sa sortie définitive. Les relations entre la banque des patients et les tuteurs familiaux, institutionnels ou rattachés à l'EPSMA sont fluides et de qualité, au bénéfice direct des patients.

#### 6.4 LA RESTAURATION, CORRECTEMENT ASSUREE

Les repas sont servis dans le réfectoire des unités, à l'exception de l'UP72, dans laquelle les repas sont servis en chambre.

Dans l'ensemble des unités de Brienne-le-Château, les patients sont vus par la diététicienne la première semaine de leur arrivée pour connaître leur régime alimentaire (par ex. diabétiques), leurs goûts et croyances personnelles afin d'adapter leurs menus à leurs besoins. La prise en compte des menus par la cuisine centrale prend deux à trois jours. Des repas en surplus sont toujours disponibles le temps que les menus adaptés soient mis en place ou en cas d'arrivée imprévue. A l'UHM, les patients choisissent le dimanche le menu de la semaine suivante.

Les repas sont confectionnés à la cuisine centrale de l'hôpital de Troyes, livrés en liaison froide trois fois par semaine, conservés dans la chambre froide de la cuisine de l'unité et réchauffés sur place par les soignants. Sur le site, existe un vaste local où sont stockées les réserves alimentaires et quand une unité manque de lait, de fruits, de chocolat, de pain, ou d'un repas à la suite d'une arrivée, etc., sur simple appel téléphonique, elle est livrée dans la foulée.

Le goûter a été supprimé il y a quelques années pour des raisons de diététique et compenser le fait que les patients ont tendance à beaucoup grignoter dans la journée, de même que la tisane du soir a été supprimée dans la majorité des unités.

Les patients peuvent acheter ce qu'ils veulent à la cafétéria ou au distributeur dans la zone commune à l'entrée de chaque clinique, en face du secrétariat. Ils peuvent revenir dans l'unité avec leur achat, y compris en chambre. Si c'est périssable (remis par la famille, notamment), ils sont invités à consommer immédiatement les produits ou on les leur garde dans un des réfrigérateurs de l'office, au réfectoire. Les patients reviennent souvent avec beaucoup de choses de leurs sorties en ville : il y a souvent consommation, voire distribution immédiate dans la chambre de celui qui a rapporté les denrées.

Les soignants ne mangent pas avec les patients et il n'y a pas de repas thérapeutiques (soignants-soignés). En revanche, les familles peuvent déjeuner avec les patients dans une salle spécifique.

#### BONNE PRATIQUE 5

Tous les patients sont reçus par la diététicienne la première semaine de leur arrivée. Par ailleurs, les familles peuvent déjeuner avec les patients, dans une salle spécifique.

Dans certaines unités néanmoins, des patients nécessitent une assistance pour manger et les soignants sont alors très présents. C'est notamment le cas dans l'unité Petit Prince où la plupart des repas sont mixés pour éviter les fausses routes. Toutes unités confondues, sauf exceptions, les patients se sont dits globalement satisfaits des plats servis.

Du fait de la crise sanitaire, les repas pris usuellement à 8h30, 12h et 19h, font l'objet de deux services afin de limiter le nombre de patients présents en même temps dans le réfectoire. Les salles de réfectoire sont spacieuses et agréables. Les patients sont invités à prendre eux-mêmes leurs assiettes, couverts et verre et à s'installer à table. Selon les unités, un plan de table est affiché dans la salle ou les patients s'assoient où et avec qui ils le souhaitent. Pour respecter les mesures sanitaires, les patients sont installés à deux seulement par table et sont servis par un soignant qui se déplace entre les tables avec un chariot. En outre, les patients en septaine, autorisés à circuler librement dans le service avec un masque, viennent chercher un plateau repas au réfectoire et déjeunent dans leur chambre. Par ailleurs, selon les unités, les patients peuvent être autorisés à manger dans leur chambre à leur demande lorsqu'ils sont fatigués ou agités.

Les patients en chambre d'isolement mangent systématiquement dans ladite chambre sous la surveillance d'un ou deux soignants.



*Réfectoire et cuisine – Unité Ellipses*

## 7. LES SOINS

### 7.1 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS AU SERVICE D'ACCUEIL DES URGENCES DU CENTRE HOSPITALIER DE TROYES ET A L'UNITE PSYCHIATRIQUE 72 HEURES : UN RESPECT INCONSTANT DES REGLES DE BONNE PRATIQUE MEDICALE

#### 7.1.1 La prise en charge au service d'accueil des urgences du centre hospitalier Simone Veil de Troyes

##### *a) L'organisation générale, les moyens et le fonctionnement*

Le service d'accueil des urgences (SAU) du CH de Troyes accueille toutes les urgences y compris psychiatriques.

L'EPSMA a voué une équipe d'infirmiers psychiatriques, l'EPAULE (Equipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liaison avec l'EPSMA) à la prise en charge des urgences et à la psychiatrie de liaison, installée dans les locaux de l'UP 72 mais en exercice au service des urgences du CH Simone Veil (CHSV). Cette équipe compte sept postes d'IDE (6,8 ETP en activité), un cadre à temps plein et un psychiatre à 0,6 ETP présent tous les matins du lundi au samedi et non remplacé pendant ses absences. Elle a accès aux deux logiciels supportant le dossier médical du patient : RESURGENCE® (le logiciel des urgences de Troyes) et CARIATIDES® (celui de l'EPSMA).

Pour la psychiatrie de liaison, les demandes des différents services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) du CH Simone Veil arrivent sur la messagerie de la cadre, du psychiatre et sur le logiciel « DXcare® ».

Les visites dans les services se font le matin, en binôme psychiatre-infirmière.

Aux urgences, tous les jours, week-ends et jours fériés inclus, une IDE de l'EPAULE est présente de 8h à 15h30 (présence du psychiatre le matin en semaine) et deux de 13h55 à 21h25.

Le matin, à leur arrivée à l'UP 72, les IDE consultent les transmissions inscrites sur le logiciel « RESURGENCE » puis à 8h30 se rendent aux urgences de l'hôpital pour assister au « staff » avec l'équipe des urgences et passer en revue tous les patients arrivés pendant la nuit.

A leur arrivée au SAU, les patients sont reçus par une IDE d'accueil et d'orientation puis confiés au médecin urgentiste. Devant une symptomatologie psychiatrique, il est fait appel aux infirmiers psychiatriques de l'EPAULE.

Le matin, du lundi au samedi, une IDE de l'EPAULE s'entretient avec le patient après son bilan somatique, procède à une première évaluation et contacte le psychiatre présent dans le service afin qu'il examine le patient et propose une conduite à tenir au médecin urgentiste, dont le traitement médicamenteux.

L'après-midi, le psychiatre est absent et les IDE appellent le psychiatre de l'UP 72. Elles interviennent selon son avis donné par téléphone, comme l'a confirmé ce dernier et comme mentionné dans le rapport d'activité de 2019.

Puis, à partir de 18h30 et jusqu'à 21h25 en semaine ainsi que les week-ends et jours fériés, elles suivent les consignes téléphoniques données par le psychiatre d'astreinte ou de garde. Celui-ci ne se déplace qu'exceptionnellement au service des urgences. Les IDE peuvent attendre six heures avant de pouvoir s'entretenir avec ce psychiatre tout en subissant les demandes réitérées des médecins urgentistes auxquelles elles ne peuvent répondre.

Les consignes téléphoniques des psychiatres sont retranscrites par les IDE sur le logiciel « RESURGENCES® » afin que le médecin urgentiste puisse accéder à l'avis dispensé par son confrère. Cette façon de procéder, à savoir déléguer aux IDE la rédaction des propositions thérapeutiques du psychiatre à l'intention de son confrère urgentiste, est vécue comme une charge mentale très lourde par les IDE qui craignent de commettre des erreurs et se sentent responsables d'actes qu'elles n'ont pas à assumer. Les signalements faits aux cadres et cadres supérieurs des deux services psychiatriques et urgences du CH Simone Veil sont pour l'heure restés sans réponse.

#### RECOMMANDATION 34

Les propositions thérapeutiques doivent faire l'objet d'échanges directs entre médecins avec une trace écrite dans le dossier du patient.

La prise en charge des patients la nuit, de 21h25 à 8h, n'est pas sans interpellier également. En l'absence du psychiatre et des infirmiers psychiatriques, les médecins urgentistes doivent solliciter l'avis du psychiatre d'astreinte ou de garde pour avoir un avis sur la conduite à tenir.

Or ce dernier est quasiment impossible à joindre et plusieurs FEI ont été rédigées à ce sujet. De ce fait, l'urgentiste prend seul en charge le patient dans des conditions parfois peu conformes aux bonnes pratiques médicales. Ainsi, lors de leur mission, deux situations ont été présentées aux contrôleurs : la veille de leur venue aux urgences du CHSV, un patient est arrivé vers 16h, il est resté calme jusqu'au milieu de la nuit puis s'est agité et a été mis sous contention non sédaté à 0h40 par le médecin urgentiste jusqu'à l'intervention du psychiatre le lendemain matin. Un autre a connu le même sort à partir de 5h. Dans ces deux cas, le psychiatre n'a pas été appelé par l'urgentiste.

#### RECOMMANDATION 35

En cas d'agitation d'un patient, y compris de nuit, le médecin urgentiste doit solliciter l'avis d'un psychiatre.

Le service des urgences dispose d'un espace réservé pour les patients mis en contention.

De plus, la liste et les numéros de téléphone des psychiatres de garde ou d'astreinte n'est pas affichée dans le service des urgences.

#### RECOMMANDATION 36

La liste des médecins de garde en psychiatrie avec leur numéro de téléphone doit être affichée dans les locaux du service des urgences du centre hospitalier Simone Veil.

Pour tenter de pallier en partie ces dysfonctionnements, une nouvelle organisation des gardes a été instaurée au 1<sup>er</sup> janvier 2021, avec le choix donné à tous les psychiatres certificateurs de l'EPSMA (12,5 ETP) d'assurer une astreinte à domicile ou bien d'effectuer une garde sur place à l'UP72 moyennant des rémunérations plus avantageuses et un repos le lendemain. Au moment de la visite des contrôleurs, un tiers des médecins conservaient l'astreinte à domicile tandis que les autres optaient pour la garde sur place. Par ailleurs, selon les soignants, il n'est pas rare que les patients présentant un tableau psychiatrique aigu doivent se contenter d'un bilan somatique

initial sommaire et il leur arrive de demander des investigations plus poussées afin de limiter les pertes de chance.

### RECOMMANDATION 37

Tous les patients présentant une symptomatologie psychiatrique arrivant aux urgences doivent bénéficier d'un bilan somatique permettant d'établir un diagnostic différentiel précis et de limiter les pertes de chance.

En ce qui concerne les patients en SSC, plusieurs cas de figure se présentent :

- pour les patients en SDT, le certificat médical initial rédigé par un médecin extérieur à l'établissement ou le médecin urgentiste est vérifié par l'EPAULE et en cas de non-conformité retourné à son auteur pour correction. Le deuxième certificat est rédigé par le psychiatre des urgences le matin et celui de l'UP 72 l'après-midi du lundi au vendredi. Les week-ends et jours fériés, l'urgentiste doit faire appel au psychiatre de garde ou d'astreinte avec les difficultés déjà mentionnées. Parfois, le deuxième certificat est rédigé dans l'unité d'accueil en hospitalisation complète. Il arrive que les praticiens des urgences (internes, praticiens non inscrits au tableau du conseil de l'ordre) ne soient pas habilités à établir des certificats médicaux justifiant la mesure de SSC. Dans ces cas, ils contactent un autre médecin habilité du CH Simone Veil qui rédige le certificat initial sans avoir vu le patient ;
- la nuit, il arrive que les patients admis au SAU sans certificat médical initial attendent dans un box l'arrivée du psychiatre du matin qui, du fait de l'absence de médecin habilité à rédiger ce premier certificat, recourra à la procédure d'urgence : SDTU. L'EPAULE effectue la recherche du tiers, s'enquiert de la désignation de la personne de confiance et contacte des mandataires judiciaires, le cas échéant ;
- pour les patients admis en SDRE, les certificats médicaux sont faxés par le service des urgences à l'ARS qui valide ou non leur conformité. La notification des droits et la remise du certificat médical n'est pas du ressort de l'EPAULE, mais de celui des médecins et soignants des unités d'hospitalisation.

### RECOMMANDATION 38

Les certificats médicaux établissant la nécessité de soins sans consentement ne peuvent être rédigés que par le médecin qui a effectivement examiné le patient.

#### *b) Le devenir des patients*

Aucune donnée chiffrée sur le devenir des patients ne figure dans les rapports d'activité de l'EPAULE de 2019 et 2020.

Si un retour à domicile est envisagé, les IDE font le lien avec le CMP de référence. Elles transcrivent dans le dossier CARIATIDES® du patient suivi en CMP les éléments médicaux et paramédicaux du dossier RESURGENCE® afin de garantir la continuité des soins (en particulier le soir et les week-ends où les équipes des CMP ne peuvent être joignables).

Si une hospitalisation est indiquée, l'unité d'accueil est décidée par le psychiatre des urgences le matin ou celui de l'UP72 l'après-midi ou celui de garde ou d'astreinte la nuit, les week-ends et

jours fériés ou la cadre sur avis du psychiatre et en fonction du tableau clinique, du statut, de l'âge et des places disponibles.

Les patients nécessitant une période d'observation complémentaire sont préférentiellement adressés à l'UP72 ou, faute de place, à l'UCD.

Les transports des urgences aux unités d'hospitalisation sont assurés par des ambulances privées conventionnées avec l'hôpital. L'EPAULE organise le transfert sur son temps de présence mais la nuit, le relais est pris par la régulation du SAMU.

Les patients « calmes » sont transportés assis ou allongés avec fixation de la ceinture de sécurité routière. Les patients « agités » sont transportés allongés, immobilisés par des ceintures de contention, sédatisés, vers leur lieu de destination qui peut se situer à 43 km s'il s'agit de Brienne-le-Château. Cette mesure décidée par le médecin urgentiste est tracée dans RESURGENCE®.

### 7.1.2 L'arrivée directe dans les unités de long séjour à Brienne

En semaine, du lundi 9h au vendredi 18h30, l'équipe infirmière des CMP formée à l'entretien de première évaluation et d'orientation constitue le premier recours face aux situations d'urgence psychiatrique qui peuvent se présenter, afin d'éviter le transfert des malades aux services des urgences des hôpitaux du département. Le psychiatre du CMP ou à défaut celui de permanence extra hospitalière joignable par le standard de l'EPSMA peut être contacté à tout moment par l'infirmier pour avis diagnostique et conduite à tenir. Les patients nécessitant une hospitalisation seront alors adressés à l'UP72, à l'UCD, à Méridiens voire Petit Prince. Certains patients connus de ces unités peuvent y être admis directement sans passer par le service des urgences des hôpitaux. Adressés par les CMP en cas de décompensation nécessitant une hospitalisation, ils sont reçus par les IDE et le psychiatre le jour et la nuit par l'équipe d'infirmiers de nuit et le médecin d'astreinte sur le site qui peut être un interne, un médecin généraliste, un psychiatre certificateur ou non. Le psychiatre d'astreinte pour tout l'EPSMA peut être sollicité pour donner un avis téléphonique mais il ne se déplace pas. Les patients sont examinés par le médecin somaticien dans les 24 heures suivant leur arrivée. Pour les patients en SSC admis dans l'unité Méridiens, l'information sur le statut d'admission, la remise du certificat médical et la notification des voies de recours incombent au médecin et aux soignants pour ceux arrivant à Petit Prince, Ellipses, Carpe Diem.

### 7.1.3 La période d'observation d'évaluation et d'orientation à l'UP 72

#### a) Organisation et moyens

Ouverte le 22 mai 2018, cette unité est dotée de huit lits en chambre individuelle, tous conçus pour la fixation de ceintures de contention. Elle prend en soins toute personne résidant dans l'Aube, à l'exception des personnes détenues, à partir de 16 ans, en détresse psychologique aiguë, pour une courte durée (24 à 72 heures) pour l'observation, l'évaluation, le traitement et l'orientation. Elle accueille majoritairement des patients en soins libres (88 % en 2019, 80 % en 2020) et aucun patient présent au moment du contrôle n'était en SSC.

#### b) Le parcours du patient et les soins prodigués

Les patients admis dans cette unité viennent en grande majorité (76 %) du SAU du CH Simone Veil et, dans une moindre mesure, des services d'urgence des autres hôpitaux du département, des CMP (13 %), de l'hôpital de jour sur indication des psychiatres de ces structures. Le taux d'occupation des lits était de 78 % en 2020. En cas de suroccupation de l'UP 72, de décision

d'isolement, les admissions et l'observation se font à l'UCD voisine. Si l'UCD ne dispose d'aucune place, les patients sont hospitalisés dans des unités parfois peu adaptées à l'âge ou à la pathologie.

Les patients transférés dans une autre unité faute de place ne sont pas réintégrés à l'UP72 une fois les lits libérés comme l'ont constaté les contrôleurs. Quant aux patients pour lesquels les PDS n'ont pas été concluants, ils font l'objet, sous réserve de place disponible, d'une ré-hospitalisation dans l'unité de psychiatrie d'origine.

Un fois arrivé dans l'unité, le patient est reçu par un infirmier puis vu par le psychiatre de la CPA en journée ou de garde, la nuit, les week-ends et jours fériés (la chambre de garde se trouve dans les locaux de la CPA). Toutefois, les psychiatres d'astreinte ne se déplacent pas et donnent leurs consignes par téléphone.

Le psychiatre de l'unité voit les patients tous les jours. Ceux rencontrés lors du contrôle étaient très sédatisés et présentaient des difficultés d'élocution et motrices (à la marche). La palette des thérapies auxquelles le corps médical recourt s'étend de la psychothérapie EMDR<sup>18</sup> et des traitements médicamenteux jusqu'à la contention revendiquée pour son « effet rassembleur bénéfique » sur des troubles psychotiques avec agitation. Elle est pratiquée en chambre normale, avec tout le mobilier retiré, le lit scellé au sol, éloigné de toute paroi, une sonnette filaire laissée au patient surveillé toutes les heures par les infirmiers. A ces arguments s'ajoute la reconnaissance qu'un espace d'apaisement suppose davantage de personnel soignant. Ainsi, quarante et une mesures de contention ont été décidées en 2020. Le personnel « bénéficie » de formations sur la contention dispensées par la société qui en commercialise les sangles.

Des neuroleptiques injectables sont prescrits « *si besoin* », euphémisme utilisé pour désigner un refus de traitement *per os* ou un épisode d'agitation, dont l'indication est laissée à l'appréciation seule de l'infirmier. Or, il convient de rappeler le caractère illégal de cette procédure. L'article L. 1111-4 du CSP précise que toute personne a le droit de refuser un traitement. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du CSP, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Cet article est repris sur le versant déontologique par l'article R 4127-36 du même code. De plus, le conseil national de l'ordre des médecins rappelle, dans ses publications, que le fait d'intervenir sur un patient contre son consentement est pour un médecin une faute qui engage sa responsabilité civile et l'expose à une sanction disciplinaire.

### RECOMMANDATION 39

En cas de refus de traitement ou d'agitation, seul le médecin après avoir examiné le patient, recherché son consentement, peut décider en fonction de la clinique constatée, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.

Les entretiens infirmiers font partie du programme thérapeutique.

<sup>18</sup> *Eye movement desensitization and reprocessing*, forme de stimulation sensorielle née à la fin des années 80.

### c) L'activité de l'UP 72 et le devenir des patients

En 2020, l'UP72 a accueilli 571 patients dont 84 % en soins libres, 14 % en SDDE et 2 % en SDRE, soit en moyenne 47 chaque mois et 27 mineurs au total.

Les patients orientés vers les CMP à leur sortie représentent la grande majorité (44 %). Les délais de rendez-vous pour les entretiens infirmiers n'excèdent guère trois jours mais peuvent atteindre trois mois voire plus pour une consultation médicale ou une séance avec un psychologue. Dans ces cas, les renouvellements de traitement sont confiés au médecin traitant du patient ou bien rédigés par le psychiatre du CMP qui recopie l'ordonnance de sortie remise par l'infirmier sans avoir vu le patient.

#### RECOMMANDATION 40

Les prescriptions médicamenteuses ne peuvent être effectuées qu'après un examen du patient par le médecin prescripteur.

Un tiers des patients est transféré vers les autres unités de l'EPSMA.

De plus, le manque de places dans les structures d'aval, notamment en gérontopsychiatrie et MAS, prolonge le séjour des malades concernés (deux lors du contrôle) dans cette unité.

## 7.2 UN ACCES AUX SOINS PSYCHIATRIQUES ENTRAINE PAR LE MANQUE DE PSYCHIATRES

### 7.2.1 Les modalités de prise en charge individuelle, médicale et paramédicale

A l'exception de l'UCD et de Méridiens, aucun projet de soins individualisé ne semble élaboré dans les autres unités.

#### a) Consultations médicales

A leur arrivée dans l'unité, les patients sont généralement vus en consultation par le psychiatre. A l'UCD, le psychiatre reçoit les patients en consultation deux à trois fois par semaine. Dans les autres unités de Brienne-le-Château, le manque criant de temps médical réduit singulièrement la fréquence des consultations médicales, ce dont se plaignent les patients. A Méridiens, Petit Prince, il n'y a qu'un seul médecin pour chaque unité, à temps très partiel car affecté à d'autres tâches. A Carpe Diem, les psychiatres s'occupent surtout des certificats, de l'aspect médico-légal de la prise en charge et du renouvellement des traitements, tandis qu'à Ellipses, des entretiens se déroulent « régulièrement », sans précision, ou « dès que de besoin », mais de l'aveu même de l'un des psychiatres, leur temps de présence dans l'unité est « largement insuffisant » pour offrir un niveau de soins correspondant aux besoins.

De plus, à Petit Prince et à Carpe Diem, les psychiatres en poste nouvellement arrivés au début de l'année succèdent à des praticiens ayant désinvesti ces services et se voient confrontés aux impératifs de réorganiser tout le travail clinique avec les soignants en direction des patients (projets de soins individualisés, réunions cliniques, de synthèse, etc.).

La nuit, les week-ends et jours fériés, en cas d'urgence sur le site de Brienne-le-Château, il est fait appel à des praticiens (interne, psychiatre en formation) aux compétences inégales, de garde sur place, ou bien au médecin généraliste qui assure une astreinte téléphonique. Le psychiatre signataire d'astreinte départementale peut être contacté mais il se déplace exceptionnellement.

En l'état actuel des choses, il n'est pas désigné de médecin référent sauf à l'UCD et le choix du médecin reste une éventualité recevable mais peu applicable en pratique.

### *b) Entretiens infirmiers*

Aucune unité n'a institué d'IDE référent.

A l'UCD, les entretiens infirmiers contribuent effectivement aux soins prodigués. Ils se tiennent systématiquement 48 heures après l'admission, en post isolement, à la demande du patient ou sur proposition de l'IDE et sont tracés dans le dossier informatisé du patient.

A Méridiens, se déroulent des entretiens informels réguliers et formels tracés dans le dossier informatisé du patient. La recherche de l'alliance thérapeutique fait l'objet d'une préoccupation constante de la part des soignants.

Dans les autres unités, l'entretien infirmier institué ne semble pas faire partie du dispositif de soins.

### *c) Entretiens avec psychologue*

A l'UCD et à Méridiens les patients peuvent, à leur demande ou sur conseil du médecin ou des soignants, bénéficier d'un suivi avec un psychologue. Ainsi, lors du contrôle, une dizaine de patients de Méridiens étaient reçus en entretien par la psychologue attachée à l'unité et à Carpe Diem.

## 7.2.2 Travail d'équipe autour du patient

### *a) Transmissions*

Elles s'effectuent brièvement sur les temps de relève entre deux équipes IDE-AS à raison de 10 minutes le matin entre l'équipe de nuit et celle du matin, 15 minutes le midi et 12 minutes le soir. Leur durée a été réduite lors des négociations sur la réduction du temps de travail.

### *b) Réunions cliniques et de synthèse*

Leur tenue varie selon les unités. A l'UCD, elles se déroulent tous les lundis après-midi en présence de toute l'équipe (médecins, cadre, IDE, AS, psychologue, ergothérapeute, assistante sociale, secrétaire), et IDE de CMP, membre de la famille, tuteur, etc. s'il s'agit d'une synthèse en vue d'une sortie. A Méridiens, elles se confondent avec les réunions de synthèse et se tiennent chaque semaine en présence de l'équipe pluridisciplinaire (psychiatre, IDE, AS, interne, cadre, psychologue, assistant social, somaticien, tuteurs et membres de la famille, le cas échéant) et visent à faire le point sur l'évolution de l'état de santé du patient, ses capacités, ses attentes et sa situation sociale afin d'adapter le projet de soins individualisé et de préparer la sortie.

A Ellipses aussi les réunions hebdomadaires tiennent lieu à la fois de réunions clinique et de synthèse. Y assistent l'un des psychiatres, la cadre de santé, les IDE, AS et ASH et y sont discutés l'état de santé du patient et ses perspectives. Les contrôleurs qui ont assisté à l'une de ces réunions ont relevé le degré d'implication des soignants et du cadre dans les propositions de prises en charge soumises au psychiatre.

A Carpe Diem et Petit Prince, les réunions cliniques n'ont plus cours depuis plusieurs mois et l'attente des soignants vis-à-vis des nouveaux psychiatres quant à leur réinstauration est très forte. Il persiste toutefois des réunions de synthèse en lien avec un projet de sortie à Carpe Diem, non formalisées, en présence ou non du patient et à Petit Prince une réunion de synthèse était programmée pour la fin février 2021.

### c) Réunions soignants-soignés

Elles subsistent uniquement à Ellipses à raison d'une fois par mois. Animées par deux IDE, elles portent sur des thèmes choisis par les patients mais en 2019, deux seulement se sont déroulées car l'IDE référente a été absente quasiment toute l'année et en 2020 du fait de la pandémie due au Covid elles ont été suspendues.

A Méridiens elles ont été progressivement abandonnées faute de disponibilité des soignants.

A Carpe Diem elles ont disparu également. Auparavant, elles se tenaient tous les quinze jours, animées par la psychologue, un ou deux IDE et la cadre quand elle était disponible. Selon les témoignages recueillis, la crise sanitaire, le désinvestissement de la psychologue et le désintérêt du médecin de l'unité parti en décembre 2020 peuvent expliquer leur disparition. La cadre de santé par intérim regrette ces moments de liberté de parole pour les patients sur des thèmes qui les intéressaient (sexualité, tabac, traitements, vie en collectivité, etc.).

### d) Supervision

Aucune unité ne bénéficie plus de supervision ni d'analyse de pratique. De tels dispositifs existaient pourtant dans certaines unités il y a quelques années, supprimées par le médecin. Des sujets posant difficulté, comme la gestion du tabac au sein de l'unité, avaient pu être abordés. Seul l'entretien annuel avec le cadre de santé permet au soignant de s'exprimer sur son travail. En cas de besoin, (nécessité de « recadrer » un agent, mal-être au travail, etc.), le cadre de santé rencontre directement les personnes concernées.

### e) Liens avec les familles

A Méridiens, les familles sont systématiquement rencontrées une fois le patient stabilisé afin d'envisager le projet de soin et associées à la préparation à la sortie.

A Ellipses, rares sont les patients à avoir encore des proches. Pour ceux qui en ont, les soignants veillent à leur faire une présentation de l'unité et des soins prodigués lors de la première rencontre. En principe, ils les contactent également avant leur sortie.

Dans les autres unités, c'est lors des réunions de synthèse préparatoires à la sortie que les familles sont contactées et sollicitées.

## 7.2.3 Sortie des patients

Préparée lors des réunions de synthèse, ses modalités dépendent de la situation et l'état des patients.

A l'UCD, en 2019, 52 % des patients ont regagné leur domicile, 35 % ont été adressés pour une prise en charge en CMP, 6 % ont été transférés vers une autre unité d'hospitalisation de l'EPSMA et 8 % sont « perdus de vue » (sortie sans autorisation, non-retour après permission). Si un rendez-vous avec un IDE en CMP s'obtient dans les trois jours suivant la sortie, pour les psychiatres ce délai peut atteindre trois mois.

Les autres unités qui comptent des patients plus lourdement déficitaires et dépendants sont confrontées au manque de places dans les lieux de vie aidés (FAM<sup>19</sup>, EHPAD, MAS), pour lesquels l'attente se compte en années et contraint à rechercher des solutions jusqu'en Belgique.

---

<sup>19</sup> FAM : foyer d'accueil médicalisé

Ainsi certains patients auront-ils passés la majeure partie de leur vie à l'hôpital psychiatrique comme à Carpe Diem qui compte beaucoup de patients au long cours dont un vivant à l'EPSMA depuis... 1965).

#### 7.2.4 Situation des « inadéquats »

L'UCD ne compte pas de patients présents depuis plus de 292 jours.

Sur le site de Brienne-le-Château chaque unité héberge au long cours des patients pour lesquels aucun autre lieu de vie n'a pu être trouvé.

Ainsi au moment du contrôle, il était recensé à Méridiens trois patients présents respectivement depuis un an et six mois, un an et huit mois et deux ans et sept mois, à Carpe Diem un patient présent depuis 2004 et un autre depuis l'âge de 9 ans, à Ellipses, un patient présent depuis septembre 2018 et à Petit Prince la totalité des malades hormis ceux en admission, avec un patient présent depuis 1987.

#### 7.2.5 Accès au dossier médical

La demande d'accès au dossier médical se fait directement auprès de la direction qui adresse ensuite un mail à l'unité qui doit fournir et retourner les données demandées. Les éléments du dossier médical seront envoyés ou donnés au patient par la direction dans un délai de deux mois.

### 7.3 LA REDUCTION DRASTIQUE DES ACTIVITES THERAPEUTIQUES DEPUIS LA CRISE SANITAIRE

Pour l'année 2021 les services intra hospitaliers du pôle psychiatrie adultes disposent d'un budget d'un montant de 22 000 euros. Ces sommes sont ainsi réparties entre les différentes unités :

UP 72	UCD	Méridiens	Carpe Diem	Petit Prince	Ellipses	La Dyade
800 €	2 400 €	2 500 €	2 500 €	2 400 €	1 400 €	10 000 €

#### 7.3.1 Activités à l'UCD

900 € sont alloués à l'ergothérapeute et 600€ à la socio-esthéticienne. Le reste sert à acheter des équipements sportifs : rameur, tapis de sol et cordes à sauter par exemple et des livres ainsi que des fournitures pour les activités thérapeutiques.

L'unité dispose de quatre salles d'activités affectées à l'ergothérapie, la socio-esthétique, aux activités créatives et au sport.

L'ergothérapie et la socio-esthétique sont accessibles sur prescription médicale tandis que le groupe de parole, animé par un psychologue et un AS ou un IDE tous les mercredis, le groupe écriture conduit par un psychologue et un ergothérapeute, les activités sportives et artistiques organisées tous les jours par un IDE ou AS-AMP<sup>20</sup> sont en accès libre.

Un « Coin Lecture » meublé de deux bibliothèques, deux bureaux et de fauteuils est ouvert à tous de 9h à 9h30 le lundi et le vendredi, uniquement pour emprunter et rendre des ouvrages, les impératifs sanitaires empêchant la lecture sur place.

<sup>20</sup> AMP : aide médico-psychologique

Jusqu'au début de l'épidémie de Covid-19, un soignant AS/AMP en horaires de journée (9h30-17h) assurait quotidiennement la tenue d'activités thérapeutiques soit à son initiative soit à la suite de la demande des patients. Tracées dans le parcours de soins, elles doivent faire l'objet d'une observation soignante reportée dans le dossier informatique du patient. Depuis le début de la crise sanitaire, toutes ces activités ont été supprimées. Aucune sortie à l'extérieur n'est organisée.

### 7.3.2 La Dyade

Il s'agit d'unité sanitaire qui propose au moyen d'activités thérapeutiques la prise en charge spécifique des patients hospitalisés à temps plein dans les services du site briennois, sur prescription médicale et dans le cadre du projet de soin individualisé du patient. Placée sous la responsabilité médicale d'un psychiatre elle compte un cadre de santé représentant 0,5 ETP, trois ergothérapeutes pour 2,8 ETP, deux IDE pour 1,8 ETP, une socio-esthéticienne pour 0,5 ETP et une ASH à mi-temps thérapeutique.

Les activités sportives, très nombreuses avant la crise sanitaire, se déroulaient dans une grande salle de sport bien équipée ou à l'extérieur. L'infirmier en charge de ce domaine a monté de nombreux projets : équipe de rugby, rencontres sportives entre EPSM et secteur médico-social et organisait des randonnées pédestres ou à vélo, des séances d'équithérapie dans un centre équestre (une fois par mois), de piscine (une à deux fois par mois), etc. Tous sont quasiment à l'arrêt depuis 2020. L'équipe tente malgré tout de conserver une activité sportive par patient et propose des sorties dans le parc.

Les autres ateliers (cuisine, vannerie, « Créatout », poterie, art sylvestre) continuaient d'accueillir régulièrement des patients lors du contrôle de février 2021 malgré la crise sanitaire, en jauge restreinte. Les soins prodigués par la socio-esthéticienne s'inscrivent dans le programme « *prendre soin de soi* » auquel collabore une AS mais semblent difficiles à mettre en place compte tenu du profil des patients. La prise en soins dans l'espace « Snoezelen » de Petit Prince se développe avec la collaboration des soignants des deux unités (Dyade et Petit Prince).

En 2018 et 2019, 159 patients ont bénéficié des interventions de la Dyade dont respectivement 25 et 28 en SSC.



*Salle de sport*



*Ateliers créatifs*



*Salon de socio-esthétique*

### 7.3.3 Activités dans les unités de Brienne

A Méridiens les activités récréatives proposées (télévision, radio, bibliothèque, jeux de société, ping-pong, baby-foot) sont en libre accès. Les soignants parviennent à proposer des temps de jeux avec les patients. La consultation du tableau de bord de janvier 2020 témoigne de l'existence de ces activités ludiques animées par un ou deux soignants auprès d'un ou plusieurs patients. Aucun planning des activités proposées n'est affiché dans l'unité. Les activités thérapeutiques dont l'accès à certaines nécessite l'accord du médecin sont confiées aux aides-soignants comme les soins esthétiques (atelier Zen) et diverses activités occupationnelles, ou aux IDE comme l'atelier d'ergothérapie où se pratiquent peinture, modelage, pompons, etc.). Des repas thérapeutiques avec le marché en ville, l'élaboration des menus, la préparation du déjeuner et sa dégustation en compagnie d'un ou deux soignants sont organisés pour un ou deux patients à chaque fois. Les sorties à l'extérieur sont très limitées, crise sanitaire oblige. Aucune différence liée au statut des patients quant à leur accès aux activités n'a été observée.

A Carpe Diem très peu d'activités occupationnelles (jeux de cartes, jeux de société, fléchettes) sont proposées depuis la survenue de l'épidémie. Au moment de la visite, la salle de télévision était fermée pour des raisons sanitaires. Les patients comme les soignants se plaignent de cette inertie imposée. Quelques séances de sport maintenues parviennent mal à compenser la réduction des autres activités et selon les soignants, l'errance et l'oisiveté font le quotidien de ces patients. Les sorties thérapeutiques à la journée, financées par l'EPSMA (seul le repas reste à charge) sont maintenues mais très contraintes par les règles sanitaires et les moyens qu'elles exigent : deux soignants et un patient par véhicule. Celles de plusieurs jours sont abandonnées depuis 2020 en raison de la Covid.

A Petit Prince, l'organisation d'activités thérapeutiques est rendue complexe par la pathologie des patients et de la mobilisation des soignants qu'elle exige. Des activités pérennes sont en place : coloriage, jeux de cartes, sortie à la ferme pédagogique, au lac, équithérapie. Chaque activité est limitée à deux patients au maximum. Le soignant de journée sort les patients de l'aile sécurisée dans le parc. Quelques activités sont organisées avec l'ergothérapeute, un IDE et l'esthéticienne de la Dyade sur prescription médicale. Des sorties « événement » comme se rendre à la piscine ou bien des séjours thérapeutiques de quelques jours sont parfois proposés pour un patient accompagné par un IDE et un AS. En 2019, quarante-quatre sorties thérapeutiques ont été organisées.

A Ellipses, sur les vingt-cinq patients présents dans l'unité au moment du contrôle, huit patients en SL et un patient en SDT étaient inscrits aux activités thérapeutiques proposées dans la semaine à la cafétéria. Les patients, en SL ou en SSC, sont accompagnés en mini-bus pour se rendre à la cafétéria. Aucun repas thérapeutique n'est organisé, à l'exception des fêtes (bûche de Noël, crêpes pour la Chandeleur, etc.). Les activités occupationnelles se résument majoritairement à la télévision installée dans un petit salon, allumée mais parfois sans le son. La bibliothèque ne contient qu'une dizaine d'ouvrages et des revues vieilles de plusieurs années. Un baby-foot est installé dans le couloir mais les patients n'y jouent pas (parfois très âgés ou déficitaires, ils ne sont dans l'ensemble pas en mesure d'utiliser les manettes). Le jardin n'est pas accessible en hiver. Le jeudi après-midi, l'équipe bénéficie souvent du renfort d'un agent (ASH ou IDE) et peut alors confier à l'un de ses membres l'initiative d'activités ludiques (coloriages, jeux de société) dans la salle équipée à cet effet. Toutefois, de l'aveu de plusieurs patients rencontrés, « on s'ennuie » à Ellipses.

## 7.4 DES PERTES DE CHANCE MAJOREES PAR LES DIFFICULTES D'ACCES AUX CONSULTATIONS SPECIALISEES ET L'ABSENCE D'EDUCATION A LA SANTE

### 7.4.1 L'organisation et les moyens

L'EPSMA emploie deux médecins spécialistes en médecine générale pour 3,5 ETP budgétés. Sur ce temps de travail, un mi-temps est dévolu à la MAS de Brienne-le-Château.

Ces deux praticiens interviennent à la clinique psychiatrique de l'Aube à Troyes (UCD et UP 72) à raison d'un jour chacun par semaine et le reste du temps dans les unités de Brienne où l'un est référent pour Carpe Diem et la MAS et l'autre pour Méridiens, Petit Prince et Ellipses.

Toutes les cliniques (deux unités mitoyennes) sont dotées d'un cabinet médical correctement équipé et disposent de matériel d'urgence. Le personnel est formé aux premiers secours et des défibrillateurs sont installés dans les deux cliniques, le gymnase, la conciergerie et la clinique psychiatrique de l'Aube.

### 7.4.2 Modalités d'intervention auprès des patients

Les médecins voient les patients en consultation à leur demande ou à celle des soignants ou des psychiatres en présence d'un infirmier. En journée, du lundi au vendredi, ils examinent également systématiquement tous les patients, notamment ceux en SSC, au moment de leur admission. En dehors de ces plages, les patients sont vus par le praticien de garde, car s'ils arrivent des services des urgences des hôpitaux, ils n'ont pas toujours bénéficié d'une évaluation somatique par les médecins urgentistes. A tout le moins, dans les 24 heures suivant leur arrivée dans l'unité, les patients en SSC sont vus en consultation par le médecin somaticien.

Les patients au long cours bénéficient d'un bilan somatique annuel. Ces médecins peuvent être le médecin traitant de patients passant leur vie à l'hôpital.

Les patients faisant l'objet d'une décision d'isolement avec ou sans contention sont également examinés par le médecin somaticien au moment de la mise en œuvre de la mesure. La surveillance des personnes isolées, attachées est confiée aux infirmiers mais les médecins somaticiens exigent d'être informés des traitements sédatifs administrés afin d'instaurer, le cas échéant, un traitement préventif des thromboses vasculaires.

En ces temps de Covid-19, les patients arrivant subissent un test PCR. S'il est négatif, ils restent isolés pendant sept jours dans leur chambre en ayant la possibilité de sortir fumer à l'extérieur et ils ne sont pas retestés sauf s'ils présentent des symptômes.

Les patients testés positifs sont isolés dans leur chambre pendant 14 jours mais peuvent aussi sortir fumer. Au moment du contrôle deux patients étaient vaccinés. A Ellipses, un foyer s'est déclaré : vingt patients sur vingt-cinq ont été atteints. L'un d'eux a été hospitalisé mais il souffrait également d'un cancer du poumon.

L'évaluation de la douleur est effectuée mais pas toujours tracée dans le dossier informatisé du patient.

Les omnipraticiens se chargent du renouvellement des traitements substitutifs aux opiacés mais selon leur dire ce n'est pas si fréquent.

### 7.4.3 L'accès aux autres soins spécialisés

De l'avis même de ces omnipraticiens, ces patients psychiatriques atteints de pathologies autres sont moins bien pris en charge : les explorations s'avèrent moins poussées et les traitements

moins agressifs ou moins sophistiqués par crainte d'une moins bonne compliance, surtout pour des pathologies graves comme les cancers pour lesquelles les protocoles de chimiothérapie, radiothérapie sont allégés.

Les consultations spécialisées en MCO se déroulent au CH Simone Veil de Troyes sauf s'il existe déjà un médecin référent en ville. Les délais pour obtenir une consultation spécialisée notamment en ophtalmologie, cardiologie, neurologie, atteignent six à huit mois. Les soins dentaires sont dispensés par un praticien libéral à Brienne-le-Château mais les patients handicapés sont traités au centre d'odontologie du CHU de Reims.

#### 7.4.4 L'accès aux examens complémentaires

Pour les examens biologiques, les prélèvements sont effectués dans les unités par les infirmiers, transmis au laboratoire et les résultats communiqués au prescripteur dans les meilleurs délais.

L'imagerie médicale de base, échographie, radiologie standard, échodoppler s'effectue à Bar-sur-Aube sans délai préjudiciable tandis que l'accès à un scanner, une IRM, à Troyes en clinique privée ou à l'hôpital suppose quatre à six semaines d'attente voire plus.

### RECOMMANDATION 41

Les patients de psychiatrie ne doivent pâtir d'aucune perte de chance tant dans le diagnostic des pathologies somatiques que dans l'accès aux soins.

#### 7.4.5 L'éducation thérapeutique

Hormis une sensibilisation à l'hygiène buccodentaire, aucune action d'éducation à la santé n'est entreprise.

### RECOMMANDATION 42

Des actions d'éducation thérapeutique adaptées aux patients souffrant de troubles psychiatriques doivent être menées afin de leur permettre une meilleure compréhension de leurs pathologies psychiatrique et somatique et favoriser une meilleure prise en charge.

## 7.5 UNE ADMINISTRATION DES TRAITEMENTS NON CONFORME AUX REGLES DE BONNE PRATIQUE MEDICO-SOIGNANTE DANS LA PLUPART DES UNITES

### 7.5.1 Le champ d'intervention, l'organisation et les moyens de la pharmacie centrale

La pharmacie de l'EPSMA occupe des locaux vétustes et peu ergonomiques sur plusieurs étages dans une annexe du château de Brienne, et dessert tous les sites intra et extra hospitaliers de l'établissement. L'équipe est constituée de deux pharmaciens, six préparateurs (pour 5,1 ETP), une secrétaire et une ASH à mi-temps pour le bionettoyage de la pharmacie.

Les pharmaciens sont présents de 8h30 à 17h30 du lundi au jeudi et de 8h30 à 16h le vendredi. Les préparateurs se répartissent le travail sur six postes et ont accès au dossier médical du patient. Il n'est organisé ni garde, ni astreinte téléphonique. En cas de besoin, le médecin s'approvisionne dans une unité voisine ou à l'officine de garde en ville. Dans ce dernier cas, le médecin de garde ou le soignant remplit un bordereau à l'entête de l'EPSMA sans mentionner le nom du patient.

indiquant le nom et la dose du médicament souhaité. La facture est adressée par la suite à l'EPSMA ou bien le médicament est redonné à la pharmacie. Il est recouru à ce procédé soixante-dix à quatre-vingts fois par an.

### 7.5.2 Le circuit du médicament

Les médicaments sont commandés directement aux laboratoires, les préparateurs les réceptionnent, défont les cartons, vérifient l'adéquation entre les commandes et les produits reçus et organisent leur répartition dans les services. Les spécialités orales pour lesquelles il est impossible de connaître le nom et la dose du médicament sous le blister unitaire sont ré-étiquetées permettant l'identification et le dosage du médicament pour chaque unité jusqu'à son administration.

Avant l'expédition des médicaments dans les unités, les préparateurs vérifient que les ordonnances n'ont pas été modifiées et si tel est le cas, en réfèrent au pharmacien. L'UCD, l'UP 72 et l'UHM reçoivent une dotation globale hebdomadaire, leur stock de médicaments est géré informatiquement et les réapprovisionnements effectués en fonction de ce qui reste. Pour tous les autres services, les médicaments sont conditionnés en sachets individualisés pour une semaine. Chaque pochette individuelle de médicaments est dûment étiquetée avec le code barre du patient et ses nom, prénoms et date de naissance. Cette procédure concerne 80 % des patients. Ensuite, les caisses de médicaments sont préparées puis acheminées vers les unités par les chauffeurs de l'établissement qui signent un bordereau avant de partir et le remettent pour signature à l'IDE réceptionnaire. A Carpe Diem et Petit Prince, les préparateurs se déplacent dans les unités pour préparer les piluliers pour chaque patient et pour la semaine, faute d'IDE pour le faire. Dans les autres unités, Méridiens, Ellipses, les piluliers individuels sont préparés par les IDE du service de nuit. Les médicaments sous forme buvable sont préparés au dernier moment.

Il n'y a pas d'infirmier référent pour la pharmacie dans les unités sauf à l'UP 72 pour la préparation de piluliers.

A l'UCD, Méridiens, Carpe Diem, Petit Prince et Ellipses, la distribution des médicaments se déroule de manière individuelle, dans la salle de soins, généralement avant les repas, et les patients attendent les uns derrière les autres devant une porte pas toujours fermée comme à Méridiens faisant fi du respect du secret médical. Pour les patients en mesure de comprendre, les IDE expliquent la nature et la finalité des traitements lors des premières distributions puis en cas de modification (augmentation des doses, etc.).

A l'UP 72, la distribution des médicaments se fait en chambre.

La prise ou non des médicaments doit être enregistrée dans le logiciel CARIATIDES® en temps réel mais selon les pharmaciens certains soignants dérogent encore à cette obligation.

### 7.5.3 Les médicaments prescrits si besoin

L'administration si besoin de médicaments *per os* tels les substituts nicotiques, les antalgiques (paracétamol), à visée digestive, est de pratique courante suivant un protocole médical.

Toutefois, il persiste dans toutes les unités des prescriptions de traitements psychotropes si besoin : benzodiazépines, antipsychotiques, etc.

L'extraction du registre de ces prescriptions fournie par les pharmaciens montre qu'entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 8 février 2021, neuf molécules de médicaments psychotropes ont été prescrites en intra musculaire si besoin et seize injections ont été réalisées dont dix de Loxapac®, quatre de benzodiazépines, une d'halopéridol et une de Tiapride®.

Des injections sans consentement (dites « *forcées* ») de Loxapac® concernant pratiquement tous les patients d'une unité ont été rapportées aux contrôleurs. Ces pratiques sont contraires aux dispositions de l'article L. 1111-4 du CSP déjà cité.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 du CSP ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. Le statut légal de placement en SSC n'emporte pas exception au respect des articles sus cités.

#### RECOMMANDATION 43

Il est illégal de prescrire si besoin une injection de médicament psychotrope. Seul le médecin est habilité à examiner le patient physiquement, rechercher son consentement et décider, en fonction de la clinique alors observée, si l'administration non consentie d'un traitement est toujours nécessaire et de dernier recours.

#### 7.5.4 La pharmacie clinique

##### a) La veille médicamenteuse

Toutes les prescriptions sont validées quotidiennement par les pharmaciens qui ont accès *via* le logiciel CARIATIDES® à la totalité du dossier médical patient et donc aux prescriptions des médecins.

En cas de dépassement des doses ou d'interactions médicamenteuses délétères, ils envoient des alertes par l'intranet au prescripteur. Toutefois, si ce dernier ne se trouve pas devant son ordinateur, il ne verra pas l'alerte et, dans les situations les plus problématiques, le pharmacien téléphone au médecin ou aux infirmiers sans jamais recevoir de retour.

Toutes les interventions pharmaceutiques d'alerte sont saisies pour la Société Française de Pharmacie Clinique.

Dans la journée, le préparateur prend connaissance de toutes les nouvelles prescriptions arrivant, effectue une première vérification des doses et interactions et contacte le pharmacien en cas d'anomalie. De plus, ces prescriptions seront reconstruées par le pharmacien le lendemain matin.

Les pharmaciens visitent les armoires à pharmacie des unités de soins une fois par an.

##### b) La conciliation médicamenteuse

Elle est instaurée depuis 2016 uniquement pour les patients admis en gérontopsychiatrie.

Dès son arrivée, les préparateurs recensent tous les médicaments pris par le patient en l'interrogeant si possible mais aussi en questionnant sa pharmacie habituelle et son médecin traitant.

Une fois établi, ce bilan est transmis au pharmacien qui recherche les divergences et en discute avec le psychiatre ou l'omnipraticien.

A la sortie de l'hospitalisation, pour les patients retournant à leur domicile, la pharmacie de l'EPSMA envoie par messagerie sécurisée, une fiche d'information au pharmacien d'officine sur les traitements prescrits à la sortie.

Une analyse de cette activité effectuée sur les années 2017, 2018 et 2019 montre que le taux de patients conciliés à l'entrée est passé de 49 % en 2017 à 65 % en 2019 et que la proportion de

divergence non intentionnelle (DNI) atteint respectivement pour chaque patient 64 %, 65 % et 71 % avec un taux supérieur à l'entrée qu'à la sortie.

En 2019, parmi les quatre-vingt-quatre divergences non intentionnelles détectées, soixante-treize l'ont été à l'entrée et onze à la sortie du patient. Et parmi ces soixante-treize erreurs, il est relevé quarante-six omissions de médicament, quinze erreurs de médicament et neuf erreurs de dose.

#### *c) L'éducation thérapeutique*

Elle n'est pas mise en œuvre actuellement en intra hospitalier.

#### *d) Les revues de pertinence de prescription*

Elles permettent d'évaluer l'adéquation de la prescription médicamenteuse aux besoins du patient en se basant sur un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. Elles sont menées par un pharmacien en présence d'un médecin à partir de la prescription médicamenteuse et du dossier du patient. Chaque ligne de prescription fait l'objet d'une évaluation de la balance bénéfices/risques. Ainsi, les médicaments jugés inappropriés, les médicaments essentiels non prescrits et la posologie des médicaments à adapter sont relevés et analysés. La décision de l'acceptation ou non de l'optimisation thérapeutique proposée revient au médecin. Elles se déroulent toutes les semaines à Ellipses, en présence du médecin, des soignants, du cadre, des AS. Deux ou trois ordonnances sont passées en revue à la demande des soignants ou du pharmacien et discutées avec le médecin.

Une revue de pertinence de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons a également été réalisée pour 258 patients de l'EPSMA. Cette revue a fait l'objet d'une évaluation des pratiques professionnelles (EPP) avec le constat d'une amélioration des pratiques entre la première et la deuxième analyse.

### BONNE PRATIQUE 6

Les revues de pertinence de prescription ajoutent à la sécurité des patients et tous ceux hospitalisés dans les unités de moyen et long séjour devraient en bénéficier.

#### *e) La réalisation d'audits*

Un audit sur la conformité des piluliers a été réalisé dans chaque service entre mars et avril 2019 et a montré des pourcentages de non-conformité très variables selon les unités, allant de 0 % à 65 %. Des modifications des pratiques ont été édictées afin d'améliorer la situation dans les unités concernées.

#### *f) L'évaluation des pratiques professionnelles*

Un travail sur le lien entre la fréquence des chutes et l'administration de traitements à visée psychiatrique été conduit à Ellipses et a donné lieu à la production d'un mémoire dans le cadre d'un diplôme universitaire. Les conclusions de cette enquête montrent que les recommandations concernant le nombre de molécules administrables par jour (cinq) en systématique chez le sujet âgé sont largement dépassées puisque, sur cinquante-deux prescriptions de patients chuteurs, seules 15 % comptaient cinq molécules ou moins par jour. De plus, dans la totalité des prescriptions, figuraient des médicaments favorisant les chutes et ce à des doses élevées voire supérieures aux recommandations.

De fait, lors de leurs entretiens avec les patients les contrôleurs ont pu constater à quel point un bon nombre étaient sédatisés, somnolents et présentaient des difficultés d'élocution et à la marche.

Des fiches de bon usage sur les médicaments buvables et les correcteurs d'effets secondaires indésirables ont également été élaborées à usage des médecins et soignants.

#### *g) Les ateliers du médicament*

Les ateliers du médicament ne se déroulent qu'au centre de postcure ou en HDJ.

En 2019, sept sessions animées par un binôme pharmacien/préparateur, accompagné d'un infirmier ont été organisées sur les thèmes suivants : généralités sur les médicaments, neuroleptiques et antidépresseurs, anxiolytiques, hypnotiques et régulateurs de l'humeur, effets indésirables, adhésion au traitement, retour à l'essentiel à deux-trois mois avec présentation de cas. Chaque atelier comporte six séances de groupe de deux heures et une séance individuelle d'une heure. Trente patients ont participé à ces ateliers.

### RECOMMANDATION 44

Dans l'intérêt des patients, L'EPSMA doit se doter des moyens nécessaires pour développer des ateliers thérapeutiques dans toutes les unités d'hospitalisation.

#### 7.5.5 Travail institutionnel

Les pharmaciens sont membres du comité de lutte contre la douleur (CLUD) qui se réunit trois fois par an afin d'améliorer la prise en charge de la douleur.

La commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tient trois à quatre fois par an. Y participent aussi la directrice des soins, les cadres de santé, le cadre de santé hygiéniste, les médecins somaticiens, des IDE, mais pas toujours les psychiatres. Les comptes rendus ont été remis aux contrôleurs.

Les pharmaciens participent aux réunions du CREX et organisent des revues des erreurs médicamenteuses à chaque erreur commise. En 2019, à Ellipses, trois revues se sont déroulées en lien avec des erreurs de d'identification de patient, de dosage et de forme galénique et de prescription de sortie inadéquate.

## 8. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

### 8.1 DES CHAMBRES D'ISOLEMENT NE PRESERVANT PAS LA DIGNITE DES PATIENTS

Le pôle de psychiatrie adultes de l'établissement briennois comprend au total neuf chambres d'isolement (CI) et trois chambres d'apaisement (CA). Elles se répartissent comme suit : quatre CI et trois CA sur le site de Brienne-le-Château (deux CI à l'unité Méridiens, et une CI et une CA dans chacune des unités Carpe Diem, Petit Prince et Ellipses) et quatre CI à Troyes, toutes dans l'Unité de Courte Durée (UCD).

Le nombre de CI à l'EPSMA est en diminution : neuf au moment du contrôle contre quatorze avant l'ouverture des nouvelles unités sur le site de Brienne-le-Château, à partir de 2013. Rapporté au nombre total de lits d'hospitalisation – 145 en 2021 – il se situe désormais dans la moyenne nationale.

Qu'il s'agisse du site de Brienne ou du site de Troyes, les CI et les CA sont regroupées par paires : une CI et une CA, ou deux CI ensemble, avec un sas pour deux chambres. A l'UCD, seule unité à compter quatre CI, cette configuration est donc dupliquée.

Les CI et les CA sont organisées et équipées de manière identique. D'une surface d'environ 8 m<sup>2</sup> chacune, situées à l'entrée des couloirs menant aux ailes sécurisées des unités et séparées du reste par une lourde porte métallique percée d'un oculus, elles sont précédées de sas. Chaque sas dessert d'un côté une salle de douche avec lavabo et miroir, de l'autre des WC faisant souvent office d'espace de rangement, et de face deux portes, également ouvertes d'un oculus, donnant accès aux CI et CA. Les murs et le sol sont carrelés, de couleur gris clair ou beige.

Comme le reste des locaux des unités, elles sont récentes et dans l'ensemble propres, sans odeur particulière et bien équipées.

Chaque chambre d'isolement est ainsi en principe dotée d'un lit mousse passe-sangles, pouvant être déplacé, d'un système d'aération en bon état de marche, de toilettes avec un point d'eau intégré, d'une horloge indiquant l'heure et la date – située dans le sas mais visible depuis la chambre à travers l'oculus – d'un bouton d'alerte fixé au mur, à l'intérieur de la chambre, et de deux fenêtres donnant sur le parc, cachées en partie des regards extérieurs par un film plastique occultant. Plusieurs options existent pour recouvrir le lit : en fonction de l'état des patients isolés, des draps, des couvertures ou des couvertures indéchirables peuvent leur être remis. Un pouf chevet carré en mousse est également prévu pour les repas, servis sur un plateau dans la CI et pris avec une cuillère en plastique réputée incassable.

L'équipement des chambres d'apaisement est identique à celui des chambres d'isolement à la différence près qu'elles ne contiennent ni toilettes, ni point d'eau. Les patients doivent donc utiliser un seau hygiénique, ce qui est expliqué par la durée limitée – une heure ou deux maximum – pendant laquelle ils y sont placés. De même, il n'y a pas de lit mais un fauteuil en mousse.

Si l'état général et l'équipement des CI et des CA paraissent globalement satisfaisants, ils appellent néanmoins certaines critiques.

Il est tout d'abord regrettable que toutes les unités ne soient pas dotées de chambre d'apaisement dans la mesure où ceci constitue une alternative aux mises en isolement ou sous contention, nombreuses à l'EPSMA. Outre l'UP72, ceci concerne les Méridiens et l'UCD qui comptaient pourtant à leur ouverture respectivement une et deux CA, transformées depuis en CI.

Ensuite, le positionnement des toilettes à l'intérieur des CI pose problème dans la mesure où, l'oculus donnant directement sur celles-ci, il ne permet pas de respecter l'intimité du patient. L'argument invoqué – éviter pour des raisons de sécurité que le patient puisse se soustraire au regard des soignants – ne tient pas dans la mesure où un angle mort demeure malgré tout, zone où il est fréquent que les patients déplacent le matelas sans que cela ait apparemment entraîné de graves conséquences.

Sur les neuf CI, trois ne sont pas équipées de toilettes : une à l'unité Méridiens et deux à l'UCD – les chambres d'apaisement transformées en chambre d'isolement. Des patients se retrouvent ainsi contraints, parfois pendant plusieurs jours, d'utiliser un seau hygiénique.

Les boutons d'alerte sont tous fixés au mur ; une personne mise sous contention sur le matelas n'a donc pas moyen d'y accéder.

La disposition des plafonniers et des alarmes incendie ne garantit pas non plus la sécurité des personnes. Les chambres étant basses de plafond, les lumières et l'alarme, sans cache, peuvent être facilement atteignables par les patients, brisées ou arrachées et utilisées pour se mutiler, ce qui se serait déjà produit plusieurs fois.

La fenêtre de la deuxième chambre d'isolement de l'unité Méridiens, anciennement chambre d'apaisement, et celles des CI et CA de l'unité Carpe Diem ne sont pas recouvertes de film plastique occultant. Si la proximité d'une butte de terre cache en partie la vue de celles de Carpe Diem, tel n'est pas le cas aux Méridiens. L'intérieur de la CI est donc visible de tout passant, ce qui ne garantit d'autant pas la dignité de la personne qui y est placée, systématiquement en pyjama, qu'il s'agit de la chambre avec seau hygiénique.



*CI d'Ellipses*



*Vue depuis l'intérieur de la CI de Petit Prince*



*Oculus donnant directement dans la CI, à Méridiens*

Il est aussi préjudiciable, qu'il soit question des CI ou des CA, que les boutons permettant de baisser les volets métalliques roulants et de régler le variateur de lumière et la puissance du système d'aération soient situés en dehors de la chambre, dans le sas, obligeant les patients à faire appel aux soignants pour les actionner. De même, les patients n'ont aucune possibilité d'ouvrir les fenêtres par eux-mêmes, y compris partiellement.

*Chambre d'apaisement de l'UHM**Chambre d'apaisement à Carpe Diem*

Enfin, au vu des témoignages recueillis, il apparaît que le standard de l'établissement n'est pas prévenu en cas de mise en isolement, en apaisement, ou sous contention. Cependant en cas d'appel des pompiers et du Samu, le soignant passe par le standard ce qui garantit que l'agent situé à l'entrée de l'établissement puisse orienter les secours et éviter une perte de temps.

L'UHM, à Troyes, comprend une CA et deux CI, dont une seule est utilisée, la deuxième étant condamnée compte tenu de sa vétusté. La chambre d'apaisement est dans un état globalement satisfaisant mais des travaux de rénovation sont nécessaires, la peinture des murs s'effritant et les volets ne fonctionnant plus. Elle est davantage équipée que les CA du pôle adulte, plusieurs poufs et un matelas en mousse étant disposés au sol.

Concernant la CI, celle-ci est précédée d'un sas dans lequel se trouve un local de douche en bon état et une horloge, visible depuis la CI. Une porte permet ensuite d'entrer dans la chambre, meublée d'un matelas de 2 m couvrant presque l'intégralité de la pièce, sur lequel aucune sangle de contention ne peut être fixée. Les toilettes, légèrement sales, se trouvent dans un angle de la pièce et ne sont donc pas visibles depuis la fenêtre de la porte de la chambre et inobservables depuis le couloir. Un point d'eau est intégré aux toilettes.

Cette CI n'appelle pas de remarque particulière à l'exception du bouton d'alerte : positionné dans le sas, il ne peut donc pas être actionné par les personnes placées dans la CI, une fois les portes de celle-ci fermées. En cas de besoin, les enfants sont donc obligés de frapper fort à la porte mais ne sont pas toujours entendus du fait de la distance séparant cette chambre de la salle de soins et des lieux de vie.

**RECOMMANDATION 45**

Les conditions d'accueil des patients placés dans les chambres d'isolement ou d'apaisement doivent être améliorées. En particulier, chaque CI doit être équipée de toilettes – toilettes devant être positionnées de telle sorte que l'intimité des patients est respectée – d'un bouton d'alerte, accessible pendant les phases de contention, et de plafonniers et alarmes incendie protégés.

Toutes les unités doivent être dotées d'au moins une chambre d'apaisement pour développer les alternatives aux mesures d'isolement.

**8.2 DES PRATIQUES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION PEU QUESTIONNEES**

En matière d'isolement et contention, un certain écart est à noter entre les textes promus à l'EPSMA et le discours d'une part, et la pratique d'autre part. Ainsi, à l'initiative de la direction des soins, une note intitulée « *politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein de l'EPSMA* » a été adoptée en février 2019. Celle-ci fixe pour objectifs de « *réduire le recours à la privation de liberté* » et de « *développer les alternatives à l'isolement/contention* ». De plus, la qualification des mesures d'isolement et de contention comme « *derniers recours* » a été reprise par l'ensemble des interlocuteurs rencontrés. Néanmoins, au vu des chiffres disponibles dans le registre isolement et contention, la moyenne des patients isolés en 2020 est supérieure à celle nationale – près de 20 % contre 14,5 % – traduisant une pratique encore bien ancrée (cf. *infra* § 8.3).

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cet écart. Il apparaît tout d'abord que la personne censée remplacer le cadre supérieur en charge de l'analyse des données au sein de la direction des soins – ayant joué un rôle moteur dans l'adoption de la note de février 2019 et la mise en place et l'animation de commissions trimestrielles de « *suivi des indicateurs* » et de « *suivi de la politique du moindre recours* » – parti depuis août 2020, n'avait toujours pas pris son poste au moment du contrôle. Ce délai de six mois est susceptible d'avoir entraîné un relâchement de l'attention et des efforts portés sur cette question. Surtout, le travail d'analyse et de réflexion initié n'a pas été repris par les autres instances de l'établissement. La CME, par exemple, ne semble pas s'être emparée du sujet : les procès-verbaux consultés indiquent que la question de l'isolement et de la contention n'a été abordée qu'une fois lors des quatre réunions tenues en 2020, et ce simplement pour valider le registre 2019.

La direction de l'EPSMA apporte un complément d'analyse dans son courrier en retour : « *L'année 2020 est exceptionnelle au titre de la covid, ce sujet fait l'objet d'une vigilance particulière et suit la politique définie.* »

*D'ailleurs au cours de l'année 2021, la CME s'est prononcée favorablement pour la signature d'une convention tripartite entre la justice, l'ARS et l'établissement concernant la mise en application des nouvelles règles régissant l'isolement et la contention* ».

### RECOMMANDATION 46

Un travail de réflexion doit être engagé sur le recours à l'isolement et à la contention et les alternatives à développer, au niveau des instances dirigeantes de l'établissement et des unités.

Les équipes des unités ne paraissent pas en mesure de pallier cette carence. Accaparés par leurs tâches quotidiennes, nombreuses et lourdes, et payant le prix d'une présence médicale souvent insuffisante, les soignants semblent en effet ne pas pouvoir prendre le temps de questionner leurs habitudes. Les données extraites du registre ne sont plus revues, sauf pour l'élaboration du rapport d'activité annuel, et plus aucune réunion régulière d'analyse globale des pratiques – hors situations individuelles des patients – n'est prévue. De plus, si une des formations obligatoires pour tout nouvel IDE porte bien sur la contention, il convient de noter que celle-ci est prodiguée par l'entreprise vendant le matériel de contention ; elle n'est prioritairement pas destinée à discuter du bien-fondé de ces mesures mais à s'assurer que le personnel manie bien les contentions à « cinq points ».

D'autres formations, du type de celle OMEGA qui visent pourtant à développer des habiletés à gérer les situations d'agressivité, ne sont pas obligatoires et les soignants des unités les plus concernées par les mesures d'isolement et contention, comme Ellipses, ne sont pas prioritaires pour en bénéficier.

### RECOMMANDATION 47

La formation du personnel soignant aux mesures de contention physique doit être assurée par un organisme compétent et indépendant, délié de tout conflit d'intérêts avec la société en charge de la commercialisation de ces dispositifs.

En termes de pratiques quotidiennes, il convient de distinguer celles de nature à réduire l'usage de l'isolement et de la contention, ou du moins à en limiter l'impact, de celles susceptibles de produire un effet inverse et appelant dès lors des réserves.

Tout d'abord, d'une manière générale, aucun acte de maltraitance ou de malveillance n'a été rapporté par les patients ou observé par les contrôleurs ; l'ensemble du personnel rencontré est apparu impliqué, de bonne volonté et tâchant de faire au mieux des moyens à sa disposition et de ses connaissances des réglementations en vigueur.

Ensuite, l'existence de chambres d'apaisement dans quatre unités – UHM, Carpe Diem, Petit Prince et Ellipses – constitue un outil précieux en termes d'alternative proposée à l'isolement. Les CA peuvent ainsi accueillir un patient pendant une heure, porte entrouverte ou fermée, sur simple décision des IDE. Au bout d'une heure, en fonction de son état, la personne peut regagner le service ou être placée dans la chambre d'isolement, avec cette fois une décision du médecin dûment enregistrée sur le logiciel CARIATIDES®.

D'après les témoignages recueillis, l'isolement punitif ne semble pas être pratiqué. Seules des situations de crise d'hétéro- ou d'auto-agressivité justifieraient une telle mesure.

Les chambres ne sont pas équipées de caméras de vidéosurveillance ; les soignants doivent donc se déplacer, au minimum toutes les heures en cas de mise en isolement et autant que prescrit par le psychiatre. Lors des repas et pour éviter une fausse route, ils restent à proximité, dans la chambre ou dans le sas. Il semblerait en revanche qu'ils se contentent généralement de regarder

par l'oculus la nuit, sans établir de contact avec le patient et sans enregistrer ensuite leurs passages sur CARIATIDES®.

Lorsqu'un patient est mis en isolement, sa chambre hôtelière est systématiquement conservée, même si la mesure dure plusieurs jours. Dans les vingt-quatre premières heures de la mesure, il reçoit au moins une fois la visite du médecin somaticien, et autant que demandé par les infirmiers ou le psychiatre.

S'il n'est permis de fumer dans aucune des CI et CA, il apparaît néanmoins que des substituts nicotiques sont proposés aux patients fumeurs. Dans certaines unités, notamment Carpe Diem, Petit Prince et l'UCD, si les effectifs des soignants sont suffisants, les patients isolés peuvent être conduits dans une cour intérieure, séparée du patio principal, pour fumer à l'air libre.

L'utilisation de CI ou CA comme chambre hôtelière aurait totalement disparue depuis 2019. Une meilleure gestion des arrivées et des affectations aurait permis cette amélioration.

De plus, si un patient est isolé au moment où il devait se présenter au juge des libertés et de la détention, c'est ce dernier qui se déplace et vient le rencontrer dans la CI. Si son état le permet, le patient peut alors troquer son pyjama contre ses vêtements de ville.

Plusieurs tailles de sangles de contention – de type « cinq points » – sont prévues pour s'adapter au mieux au gabarit des patients. Elles sont envoyées à la blanchisserie de l'établissement après chaque utilisation. A défaut de coupe-ceinture de sécurité, des ciseaux renforcés à même de rompre rapidement les sangles sont à disposition dans les trousseaux d'urgence disponibles dans les unités.

Enfin, les proches des patients isolés ou contenus seraient prévenus. Dans les cas où une mesure durerait plusieurs jours, ceux-ci seraient même autorisés à leur rendre visite. En fonction de son état, le patient serait alors placé dans sa chambre le temps de la rencontre. Cependant, cette situation se présenterait très rarement.

A l'inverse, il est apparu que les patients isolés sont systématiquement mis en pyjama, sans que cette décision soit liée à leur état ou à la raison ayant justifié la mesure, et sans même avoir le droit d'utiliser leur pyjama personnel. L'argument avancé – prévenir le risque suicidaire – semble ancré dans les pratiques et cette habitude n'est pas questionnée.

#### RECOMMANDATION 48

La décision d'imposer le port du pyjama aux patients isolés ne doit pas être systématique mais faire l'objet d'une appréciation individualisée.

La pratique de l'isolement ou de la contention séquentiels, si elle a baissé depuis quelques années, a toujours cours, consistant majoritairement à isoler ou contenir le patient la nuit, dans sa chambre, et à le laisser libre la journée. Ceci expliquerait certaines mesures apparaissant sur le registre d'isolement et de contention, longues parfois de plusieurs centaines d'heures. Par exemple, en 2020, quinze mesures d'isolement de plus de 730 heures (équivalent au nombre d'heures dans un mois) ont ainsi été mises en œuvre à l'EPSMA.

De même, les prescriptions « *si besoin* », notamment de contention, seraient devenues rares mais persisteraient dans certaines unités, notamment à Ellipses et à Petit Prince.

Les décisions de mise en isolement ou de contention prises par un médecin non-psychiatre ou psychiatre sans plénitude d'exercice sont parfois validées dans le délai légal d'une heure par un psychiatre sans examen, uniquement par téléphone.

**RECOMMANDATION 49**

Le recours à l'isolement et à la contention séquentiels doit être prohibé, tout comme les prescriptions « *si besoin* » en la matière. Toute décision d'isolement ou de contention prise par un médecin non-psychiatre doit être validée, dans le délai d'une heure, par un psychiatre après une rencontre entre le patient et ce dernier.

La durée des mises en isolement en espace non dédié est presque équivalente à celle en espace dédié (cf. *infra* § 8.3), traduisant là aussi une pratique habituelle.

Dans les trois unités fermées de Brienne, des patients peuvent être enfermés dans leurs chambres, le plus souvent quelques heures, parfois plus (jusqu'à une dizaine de jours en janvier 2021 à Méridiens). La plupart du temps, ces enfermements sont effectués pour les patients des chambres de l'aile sécurisée, mais pas systématiquement. Ces mesures sont saisies dans le registre d'isolement à Ellipses, mais pas à Petit Prince.

A Carpe Diem, unique unité ouverte, la gestion des patients qui ne sont pas autorisés à sortir de l'unité se fait par une aile dite « sécurisée » dans laquelle les chambres peuvent rester fermées nuit et jour. Lors du contrôle, trois patients étaient maintenus dans cette aile, sans que ces dispositions soient considérées comme un isolement, sans enregistrement dans le registre par conséquent, et dans un contexte de flou décisionnel (« *décision prise en équipe* », « *consigne saisie dans CARIATIDES* ») n'ayant pas permis aux contrôleurs de comprendre qui était l'autorité décisionnaire.

**RECOMMANDATION 50**

L'enfermement en chambre ordinaire est à proscrire.

Les patients détenus sont systématiquement placés en chambre d'isolement le temps de leur hospitalisation, sans que cela soit lié à leur état ou à leur pathologie (cf. *infra* § 9.3).

Du fait de l'absence de CI dans certaines unités ou de leur indisponibilité, il arriverait fréquemment que des patients d'une unité soient transférés dans une autre pour y être isolés. Ils sont alors pris en charge par les soignants de l'unité d'accueil, qu'ils ne connaissent pas, ce qui n'est pas de nature à raccourcir les épisodes de crise.

Enfin, la situation des enfants hospitalisés a étonné les contrôleurs. L'usage systématique de la chambre d'apaisement lors des phases de crises ne semble pas suffire et le recours à l'isolement est courant. Près de 24 % des jeunes présents dans le service en 2020 ont ainsi été isolés au moins une fois.

**RECOMMANDATION 51**

Le recours à la pratique de l'isolement d'un patient enfant ou adolescent doit être évité par tout moyen.

**8.3 UN REGISTRE D'ISOLEMENT ET CONTENTION NE REFLETANT PAS LES USAGES REELS, DU FAIT NOTAMMENT DE MESURES D'ISOLEMENT NON REPERTORIEES**

Depuis fin 2017, les mesures d'isolement et de contention sont enregistrées par les soignants sur le logiciel CARIATIDES®. Sous la supervision du médecin responsable du département

d'information médicale (DIM), ces données sont ensuite compilées dans un registre établi sous la forme de tableaux *Excel* croisés dynamiques numériques, communs à l'ensemble des unités, dont les principaux résultats sont présentés dans un document de synthèse annuel. Ces productions sont d'utilisation et de compréhension simples ; elles contiennent en plus l'ensemble des informations obligatoires énumérées à l'article L. 3222-5-1 du CSP (nom du psychiatre prescripteur, identifiant du patient, son mode d'hospitalisation, la date et l'heure de début de la mesure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant effectué la surveillance).

Si la manière dont il est tenu est satisfaisante, le registre d'isolement et contention n'en est pas moins incomplet, et dès lors peu exploitable et significatif. Un certain nombre de données devant y figurer en sont en effet absentes.

Ainsi, au vu des informations recueillies par les contrôleurs, il apparaît que les placements en chambre d'apaisement ne sont pas enregistrés comme mesures d'isolement sur CARIATIDES®. Or, si les portes des CA peuvent parfois être laissées entrouvertes, selon l'état du patient, il s'avère qu'elles sont dans la plupart des cas fermées. Dans la mesure où la personne n'a aucune possibilité d'en sortir – les portes étant démunies de poignées à l'intérieur des chambres – il s'agit bien d'une mesure d'isolement.

Par ailleurs, l'usage consistant à faire passer un enfermement en chambre ordinaire en « *prescription de consigne médicale* » et non en une réelle mesure d'isolement – devant dès lors apparaître sur CARIATIDES® – semble répandu. Ceci concerne principalement l'unité Petit Prince où, au moment du contrôle et à titre d'exemple, deux patients étaient enfermés dans leur chambre, dans l'aile sécurisée, depuis des années, sans que cela apparaisse sur le registre. Ceci est d'autant plus problématique que ces personnes sont hospitalisées en soins libres et que les « *prescriptions de consigne médicale* » n'entraînent pas un changement de statut en SSC, avec les droits afférant.

Enfin, lorsqu'un patient est déplacé d'une unité à une autre pour y être isolé, la mesure est enregistrée comme étant émise par l'unité d'accueil. Dès lors, les chiffres communiqués par unité doivent être relativisés.

## RECOMMANDATION 52

Toute mesure de privation de liberté doit être dûment qualifiée et enregistrée. L'usage des « *prescriptions de consigne médicale* » qui sont en fait des mesures d'isolement déguisées doit en particulier être prohibé.

A partir des données existantes, il apparaît que, sur une file active de 1 198 patients présents et entrés au pôle adulte de l'EPSMA en 2020, 236 ont été isolés au moins une fois, en espace dédié ou non dédié – soit plus que la moyenne nationale (près de 20 % contre 14,5 %) – pour 534 mesures au total. Soixante-dix-neuf patients isolés, soit un tiers d'entre eux, ont eu une contention associée pour des durées allant de six heures à trente jours.

125 mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL et n'ont pas conduit à un changement de statut du patient même après vingt-quatre heures – alors que le délai légal maximum est de douze heures. Sur ces 125 mesures, 81 concernent la seule unité Ellipses.

Les patients sont presque isolés autant en espace dédié que non dédié : soixante-quinze patients ont ainsi été isolés hors espace dédié – près de 32 % des patients isolés – pendant près de 38 000

heures – soit près de 49 % du nombre total d'heures d'isolement. L'unité Ellipses est là aussi la plus concernée (plus de 29 000 heures à elle seule).

Vingt-six patients ont eu des contentions sans isolement, pendant une durée totale de plus de 4 000 heures. Une nouvelle fois, ces chiffres concernent essentiellement l'unité Ellipses (quinze patients, pour 3 650 heures).

### RECOMMANDATION 53

Les patients isolés ou contenus alors qu'ils se trouvent en soins libres doivent être régularisés en soins sans consentement après respectivement douze et six heures.

Si une réflexion générale – comprenant un rappel de la réglementation en vigueur – doit être menée à l'échelle de l'établissement sur le recours à l'isolement et à la contention, une attention particulière doit être portée à l'unité Ellipses.

Sous les réserves déjà exprimées tenant aux mesures d'isolement déguisées en « *prescriptions de consigne médicale* » – et donc non comptabilisées sur CARIATIDES® – et à celles comptées pour une unité alors qu'elles portent sur des patients d'une autre, déplacés pour l'occasion, les chiffres peuvent être détaillés comme suit pour chaque unité :

#### Unité Carpe Diem :

Sur une file active de cinquante-quatre patients présents et entrés dans le service en 2020, seize ont été isolés au moins une fois, soit près de 30 % d'entre eux, pour trente-neuf mesures. Aucun n'a eu de contention. Quinze mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL et n'ont pas été régularisées comme portant sur des patients en SSC même après vingt-quatre heures. Quatre patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (près de 13 % des mesures) pendant 197 heures.

#### Unité Petit Prince :

Sur une file active de soixante-cinq patients présents et entrés dans le service en 2020, quatorze ont été isolés au moins une fois, soit 22 % d'entre eux, pour vingt mesures. Quatre – soit près de 29 % – ont eu des contentions associées pour une durée totale de 138 heures. Cinq mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL sans transformation de la mesure en SSC même après vingt-quatre heures. Trois patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (15 % des mesures) pendant quatre-vingt heures. Aucun n'a eu de contention sans isolement.

#### Unité Ellipses :

Sur une file active de 132 patients présents et entrés dans le service en 2020, 39 ont été isolés au moins une fois, soit 30 % d'entre eux, pour 155 mesures. Dix-huit – soit près de 46 % – ont eu des contentions associées pour une durée totale de plus de 7 000 heures. Quatre-vingt-une mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL et n'ont pas été régularisées comme portant sur des patients en SSC même après vingt-quatre heures. Trente-quatre patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (55 % des mesures) pendant plus de 29 000 heures. Quinze patients ont eu des contentions sans isolement durant 3 650 heures.

#### Unité Méridiens :

Sur une file active de 101 patients présents et entrés dans le service en 2020, 43 ont été isolés au moins une fois, soit 42 %, pour 96 mesures. Un seul patient a eu des contentions associées

pour une durée de quatre-vingt-dix heures. Seize mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL, sans transformation du statut même après vingt-quatre heures. Dix-neuf patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (32 % des mesures) pendant plus de 6 700 heures. Deux patients ont eu des contentions sans isolement durant cinquante-quatre heures.

#### Unité de courte durée :

Sur une file active de 366 patients présents et entrés dans le service en 2020, 112 ont été isolés au moins une fois, soit 30 % d'entre eux, pour 126 mesures. Vingt et un patients ont eu des contentions associées pour une durée de près de 1 800 heures. Cinq mesures d'isolement ont été prises pour des patients en SL sans régularisation après vingt-quatre heures. Quatorze patients ont été isolés en dehors d'une chambre d'isolement (près de 12 % des mesures) pendant plus de 1 500 heures. Trois patients ont eu des contentions sans isolement durant 232 heures.

#### Unité UP72 :

Sur une file active de 480 patients présents et entrés dans le service en 2020, douze ont été isolés au moins une fois, soit 3 % d'entre eux, pour dix-huit mesures. Trois mesures d'isolement ont été prises pour des patients en soins libres et n'ont pas été régularisées après vingt-quatre heures – alors que le délai légal maximum est de douze heures. Un seul patient a été isolé en dehors d'une chambre d'isolement (près de 6 % des mesures) pendant trente-trois heures. Six patients ont eu des contentions sans isolement durant 109 heures.

#### UHM :

Sur une file active de soixante-dix patients présents et entrés dans le service en 2020, dix-sept ont été isolés au moins une fois, soit 24 % d'entre eux, pour cinquante et une mesures. La durée moyenne des mesures d'isolement est de vingt-cinq heures ; la plus longue a duré près de quatre jours. Aucun jeune n'a été isolé en chambre ordinaire. Deux patients ont été mis sous contention, pour des durées moyennes de trois heures et un maximum de six heures.

### 8.4 LE NOUVEL ARTICLE L. 3222-5-1 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE, UNE REFORME ANTICIPEE MAIS EN PARTIE MAL COMPRISE

Dans l'attente des décrets d'application portant sur l'article 84 de la loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 réformant l'article L. 3222-5-1 du code de la santé publique concernant l'isolement et la contention en psychiatrie, le JLD s'est rendu à deux reprises à l'EPSMA en 2020 et 2021 pour discuter de la portée de cette réforme avec les médecins et les cadres de santé et anticiper les changements à venir. Si des inquiétudes portant sur la difficulté à respecter les nouvelles obligations légales – notamment le mode d'information du juge et l'organisation à distance des auditions – sont palpables, des actions ont déjà été entreprises.

A terme, un mécanisme d'alerte doit être intégré à CARIATIDES® – un représentant de la société GIP Symaris, développant le logiciel, est venu recueillir les souhaits des équipes – pour prévenir les soignants lorsque les nouveaux délais arrivent à échéance ou si une démarche n'a pas été accomplie.

Au moment du contrôle, une adresse mail avait déjà été créée pour permettre aux proches de personnes isolées ou contenues de saisir le JLD. Pour les patients mis en isolement ou sous contention, un formulaire intitulé « *voies de recours et délais* », destiné à apporter la preuve qu'ils ont bien été informés de leur droit de saisir le juge, était également prêt.

Plusieurs témoignages recueillis laissent à penser que la réforme a été comprise comme obligeant désormais les psychiatres à régulariser les patients en soins libres isolés ou contenus

en soins sans consentement dès la première minute d'exécution de la mesure. Or, la loi ne modifie pas les délais de douze et six heures à partir desquels ce basculement doit être opéré. Une telle interprétation déboucherait sur une hausse considérable du nombre de patients en SSC, ce qui serait contraire à l'esprit de la loi adoptée le 14 décembre 2020.

La direction de l'EPSMA précise dans son courrier en retour que :

« *S'agissant de l'interprétation faite par l'EPSMA de l'article L 3222-5-2 du code de la santé publique, celle-ci s'entend comme étant une interdiction de prescrire des mesures d'isolement ou de contention à des patients admis en soins libres, en hospitalisation complète.*

*Cette interprétation est également partagée par le Juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire du ressort territorial de l'EPSMA, sachant que chaque magistrat est souverain dans l'interprétation qu'il fait des textes de lois.*

*Cet article est par ailleurs remis en cause par le Conseil Constitutionnel et un nouveau texte est attendu pour janvier 2022, par conséquent il n'y a plus d'intérêt à débattre sur l'interprétation d'un texte abrogé car devenu inconstitutionnel. »*

Les contrôleurs notent effectivement que la récente réécriture de l'article L 3222-5-1 ne prévoit plus la possibilité de placement d'une personne en soins libre en chambre d'isolement. Pour autant la recommandation HAS de 2016 indique toujours la possibilité pour le médecin, d'attendre douze heures avant de décider le changement de statut. Le CGLPL recommande une phase d'évaluation de six heures avant de placer une personne en soins libre en soins sans consentement, si la mesure d'isolement est toujours nécessaire.

## 9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

### 9.1 UNE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES MARQUEE PAR DE NOMBREUSES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

#### 9.1.1 L'organisation du service

L'unité Ellipses est la seule unité d'admission géro-psycho-geriatrique de l'EPSMA, située sur le site de Brienne-le-Château, au sein de la Clinique Gaston Bachelard. En principe, seuls des patients de plus de 65 ans peuvent y être admis ; des patients plus jeunes peuvent néanmoins y être pris en charge sous réserve de l'accord des différents médecins et en fonction de leur projet de sortie (orientation en EHPAD principalement). Une équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) est adossée à l'unité. Celle-ci accompagne les patients à la sortie, assure le suivi au domicile ou en EHPAD (visites généralement hebdomadaires, pendant un mois) puis passe le relais au CMP de secteur.

L'unité comporte vingt-cinq lits, répartis entre « lits d'admission » (environ quinze) et lits réservés pour des « séjours prolongés » (environ dix). Au moment du contrôle, trois patients sur vingt-cinq étaient hospitalisés en soins sans consentement. En 2019, 181 entrées avaient été comptées – dont vingt en soins à la demande d'un tiers (SDT), cinq sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) et une ordonnance de placement provisoire (OPP) – pour 164 sorties dont six SDT, trois SDRE et une OPP.

L'équipe de l'unité est dans l'ensemble au complet, expérimentée et attachée à son service. Elle se compose notamment d'un psychiatre praticien hospitalier à 0,5 ETP, un psychiatre associé à 0,5 ETP, un médecin généraliste, intervenant également dans deux autres unités, un assistant social à 0,5 % ETP, une cadre de santé et douze infirmiers. Seul un psychologue semble manquer.

L'unité ne dispose pas de projet ; seul le rapport annuel contient quelques objectifs pour l'année suivante. De même, les temps collectifs de rencontre et de réflexion sont rares. Ils tiennent principalement aux transmissions et aux réunions cliniques hebdomadaires qui sont davantage conçues pour passer en revue les situations individuelles des patients. Au moment du contrôle, les réunions mensuelles soignants-soignés, longtemps suspendues du fait de l'absence de la soignante référente, étaient en revanche sur le point de reprendre.

A leur arrivée dans l'unité, les nouveaux patients sont en principe reçus par un soignant, deux si les effectifs du jour le permettent, pour un entretien organisé dans la salle de soins ou dans leur nouvelle chambre. Le degré d'information communiqué, le nombre et le type de documents remis varient en fonction des personnes accueillies et de leur état du moment. Ainsi, le livret d'accueil, le règlement intérieur ou encore les documents relatifs à la personne de confiance ne sont pas systématiquement remis.

A l'instar des autres unités, l'affichage des documents d'information, relatifs notamment aux droits des patients, est insuffisant. La plupart sont en effet contenus dans un panneau, à l'allure peu engageante, accroché dans le hall d'entrée de la clinique Gaston Bachelard, c'est-à-dire par-delà les portes fermées de l'unité. Les patients n'ont donc que peu de chance de les consulter, quand bien même une grande partie d'entre eux n'est pas en mesure de pouvoir les lire.

#### 9.1.2 Les modalités de la prise en charge

Les modalités d'accès aux soins somatiques et autres spécialités sont similaires à celles des patients des autres unités : rapides et régulières pour le médecin généraliste en charge de l'unité,

mais longues et incertaines pour les spécialistes ne dépendant pas de l'EPSMA pour lesquels un rendez-vous doit être pris. En ce qui concerne les soins psychiatriques, le temps de présence médicale des deux psychiatres – un praticien hospitalier et un associé à 0,5 ETP chacun – semble insuffisant. Seuls les entretiens d'admission et les soins liés à des situations urgentes paraissent réellement assurés.

Les activités occupationnelles se résument majoritairement à la télévision. La situation est néanmoins différente le jeudi après-midi, lorsque l'équipe est renforcée d'un agent pouvant se consacrer à l'animation d'activités dans une salle spécifique.

Les activités thérapeutiques, pour la plupart organisées à la cafétéria, sont communes au reste de l'établissement. Sur les vingt-cinq patients présents dans l'unité au moment du contrôle, huit en soins libres et un en soins sans consentement y étaient inscrits et profitaient d'activités telles que la vannerie, la mosaïque ou des soins esthétiques.

La principale difficulté concernant la prise en charge et les projets de sortie tient au manque de places dans les établissements d'aval, principalement en EHPAD. Sur les vingt-cinq patients présents dans l'unité au moment du contrôle, trois étaient sur liste d'attente, parfois depuis plusieurs mois, et douze autres étaient sur le point de l'être également. Pour les patients ayant réussi à intégrer un EHPAD ou de retour à leur domicile, l'équipe mobile de gérontopsychiatrie (EMGP) propose d'effectuer des visites pendant environ un mois, à raison d'une fois par semaine, afin d'éviter les échecs et les réadmissions.

#### BONNE PRATIQUE 7

Une équipe mobile de gérontopsychiatrie a été mise en place pour notamment accompagner les patients lors de leur sortie et après, et éviter les réadmissions.

#### 9.1.3 Les restrictions de liberté et le respect des droits

L'unité Ellipses est une unité fermée. Les patients qui le souhaitent, même ceux en mesure de sortir seuls dans le parc ou à l'extérieur, sont contraints de demander à un soignant de leur ouvrir les portes.

Mis à part leurs mouvements vers l'extérieur, les patients de l'unité Ellipses bénéficient d'une certaine liberté dans leur quotidien. Ainsi, ils ont tous accès à un patio intérieur, entièrement fermé, de jour comme de nuit, et peuvent donc fumer autant qu'ils l'entendent, sous réserve des restrictions imposées par le psychiatre, rares en la matière. A l'exception du temps dévolu à l'entretien – généralement le matin, pour une durée d'environ trente minutes – les patients peuvent aussi accéder à leur chambre quand ils le souhaitent. Aucun patient n'a été vu en pyjama (hors de la chambre d'isolement) par les contrôleurs ; les prescriptions de pyjama seraient peu fréquentes, et limitées aux patients nouvellement admis avec tendance suicidaire, le temps d'évaluer leur situation. En revanche, les repas sont pris à heure fixe, dans le réfectoire.

Les modalités de communication avec leurs proches, d'accès à leurs biens et au culte sont similaires à celles des autres patients pris en charge au pôle de psychiatrie adulte de l'EPSMA.

#### 9.1.4 Les modalités d'isolement et de contention

L'unité Ellipses est dotée d'une chambre d'apaisement et d'une chambre d'isolement, identiques à celles des autres unités (*cf. supra* § 8.1). Si aucun acte de maltraitance ou de malveillance n'a été rapporté par les patients ou observé par les contrôleurs, les chiffres relatifs aux mesures

d'isolement et de contention prises dans l'unité, issus du registre tenu par l'établissement, interpellent et laissent supposer une pratique courante et peu interrogée (*cf. supra* § 8.3).



Activités à l'unité Ellipses

## 9.2 UNE UNITE D'HOSPITALISATION DES MINEURS ENCADREE PAR DES PROFESSIONNELS MOTIVES ET PROCHES DES FAMILLES, MAIS INSTALLEE DANS DES LOCAUX MAL ADAPTES

La carence de lits pédopsychiatrique dans le département de l'Aube, les difficultés de cohabitation dans un service de pédiatrie générale et la volonté qu'un mineur ne soit plus hospitalisé dans un service pour adultes de l'EPSMA ni hors département en première intention, ont conduit la pédiatrie du centre hospitalier de Troyes et la psychiatrie infanto-juvénile de l'EPSMA à élaborer un projet médical : demande d'agrément, après analyse des besoins, d'un service de dix lits de pédopsychiatrie dans les locaux du CH de Troyes.

Ce service, appelé unité d'hospitalisation pour mineurs (UHM) a ouvert le 1<sup>er</sup> juillet 2019 mais avec un nombre maximal de six lits. L'installation s'est faite, à titre provisoire, dans des locaux de l'hôpital général de Troyes. Une proposition d'emménager tous les services de pédopsychiatrie dans un même bâtiment n'a finalement pas vu le jour. Au moment du contrôle, des négociations étaient en cours pour que l'UHM occupe le rez-de-chaussée d'un bâtiment situé à proximité de l'hôpital.

### 9.2.1 L'organisation du service

L'UHM est située au troisième étage du centre hospitalier et dépourvue de ce fait de tout espace extérieur ; les sorties se font, accompagnée, dans l'un des deux parcs se trouvant non loin de l'hôpital. L'unité est fermée. L'accès se fait par une porte fermée munie d'un interphone. Les locaux sont tout en longueur. Le couloir central, coupé en son milieu par une porte coupe-feu, est assez sombre mais avantageusement décoré par de nombreux dessins, photos, peintures, règlement intérieur traduit en images, réalisés par les mineurs.



*Porte d'entrée de l'unité*



*Porte coupe-feu*



*Couloir*

La première zone comprend différents bureaux (secrétariat, médecins, psychologues, bureau polyvalent) et pièces (salle de pause du personnel, salle d'activités, salle de détente-apaisement, deux salons des familles dont un est doté d'un jeu arcade moderne), ainsi que deux chambres d'isolement (CI) dont une hors service du fait de son état très dégradé.

Après la porte battante, se trouvent le réfectoire, la salle de télévision, l'espace des éducateurs (composé de trois pièces dont une réserve où se trouvent les casiers individuels des mineurs dans lesquels sont rangés outre certaines affaires personnelles et objet potentiellement dangereux, tabac et argent, accessibles à la demande), la salle de sport ou d'activités, la salle de douche, la salle de soins (où, entre autre, sont délivrés individuellement les médicaments), la lingerie-réserve, le local ménage, puis les six chambres, une salle de détente (notamment musique et Snoezelen) et deux vestiaires pour les soignants.



*Salle de télévision*



*Réfectoire*



*Chambre individuelle*

Les chambres, toutes individuelles, sont dotées d'un lit, d'une petite armoire et d'une chaise utilisée comme table de chevet ; certaines chambres disposent également d'un bureau. Elles ont chacune un cabinet de toilette (lavabo avec miroir au-dessus, WC, patère). Une grande liberté est laissée aux jeunes pour aménager leur espace : ils peuvent placer les meubles comme ils le souhaitent et sont libres de décorer les murs. Ils peuvent ouvrir ou fermer leurs volets mais n'ont

pas les clés de la porte ni de la fenêtre (la pièce est aérée par l'ASH lorsqu'elle fait le ménage). Les clés des placards, déposées dans la salle de soins, peuvent être remises à la demande, mais en pratique jamais ou presque. Les chambres comme toutes les salles d'activité et salles communes disposent d'un bouton d'appel, déclenchant une alarme dans la salle de soins et allumant une lampe située au-dessus de la porte concernée.

L'ensemble des locaux est en parfait état d'entretien. Toutefois dans la salle de douche se dégage une très forte odeur d'égouts, faisant l'objet des principales doléances exprimées par les jeunes. A noter que quatre chambres sont, dans le cadre des rapports entre l'hôpital et l'EPSMA, interdites d'utilisation bien qu'en bon état d'entretien.

Une réserve de linge pour la literie et la toilette est à disposition. En revanche l'unité ne dispose pas de stock de vêtements à l'exception de quelques sous-vêtements oubliés par des patients. Les vêtements peuvent être lavés dans l'unité ou par les familles.

L'UHM a vocation à accueillir tous les mineurs (filles et garçons) nécessitant des soins pédopsychiatriques, la limite supérieure d'âge étant la majorité. La plupart des mineurs accueillis sont des adolescents (14 à 17 ans) avec une majorité de jeunes filles (70 % des patients en 2020, admises pour troubles des conduites alimentaires, tentatives de suicide, scarifications, violences sexuelles) ; les plus jeunes (dont un âgé de 6 ans, envoyé par un CMP) sont des petits garçons manifestant des troubles du comportement. Lors du contrôle un jeune garçon de 9 ans côtoyait cinq adolescents. La grande majorité de ces jeunes viennent de leur famille.

Depuis l'ouverture le service n'a reçu aucun mineur en SDRE ou en OPP (ordonnance judiciaire de placement provisoire).

L'équipe comprend treize ETP d'IDE (dont quatre de nuit), un d'AS (de nuit), deux éducateurs, deux psychologues (1 ETP), deux ETP d'ASH. Un infirmier de nuit est repassé de jour de sorte que toute l'équipe de jour tourne sur la nuit. Lors du contrôle la composition des équipes était de deux infirmiers le matin et deux l'après-midi (pas d'IDE de journée), et – du lundi au vendredi – un éducateur en journée et un second l'après-midi jusqu'à 21h25. Des discussions sont en cours concernant la présence des éducateurs pendant les fins de semaine. Les infirmiers recrutés pour l'ouverture du service ont reçu deux formations d'une semaine chacune : psychopathologie enfant-adolescent et prévention du suicide chez l'adolescent ; les nouveaux n'ont en revanche pas reçu de formation générale mais bénéficie normalement d'un tutorat pendant au moins un mois. Tous les infirmiers peuvent participer à des formations spécifiques : Snoezelen, connaissance de l'adolescent, formation Omega. Une supervision est organisée, une fois par mois, par une psychologue du pôle psychiatrie mais extérieure au service. A noter que durant la première vague de Covid-19, du personnel de l'ambulatoire est venu aider et apporter ses connaissances de l'adolescent, ce qui a donné lieu à beaucoup d'échanges entre ces professionnels et à de nombreux apports des deux côtés. Un psychiatre est présent dans l'unité, cinq demi-journées par semaine.

### 9.2.2 Les modalités de la prise en charge

La quasi-totalité des hospitalisations se font de façon programmée en accord avec le CMP, le médico-social ou le médecin libéral, avec comme finalité première la recherche du consentement du mineur. Une liste d'attente est gérée par le cadre de l'unité : dès qu'un lit se libère, un mineur est accueilli.

A l'arrivée dans l'unité le médecin psychiatre reçoit le mineur avec ses parents ou son éducateur ; le règlement intérieur de l'unité (régulièrement discuté en réunion soignant-soignés » ainsi que

l'emploi du temps leur sont alors remis. Ces documents sont également affichés dans les lieux de vie de l'unité, où l'emploi du temps et les règles de vie sont présentés sous forme de dessins réalisés par les jeunes. La réunion d'accueil est un moment consacré à l'information du mineur et de ses parents, laquelle porte sur les règles de vie, sur la prise en charge médicale, sur le projet de soin, sur la durée prévisible de l'hospitalisation. Celle-ci est en effet fixée dès le départ : 8 à 10 jours pour les petits ; trois semaines à un mois pour les adolescents, mais un retour plus rapide à domicile est toujours possible.

Le psychiatre rencontre la famille (ou les référents ASE<sup>21</sup> quand le mineur est en foyer) une fois par semaine et la reçoit, ainsi que les partenaires, le jour de la sortie ou quelques jours avant. Pour préparer cette sortie, des rendez-vous sont pris avec les CMP et l'IME (institut médico-éducatif). Pendant tout le temps de la prise en charge un travail s'effectue donc avec les familles notamment sur les permissions de sortie et le suivi post-hospitalisation. Infirmiers et éducateurs sont associés à tous les entretiens et aux prises de décisions.



« Le mur des émotions »



Les règles de vie en dessin

La vie au quotidien est ponctuée par de nombreuses activités à caractère thérapeutique (par exemple : « jeux de mots » organisée par une infirmière et une éducatrice – « confiance en soi » animée par un formateur de self-défense - « Pilates » animée gratuitement par un intervenant extérieur) dont un certain nombre sont obligatoires (le jeune doit être présent même s'il ne veut pas participer). Un planning est fait pour chaque jeune le vendredi pour la semaine à venir, incluant, outre les activités, tous les rendez-vous (médecin, famille, enseignement, etc.). Un budget de 4000 € est alloué à l'UHM pour financer ces activités, celui-ci ne permettant toutefois pas de mettre en place tous les projets (notamment ne peut suffire pour financer des sorties de plus d'une journée).

Les actes de violence existent dans l'unité. Il s'agit davantage, quand ils se produisent, de violences entre jeunes qu'envers les infirmiers ou les éducateurs. Il est également signalé de nombreux passages à l'acte agressif (scarifications). En cas de violences l'équipe applique le protocole interne à l'EPSMA : d'abord appel au service de sécurité (mais ceci n'est que dissuasif car les agents de sécurité ne peuvent intervenir auprès des jeunes), puis appel aux collègues (IDE ou AS) de psychiatrie adulte. Les infirmiers connaissent parfaitement le circuit de signalement des événements indésirables et n'hésitent pas à en faire. Les réunions soignants-soignants sont un lieu d'échange sur la question des violences, du non-respect de l'autre, de la transgression des règles. La salle d'apaisement est beaucoup utilisée lors de « montée en pression » pour limiter les passages à l'acte.

<sup>21</sup> ASE : aide sociale à l'enfance

Une note explicative est affichée dans l'unité concernant la personne de confiance. La question de la confidentialité de la présence d'un jeune dans l'unité ne se pose pas en pratique, les mineurs étant là à la demande de leur famille, et le temps d'hospitalisation ayant été travaillé en amont avec les équipes de l'extra hospitalier, de sorte que tout le monde est au courant.

### 9.2.3 Les restrictions de liberté et le respect des droits

Si les mineurs ne peuvent jamais sortir seuls de l'unité, la circulation à l'intérieur de celle-ci est en revanche libre ; les chambres, dont les portes restent toujours ouvertes, sont accessibles à tout moment, exception faite toutefois d'un créneau entre 16h et 19h où la vie en commun est la règle (avec un moment consacré aux devoirs). Un temps calme est en revanche imposé aux jeunes de 13h à 13h45 avec obligation de rester dans sa chambre.

L'usage du téléphone portable est cantonné au créneau 13h-15h afin de limiter la fréquentation des réseaux sociaux, mais les appels vers – ou en provenance – de l'extérieur sont possibles depuis les locaux de l'unité sans restriction d'horaires, la confidentialité de ceux-ci étant respectée comme l'est celle des courriers. Internet est en accès libre dans toutes les chambres.

Depuis le début de la crise sanitaire, les visites des familles sont limitées : prise de rendez-vous obligatoire et restriction à deux visiteurs (tout mineur devant être accompagné d'un majeur). Les parents ne peuvent aller dans les chambres (qu'ils ont pu visiter lors de l'admission dans le service) mais peuvent en revanche accompagner leur enfant à la cafétéria de l'hôpital.

Le principe de l'interdiction de relations sexuelles dans l'unité est posé. En réalité de nombreuses relations se nouent pendant le temps d'hospitalisation et la sexualité est régulièrement abordée par les infirmiers car les jeunes ont peu de connaissance sur le sujet et évitent d'en parler spontanément. La présence à un moment de deux jeunes, demandeurs de changement de prénom (fille-garçon) a également été l'occasion de discussion sur le thème de la sexualité. Le planning familial a été sollicité pour mettre en place des réunions d'informations sur les thèmes de la sexualité et de la contraception. Les questions sexualité-tolérance-racisme, sont par ailleurs abordées lors de l'atelier « musicart » animée par la psychologue le mercredi après-midi.

### 9.2.4 Les pratiques d'isolement et de contention

L'unité dispose d'une chambre d'apaisement et de deux chambres d'isolement dont une seule est utilisée. Il n'est jamais pratiqué d'isolement en chambre. Pendant le placement en isolement le jeune n'a droit à rien (pas de livres, de télévision, pas de visite de proches, pas de promenade). Il ne voit pas davantage le somaticien puisqu'il n'y en a pas dans le service.

Les mesures d'isolement et de contention sont tracées sur CARIATIDES®. Il n'existe pas de registre spécifique au niveau de l'unité et personne dans le service n'a évoqué de réunion d'analyse des pratiques alors même que les mesure d'isolement sont nombreuses et pour des temps assez longs (cf. *supra* § 8.3). Au-delà de ces mises en isolement, les infirmiers ont fait état de prescriptions « *d'injection si besoin* », justifiant cette pratique par la présence intermittente du psychiatre de l'unité et les délais d'intervention des médecins de psychiatrie adulte.

## RECOMMANDATION 54

Une relocalisation du service de pédopsychiatrie doit être activement recherchée afin d'offrir aux mineurs hospitalisés un lieu pour évoluer en extérieur sans accompagnement et de libérer ainsi du temps infirmier et éducateur pour les autres patients.

La réflexion sur l'intervention d'éducateurs lors des fins de semaine doit se poursuivre, leur présence aux côtés des infirmiers permettant d'offrir aux mineurs davantage d'activités durant ces deux journées.

Dans l'immédiat, il est nécessaire de réduire le nombre des mesures d'isolement et de mettre un terme à la prescription d'injections « si besoin » en assurant une présence régulière de psychiatres.

### 9.3 LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DETENUS, DICTEE PAR DES CONSIDERATIONS SECURITAIRES PLUTOT QUE MEDICALES

Trois établissements pénitentiaires sont situés sur le département de l'Aube : la maison centrale de Clairvaux, le centre de détention de Villenaux et la maison d'arrêt de Troyes, représentant environ 900 personnes détenues.

Du fait de la présence et de la bonne collaboration avec les unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA) d'Orléans (Loiret) et de Nancy (Meurthe-et-Moselle), l'accueil par l'EPSMA de patients détenus se limite à des séjours courts d'observation en cas de crise. Le nombre de patients détenus accueillis à l'EPSMA reste donc relativement limité :

- en 2019 : neuf mesures de SDRE prises à l'égard de sept personnes détenues, pour un total de quarante-six jours ;
- en 2020 : quatre mesures, prises à l'égard de quatre personnes détenues, pour un total de 15 jours ;
- en janvier 2021 : un patient détenu a été accueilli moins de 24h.

Deux soignants se rendent en ambulance privée à l'établissement pénitentiaire pour prendre en charge le patient détenu. Celui-ci est allongé sur une civière dans un dispositif de contention intégral par bandes « scratch » auxquelles viennent s'ajouter des entraves aux pieds et des entraves aux mains.



*Dispositif de contention pour transport des personnes détenues*

#### RECOMMANDATION 55

Le recours à un dispositif de contention intégral des personnes détenues lors de leur transport vers l'hôpital psychiatrique doit être individualisé et non systématique.

Les personnes détenues accueillies à l'EPSMA sont toutes hébergées au sein de l'unité Méridiens. Ils sont systématiquement placés en chambre d'isolement et vêtus d'un pyjama d'hôpital. Les patients détenus ne bénéficient pas de l'accès au téléphone, ni de visite, pas plus que d'un accès à la télévision ou à la radio. Les chambres d'isolement ne disposant pas d'un accès extérieur sécurisé, ils n'ont par ailleurs pas la possibilité de fumer durant leur séjour mais des substituts nicotiques (patches) leur sont proposés. Les conditions de leur prise en charge en termes de droits sont donc bien plus restrictives que celles qui leur sont imposées en détention et que celles qui sont appliquées aux autres patients.

Lorsque les contrôleurs ont demandé les motifs d'un placement systématique en chambre d'isolement des patients détenus et de telles restrictions aux droits qui leur sont reconnus en établissement pénitentiaire, il leur a été indiqué que ces modalités de prise en charge étaient imposées par la préfecture. Et, en effet, un courrier de la direction départementale des affaires sanitaires et sociales en date du 19 septembre 2008 enjoint à la direction de l'hôpital des consignes claires sur le sujet : « *Vous distinguerez les détenus des autres malades : tout détenu hospitalisé d'office devra être pris en charge en chambre d'isolement sur le site de Brienne pour des impératifs de sécurité* ».

En outre, un protocole de coordination des missions entre les services de la préfecture de l'Aube et les différents intervenants à l'occasion d'extraction de détenus en milieu hospitalier a été signé par le préfet de l'Aube, le commandant du groupement de gendarmerie de l'Aube, le directeur départemental de la sécurité publique de l'Aube, la direction de l'EPSM, le médecin coordonnateur des unités de consultation et de soins ambulatoires et les directions des trois établissements pénitentiaires du ressort. La date n'est pas précisée sur la copie transmise mais il daterait de 2008. Ce protocole prévoit notamment les modalités d'extraction et d'hospitalisation

en psychiatrie en soins sans consentement à l'hôpital de Brienne-le-Château ainsi que le cas des détenus faisant l'objet d'un non-lieu en vertu de l'article L. 122-1 du code pénal.

Ainsi, il précise que le transfèrement du détenu au centre hospitalier de Brienne-le-Château est à la charge de l'hôpital qui devra requérir une escorte de gendarmerie si nécessaire. Il indique également que « *le directeur du centre hospitalier assure l'accueil du détenu en veillant aux conditions de sécurité : chambre d'isolement et personnel en nombre suffisant lors de l'arrivée en hospitalisation et lors des soins* ». Enfin, il ajoute que la préfecture n'accepterait « *aucune visite pour les détenus hospitalisés d'office sauf circonstances exceptionnelles en cas d'hospitalisation d'une durée supérieure à trois semaines* ».

En conséquence, pour les soignants, « *un détenu est avant tout un détenu* » quand bien même il est hospitalisé en psychiatrie en état de crise ou de détresse psychique. Il semble que le niveau de restrictions des droits imposés aux patients détenus corresponde également à la volonté de l'hôpital de limiter autant que possible les hospitalisations « *de complaisance* » des détenus qui souhaiteraient échapper un temps à la détention, et de n'accueillir ceux qui présentent des troubles avérés que le temps strictement nécessaire à leur admission en UHSA, mieux adaptés aux aspects sécuritaires de leur prise en charge. Et, si les durées moyennes de séjour s'avèrent en effet relativement courtes – de l'ordre de quelques jours – il peut arriver que le séjour d'un détenu se prolonge dans ces conditions alors même qu'il ne présente le plus souvent pas plus de danger pour les autres patients ou le personnel que tout autre patient.

#### RECOMMANDATION 56

Les détenus, dès lors qu'ils nécessitent une hospitalisation en psychiatrie, doivent avant tout être traités comme des patients. Leur prise en charge dans les services doit être individualisée et les aspects sécuritaires ne doivent pas primer sur les soins.

Un nouveau protocole définissant les droits des détenus hospitalisés doit être établi.

## 10. CONCLUSION

Le rapport de visite de 2011 listait trente-huit observations, dont une grande partie n'est plus d'actualité au regard de l'hospitalisation des patients du site de Brienne-le-Château dans de nouvelles unités mieux adaptées, construites en 2012 et 2013, et de plusieurs réformes en termes d'organisation et de prise en charge.

Néanmoins, certaines atteintes aux droits fondamentaux constatées dès 2011 perdurent, notamment en ce qui concerne la fermeture des portes de la majorité des unités, le manque de psychiatres, le placement en chambre d'isolement de patients en soins libres, le sort réservé aux patients détenus (dont le statut de détenu prime largement sur celui de patient nécessitant des soins) et le circuit des urgences, en particulier l'après-midi et la nuit.

Lors de leur visite en 2021, les contrôleurs ont en outre procédé aux constats suivants :

- s'agissant de la prise en charge médicale et des soins, les professionnels se montrent globalement bienveillants et investis même si de nombreux patients apparaissent très sédatisés. Les différences de politique médico-soignante entre unités sont néanmoins flagrantes et préjudiciables. Ainsi les réunions cliniques, les réunions de synthèse, les réunions soignants-soignés se rencontrent-elles dans certaines unités, mais pas dans d'autres. Aux urgences, la prise en charge l'après-midi et la nuit confine à l'illégalité (urgentiste qui prend des décisions d'ordre psychiatrique, comme la contention, ou qui prescrit des traitements en réalité préconisés par le psychiatre d'astreinte et recopiés par les infirmiers psychiatriques, sans contact téléphonique entre ces deux médecins, etc.) ;
- s'agissant de la vie quotidienne et des restrictions, la liberté d'aller et venir dépend manifestement de l'état clinique des patients et non de leur statut, ce qui est positif. Beaucoup de patients en SSC bénéficient d'autorisations de sortie. Les autres restrictions (téléphone, biens, tabac, pyjama obligatoire) sont rares. Les liens familiaux peuvent être maintenus et les familles sont associées à la prise en charge. Il est donc regrettable, dans ce contexte et malgré une volonté affichée d'ouverture, que la majorité des unités soient encore physiquement fermées, comme en 2011 ;
- s'agissant des droits des patients en SSC, le registre de la loi est globalement bien tenu et le juge des libertés et de la détention effectue un travail de contrôle efficace et essaie d'accompagner la récente réforme, introduite par l'article 84 de la loi du 14 décembre 2020 et tendant à étendre son contrôle sur les mesures d'isolement et de contention. Certains points doivent néanmoins être améliorés (certificats médicaux incomplets ou mal rédigés, notification de la décision de placement en SSC ou de prolongation en SSC faite sur la base d'un document qui ne reprend qu'une partie des droits et recours du patient, absence de réunion du collège des professionnels de santé, etc.) et la commission départementale des soins psychiatriques doit d'urgence reprendre ses réunions ;
- enfin, s'agissant enfin de l'isolement et de la contention, si le nombre de chambres d'isolement (CI) a été réduit depuis la première visite et si les nouvelles chambres sont aux normes, le constat est encore inquiétant. Outre le sujet des patients placés en CI alors qu'ils sont en soins libres et celui des patients détenus (systématiquement placés en CI), déjà évoqués dans le premier rapport, de nombreuses décisions sont prises par des médecins qui n'ont pas la plénitude d'exercice, le pyjama est obligatoire en CI, les patients enfermés en chambre ordinaire (et non en CI) sont rarement inscrits dans le registre et la surveillance infirmière en service de nuit est rendue très complexe par des habitudes de

protection des agents. Le nombre et la durée des placements, de même que le caractère fractionné et répétitif d'une partie de ceux-ci, demeurent préoccupants. En 2020, selon le registre, 20 % des patients ont été placés en isolement – dédié ou non – au moins une fois pendant leur hospitalisation. La moyenne nationale est à 14,5 % et encore, le chiffre obtenu à Brienne est en dessous de la réalité puisqu'une partie des placements en chambre ordinaire porte fermée n'est pas répertoriée.

Au total, le contexte global de prise en charge de la psychiatrie dans le département de l'Aube est sans doute à repenser dans le cadre d'un pilotage de l'ARS. Les unités de l'EPSMA, acteur quasi exclusif de santé mentale dans le département, sont presque saturées : d'une part les urgences déversent sur les unités de Troyes certains patients ne relevant pas de la psychiatrie (problèmes d'addictions, notamment), d'autre part l'offre des structures d'aval est trop faible. Cette saturation conduit à des aberrations (patients courte durée de Troyes transférés dans des unités pour grands déficients de Brienne ; transferts à Brienne de patients en CI lorsque les CI de Troyes sont déjà pleines, etc.).

En outre, une véritable politique de moindre recours à l'isolement et la contention doit être mise en œuvre, ce qui suppose une réflexion institutionnelle soutenue sur cette question. Cette réflexion ne pourra pas faire l'économie de la recherche efficace d'alternatives à ces mesures et du renforcement de la présence des psychiatres au sein des unités.

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

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