



Rapport définitif :

Du 2 au 10 novembre 2021 – 2^{ème} visite
Hôpitaux de Saint-Maurice

(Val de Marne)



SYNTHESE

Sept contrôleurs ont effectué une seconde visite des hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) du 2 au 10 novembre 2021. Une première visite s'était déroulée du 11 au 20 mai 2011, peu après la fusion de l'Hôpital national de Saint-Maurice et de l'établissement public de santé Esquirol. Cette visite, comme la première, avait été annoncée.

A l'issue, un rapport provisoire a été adressé à la directrice générale des HSM, à l'agence régionale de santé d'Ile de France (ARS), au préfet du département, à la direction du CHU Henri Mondor et de l'hôpital Saint-Antoine, au président et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Créteil. Seule la direction de l'établissement a émis des observations et demandes de corrections d'erreurs matérielles qui sont intégrées dans le présent rapport définitif.

La visite a concerné neuf unités d'hospitalisation complète situées sur le site des HSM à Saint-Maurice (Val-de-Marne) réparties sur quatre pôles – Paris 11, Paris 12, Paris Centre et 94G16 – couvrant sept secteurs, à raison de deux unités par pôle et une unité de réhabilitation dans l'un des pôles parisiens, étant précisé qu'elles accueillent toutes des patients en soins sans consentement, un centre d'accueil psychiatrique situé dans le 11^{ème} arrondissement de Paris, le centre communautaire d'accueil et de soins pour adolescents (CCASA) situé à Montreuil (Seine-Saint-Denis), les deux services des urgences les plus pourvoyeurs de patients soit le SAU de l'hôpital Saint-Antoine (Paris 11^{ème}) et le service des urgences d'Henri Mondor.

A titre liminaire, la mission s'est déroulée dans d'excellentes conditions, à l'exception de l'unité Manet du pôle Paris 12 – qui a été fermée le 14 janvier 2022 – au sein de laquelle les contrôleurs ont été confrontés à une hostilité à la limite de l'entrave à l'exercice de leurs missions. A l'issue de la visite, la Contrôleure générale a adressé une lettre au ministre des Solidarités et de la Santé en date du 16 novembre 2021 signalant la situation particulièrement problématique de ce pôle en termes de ressources humaines et des dysfonctionnements au sein de l'unité Manet relevant d'atteintes graves aux droits fondamentaux des patients (annexe 1). Le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi l'ARS Ile-de-France du signalement, laquelle a sollicité le 26 novembre 2021 la direction de l'établissement. Cette dernière a informé le CGLPL, par courrier du 21 janvier 2022, des actions mises en œuvre depuis la visite et qui sont prises en compte dans le présent rapport. Le ministre des Solidarités et de la Santé a adressé un courrier à la Contrôleure générale reçu le 21 mars 2022 (annexe 2).

Sur les principaux constats :

L'établissement compte cent soixante-treize lits d'hospitalisation complète, une chambre d'isolement dans sept unités, une chambre d'apaisement dans une unité. La part des patients en soins sans consentement est de 50% au moment du contrôle.

Les équipes sont particulièrement investies auprès des patients malgré un état de fatigue lié à la crise sanitaire et à un sous-effectif aggravé très préoccupant depuis cette crise, malgré des actions de la direction d'attractivité des emplois.

Ce sous-effectif a en partie conduit à la fermeture d'unités. Plus largement, il ne permet plus de faire fonctionner normalement des dispositifs pertinents comme le centre d'accueil et de crise du pôle Paris Centre ou encore le centre d'accueil psychiatrique CAP Bastille alors qu'il s'agit de dispositifs sans entre les urgences et l'hospitalisation complète ou entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète. Ces structures doivent pourtant être valorisées et développées, tout

comme les équipes mobiles qui sont un point fort du dispositif de prévention de l'hospitalisation ou de la crise.

Les pôles de psychiatrie parisiens couvrent des secteurs prenant en charge des patients qui très souvent cumulent de nombreuses difficultés : isolement social et familial, grande précarité, difficultés administratives avec de nombreux patients sans domicile fixe orientés par le centre psychiatrique d'orientation et d'accueil.

La composition pluridisciplinaire des équipes est à saluer avec notamment l'intervention d'assistants de service social, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'éducateurs spécialisés ou encore de psychomotriciens qui interviennent pour beaucoup à l'intra et à l'extra hospitalier dans l'intérêt de la continuité de la prise en charge du patient.

En revanche, il a été constaté un important retard de l'établissement sur les systèmes d'informations que la direction s'emploie à combler, notamment pour le dossier informatisé du patient, le registre d'isolement et de contention et les données de l'activité.

I. Les conditions de vie des patients sont disparates et certains locaux relèvent de l'indignité ce qui sera corrigé dans le cadre d'un projet immobilier d'ampleur

Les locaux, qui sont classés bâtiments de France, présentent un état de vétusté avancé. Le service technique en charge de la maintenance peut se heurter aux contraintes imposées par les architectes des bâtiments de France et à la lenteur des autorisations de réparation.

Certaines unités ne sont pas dans un état d'hygiène satisfaisant malgré la mobilisation des agents de service hospitaliers qui se heurtent à des difficultés dans l'exercice de leurs missions en raison de matériaux vétustes.

L'équipement des chambres n'est pas harmonisé. De plus, certaines unités disposent majoritairement de chambres doubles et parfois des chambres triples. Les hublots des portes des chambres ne permettent aucune intimité du patient.

En conséquence, le projet immobilier en cours permettra d'harmoniser l'offre hôtelière et de mettre fin aux conditions indignes d'hébergement constatées dans certaines unités.

II. Sur le patient sujet de droit

- La dynamique engagée sur la liberté d'aller et venir est encouragée et connaît depuis le début de l'année 2022 une traduction effective dans l'ensemble des pôles

Les unités du pôle G16 94 sont ouvertes depuis plusieurs années tandis que celles du pôle Paris Centre sont ouvertes depuis le 9 octobre 2018, cinq heures quotidiennement ; celles du pôle Paris 11 ont ouvert en fin d'année 2021. Dans le cadre de la restructuration en cours du pôle Paris 12, particulièrement résistant à l'ouverture des portes des unités, une unité reste à ce jour encore fermée.

La restructuration du Pôle Paris 12 doit donc conduire à l'achèvement du programmé d'ouverture des unités car, notamment, il n'est pas admissible que des patients en soins libres se trouvent en unité fermée.

- Les restrictions dans la vie quotidienne sont individualisées et la communication avec l'extérieur est assurée

Les restrictions – notamment relatives au téléphone portable, au tabac, aux outils numériques – sont individualisées et décidées par le médecin.

L'accès aux familles est facilité par les modalités très libres des visites même si l'aménagement de salons familiaux dans l'ensemble des unités apparaît incontournable.

– L'Information des patients est disparate

L'information générale délivrée aux patients sur la vie quotidienne est très faible, le livret d'accueil n'est pas remis et il n'y a pas de formalisation des règles de vie, ce qui n'est pas toujours compensé par un affichage, à l'exception d'un pôle qui a développé des outils relevant de la bonne pratique permettant d'informer le patient de manière pertinente et lisible. Les HSM sont en cours de développement de tels outils d'information dans les autres pôles.

Globalement, les professionnels sont bien formés aux droits des patients en soins sans consentement et le service juridique a créé des outils intéressants de formation à l'attention des agents. Ainsi, la notification des décisions et la remise des convocations est-elle globalement bien organisée mais il demeure une disparité dans les pratiques des pôles qui mérite une discussion inter pôles.

L'organisation des gardes des administrateurs les week-ends et jours fériés pour les décisions en soins sans consentement du directeur est pertinente et les agents disposent d'un guide méthodologique complet.

En revanche, les certificats médicaux qui fondent les décisions du directeur ou arrêtés du préfet ne sont pas joints à la notification au patient. Or, ces décisions ne sont pas toujours motivées, ce qui prive le patient d'un accès aux motifs de son hospitalisation sous contrainte.

III. Les prises en charge psychiatrique et somatique sont satisfaisantes

– La prise en charge psychiatrique

Dans la très grande majorité des unités, la présence médicale est quotidienne permet un suivi régulier des patients en consultations et favorise l'étayage des équipes. Les familles sont associées et reçues les médecins et soignants sont très accessibles. Les patients sont associés à leur projet de soins individualisé et aux décisions les concernant par le biais de réunions soignant/soigné. Dès que le patient est stabilisé et n'est plus dans le refus de se soigner, la mesure de soins sans consentement est levée.

Le travail en pluridisciplinarité est riche. Les activités thérapeutiques sont variées et adaptées à l'état clinique du patient.

Cependant, en raison du manque de lits dans certains pôles parisiens, des sorties anticipées peuvent être décidées avec des projets plus fragiles et en conséquence des ré-hospitalisations.

– Les sorties et projets de sortie

S'agissant de l'aval, le territoire dispose de structures minimum pour l'ambulatoire et il manque des structures sociales et médico-sociales pour permettre à plusieurs patients de sortir d'hospitalisation au sein de structures adaptées à leur problématique.

Les projets de sorties sont anticipés et s'appuient sur des permissions de sortie rapidement accordées. Les assistants de service social qui interviennent à l'intra et à l'extra hospitalier sont mobilisés. Néanmoins, le sous-effectif des équipes soignantes ne leur permet pas d'assurer l'accompagnement des patients qui est donc effectué par d'autres professionnels.

Au sein de trois pôles, l'intervention de pair aidant patient ou famille est considérée comme une bonne pratique qui mériterait d'être diffusée dans d'autres établissements.

– Les soins somatiques

Malgré la fermeture de l'unité somatique innovante durant l'été 2021, la permanence et l'accès aux soins somatiques restent garantis grâce au pôle de médecins somaticiens qui interviennent dans les unités. Un projet d'hôpital de jour somatique est en cours qui serait ouvert à des patients

suivis en ambulatoire et à des patients hospitalisés qui pourraient s'y rendre seuls, le cas échéant, dans un souci d'autonomisation.

IV. Le registre de l'isolement n'est pas fiable et la contention reste très exceptionnelle

La mesure d'isolement semble être utilisée dans une proportion raisonnable au regard des données chiffrées communiquées, avec la réserve que le registre n'est pas fiable. Des pratiques différentes selon les pôles et les unités ont été constatées et des durées parfois longues d'isolement ont été relevées.

– Les chambres d'isolement

L'architecture et l'équipement des sept chambres d'isolement sont disparates ; le projet immobilier permettra une harmonisation et un accès à un espace extérieur qui fait actuellement défaut.

– La traçabilité des mesures

Depuis la précédente visite en 2011, une amélioration de la traçabilité des mesures est relevée. Néanmoins, le registre ne peut pas constituer un outil fiable pour l'analyse du recours à l'isolement et à la contention, même si l'utilisation de la contention demeure toujours très exceptionnelle, ce qui est à saluer. Dans le cadre d'un programme de modernisation des systèmes d'information, l'établissement déploie actuellement un outil permettant de remédier à cette difficulté afin de disposer d'une base fiable d'analyse des pratiques.

V. La prise en charge en pédopsychiatrie est exemplaire mais des mineurs peuvent être hospitalisés dans les unités pour adultes à défaut de structures adaptées pour la gestion de la crise

Le maillage territorial des structures ambulatoires de pédopsychiatrie est conséquent et est à préserver au regard d'une file active qui ne cesse d'augmenter.

La prise en charge des patients mineurs au centre communautaire d'accueil et de soins pour adolescents (CCASA) est exemplaire. L'équipe pluridisciplinaire est très investie, un travail avec les familles permet d'appréhender l'histoire du patient, des activités variées sont proposées.

Néanmoins, faute de structure adaptée pour la gestion de la crise des patients mineurs, ils peuvent être transférés en chambre d'isolement en unité pour adultes du HSM ou encore être directement hospitalisés en unité pour adultes depuis les services d'urgences, ce qui n'est pas admissible.

En conclusion, le respect des droits fondamentaux des patients est un souci partagé par les professionnels des HSM, malgré un sous-effectif très préoccupant des équipes soignantes. Les projets en cours dans l'intérêt de l'amélioration de la prise en charge des patients démontrent un fort engagement malgré une période difficile pour les établissements de santé mentale.

Soucieux de faire évoluer les pratiques, les professionnels des HSM ont été très attentifs aux observations émises, certaines recommandations sont déjà mises en œuvre et d'autres sont en cours de prise en compte effective.

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 36

La réflexion éthique est intégrée dans les instances de l'établissement. Le comité d'éthique s'adresse tant aux professionnels qu'aux usagers des pôles de psychiatrie et à leurs proches.

BONNE PRATIQUE 2 84

La mise en place de pairs-aidants patients et familles permet au personnel d'avoir des approches différentes et innovantes sur les prises en charge soignantes et les pratiques de soins impactant les patients. Le développement de ce dispositif est encouragé.

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 26

Le principe du projet immobilier dont l'un des objectifs est de mettre fin aux conditions indignes d'hospitalisation en psychiatrie grâce à la construction de nouveaux bâtiments et à la réhabilitation d'une partie de l'existant est soutenu par le CGLPL.

Il est notamment recommandé une architecture permettant un accès immédiat à un espace extérieur y compris pour les patients en chambre d'isolement, des chambres individuelles dotées d'un espace sanitaire individuel, l'absence de hublot sur les portes des chambres, un système permettant au patient de fermer la porte de sa chambre de l'extérieur comme de l'intérieur et d'ouvrir sa fenêtre, une sonnette d'alarme dans toutes les chambres.

RECOMMANDATION 2 37

Les Hôpitaux de Saint-Maurice doivent mettre en place un référencement clair des structures de santé adressant des patients pour soins psychiatriques et s'assurer des conditions de transfert et d'accueil dans les unités pouvant être concernées ou réquisitionnées.

RECOMMANDATION 3 41

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

RECOMMANDATION 4 42

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie de l'unité et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci dans l'ensemble des pôles. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

RECOMMANDATION 5 43

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

Un dispositif d'interprétariat doit être mis en place pour que les personnes ne maîtrisant pas la langue française soient correctement informées.

RECOMMANDATION 6 47

L'installation sanitaire des unités doit être rénovée afin d'améliorer le confort des patients et de garantir leur sécurité.

RECOMMANDATION 7 49

L'état des locaux et leur configuration nécessitent d'être réhabilités afin d'assurer notamment aux patients de bonnes conditions d'hygiène.

RECOMMANDATION 8 50

L'hôpital doit disposer d'un stock de vêtements répondant aux besoins des patients les plus démunis.

RECOMMANDATION 9 51

Tout patient transféré d'un service d'urgence doit l'être avec ses affaires personnelles.

RECOMMANDATION 10 52

Les patients doivent être rapidement indemnisés en cas de perte ou de vol d'objets leur appartenant.

RECOMMANDATION 11 56

Les patients admis en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées.

RECOMMANDATION 12 57

La dynamique engagée d'ouverture des portes des unités doit connaître une traduction effective sur l'ensemble des pôles.

RECOMMANDATION 13 59

L'obligation du port du pyjama institutionnel doit être proscrite, singulièrement si elle poursuit des objectifs sécuritaires.

RECOMMANDATION 14 61

Les visites en chambre ne doivent pas être systématiquement interdites dans une unité. L'interdiction ne devrait être décidée qu'au cas par cas pour des raisons médicales. Des salons de visites de familles permettant un échange confidentiel doivent être aménagés dans chaque unité.

RECOMMANDATION 15 64

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion au sein des pôles sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

RECOMMANDATION 16 65

Les chambres d'isolement doivent répondre au même cahier des charges concernant leur architecture et leur équipement. Celui-ci doit prendre en compte les normes d'hygiène à respecter dans un établissement de soins et assurer à ces patients des conditions de vie respectant leur dignité.

RECOMMANDATION 17 67

Les HSM doivent mettre en place et piloter une vraie politique institutionnelle de réduction des mesures de placement en isolement ou de mise sous contention. La COMSI ne peut porter seule ce sujet sans un appui clair de la direction et des instances délibératives et consultatives de l'établissement.

RECOMMANDATION 18 67

Le port du pyjama ne doit pas être systématiquement imposé en CI ou en sortie de CI, mais seulement prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

- RECOMMANDATION 19** 69
- Les HSM doivent initier un contrôle qualité des outils en place et de leur utilisation, et se donner les moyens d’assurer une mise en œuvre et un suivi des recommandations prises. La latitude laissée aux unités fait obstacle à la réduction des mesures d’isolement et de contention et ne permet pas d’identifier des atteintes aux droits des patients.
- RECOMMANDATION 20** 71
- Les HSM doivent organiser un recueil des données des mesures d’isolement et de contention fiable, pouvant être interfacé avec d’autres données d’activités afin d’asseoir au sein des unités de soins une réflexion institutionnelle de réduction des mesures d’isolement.
- RECOMMANDATION 21** 72
- L’existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l’objet d’un affichage permanent dans les unités de soins.
- RECOMMANDATION 22** 73
- L’établissement doit fournir à la CDSP tous documents lui permettant d’exercer effectivement les contrôles prévus par la loi.
- RECOMMANDATION 23** 73
- Lors de ses visites, la CDSP devrait procéder à l’étude des dossiers de patients afin de compléter l’exercice de ses missions.
- RECOMMANDATION 24** 75
- Le livret d’accueil doit être mis à jour pour les coordonnées de l’association ESQUI.
- RECOMMANDATION 25** 75
- Le registre de la loi doit être renseigné dans les vingt-quatre heures conformément aux dispositions de l’article L.3212-11 du code de la santé publique.
- RECOMMANDATION 26** 76
- Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l’article L.3211-3 du code de la santé publique doivent figurer dans le registre de la loi.
- RECOMMANDATION 27** 77
- Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le représentant de l’Etat dans le département, le président du tribunal judiciaire de Créteil et le maire de la commune, ou leurs représentants, doivent visiter l’établissement chaque année et porter aux registres de la loi leur visa et leurs éventuelles observations.
- RECOMMANDATION 28** 81
- Le ministère de la Justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d’assurer un contrôle efficient des mesures d’isolement et de contention.
- RECOMMANDATION 29** 86
- Dans un souci d’autonomisation, les patients autorisés à sortir de l’unité devraient pouvoir se rendre à l’unité de consultations de médecine générale et spécialisées.
- RECOMMANDATION 30** 96
- Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d’une unité de psychiatrie pour adultes. L’isolement d’un mineur, hors SPDR, est actuellement proscrit par la législation.

RECOMMANDATIONS PRISES EN COMPTE

Ces recommandations formulées oralement en fin de visite ou inscrites dans le rapport provisoire ont, selon les informations données au CGLPL, déjà été prises en compte par l'établissement visité. Il semble toutefois utile de les rappeler ici pour mémoire, notamment en raison de leur utilité pour des établissements comparables.

RECO PRISE EN COMPTE 1 38

Les Hôpitaux de Saint-Maurice ne sont pas directement concernés par la situation de tension que connaît le service des urgences d'Henri Mondor mais pourraient contribuer à y remédier en acceptant lors des périodes de crise aiguë la prise en charge de certains patients sans avoir à recourir à l'injonction de l'agence régionale d'hospitalisation.

RECO PRISE EN COMPTE 2 43

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

RECO PRISE EN COMPTE 3 57

Le service de sécurité doit être associé au projet afin de garantir la sécurisation du site.

RECO PRISE EN COMPTE 4 63

Un accès effectif à l'ensemble des coordonnées des représentants des cultes doit être garanti.

RECO PRISE EN COMPTE 5 70

Les décisions à même de prévenir les événements indésirables graves relatifs aux patients placés en CI doivent être prises immédiatement. Les mesures de correction identifiées dans les REX doivent être mises en œuvre et évaluées.

RECO PRISE EN COMPTE 6 74

L'établissement doit associer la CDU à l'élaboration de la politique conduite en matière d'accueil et de prise en charge ainsi que de parcours de soins.

RECO PRISE EN COMPTE 7 82

Il est primordial que les HSM se dotent d'un dossier patient informatisé (DPI).

RECO PRISE EN COMPTE 8 85

Les conditions de distribution des médicaments doivent être revues afin d'éviter les attentes et de permettre d'assurer une certaine confidentialité. Les prescriptions « si besoin » doivent faire l'objet d'une réflexion associant les principaux professionnels de santé concernés.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	6
1. CONDITIONS DE LA VISITE	13
2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA PREMIERE VISITE	15
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	18
3.1 Le virage à l'ambulatoire entraîne une mutation des dynamiques des pôles de psychiatrie.....	18
3.2 Le budget permet l'exercice des missions de l'établissement.....	27
3.3 La pénurie de soignants est particulièrement préoccupante et entraîne un glissement des compétences.....	29
3.4 Le traitement des événements indésirables connaît une traduction opérationnelle	32
3.5 La réflexion éthique revêt désormais plusieurs formes et s'adresse aux professionnels comme aux patients.....	35
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	37
4.1 La diversité des lieux d'accueil des urgences psychiatriques adressées aux hôpitaux de Saint-Maurice est insuffisamment référencée et ne fait l'objet d'aucune procédure précisant l'organisation générale	37
4.2 Aucun outil ne permet de retracer de manière fiable l'activité de l'établissement	41
4.3 L'information des patients en SSC, orale et écrite, est lacunaire.....	42
5. LES CONDITIONS DE VIE.....	45
5.2 Les conditions d'hygiène ne sont pas satisfaisantes	49
5.3 Les patients accèdent facilement à leurs biens et valeurs	51
5.4 La restauration est plus diversifiée qu'auparavant	53
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	55
6.1 La liberté d'aller et venir n'est pas garantie sur l'ensemble des unités.....	55
6.2 Les restrictions de la vie quotidienne sont globalement individualisées.....	58
6.3 Les conditions des communications avec l'extérieur ne sont pas optimales	59
6.4 L'accès au vote est possible mais c'est un droit peu mis en œuvre.....	61
6.5 L'accès au seul culte catholique est assuré au moment du contrôle.....	62
6.6 La question de la sexualité ne fait pas l'objet d'une réflexion au sein des pôles	63
7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	65
7.1 Les locaux destinés aux isolements sont disparates	65
7.2 La politique institutionnelle est en cours d'élaboration	65

7.3	Les mesures d'isolement et de contention sont insuffisamment encadrées, coordonnées et évaluées.....	67
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	72
8.1	Les usagers sont associés aux différentes instances de l'établissement	72
8.2	La tenue du registre de la loi permet le contrôle de la régularité des procédures	75
8.3	L'accès au juge est assuré mais se heurte à des moyens insuffisants pour la mise en œuvre de la réforme sur le contrôle des mesures d'isolement et de contention	77
9.	LES SOINS.....	82
9.1	Les modalités de prise en charge psychiatrique manquent d'échanges institutionnels	82
9.2	L'accès aux soins somatiques est garanti mais les unités ne disposent pas des moyens nécessaires pour assurer les prises en charge complexes.....	86
9.3	Les projets de sortie sont préparés en amont mais le manque de logements et de structures constitue un frein à leur mise en œuvre	87
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	89
10.1	La prise en charge en pédopsychiatrie est exemplaire mais des mineurs peuvent être hospitalisés dans les unités pour adultes	89
10.2	L'hospitalisation de personnes détenues est exceptionnelle	97
11.	CONCLUSION.....	98
	ANNEXES	99
1.	COURRIER ADRESSÉ AU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ À L'ISSUE DU CONTRÔLE (16 NOVEMBRE 2022)	99
2.	OBSERVATIONS EN RÉPONSE DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (15 MARS 2022)	102

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Candice Daghestani, chef de mission ;
- Thierry Chantegret ;
- François Koch ;
- Agnès Lafay ;
- Bertrand Lory ;
- Dominique Péton-Klein ;
- Marion Testud ;
- Bonnie Tickridge.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, huit contrôleurs ont effectué une visite des hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) (département du Val de Marne) du 2 au 10 novembre 2021.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 2 novembre à 14h. Ils l'ont quitté le 10 novembre à 14h30. La visite avait été annoncée la semaine précédente à la direction générale, aux directeurs de cabinet des préfets du Val de Marne et de Paris, à l'agence régionale de santé (ARS) d'Ile-de-France. Le président du tribunal judiciaire de Créteil a également été avisé de ce contrôle.

Une réunion de présentation s'est tenue en présence de la directrice générale des HSM, du président de la commission médicale d'établissement (CME), de la directrice des soins, d'un cadre supérieur chargé de mission auprès de la direction des soins, de la directrice adjointe en charge des affaires générales et juridiques, de la responsable des affaires juridiques, de l'ingénieur qualité et gestion des risques, des médecins chefs des quatre pôles, des cadres supérieurs des quatre pôles, de deux cadres de santé du pôle Paris 11, d'un cadre de santé des pôles Paris 12 et 94G16, de représentants des usagers (Unafam, association France Rein) et, en visio-conférence, du cadre de santé du CCASA, de la cadre de santé de la filière petite enfance.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Ils ont rencontré notamment le président de la CME, le directeur des ressources humaines, la directrice des soins, la directrice des affaires juridiques et la responsable des affaires juridique de territoire, la directrice des affaires financières, le président de la CDU, le responsable de la qualité et de la gestion des risques, les représentants de l'Unafam, des représentants de la commission de suivi des chambres de soins intensifs (COMSI) et le service du comité d'éthique.

Ils ont assisté à deux audiences du juge des libertés et de la détention (JLD) et se sont entretenus avec ces magistrats.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs ; le secrétaire du CHSCT a souhaité s'entretenir avec eux.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 10 novembre 2021, en présence de la directrice générale des HSM, du président de la commission médicale d'établissement (CME), de la directrice des soins, d'un cadre supérieur chargé de mission auprès de la direction des soins, de la directrice adjointe en

charge des affaires générales et juridiques, de la responsable des affaires juridiques, du directeur des affaires médicales, du directeur du Parcours administratif du patient de Territoire, de la directrice des affaires financières, de la cadre du service des soins sans consentement, de l'ingénieur qualité et gestion des risques, des médecins chefs des pôles Paris 11, Paris 12 et Paris Centre, des cadres supérieurs des quatre pôles, d'un cadre de santé du pôle Paris 11 et une assistante médico-administrative de ce pôle et un cadre de santé du pôle 94G16.

La mission s'est déroulée dans d'excellentes conditions, à l'exception de l'unité Manet du pôle Paris 12 au sein de laquelle les contrôleurs ont été confrontés à une hostilité à la limite de l'entrave à l'exercice de leurs missions. A l'issue de la visite, la Contrôleure générale a adressé une lettre au ministre des Solidarités et de la Santé en date du 16 novembre 2021 signalant la situation particulièrement problématique du pôle Paris 12 en termes de ressources humaines et des dysfonctionnements au sein de l'unité Manet relevant d'atteintes graves aux droits fondamentaux des patients. Le ministre des Solidarités et de la Santé a saisi l'ARS Ile-de-France du signalement, laquelle a sollicité le 26 novembre 2021 la direction de l'établissement. Cette dernière a informé le CGLPL par courrier du 21 janvier 2022 des actions mises en œuvre depuis la visite et qui sont prises en compte dans le présent rapport (cf. § 3.1.2 c). Le ministre des Solidarités et de la Santé a adressé un courrier à la Contrôleure générale reçu le 21 mars 2022.

Un rapport provisoire a été adressé le 6 avril 2022 à la directrice générale des HSM, à l'agence régionale de santé d'Ile de France, au préfet du département, à la direction du CHU Henri Mondor et de l'hôpital Saint-Antoine, au président et à la procureure de la République près le tribunal judiciaire de Créteil. Seule la direction de l'établissement a émis des observations reçues le 12 mai 2022 par courriel et le 13 mai 2022 par voie postale, observations et demandes de corrections d'erreurs matérielles qui sont intégrées dans le présent rapport. Les demandes de modification de texte visant à anonymiser davantage les situations individuelles présentées ont été prises en compte. En revanche, des demandes de reformulation ou d'ajout au texte initial n'ont pas été prises en compte, le CGLPL étant libre de transcrire ses analyses selon les modalités de son choix, étant précisé que les développements doivent rester synthétiques. De plus, le rapport fait état de ce qui a été constaté au moment du contrôle, les évolutions depuis lors étant retranscrites dans les réponses aux recommandations. Enfin, il convient de relever que plusieurs recommandations ont d'ores et déjà été prises en compte par les HSM ou sont en cours de prise en compte de manière effective ce qui est à saluer.

2. OBSERVATIONS ISSUES DE LA PREMIERE VISITE

A l'issue de la visite du 11 au 20 mai 2011, le CGLPL a formulé les observations suivantes :

Observations du CGLPL en 2011	Situation actuelle
La signalétique intérieure devrait être mise à jour et tenir compte des changements de nom d'unités, de responsables de pôles et de secteurs. Les sapeurs-pompiers devraient être également informés du changement de nom des unités.	Sans objet.
Le site Internet de l'hôpital devrait faire apparaître l'ensemble des postes d'infirmiers avec l'intitulé exact des services où ils sont vacants avec la fiche de poste correspondante.	Observation prise en compte.
La notification des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement devrait faire l'objet d'une procédure formalisée. Au moment du contrôle, les notifications n'étaient pas réalisées ou l'étaient dans des délais exagérément longs. De même, il conviendrait de rendre systématique la remise au patient de l'arrêté préfectoral de placement le concernant.	Observation partiellement prise en compte.
Il conviendrait de réaffirmer aux chefs de pôle leurs obligations en matière de notification aux patients afin que ces derniers soient à même d'exercer les différents recours qui sont à leur disposition.	Observation partiellement prise en compte (sauf Pôle Paris 12).
Les registres de la loi sont parfaitement tenus mais l'échéancier des certificats médicaux exigés par la loi du 27 juin 1990 n'est pas toujours respecté	Sans objet.
Les autorités devraient s'intéresser au fonctionnement de l'établissement en s'y rendant régulièrement.	Etat inchangé.
Même si un travail avait été entrepris en la matière, il n'existait, au moment du contrôle, aucune procédure formalisée et uniforme relative à la désignation d'une personne de confiance.	Etat inchangé.
L'accès au téléphone portable devrait faire l'objet d'une harmonisation au sein de toutes les unités. Par ailleurs, les patients devraient pouvoir passer des communications dans les « <i>points phone</i> » dans des conditions assurant la confidentialité de leurs conversations et un minimum de confort.	Observations prise en compte. Etat inchangé au regard de l'architecture des unités sauf au pôle 94G16 (cf. § 6.3.1).
Il serait intéressant que la question de l'accès à Internet pour les patients soit posée par la communauté médicale et la direction.	Etat inchangé.

Le fonctionnement de l'agence du Trésor public n'est pas en adéquation avec la situation sociale de certains malades mentaux.	Observation prise en compte.
Le comité d'éthique devrait formuler des réponses claires et opérationnelles aux questions qui lui sont posées.	Observation prise en compte.
Grâce aux actions menées par le comité de lutte contre la douleur et au comité de lutte contre les infections nosocomiales les personnels soignants sont sensibilisés sur ces sujets.	Maintien de ce constat positif.
Il serait nécessaire qu'un seul règlement intérieur soit en vigueur dans l'hôpital et apposé dans toutes les unités. Il devrait comporter les informations exactes et utiles pour les patients.	Etat inchangé (document en cours de rédaction).
Même si la restauration donne satisfaction dans son ensemble, des solutions devraient être adaptées pour les repas des patients placés en chambres ainsi que ceux admis dans l'unité de soins somatiques ou dans celle dédiée aux patients polyhandicapés afin que leur dignité soit conservée.	Observation prise en compte.
Il est intéressant que les patients puissent bénéficier de prestations gratuites de coiffure et d'esthétique au sein du centre social de l'établissement.	Maintien du constat positif.
La bibliothèque offre aux patients une réelle possibilité d'activités diversifiées.	Etat inchangé.
Le dispositif de soins somatiques est apparu comme remarquable et diversifié dans son offre. Il serait souhaitable que les patients puissent accéder à toutes les consultations prévues en organisant leur accompagnement par le personnel soignant.	Sans objet.
Le choix de ne pas mettre en place une vidéo-surveillance est à saluer. En matière de sécurité, il serait cependant nécessaire de faire le bilan de l'utilisation des dispositifs de « protection du travailleur isolé » au sein de toutes les unités de soins afin d'en améliorer l'efficacité.	Maintien du constat positif. Observation partiellement prise en compte (voir EI).
Il serait souhaitable que les vêtements fournis par l'hôpital aux patients ne portent pas le logo du CHS afin de préserver la dignité des patients.	Observation partiellement prise en compte (changement du logo constaté comme discret).
Il serait souhaitable que l'ensemble des chambres soient dotées de verrous intérieurs.	Etat inchangé au moment du contrôle. L'observation est prise

	en compte de manière effective depuis le mois de février 2022.
Il est inacceptable que les chambres des patients soient équipées avec des miroirs « déformants » ce qui peut aggraver leur état psychique et leur estime de soi.	Observation prise en compte.
Des travaux devraient être entrepris, principalement dans les quatre unités du pôle Paris 11 (secteurs 75 G 08 et G 09), afin que les lieux d'accueil des patients offrent toutes les conditions de dignité nécessaires à une prise en charge satisfaisante.	Sans objet (déménagement d'unités).
L'usage du seau hygiénique dans les chambres d'isolement est contraire à la dignité des patients qui y sont placés.	Observation prise en compte.
Une galerie en coursive constitue le seul espace extérieur où les patients de l'unité Minkowski (pôle Paris 11) ont la possibilité de prendre l'air et de fumer. Ils sont les seuls dans tout l'hôpital à ne pouvoir accéder librement à un patio ce qu'ils vivent douloureusement. Des modalités d'accès devraient être arrêtées pour le leur permettre.	Sans objet.
Il serait utile de prévoir des actions d'éducation à la santé sur l'usage du cannabis compte tenu de l'importance du trafic de ce produit au sein de l'établissement.	Observation prise en compte.
Malgré un cahier des charges qui ne le prévoit pas, les chambres d'isolement devraient être équipées d'un bouton d'appel.	Etat inchangé (disparité des équipements).
Il est regrettable que les placements en isolement et les mesures de contention ne fassent pas l'objet d'une traçabilité claire et séparée des dossiers individuels des patients. Cette observation a déjà été formulée dans une recommandation publique du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ¹ .	Observation prise en compte.

¹ Recommandation du 18 juin 2009, publiée au journal officiel n° 0151 du 2 juillet 2009.

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 LE VIRAGE A L'AMBULATOIRE ENTRAINE UNE MUTATION DES DYNAMIQUES DES POLES DE PSYCHIATRIE

3.1.1 Présentation des Hôpitaux de Saint-Maurice

a) Présentation générale

L'hôpital Esquirol et l'hôpital national de Saint-Maurice, mitoyens, ont été regroupés le 1^{er} janvier 2011 pour former les hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) qui ont un statut d'établissement public de santé (EPS). L'implantation géographique n'a pas changé depuis la première visite. Les HSM sont facilement accessibles en transport en commun, se trouvant à dix minutes à pied de la station de métro Charenton-Ecoles (ligne 8) et desservis par des bus.

L'ensemble hospitalier constitué développe des champs sanitaires différents : un pôle de soins de suite et réadaptation (SSR) adultes orienté sur la rééducation spécialisée (rhumatologie, neurologie, traumatologie-orthopédie, gériatrie), un pôle de SSR enfants comprenant trois services pour enfants nécessitant une prise en charge rééducative ou un bilan, dans le cadre d'affections neurologiques acquises ou congénitales ou d'affections orthopédiques. Ce pôle comporte par ailleurs un centre de suivi et d'insertion pour enfant et adolescent après atteinte cérébrale acquise – un pôle transversal rééducation réadaptation dans et hors les murs – et un centre de traitement de l'insuffisance rénale chronique. Une maternité de type IIA est dédiée à l'obstétrique, la chirurgie gynécologique et la néonatalogie.

Depuis le début de l'année 2017, les HSM connaissent un renouvellement de leur gouvernance directoriale du fait de l'émergence d'une direction commune avec le centre hospitalier Les Murets² (situé à La Queue-en-Brie, Val de Marne) et d'un groupement hospitalier de territoire GHT « Hôpitaux de Paris Est Val-de-Marne » dont les HSM sont l'établissement support³.

Bien qu'implantés à titre principal dans le Val de Marne, les HSM ont compétence pour les patients résidant dans les 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} (pôle Paris Centre), 11^{ème} (pôle Paris 11) et 12^{ème} (pôle Paris 12) arrondissements de Paris et pour les communes Val-de-marnaises de Saint-Maurice, Saint-Mandé, Charenton-le-Pont et Alfortville (pôle 94G16).

La population de la ville de Paris est prise en charge par quatre autres établissements publics de santé (EPS) : Maison Blanche, Sainte-Anne, le groupe hospitalier de santé Perray-Vaucluse et l'hôpital « l'Eau vive » à Soisy-sur-Seine (91). Dans le Val-de-Marne, deux autres établissements hospitaliers spécialisés (EPS Paul Guiraud de Villejuif, les Murets à la Queue-en-Brie), un CHU (Albert Chenevier à Créteil) et deux centres hospitaliers généraux (Paul Brousse à Villejuif et intercommunal de Villeneuve Saint-Georges) dispensent leurs soins à la population du département.

b) La dynamique de l'établissement pour la psychiatrie

La dynamique de l'établissement est perceptible à travers notamment ses documents institutionnels.

² <https://www.cglpl.fr/2019/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-les-murets-a-la-queue-en-brie-val-de-marne/>

³ Le GHT comprend le CH Les Murets à La Queue-en-Brie outre l'hôpital interarmées (HIA) Bégin à Saint-Mandé, l'hôpital Saint-Camille, établissement de santé privé d'intérêt collectif et l'institut Le Val Mandé, établissement médico-social public.

Répondant à une recommandation de la chambre régionale des comptes (CRC) dans son rapport de 2019, les HSM se sont dotés d'un projet d'établissement (PE) 2019-2023 conforme aux prescriptions légales⁴, qui faisait défaut depuis la fusion des deux établissements au 1^{er} janvier 2011. Le PE se compose d'un projet médico-soignant socio-éducatif et de sept volets complémentaires (social, managérial, communication, informatique, patrimonial, financier et hôtelier). La direction a sollicité le collège des psychologues pour rédiger les orientations d'un projet psychologique. L'établissement a fait le choix d'une approche interdisciplinaire pour construire le projet médico-soignant. Ce dernier promeut la formation des professionnels aux pratiques de réhabilitation afin de les développer dans l'ensemble des pôles, des disparités étant constatées.

L'axe principal du PE pour la psychiatrie est le développement des prises en charge ambulatoires, de prévention des crises et le moindre recours à l'hospitalisation complète (HC) incorporant les actions de réhabilitation psycho-sociales « avec un impératif de co-construction patient-soignant », notamment par le développement des médiateurs de santé pair aidant (MSPA, cf. § 9.1). Actuellement, l'activité ambulatoire avoisine 80 % de la file active⁵.

Un autre axe du PE est le moindre recours à l'isolement et à la contention avec notamment le développement de lieux d'apaisement en lien avec le futur projet immobilier. Les réflexions sur ce thème doivent toutefois être davantage institutionnalisées et s'appuyer sur la commission de suivi des chambres de soins intensifs (COMSI) (cf. § 7.2). L'amélioration du passage de la psychiatrie infantile-juvénile à la psychiatrie adultes (cf. § 10.1) fait partie des actions prioritaires. Enfin, le dépistage et la prise en charge précoce de l'autisme et des psychoses émergentes seront déployées sur les secteurs.

3.1.2 Les quatre pôles de psychiatrie adultes

a) Présentation générale

Les HSM comprennent quatre pôles de psychiatrie adultes Paris Centre, Paris 11, Paris 12 et 94G16, couvrant sept secteurs – six secteurs parisiens et un secteur val-de-marnais. Ils comprennent au 1^{er} octobre 2021 183 lits d'HC répartis dans neuf unités (173 lits) et dans deux centres de crise (3+7 soit 10 lits). Les secteurs de psychiatrie adulte couvrent une population d'environ 497.238 habitants.

Depuis la première visite en 2011, les pôles ont été restructurés. Le virage ambulatoire clairement énoncé dans le PE, cumulé avec la pénurie de soignants qui s'accroît depuis les cinq dernières années, ont entraîné la fermeture d'unités dont la plus récente pendant l'été 2021 (unité George Sand au pôle Paris 11). Aussi, le nombre de lits pour la psychiatrie adultes est-il passé de 208 en 2018 à 183 en 2021 – en sus les sept lits de pédopsychiatrie restés stables (cf. § 10.1). Ceci a notamment pour effet de concentrer en HC les patients dont l'état clinique est le plus dégradé, comme constaté par les contrôleurs, en particulier au sein des pôles parisiens.

Chaque pôle comporte deux unités d'HC d'entrants et le pôle Paris 12 comporte en sus une unité de réhabilitation. Les équipes des unités d'HC sont pluridisciplinaires, ce qui est à saluer, comme étant composées de médecins psychiatres, infirmiers (IDE), aide-soignant (AS), psychologues, ergothérapeutes et parfois neuropsychologues, spécialité qui devrait être développée dans le cadre du développement de la réhabilitation psycho-sociale. Chaque pôle dispose d'un contrat de pôle.

⁴ Articles L. 6143-2 et L.3221-4 du code de la santé publique.

⁵ Note de présentation du projet immobilier, octobre 2021.

Les secteurs parisiens accueillent entre 17 % et 20 % de patients hors secteurs et sans domicile connu en région parisienne⁶ (DIRP). Les trois pôles de psychiatrie parisiens se caractérisent d'ailleurs par une patientèle particulièrement précaire et mobile (une population migrante mobile et souvent sans domicile fixe) ce qui complique la préparation à la sortie (cf. § 9.3).

L'activité ambulatoire, assurée par plus de quarante structures extrahospitalières, connaît une évolution croissante ces dernières années avec une forte présence de patients parisiens qui représentent 62,8 % des patients hospitalisés de jour contre 31,03 % pour les patients val-de-marnais⁷. Le déploiement de l'hôpital « hors les murs » implique, en théorie, pour des prises en charge au plus près des lieux de vie, le renforcement des équipes mobiles et des lits d'hospitalisation de crise, afin de limiter le besoin d'hospitalisation. Néanmoins, ces structures fonctionnent, au moment du contrôle, en mode dégradé faute d'effectif soignant suffisant (cf. § 4.1.3).

Les HSM ne disposent pas d'unité de géronto-psychiatrie mais d'une équipe mobile spécifique (UMGP) rattachée au pôle 94G16 (cf. 3.2.2 e). Des échanges avec le pôle intersectoriel de gériatrie, dont le médecin chef est le président de la CME, peuvent facilement être engagés lorsqu'un patient orienté en première intention en psychiatrie présente en réalité une pathologie relevant d'une prise en charge en gériatrie.

Enfin, les unités d'hospitalisation pour adultes peuvent accueillir des mineurs (cf. § 10.1) et, plus à la marge, des personnes détenues (cf. § 10.2).

b) Le pôle Paris Centre

Il couvre une population d'environ 98 000 habitants (quatre premiers arrondissements de Paris). Il comprend deux unités de soins intra hospitalières nommées Averroès et Rosa Parks comportant chacune dix-huit lits et une chambre d'isolement (CI). Au moment du contrôle, les deux unités étaient ouvertes depuis le 9 octobre 2018.

Les structures ambulatoires sont composées de : deux centres médico-psychologiques (CMP), un centre de jour (hôpital de jour et CATT), un accueil familial thérapeutique, une unité d'hébergement pour le suivi de patients placés ou hébergés dans des structures sociales, médico-sociales ou associatives dont une maison communautaire et des consultations spécifiques⁸. De plus, le pôle dispose de l'équipe mobile et d'accueil psychiatrique (EMAPSY) Paris Centre créée en 2019⁹ (cf. § 4.1.3 a).

Le projet de pôle est axé principalement sur le développement des alternatives à l'hospitalisation avec des prises en charge à domicile ou dans des lieux de vie inclusifs et l'amélioration des droits des patients.

c) Le pôle Paris 11

Il couvre une population d'environ 146 000 habitants. Suite à la fermeture de l'unité George Sand pendant l'été 2021, en raison de la pénurie de soignants, le pôle ne comporte plus que deux unités d'hospitalisation nommées Simone Veil et Joséphine Baker comportant chacune vingt-deux lits et une chambre d'isolement (CI). Au moment du contrôle, les deux unités étaient fermées et devaient

⁶ En moyenne chaque année environ 500 DIRP sont accueillis dans les unités d'HC.

⁷ Rapport d'observations définitives, CRC Ile-de-France du 9 septembre 2019.

⁸ Consultation et thérapie familiale, hypnose, psychodrame analytique, atelier relaxation, consultation diététique.

⁹ Fusion des équipes du centre de crise et des soins à domicile.

ouvrir à la fin de l'année 2021. La direction a précisé dans sa réponse au rapport provisoire qu'elles ont été ouvertes à compter du 7 décembre 2021.

Les structures ambulatoires sont composées de : deux CMP assurant le suivi au long cours et l'organisation des soins, deux CATTP et un centre de jour permettant des accompagnements individualisés par le biais d'activités thérapeutiques, de dispositifs d'accompagnement à l'autonomie et à la question de l'hébergement¹⁰. Par ailleurs, le pôle dispose d'une unité intersectorielle pour la population du 11^{ème} et 12^{ème} arrondissement, de prise en charge ambulatoire de la crise et d'accès aux soins en urgence (cf. § 4.1.3 b).

Le projet de pôle élaboré de manière collaborative en 2020 s'est traduit par la création de l'EMAPSY, la diminution de la durée moyenne de séjour en HC avec des relais plus précoces sur les structures ambulatoires, la réorganisation des unités d'HC, le renforcement de la pluridisciplinarité des équipes – notamment médiatrice de santé pair et éducateur spécialisé au sein de l'équipe mobile.

d) Le pôle Paris 12

Il couvre une population d'environ 144.700 habitants. L'arrondissement est caractérisé par une certaine précarité¹¹. Le pôle Paris 12 est composé de trois unités, deux unités d'admission fermées nommées Ravel et Manet comportant chacune vingt lits et une CI et, depuis 2020, une unité ouverte de réhabilitation psycho-sociale Louise Michel à la suite de la transformation d'une unité d'hospitalisation du même nom (vingt-quatre lits). Les principaux projets de l'année 2020 ont été : l'intégration d'une médiatrice de santé-pair aidante (MSPA), la création de l'équipe de psychoéducation et éducation thérapeutique du pôle Paris 12 avec l'implantation des programmes l'unité d'hospitalisation de psychoéducation familiale Profamille et BREF.

Les structures ambulatoires sont composées de : un CMP et CATTP (centre Saint-Éloi), un hôpital de jour (47 places) et un CATTP (centre Colbert).

Les deux unités d'admission sont contiguës. Avant la crise sanitaire, la porte les séparant se trouvait ouverte. Pendant l'été 2021, en raison des difficultés d'effectifs à l'unité Manet, l'unité Ravel a accueilli l'ensemble des patients en SSC et l'unité Manet ceux en SL. Puis, en raison de difficultés d'effectifs à Ravel (départ de deux IDE et trois AS), le fonctionnement habituel a repris au mois d'octobre 2021, soit l'accueil de patients en SL et en SSC au sein des deux unités. Le contrôle s'est déroulé dans un contexte en tension en termes de ressources humaines tout particulièrement au sein de ce pôle.

A l'issue de la visite, la Contrôleure générale a adressé une lettre au ministre des Solidarités et de la Santé afin de signaler de graves dysfonctionnements portant atteinte à la dignité des patients et à leurs droits fondamentaux et affectant significativement leur prise en charge au sein de l'unité Manet. La lettre au ministre devant être publiée en même temps que le présent rapport définitif, il convient à ce stade d'en présenter un simple résumé ainsi que de présenter les actions menées par la direction de l'établissement en réponse :

¹⁰ DLAI (dispositif de logement accompagné pour l'inclusion des personnes souffrant de troubles psychiques) : appartements associatifs avec les associations Agate et les Œuvres Falret ; une maison relais de 9 places avec l'Association Aurore ; un dispositif d'accueil familial thérapeutique de 7 places.

¹¹ Avec environ 20 % de logements sociaux, environ 7 % des ménages sont bénéficiaires du RSA et 10 % des ménages ont des revenus constitués à plus de 50 % de prestations sociales ; les lieux d'hébergement pour les personnes en difficulté sont supérieurs à la moyenne parisienne.

La mission de contrôle du CGLPL s'est déroulée dans de bonnes conditions dans l'ensemble de l'hôpital, permettant des échanges de qualité y compris dans les unités Louise Michel et Ravel du pôle Paris 12. Par contraste, dans l'unité Manet, elle a été marquée par un contexte de tension liée à des conflits interpersonnels qui semblent s'inscrire dans une logique clanique et opposent une partie de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, assistants de service social) à l'encadrement du pôle (médecin chef et cadre supérieure de santé du pôle). Ces conflits anciens, associés au sous-effectif du personnel soignant et médical et à la vétusté des locaux, provoquent une souffrance au travail de l'ensemble des acteurs. Dans ce contexte, des comportements de harcèlement ont été décrits comme ayant conduit à la mise en arrêt de travail de deux cadres de santé et au départ successif de cinq médecins psychiatres. Si les quatre pôles de psychiatrie pâtissent d'un sous-effectif de personnel non médical très préoccupant¹², celui qui affecte le personnel médical est en revanche propre au pôle Paris 12, les médecins psychiatres refusant d'être affectés dans cette unité. Au moment de la visite, le poste de cadre de santé de l'unité Manet est vacant et il n'y a plus de médecin psychiatre référent. Le dernier médecin référent a demandé à être déchargé de ses fonctions au mois de septembre 2021 après dix-huit mois d'exercice. En conséquence, ce sont les cinq médecins psychiatres du pôle Paris 12 (intra et extra) qui y interviennent, ce qui ne permet pas d'assurer une permanence des soins psychiatriques.

L'équipe soignante de l'unité Manet, qui fonctionne en totale autonomie, a accueilli les contrôleurs avec une hostilité confinant à l'entrave à la mission du CGLPL. Cinq contrôleurs différents s'y sont rendus à des jours et horaires différents. Or, à l'exception d'entretiens isolés avec certains agents, le dialogue sur la prise en charge des patients n'a pas été possible. Les contrôleurs ont été reçus avec défiance et ont dû imposer leur présence dans l'unité pour accomplir leur mission. Ils ont pu constater à plusieurs reprises un manque de diligence dans les soins dispensés aux patients, faute de présence soignante et ont également assisté à des interactions inadaptées entre des membres du personnel soignant et des patients.

Ils ont fait le constat d'un manque général d'hygiène des locaux, à telle enseigne qu'ils ont demandé, le 8 novembre 2021, la fermeture pour désinfection et nettoyage de la chambre d'isolement de l'unité en raison de son état d'insalubrité.

Les contrôleurs ont par ailleurs observé un « glissement » des compétences au sein de l'équipe soignante de l'unité, conduisant notamment les aides-soignants et les infirmiers à réaliser des actes ne relevant pas de leurs fonctions. En effet, des infirmiers s'estiment compétents sur les prescriptions médicales tandis que des aides-soignants exigent de participer aux entretiens avec les médecins. L'absence de pilotage tant médical que paramédical vient conforter ce mode de fonctionnement. De plus, la dynamique de l'équipe soignante en place semble avoir entraîné la mise en œuvre d'une règle tacite de non-dénonciation des comportements inadaptés.

Ainsi, plusieurs témoignages concordants de patients et de professionnels d'origine diverses recueillis pendant la visite, l'étude d'écrits professionnels, des événements indésirables et les constats effectués par les contrôleurs attestent de pratiques soignantes contraires à la déontologie, ne respectant pas les consignes médicales et nuisant gravement à la qualité des soins et au respect des droits fondamentaux de la personne hospitalisée. Notamment il a été signalé :

¹² Projection du personnel non médical en décembre 2021 sur le pôle Paris 12 : moins trente postes dont moins 8 postes à Manet, (6 IDE, 1 AS, 1 cadre) et en personnel médical, en décembre 2021, moins cinq postes sur le pôle dont moins trois postes à l'unité Manet.

- un non-respect de prescriptions médicales par certains infirmiers, amenant au surdosage du traitement prescrit ;
- des pratiques de mise à l'isolement observées lors de la visite et rapportées par des témoignages sont présentées comme des mesures de sanction, et sont majoritairement mises en œuvre sans que le recours à une technique de désescalade n'ait été envisagé ;
- des comportements et propos inadaptés, voire maltraitants à l'égard des patients, ont été signalés et constatés par les contrôleurs ;
- la notification de leurs droits aux patients admis en soins sans consentement n'est pas organisée et est laissée à l'appréciation du personnel présent ;
- des atteintes à la liberté d'aller et venir des patients notamment en soins libres ont été déplorées.

Avant la mission de contrôle, la direction de l'établissement, alertée sur ces conflits interpersonnels depuis janvier 2020 et sur les difficultés managériales, avait mis en place depuis le 12 octobre une réunion institutionnelle hebdomadaire sur l'ensemble du Pôle Paris 12, animée par la directrice générale. Elle a par ailleurs fait diligenter un audit par un psychologue du travail extérieur aux HSM et mandaté par le CHSCT au mois de juin 2021. Un préventeur des risques est intervenu à plusieurs reprises au sein de l'unité pour accompagner les équipes toutes catégories confondues. Un plan de formation a par ailleurs été déployé ainsi qu'un coaching managérial à destination de l'encadrement du pôle par une cadre supérieure de soins de la direction des soins. Enfin, plusieurs CHSCT abordent les conflits interpersonnels étant précisé que trois CHSCT extraordinaires ont été organisés.

La direction des HSM a précisé, en réponse au rapport provisoire : « *Les éléments du rapport de la psychologue du travail font état de dysfonctionnements de service aux côtés de problèmes managériaux. Toutefois, la direction souhaite préciser que les points soulevés par le rapport comme les différents propos tenus lors des CHSCT ne sont pas circonstanciés. A ce titre, ils n'ont pas permis l'engagement de procédures disciplinaires. Par ailleurs, les différentes vagues de l'épidémie de COVID-19 n'ont pas permis de déployer totalement ce plan d'actions* ».

Dès réception du signalement, la direction a mis un terme aux réunions hebdomadaires et a mis en œuvre sans délai un plan d'actions en cinq axes communiqué au CGLPL : informer les agents de manière transparente, accompagner la réorganisation du pôle Paris 12, garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des patients, favoriser le développement du raisonnement éthique parmi les équipes, renouveler le projet du pôle Paris 12 à la lumière des dysfonctionnements observés afin de restaurer l'attractivité médicale et paramédicale.

Ce plan a connu les traductions opérationnelles suivantes :

- mise en place d'audits au sein de l'unité Manet sur le circuit des médicaments, la mise à l'isolement des patients et le vécu des patients avec rappel des bonnes pratiques et des procédures sur ces thèmes ;
- mise en place d'un contrôle des notifications des décisions de soins sans consentement aux patients ;
- fermeture de l'unité Manet à compter du 14 janvier 2022, après une annonce aux équipes et réaffectation des professionnels dans d'autres pôles de psychiatrie avec l'appui d'une cellule de mobilité.

Par courriel du 8 mars 2022, la direction transmettait un état d'avancement des actions menées se traduisant notamment par : une évaluation des risques dans la politique de sécurisation du médicament du 16 décembre 2021 ; la prise en charge thérapeutique et le stockage afin d'objectiver les axes d'amélioration ; la mise en place effective d'un groupe de travail sur la protection des droits et libertés des patients en psychiatrie le 14 janvier 2022 ; la mise en place d'outils pratiques tels que la fiche journalière de surveillance infirmière, la fiche de visite et contre-visite médicale.

Le CGLPL salue la prise en compte rapide des éléments du signalement par la direction et relève que les conclusions de l'enquête « amélioration de la prise en charge » rejoignent certains constats des contrôleurs : unité fermée, peu de présence de soignants dans l'unité, sentiment d'abandon des patients.

Par ailleurs, le ministre des Solidarités et de la Santé a adressé un courrier à la Contrôleure générale reçu le 21 mars 2022 aux termes duquel il précise avoir saisi sans délai l'ARS Ile-de-France compte-tenu de la gravité des faits rapportés, laquelle s'est rapprochée de la direction de l'établissement pour mettre fin à ces dysfonctionnements portant atteinte à la dignité des patients et à leurs droits fondamentaux ainsi qu'à la qualité des soins dispensés. Les actions de la direction des HSM sont décrites. Notamment il est indiqué que la direction de l'établissement a fait le choix de fermer provisoirement l'unité Manet du pôle Paris 12 dès le 4 janvier 2022 en répartissant le personnel au sein d'autres pôles et qu'il a été proposé au chef de pôle ainsi qu'à la cadre du pôle Paris 12 une nouvelle affectation à compter du 1^{er} janvier 2022. Dans l'attente de la réouverture de l'unité, l'établissement était « *à la recherche d'un nouveau chef de pôle intérimaire, malgré un contexte difficile en termes de recrutement* ».

Par ailleurs, il fait observer que « *la réforme des autorisations, et notamment les conditions qui seront fixées pour accueillir des patients en soins sans consentement en termes de locaux et de respect de leurs droits fondamentaux, conduira nécessairement à mettre fin à la prise en charge de patients dans des conditions indignes* ».

Enfin, il relève que dans le cadre de l'application de la loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, l'établissement, a formalisé les procédures de réalisation des décisions médicales d'isolement et de contention ainsi que de leurs notifications aux patients et à leurs proches. Il prévoit par ailleurs une rénovation de la chambre d'isolement de l'unité Manet, en tenant compte des recommandations du CGLPL et de la HAS. La création d'un groupe de travail "Droits et Libertés des Patients" permettra de mettre en place des correctifs répondant aux points soulevés par le CGLPL, mais également de favoriser le développement d'une démarche éthique parmi les équipes médico-soignantes ainsi que d'envisager un plan de formation ad hoc.

Soucieux du droit des patients de circuler librement, notamment pour les patients admis en soins libres, il fait observer que la direction a fait ouvrir les portes de l'unité Manet au début du mois de décembre 2021 et qu'une réflexion sera engagée au pôle Paris 12 sur cette question.

e) Le pôle 94G16

Il couvre une population d'environ 112.000 habitants (communes de Saint-Maurice, Saint-Mandé, Alfortville et Charenton-le-Pont). Contrairement aux pôles parisiens, son territoire n'est pas marqué par une problématique de précarité et de mobilité des patients mais l'offre de dispositifs sociaux associatifs est moins dynamique qu'à Paris intra-muros. Le pôle comprend : deux unités d'hospitalisation ouvertes : Matisse (treize lits, une chambre d'isolement et un lit d'hôpital de jour) et Cézanne (quatorze lits, une chambre d'apaisement et un lit d'hôpital de nuit).

Les structures ambulatoires comportent : deux CMP dont un est ouvert sept jours sur sept, une équipe mobile d'accompagnement de la crise (UMAAC), une équipe mobile de géronto-psychiatrie (UMGP), une unité de psychiatrie de liaison qui intervient sur l'ensemble des services somatiques de l'hôpital (UMAAC < 75 ans /UMGP ≥ 75 ans), un hôpital de jour, un CATTP, une unité de réhabilitation avec des ateliers transverses, une unité de thérapie familiale et de couple intersectorielle.

L'année 2020 a été marquée par la transformation d'une CI en chambre d'apaisement, la création d'un poste d'accompagnateur Pair-aidant Famille (qui est le premier en France) et la pérennisation de la pair-aidance dans le pôle, le maintien pendant la crise sanitaire des visites des familles au sein du vaste hall du bâtiment hébergeant les deux unités et de l'aménagement de l'espace famille.

f) La dynamique inter pôles

Les réunions de la commission médicale d'établissement (CME) sont ouvertes à l'ensemble des médecins de l'établissement. Une réunion du collège des médecins se tient une semaine avant la réunion des chefs de pôle de l'établissement. Certains chefs de pôle font partie du groupe de rédaction du projet territorial de santé mentale (PTSM 2021-2025 Paris et Val-de-Marne).

Néanmoins, la dynamique inter pôles fait défaut. En effet, il est constaté que peu de synergies sont recherchées entre les pôles de psychiatrie qui sont ceux des secteurs (deux par pôle) sur des sujets transversaux. La COMSI, sous-commission de la CME, mise en place au mois de novembre 2014, est au moment du contrôle peu investie par les pôles, ce qui est regrettable puisqu'elle vise à impliquer l'ensemble des secteurs dans une réflexion commune sur les pratiques d'isolement et de contention (cf. § 7.2).

3.1.3 Les principaux projets

a) Le projet immobilier

En intra-hospitalier, le patrimoine immobilier des Hôpitaux de Saint-Maurice comprend cinquante-trois bâtiments répartis sur trois parcelles représentant au total trente-six hectares dont 30 % en parc boisé et paysager :

- la première regroupe les services de psychiatrie et deux écoles¹³ ;
- la deuxième abrite l'offre de soins de suite et de réadaptation (SSR) de l'enfant et de l'adulte, le pôle de traitement de l'insuffisance rénale chronique et une maternité de niveau 2 ;
- la troisième est occupée par Santé Publique France.

Une partie des bâtiments, datant du 19^{ème} siècle, est classée au titre des monuments historiques, ce qui induit des contraintes particulières au niveau des aménagements et travaux sur le site. Les HSM comptent également trente-cinq sites extra-hospitaliers dont quatorze sont la propriété de l'établissement, incluant un établissement flottant « l'Adamant » (bateau-hôpital de jour).

Pour l'entretien de ce patrimoine, la communauté médicale est associée aux commissions de travaux dont la présidence et la vice-présidence sont assurées par des médecins.

Dans le cadre du schéma directeur immobilier de territoire, un projet immobilier a vu le jour partant des constats suivants : un patrimoine vétuste et dispersé (cf. § 5.1), sa nécessaire adaptation à l'évolution des activités et modalités de prise en charge des différents pôles de l'établissement, des

¹³ L'Institut de Formation en Soins Infirmiers Jean-Baptiste Pussin et l'Ecole Nationale de Kinésithérapie et de Rééducation.

coûts élevés d'entretien, des locaux non utilisés, mal exploités ou inadaptés. Il concerne notamment les unités d'hospitalisation de psychiatrie et le regroupement de certaines structures de l'extra hospitalier.

Au moment du contrôle, un projet de financement prévisionnel a été déposé auprès de l'ARS au mois d'octobre 2021. Le projet global est projeté sur 8 à 12 ans avec le lancement du concours d'architecte pour les HSM en 2023.

Les grands axes du futur projet immobilier relatif aux unités d'HC sont notamment : la transformation des derniers dortoirs (trois-quatre lits) en chambres individuelles ou doubles au maximum, l'installation de sanitaires individuels dans toutes les chambres, une mise aux normes PMR, l'aménagement d'espaces de visite garantissant la confidentialité, l'harmonisation de l'offre de prestations hôtelières des unités, le développement d'espaces d'apaisement, la construction d'une structure commune pour les activités socio-culturelles, cafétéria, salle de sport. Néanmoins, s'agissant de la construction d'un nouveau bâtiment, certains écueils constatés par le CGLPL dans d'autres établissements devront être évités.

RECOMMANDATION 1

Le principe du projet immobilier dont l'un des objectifs est de mettre fin aux conditions indignes d'hospitalisation en psychiatrie grâce à la construction de nouveaux bâtiments et à la réhabilitation d'une partie de l'existant est soutenu par le CGLPL.

Il est notamment recommandé une architecture permettant un accès immédiat à un espace extérieur y compris pour les patients en chambre d'isolement, des chambres individuelles dotées d'un espace sanitaire individuel, l'absence de hublot sur les portes des chambres, un système permettant au patient de fermer la porte de sa chambre de l'extérieur comme de l'intérieur et d'ouvrir sa fenêtre, une sonnette d'alarme dans toutes les chambres.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que le projet immobilier intègre les recommandations architecturales du CGLPL et de la HAS dans ses différents programmes de rénovation comme de construction. Ainsi 80% des chambres seront individuelles avec possibilité d'ouverture de la fenêtre et un accès immédiat à un espace extérieur (y compris pour les patients en isolement) est prévu. De plus, les programmes incluent d'ores et déjà d'équiper les chambres d'un espace sanitaire individuel, d'un bouton d'appel, de verrous intérieurs.

Par ailleurs, une solution sera proposée quant aux hublots sur les portes des chambres dans le cadre d'une réflexion institutionnelle intégrant les soignants.

Un plan d'actions sera mis en place sur les questions relatives à la dignité et aux conditions de vie des patients à la suite du rapport du CGLPL.

Le CGLPL salue la prise en compte de ses préconisations dans les programmes architecturaux. Il maintient en l'état sa recommandation dans la mesure où le projet immobilier n'est pas complètement finalisé.

Au moment du contrôle, selon les informations recueillies, le projet n'étant pas encore stabilisé, les unités situées dans la partie dite basse de l'hôpital qui est plus ancienne et très vétuste seraient installées dans un nouveau bâtiment (les unités du pôle Paris Centre, l'unité Louise Michel du pôle Paris 12 et les unités du pôle Paris 11), et celles situées dans la partie haute au sein de bâtiments plus récents seraient rénovées (les deux unités d'admission du pôle Paris 12, le pôle 94G16). De plus, une relocalisation des lieux de soins et de vie prévoit à court terme l'installation des trois unités

à temps complet du secteur 94G01 (commune de Fontenay-sous-Bois et de Vincennes, actuellement sur le site Les Murets du GHT) et de l'unité de l'Association de santé Mentale du 13^{ème} arrondissement de Paris (ASM 13) actuellement localisée à Soisy-sur-Seine (trente lits, département de l'Essonne 91).

Les quatre pôles de psychiatrie des HSM perdraient en tout trente-six lits et des moyens seraient redéployés à l'ambulatoire ; par ailleurs, une unité intersectorielle de 25 lits devait être créée mais ce projet a été abandonné selon les informations transmises par la direction en réponse au rapport provisoire.

L'évolution projetée du capacitaire se présente ainsi :

Secteurs de psychiatrie	Capacitaire 2021	Capacitaire projet
Paris Centre	36	36 + 2 CI
Paris 11	54	50 + 2 CI
Paris 12	64	50 + 2 CI
94G16	29	21 + 1 CI
Sous-total	183	157 + 7 CI
94G01 (relocalisée)	37	29 + 1 CI
ASM 13		30 (dont X CI)
Total	220	216 + 8 CI (hors ASM 13)

Au regard des témoignages recueillis, il paraît primordial que la direction communique davantage à chaque étape de cette restructuration.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait valoir que : « *des points d'information dans les différentes instances de l'établissement sont faits à chaque étape importante du projet. Par ailleurs, des notes d'information ont déjà été diffusées et remises en même temps que les bulletins de paie aux agents* ».

b) L'ouverture des unités

Les unités du pôle 94G16 étaient déjà ouvertes lors du premier contrôle en 2011. Les unités des pôles parisiens étaient encore récemment toutes fermées. Néanmoins, au moment du contrôle, les unités du pôle Paris Centre étaient ouvertes depuis le 9 octobre 2018. La HAS a questionné cette organisation. Un projet « soigner sans enfermer » était en cours au moment du contrôle et l'ouverture des portes des unités était prévue dans les contrats de pôle et le projet d'établissement (cf. § 6.1).

3.2 LE BUDGET PERMET L'EXERCICE DES MISSIONS DE L'ETABLISSEMENT

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) du 28 décembre 2018 était toujours en cours au moment du contrôle (durée de 5 ans).

Entre les années 2019 et 2021, l'établissement a réalisé un bénéfice d'environ 500 000 euros en raison de la baisse de l'activité liée à la crise sanitaire. En effet, les hospitalisations ont été réalisées en chambre individuelle en limitant les admissions ; à cela s'ajoute une évolution des pratiques médicales avec le virage à l'ambulatoire. En conséquence, la durée moyenne d'hospitalisation (DMH) a diminué en faveur de prises en charges plus rapides en hôpital de jour.

Entre 2019 et 2020, la dotation annuelle de financement pour la psychiatrie (DAF PSY) a augmenté de manière significative par l'effet du Ségur de la santé et des financements non pérennes de projets par l'ARS pour compenser les surcoûts liés à la crise sanitaire (3,641 millions d'euros).

Entre 2020 et 2021, l'établissement a reçu des financements pour compenser l'effet Ségur dont 5.544M€ pour le personnel non-médical et 961K€ pour le personnel médical en DAF PSY et 4.409M€ pour le personnel non-médical. La DAF PSY est ainsi passée de 75 M€ (2019) à 80 M€ (2020) à 83 M€ en 2021.

Par ailleurs, les HSM n'ont pas d'emprunt toxique en cours. L'excédent généré par les postes budgétés non pourvus est remployé au titre des heures supplémentaires, l'emploi de vacataires et d'intérimaires.

Lors de la conférence annuelle de pôle qui se tient pour chacun des quatre pôles, le bilan des titres de dépense et de recettes du pôle est évoqué ainsi que le bilan RH et de l'activité. En effet, la délégation de moyens au pôle incluant les dépenses de personnel fait l'objet d'un suivi trimestriel et d'une adaptation en fonction des variations d'activité des services.

Au moment du contrôle, le service financier effectue un conséquent travail préparatoire relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie, le décret d'application¹⁴ étant paru le 29 septembre 2021 pour une mise en application progressive à compter du 1^{er} janvier 2022 jusqu'à son application complète effective dans le courant de l'année 2026. Elle a vocation à opérer une fongibilité entre la dotation populationnelle et la dotation à l'activité. Un rééquilibrage entre les régions est en cours sur le territoire national.

Pour réaliser le bilan financier du pôle, la méthode du taux de marge (TMCD) sur coût discrétionnaire est appliquée ; chaque pôle disposera d'un budget simplifié évalué sur la base de l'année précédente, avec une ventilation entre les recettes et les dépenses imputables au pôle¹⁵. Il est donc demandé aux pôles de psychiatrie de communiquer des éléments précis et exhaustifs sur leurs postes de dépenses dans le cadre d'une simulation sur les effets de la réforme qui ne sont pas encore connus au moment du contrôle.

En outre, depuis la première visite, une nette amélioration du recouvrement des titres en souffrance est observée. Une restructuration a été opérée pour identifier les titres en souffrance en lien avec les assistants de service social (ASS) notamment pour le déclenchement des procédures de soins urgents comme l'aide médicale d'Etat (AME). En effet, le niveau de recette moyen est d'environ 2,4 millions d'euros en 2020 et avoisine les 3 millions d'euros en 2021 pour l'AME. Pour la prise en charge des patients de nationalité étrangère, le recouvrement des frais d'hospitalisation a également progressé¹⁶.

Pour les patients indigents, il existe un crédit de 1500 euros par an (financement des démarches administratives pour titre d'identité, billet d'avion pour retour pays d'origine, etc.). La direction de la patientèle valide l'emploi des fonds sur demande des ASS qui font remonter les importants besoins. Au regard du profil des patients des pôles parisiens, l'enveloppe est dépensée tous les ans.

¹⁴ Décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie.

¹⁵ Les objectifs de son application sont de calculer un taux de marge par pôle et par services, calculer un taux de marge cible qui équilibre les comptes de l'établissement et appréhender la part contributive de chaque pôle et direction (résultat net) au regard des dépenses de structures. En conséquence, aucun établissement n'aura le même taux cible.

¹⁶ 2,6 millions d'euros en 2019 environ 3 millions d'euros en 2020 et près de 4 millions d'euros en 2021.

Enfin, il existe une régie thérapeutique permettant le financement d'activités. Le montant de la régie thérapeutique alloué aux pôles de psychiatrie en 2021 est de 168.804 euros répartis entre les pôles en fonction de leur file active de l'année N-1. Les professionnels exerçant dans les unités d'hospitalisation ont indiqué ne pas se heurter à des difficultés matérielles pour l'organisation d'activités.

3.3 LA PENURIE DE SOIGNANTS EST PARTICULIEREMENT PREOCCUPANTE ET ENTRAINE UN GLISSEMENT DES COMPETENCES

3.3.1 Les ressources humaines

Les effectifs des pôles de psychiatrie représentent environ 55 % des effectifs totaux des HSM.

a) L'effectif paramédical

Les HSM subissent les difficultés aiguës de recrutement d'infirmiers que connaissent notamment les établissements d'Ile-de-France avec en sus une pénurie de cadres de santé. Selon les informations recueillies, un plan de réduction des effectifs (départs non remplacés) avait été opéré en 2018 en raison de la diminution de l'activité mais non accompagné d'un déploiement corrélatif à l'ambulatoire ce qui a été corrigé à partir de l'année suivante.

Selon les données communiquées au moment du contrôle, les ETP non pourvus se répartissent ainsi :

- 35 ETP d'infirmiers pour l'ensemble des unités d'hospitalisation complète (13 à Paris 12, 12 à Paris 11, 9 à Paris Centre et un à 94G16) ;
- 7 ETP de cadre de santé n'étaient pas pourvus, chaque pôle ayant un cadre supérieur de santé (un cadre de santé faisant fonction au 94G16) ;
- 6,8 ETP d'aides-soignants n'étaient pas pourvus ;
- 2 ETP d'ASH au Pôle Paris 12 n'étaient pas pourvus.

Il ressort de l'étude des événements indésirables (EI) sur les six derniers mois plusieurs signalements sur les incidences dans la prise en charge des patients du manque d'effectifs dans les unités (cf. § 3.3.1). Par exemple, à l'unité Ravel (pôle Paris 12), le 1^{er} septembre, l'effectif est de seulement un infirmier et deux aides-soignants ; le 21 septembre, une seule infirmière assure la nuit pour deux unités du pôle Paris 12 car l'autre infirmier a été suspendu faute de pass sanitaire. Au pôle 94G16, le 30 septembre 2021, l'équipe est composée de seulement deux infirmiers car l'aide-soignant prévu au planning est en arrêt et un infirmier doit se détacher en urgence pour récupérer les affaires d'un nouveau patient auprès du service des urgences de l'hôpital Henri Mondor puis à son domicile. En conséquence, pendant plusieurs heures, une infirmière se trouve seule dans l'unité.

Les contrôleurs ont constaté, malgré une implication indéniable des professionnels, un épuisement des équipes soignantes et des obstacles à l'exercice de certaines de leurs missions (organisation d'activités thérapeutiques, accompagnement des patients à l'extérieur ou à domicile, etc.).

L'absentéisme dû aux vacances de postes, aux congés maladies et ponctuellement aux mesures de suspension de fonction pour non-présentation du pass sanitaire est géré en première intention par des heures supplémentaires sur la base du volontariat. Il est ensuite fait appel à des vacataires et enfin à des intérimaires qui peuvent être fidélisés. Par exemple, à l'unité Louise Michel (pôle Paris 12) cinq postes vacants d'infirmiers ne sont pas comblés depuis quatre ans, des infirmiers intérimaires sont fidélisés depuis plusieurs mois. Ou encore, au pôle Paris Centre, le poste de cadre

de santé de l'unité Rosa Parks est vacant, l'équipe soignante est composée de cinq ETP d'intérimaires et il est fait massivement appel aux heures supplémentaires.

Dans plusieurs unités, les cadres de santé sont réticents à faire appel aux vacataires et optent davantage, dans l'intérêt du patient, en faveur des heures supplémentaires et de l'intérim dans l'objectif de fidélisation. Cependant tous les pôles n'ont pas recours à l'intérim. Par exemple, au pôle Paris 11 les équipes s'auto-remplacent en cas d'absence, elles ont néanmoins indiqué être « *à bout de souffle* » en raison du manque d'infirmiers.

Il ressort des informations recueillies et de l'étude des plannings communiqués que l'effectif des **équipes de jour** dans les unités est souvent de quatre soignants le matin et l'après-midi (effectif minimum) au lieu de cinq à six pour un fonctionnement normal. Ce sous-effectif se répercute sur la prise en charge des patients dans les unités des pôles parisiens qui souvent fonctionnent en mode dégradé avec seulement trois soignants.

Les horaires des équipes de jour sont pour le matin, 6h50 à 14h30, l'après-midi 13h30 à 21h10, en sus un soignant peut être affecté en poste de journée. Les transmissions le matin se déroulent de 6h50 à 7h00, l'après-midi de 13h30 à 14h30 et le soir de 21h à 21h10.

Pour chaque pôle, deux **équipes de nuit** composées d'infirmiers et d'aides-soignants sont susceptibles d'être affectées sur n'importe quelle unité fonctionnelle. Elles se relaient selon un planning organisé classiquement en petite et grande semaine. En sus, un pool de remplacement vient compléter les plannings en cas d'absence des agents des équipes de nuit. Elles sont moins impactées par les postes vacants que les équipes de jour¹⁷. Elles sont composées de deux voire trois agents par unité. Néanmoins, il ressort de l'analyse des EI des 6 derniers mois la présence ponctuellement d'une seule infirmière de nuit pour deux unités en particulier au pôle Paris Centre. Les cadres qui ont la gestion des équipes de nuit les rencontrent régulièrement pour leur délivrer les informations relatives au pôle concerné, parfois en présence du médecin chef de pôle et du cadre supérieur de pôle¹⁸.

Au regard des difficultés de recrutement, la direction des HSM a développé un plan d'attractivité pour les cadres de santé et pour les soignants.

Une offre de logement partagé (coliving) peut être proposée lors du recrutement et/ou lors de la pérennisation de l'emploi pour l'exercice d'un métier considéré comme en tension (infirmier, kinésithérapeute ou rééducateur) et si l'agent accède à son premier emploi, est en contrat d'allocation d'étude et pré-recruté(e) ou dans une situation de transition. L'appartement meublé, d'une surface de 200 m² et situé au sein de l'hôpital peut accueillir jusqu'à cinq professionnels (occupé au moment du contrôle par un seul).

De plus, les professionnels ont accès à des tarifs privilégiés de restauration collective, à des places en crèche (150 places sur deux sites), à un parc de logement (60), à un dispositif d'accompagnement psychologique (Pros-consulte).

Enfin, le dialogue social est dynamique et continu, les syndicats, dont la CGT, étant fortement représentés parmi le personnel soignant. Les bilans annuels des CHSCT fournis depuis l'année 2018 sont néanmoins peu étayés.

¹⁷ Pôle 94G16 : 5 ETP IDE, 5 ETP AS (pas d'ETP non pourvu), Pôle Paris Centre : 4,8 ETP IDE, 8 ETP AS (0,20 ETP IDE non pourvu), Pôle Paris 11 : 9 ETP IDE, 11 ETP AS (2 ETP Ide non pourvus), Pôle Paris 12 : 8 ETP IDE, 10 ETP AS (1 ETP IDE non pourvu), Pool de nuit transversal : 0,30 ETP d'IDE, 6 ETP d'AS (2,7 ETP non pourvu).

¹⁸ Exemple, au pôle Paris 12.

b) L'effectif médical

Pour les pôles parisiens qui comprennent, pour les unités d'admission, un nombre de lits équivalent, une singularité est identifiée à l'unité Manet du pôle Paris 12.

L'effectif médical est ainsi réparti :

- au pôle Paris Centre pour chaque unité : trois praticiens hospitaliers (PH) pour 2,2 ETP, un docteur junior pour 0,4 ETP et un interne pour 0,5 ETP soit 3,1 ETP de médecin ;
- au pôle Paris 11, pour chaque unité : 3 PH pour 2,1 ETP, un docteur junior pour 0,4 ETP, un interne pour 0,3 ETP soit 2,8 ETP de médecins ;
- au pôle Paris 12, l'unité d'admission Manet est dotée d'un PH pour 0,5 ETP et un interne pour 1 ETP, le poste de médecin attaché ou assistant n'est pas pourvu tandis que l'unité Ravel est dotée de 2 PH pour 2 ETP. L'unité de réhabilitation Louise Michel est dotée de 1 PH pour 0,6 ETP et un poste de médecin attaché ou assistant n'est pas pourvu ;
- au pôle 94G16 l'unité Matisse est dotée d'un PH pour 0,8 ETP, un interne pour 0,7 ETP, le poste de médecin attaché ou assistant n'est pas pourvu, soit 1,5 ETP et l'unité Cézanne est dotée d'un PH pour 0,7 ETP, un médecin attaché ou assistant pour 0,8 ETP, un interne pour 0,7 ETP soit 2,2 ETP.

A l'exception du pôle Paris 12, l'effectif médical permet d'assurer la permanence des soins.

c) Les autres professionnels

Depuis la fermeture de l'unité de soins somatiques Laennec pendant l'été 2021, les soignants qui y exerçaient ont été redéployés en intra et extra hospitalier (cf. § 9.2.1 sur les effectifs et l'organisation des soins somatiques).

Les postes d'ASS, d'ergothérapeutes, d'éducateurs sont pourvus, de même que les postes de psychologues, à l'exception du pôle Paris Centre au sein duquel il manque 1,5 ETP de psychologue. En raison de la pénurie d'infirmiers, certaines missions peuvent être assurées par les éducateurs et les ergothérapeutes s'agissant d'accompagnements à l'extérieur.

3.3.2 La formation, le tutorat et la supervision

a) La formation

Le programme du plan de formation et de développement professionnel continu contient des formations notamment sur les thématiques suivantes : la contention et l'isolement en psychiatrie et recherche d'alternatives et sécurité, les droits des patients, OMEGA, les médiations thérapeutiques, la réhabilitation psychosociale ainsi que les outils infirmiers en psychiatrie, la psychologie en santé mentale, la responsabilité du soignant en psychiatrie, l'ethnopsychiatrie, l'entretien infirmier, la gestion de la violence et de l'agressivité.

Chaque pôle doit prioriser des axes de formation pour l'année et dispose d'un budget alloué suffisant selon les informations recueillies. Les formations sont facilement acceptées.

Par exemple au pôle Paris Centre, il est fait appel à l'intérim afin que les soignants puissent suivre des formations. Les formations sur les droits des patients en SSC et sur la gestion des violences sont obligatoires. Les formations sur la diminution du recours aux mesures d'isolement et de contention ont lieu deux fois par an et sont suivies par l'ensemble des professionnels, de l'ASH au médecin. A

l'unité Louise Michel du pôle Paris 12, des agents y compris des équipes de nuit sont inscrits à des formations diplômantes (soins somatiques, réhabilitation psychosociale, santé mentale).

Plusieurs professionnels rencontrés se sont dit satisfaits de la formation « soclecare » dont l'objectif est d'amener les infirmiers à identifier les tâches qui relèvent de leur rôle propre afin de leur permettre de replacer la dimension du soin au cœur de leur pratique ainsi que les journées de la psychiatrie à Lyon.

Les contrôleurs ont constaté que les soignants sont suffisamment formés aux droits des patients en soins sans consentement.

b) Le tutorat

L'organisation d'un tutorat pour les nouveaux arrivants est fonction des pôles.

Au pôle 94G16, le tutorat est surtout assuré par les cadres. Au pôle Paris 11 et Paris 12, un accompagnement par les pairs et un parcours d'intégration sont théoriquement mis en place pour les nouveaux arrivants, néanmoins l'effectif insuffisant de soignants ne permet pas de les mettre en œuvre. Au pôle Paris Centre, les cadres accueillent le nouvel arrivant et lui délivrent des explications orales mais le tutorat a été supprimé depuis plusieurs années. Les nouveaux arrivants passent quinze jours à leur arrivée dans les différentes structures du pôle en intra et extra hospitalier.

c) La supervision

Au pôle Paris 11, les équipes ne ressentent pas le besoin de supervision dans la mesure où elles peuvent échanger facilement avec les psychologues intervenant dans les unités. L'échange sur les pratiques peut éventuellement avoir lieu lors des formations type OMEGA. Les équipes des deux unités d'admission du pôle Paris 12 ne bénéficient pas de supervision ou d'analyse des pratiques alors que la psychologue de l'unité Louise Michel organise un temps chaque mercredi de discussion libre.

Au pôle 94G16 les deux psychologues de l'extra hospitalier interviennent une fois par mois dans le cadre d'une supervision. De même au pôle Paris Centre des supervisions d'équipes sont régulièrement organisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait valoir que : « *Dans le cadre de la répartition de l'enveloppe régionale des crédits relatifs au moindre recours à l'isolement-contention, les Hôpitaux de Saint-Maurice ont prévu de mettre en place une supervision pour l'ensemble des équipes de l'intra-hospitalier afin de revenir sur les situations en équipe, de traiter des choix de l'équipe sur l'isolement par exemple et conforter les choix de l'équipe* ».

3.4 LE TRAITEMENT DES EVENEMENTS INDESIRABLES CONNAIT UNE TRADUCTION OPERATIONNELLE

Depuis le mois de septembre 2021, un nouveau responsable de la qualité et de la gestion des risques a pris ses fonctions au sein de la direction commune du GHT ; une infirmière compose l'équipe.

Il ressort des bilans annuels transmis (années 2018 à 2020) une augmentation du nombre de déclarants à partir de l'année 2018 puis de manière stable en 2019 en lien avec un travail de sensibilisation du service de la qualité et gestion des risques. Notamment, une charte de confiance et d'incitation à la déclaration des événements indésirables (EI) a été diffusée dans l'ensemble des services à compter de l'année 2016. Une baisse du nombre de déclarants est constatée en 2020 (- 21%) à mettre en lien avec la crise sanitaire.

Chaque agent peut signaler en son nom propre ou sous couvert d'anonymat. Le service de la qualité s'emploie à adresser une réponse à toutes les fiches d'événements indésirables (FEI) même lorsqu'il s'agit d'une déclaration informative n'appelant pas de réponse particulière, ce dans le cadre d'un dispositif mis en place en lien avec la CME, la direction des ressources humaines et la direction des soins. A réception, la fiche est adressée aux experts¹⁹, au professionnel ou service ou direction concerné. Par ailleurs, les fiches sont transmises aux préventeurs qui font le lien avec les organisations syndicales et qui peuvent se déplacer au sein des unités. Les agents signalants ont systématiquement connaissance de la suite réservée à la FEI. Le service qualité travaille en lien avec le projet usagers et avec la COMSI qui mène un travail de fond pour prévenir les événements indésirables graves pour les patients en isolement.

En vue de la prochaine certification, il est prévu la création d'un tableau de bord avec la priorisation de cinq à six actions identifiées grâce à l'analyse des FEI. A cet effet, la méthode ALARM est utilisée²⁰ pour les événements indésirables graves.

La récurrence par nature des EI est stable depuis 2018 au niveau de l'ensemble de l'établissement. Pour les EI associés aux soins les quatre premiers motifs sont : chute de patients, EI lié à la prise en charge médicamenteuse, à un acte thérapeutique, à un acte diagnostic. Pour les EI associés à la sécurité des personnes et des biens les motifs prédominants sont : agression physique ou verbale d'un personnel, vol/suspicion de vol, dégradation, intrusion d'une personne extérieure, stupéfiants (détention consommation), agression physique ou verbale entre patients. Pour les autres types d'EI les motifs principaux sont : système d'information, restauration, transport, linge.

S'agissant des pôles de psychiatrie, en 2021, le pôle Paris 11 a émis le plus de FEI (94) suivi du pôle Paris 12 (65), du pôle Paris Centre (35) et du pôle 94G16 (9). Sur trente-quatre fiches d'EI associées aux soins, seize émanent du pôle Paris 12 avec une prévalence pour les EI associés aux soins (à l'exclusion des chutes de patients).

En 2019 et 2020, le pôle Paris 12 a émis le plus de FEI (respectivement 142 et 72), suivi du pôle Paris Centre (133) et du pôle Paris 11 (74) en 2019 et en 2020, suivi du pôle Paris 11 (65 FEI) et du pôle Paris Centre (44). Le pôle 94G16 est positionné en dernier de manière constante (respectivement 31 et 23 FEI).

Les événements indésirables graves (EIG), sont systématiquement déclarés à l'ARS²¹. Lors du décès d'un patient, un retour d'expérience (REX) est organisé. Le dernier événement de ce type datait du 8 juin 2021 s'agissant de l'autolyse d'une patiente qui venait d'être transférée depuis une unité du pôle 94G16 dans une unité du pôle Paris 11. Un premier débriefing a été immédiatement mis en place et d'autres ont suivi – des cadres infirmiers sont formés au débriefing de la gestion des

¹⁹ Une « équipe spéciale risque » composée d'un représentant du comité médical et d'un représentant des services techniques.

²⁰ « Association of Litigation And Risk Management » ; à partir de l'identification de la ou des causes immédiates d'un événement, sont recherchés les causes racines, facteurs contributifs à la survenue de ces erreurs pour les corriger en installant des défenses ou barrières, afin de créer un environnement plus sûr. La grille d'analyse classe l'ensemble des causes racines en sept catégories permettant une exploration systématique du contexte de l'événement, d'une sphère proche de l'acte de soin (Patient, Tâches à accomplir, Soignant), vers des couches organisationnelles de plus en plus éloignées (Equipe, Environnement de travail, Organisation et Management, Contexte institutionnel).

²¹ Nos interlocuteurs n'ont pas pu affirmer si les EIG étaient signalés à l'observatoire national des violences en milieu de santé (ONVS) en raison du changement de responsable.

événements traumatiques – puis un CREX a été mis en place. Cet événement fait l'objet d'une plainte au pénal déposée par la famille de la patiente²².

En cas d'agression d'un agent, la FEI est systématiquement transmise au service RH concerné et aux responsables du pôle médecin et cadre. Dans les situations de crise, les professionnels font appel via les DATI – qui ont connu des défaillances notamment pendant l'année 2020 – à des renforts en provenance d'autres unités qui se déplacent rapidement et, le cas échéant, aux agents de sécurité qui se déplacent dans les unités mais n'entrent pas en contact physique avec les patients. Leur seule présence est un facteur d'apaisement.

Alors que les agressions sur le personnel soignant ne sont pas exceptionnelles, les contrôleurs ont constaté que, dans la plupart des pôles, les équipes faisaient preuve d'une grande tolérance à l'égard des patients qui, pour beaucoup, ont eu des parcours chaotiques accompagnés d'une grande précarité. Par exemple, au pôle Paris 11 les dégradations de matériel font l'objet d'EI afin que le matériel puisse être remplacé et de discussion pédagogique avec le patient concerné. Concernant la consommation de cannabis, qui est fréquente, les patients suspectés d'en détenir sont reçus par le médecin et sont invités à vider leurs poches mais ils ne sont jamais fouillés. Leur chambre ne fait pas non plus l'objet d'une fouille.

De même, les insultes ne sont pas systématiquement signalées, les soignants distinguant ce qui relève de la pathologie et de l'acte délibéré. La grande majorité des soignants interrogés par les contrôleurs n'ont pas fait état d'un sentiment d'insécurité. Leur expérience professionnelle et la bonne cohésion au sein des équipes sont des atouts essentiels pour gérer la violence. Ils ont néanmoins indiqué être parfois sur leur garde, ce d'autant que l'architecture des lieux multiplie les angles morts.

Au pôle Paris Centre, il a été indiqué que les réunions soignants-soignés contribuaient, pour partie, à réduire les tensions et désamorcer les conflits. Or, au pôle Paris 12 à l'unité Ravel, aucune réunion soignants-soignés n'est organisée. Pour la gestion des indisciplines, les patients sont reçus en entretien ; faute de règles de l'unité, les interdictions ne sont pas formalisées. Les soignants ont pu déplorer de ne pas bénéficier de formation sur la désescalade de la violence.

Depuis le mois de juin 2021, en dehors des débriefings, les soignants ont la possibilité d'avoir accès à la plateforme externe « Pro-consult » afin d'être écoutés par un psychologue.

Il ressort de l'étude des EI des six derniers mois, pour les unités d'hospitalisation complète, une prédominance des signalements des équipes de nuit s'agissant des faits de violence. Par exemple, au pôle Paris Centre, le 21 octobre 2021 une agression physique par une patiente sur les deux membres de l'équipe de nuit a été signalée. Le renfort a été appelé ainsi que le cadre et l'interne de garde. La patiente en SPL n'a pas été placée en CI, des sédatifs lui ont été prescrits, traitement pris avec les renforts. Une autre agression physique a été signalée le 7 septembre par l'équipe de nuit. Les agressions peuvent intervenir en journée, par exemple, au Paris 11, une agression physique de soignants a été signalée le 11 septembre 2021, puis, le 12 octobre, un patient porteur d'un couteau a été désarmé par trois soignants blessés.

²² En 2020, le pôle 94G16 a connu deux décès de patients au mois de juillet 2020, l'un suite à une fausse route, l'autre suite à une embolie pulmonaire, qui ont fait l'objet de signalements sur la plate-forme de signalement du ministère des Solidarités et de la Santé et qui ont donné lieu à des REX également. Par ailleurs, neuf patients relevant de pôles de psychiatrie sont décédés en 2019, quatre en 2020 et de même en 2021, au moment du contrôle.

Par ailleurs, le manque d'effectifs dans les unités en lien avec les problématiques RH est fréquemment signalé (cf. § 3.3.1).

Les agressions entre patients se produisent, y compris les agressions sexuelles, en dépit de la pose de verrou de confort. Au pôle Paris 11, une patiente a été conduite à l'unité médico-judiciaire au printemps 2021 à la suite d'une agression sexuelle et a déposé plainte au commissariat de Charenton-le-Pont.

Les patients et les familles peuvent déposer des requêtes et des plaintes (cf. § 8.1.2). Une explication est délivrée au patient au moment de l'incident et un affichage sur la CDU est constaté dans les unités. Néanmoins, plusieurs soignants ont indiqué qu'aucune procédure n'est formalisée, l'information est réalisée oralement à l'arrivée.

3.5 LA REFLEXION ETHIQUE REVET DESORMAIS PLUSIEURS FORMES ET S'ADRESSE AUX PROFESSIONNELS COMME AUX PATIENTS

3.5.1 La composition du comité d'éthique

Le comité d'éthique créé en 2006 est constitué de vingt-cinq membres représentant la diversité des disciplines, des filières et des fonctions de l'établissement ; la moitié de ses membres provient de la psychiatrie. Le renouvellement des membres est prévu tous les trois ans : plusieurs membres issus de la société civile y participent (juriste, philosophe, chercheur).

3.5.2 Le fonctionnement du comité d'éthique

Le comité, porté par la plate-forme ressource éthique du territoire (PRET), dispose désormais de locaux pour la tenue des groupes de travail et des réunions plénières. Cependant, aucune réunion ne fait l'objet de comptes rendus pour « préserver la confidentialité ».

Une permanence est organisée tous les jeudis dans ses locaux situés dans la cour d'honneur pour recevoir les patients, leurs proches et les professionnels. Les patients sont informés de cette organisation par l'intermédiaire du livret d'accueil sur lequel figure aussi un numéro de téléphone et une adresse de messagerie. Une « Lettre » à destination des usagers et de leurs proches est régulièrement publiée depuis le mois de novembre 2020 : la première invitait les usagers à évoquer le retentissement de l'épidémie de Covid-19 sur les soins et les dispositions particulières prises pendant les périodes de confinement.

Le comité est connu et sollicité par la plupart des unités : les professionnels échangent tant à propos de prises en charges difficiles (patients aux parcours complexes) que de thèmes généraux.

Au mois de mai 2020, la Plate-forme Ressource Ethique du Territoire (PRET), qui est une déclinaison opérationnelle du comité, a été créée, avec des moyens spécifiques : un responsable médical (0,5 ETP), un secrétaire général (0,5 ETP), un responsable de la consultation (0,4 ETP), un agent médico-administratif (0,2 ETP).

La PRET propose des consultations d'éthique clinique aux unités visant à échanger sur la situation d'un patient en particulier. Les consultations s'effectuent en plusieurs étapes :

- réception de la demande des professionnels, évaluation de la pertinence et recueil des données dans les heures qui suivent l'appel ;
- rencontre des professionnels concernés ainsi que du patient, de la personne de confiance et des proches par un binôme du comité ;
- élaboration d'un raisonnement éthique ;

- restitution aux personnes concernées de la délibération destinée à apporter un éclairage pour une aide à la décision.

Il a été précisé que ces différentes étapes se déroulaient dans un délai court, la restitution se faisant généralement dans les jours suivant la saisine.

La majorité des demandes des unités provient des médecins mais aussi ponctuellement des infirmiers et aides-soignants.

Les échanges concernent notamment : les parcours complexes (patients particulièrement vulnérables, en grande précarité, patients migrants, patients sans papier, sans identité, personnes très âgées), la fermeture des portes, les horaires de visite, le règlement intérieur, les chambres d'isolement, le secret partagé, le port du pyjama.

Pour développer une réflexion éthique au plus près des préoccupations des usagers, la PRET a mis en place un dispositif dédié dénommé « La Ruche » qui intègre des patients des hôpitaux de jour et des CMP. Les principaux sujets évoqués concernent l'information sur les droits des patients et les possibilités de recours en cas d'abus.

Au niveau du groupement hospitalier GHT 94 Nord, le comité développe une collaboration étroite avec les directions des deux établissements et les présidents de CME.

Dès le début de la pandémie, ses membres, sous la forme d'une cellule d'accompagnement éthique de territoire, ont collaboré aux cellules de crise de l'établissement, accompagné des équipes dans le cadre de la création des unités dites « covid » au sein desquelles étaient intégrés les patients souffrant de troubles psychiatriques. Ils ont édité des recommandations précisant des points de vigilance éthique et contribué à l'élaboration des protocoles covid.

Les questions majeures concernaient : la sélection des patients, l'accès à la réanimation et la pénurie médicamenteuse, le confinement/isolement des patients, le refus de soins, la place des proches, le consentement aux mesures barrières.

Des journées de réflexion sous la forme de cafés éthique sont organisées deux fois par an. Elles réunissent en moyenne cinquante professionnels et ont eu notamment pour thèmes l'éducation thérapeutique, l'intimité de la chambre, les signalements d'enfants en danger, la sexualité.

Le comité rend régulièrement des avis, neuf depuis l'année 2011 dont : les enjeux et problèmes éthiques qui entourent la décision de mener à terme une grossesse ou de pratiquer une IVG ou une IMG chez une patiente psychotique, les horaires de visite des proches à l'hôpital, l'intimité sexuelle pour les personnes âgées en institution, la liberté d'aller et venir. Par exemple, une unité a saisi le comité d'éthique dans le courant de l'année 2021 pour un patient dans un état somatique grave, car les modalités de sa prise en charge clivaient l'équipe. Le comité d'éthique a rencontré l'équipe soignante quatre à cinq fois pour cette situation.

Au regard de la précédente visite, le comité d'éthique est désormais opérationnel : il apporte un soutien effectif aux professionnels et s'adresse aussi aux patients et à leurs proches. Il gagnerait à diffuser les comptes rendus des différentes réunions et activités tout en préservant la confidentialité nécessaire.

BONNE PRATIQUE 1

La réflexion éthique est intégrée dans les instances de l'établissement. Le comité d'éthique s'adresse tant aux professionnels qu'aux usagers des pôles de psychiatrie et à leurs proches.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LA DIVERSITE DES LIEUX D'ACCUEIL DES URGENCES PSYCHIATRIQUES ADRESSEES AUX HOPITAUX DE SAINT-MAURICE EST INSUFFISAMMENT REFERENCEE ET NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE PROCEDURE PRECISANT L'ORGANISATION GENERALE

4.1.1 La gestion des urgences

Les secteurs couverts par les Hôpitaux de St Maurice incluent un secteur dépendant du Val-de-Marne, les trois autres étant rattachés à Paris Centre, 11 et 12.

En conséquence, il existe différents lieux d'adressage des urgences psychiatriques qui dépendent des secteurs, du type de population pris en charge et du manque de lits d'accueil dans certains établissements ou services de psychiatrie de Paris et de la région parisienne.

La liste communiquée par la direction des HSM sur la provenance des premiers certificats établis pour des demandes de soins sans consentement (SSC) en 2021, soit 162 jusqu'à fin octobre, référence au moins une quinzaine de sites hospitaliers. L'exploitation de cette liste s'est avérée complexe, les hôpitaux ou autres structures d'accueil possibles (établissements privés, centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA), Infirmerie de la préfecture de police de Paris (IPP), etc.) pouvant être référencés sous des noms différents. Sur cette même période, les HSM²³ comptabilisent 816 patients ayant fait l'objet d'une mesure de SSC en 2021. Ces deux données interrogent sur la provenance des 654 autres patients.

La particularité à Paris est la prise en charge des personnes sans domicile fixe. Celles-ci sont le plus souvent adressées au CPOA de Sainte-Anne qui les répartit en priorité vers les secteurs des hôpitaux correspondants. Les pôles Centre, 11 et 12 des HSM sont donc pleinement impactés, le taux d'adressage pouvant concerner jusqu'à 50 % des entrées des unités entrants de ceux-ci.

Pour les pôles parisiens le service d'accueil des urgences (SAU) le plus concerné serait celui de l'hôpital Saint-Antoine. La visite de ce SAU n'a pas montré de particularités spécifiques concernant l'accueil de ces patients. Ceux-ci sont vus par l'équipe de psychiatrie des urgences dans des délais rapides et sont transférés sans délai dans les secteurs correspondants ou au centre d'accueil psychiatrique (CAP) de Bastille dépendant du pôle Paris 11 et du pôle Paris 12 (cf. § 4.1.3).

Pour le pôle 94G16, le SAU de l'hôpital Henri Mondor est compétent et dans une moindre proportion celui de l'hôpital d'instruction des armées (HIA) de Bégin.

RECOMMANDATION 2

Les Hôpitaux de Saint-Maurice doivent mettre en place un référencement clair des structures de santé adressant des patients pour soins psychiatriques et s'assurer des conditions de transfert et d'accueil dans les unités pouvant être concernées ou réquisitionnées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'elle va mettre en place des conventions avec les principaux services d'urgence adresseurs (hôpital St Antoine, CHU Henri Mondor, hôpital Lariboisière et hôpital Cochin) ; des réunions sont en cours de programmation. Elle fait observer que l'HIA Bégin, également SAU adresseur, est un membre associé du GHT.

²³ Source : Service de soins sans consentement HSM.

Le CGLPL salue l'engagement pris par la direction des HSM. La recommandation est maintenue en l'état, les conventions n'étant pas encore finalisées.

Il convient de préciser que, dans son rapport du mois de septembre 2019, la CRC recommandait déjà l'établissement de conventions avec les principaux établissements adresseurs de patients psychiatriques et l'organisation de la réponse aux urgences psychiatriques.

4.1.2 La prise en charge des urgences à l'hôpital Henri Mondor

Le SAU d'Henri Mondor (HM) accueille en première intention les patients de psychiatrie relevant des secteurs du Val-de-Marne donc dépendants au niveau sectorisation du service de psychiatrie des HSM et des Murets (même GHT et direction commune).

Lors de leur visite, les contrôleurs ont été saisis d'une situation assez dramatique concernant la prise en charge des patients relevant de soins sans consentement (SSC).

En effet, depuis presque deux ans, nombre de patients pour lesquels une mesure de SSC a été décidée ne peuvent être transférés dans un service de psychiatrie faute de place pour les accueillir ou par refus de certains hôpitaux.

Ces patients peuvent rester jusqu'à six jours aux urgences, soit dans un box donc sur un brancard, soit dans un lit de l'unité hospitalière de courte durée (UHCD) du CH (ce sont également des brancards), soit dans le couloir de cette unité sur un brancard, soit dans une chambre dénommée chambre de contention.

Au-delà de 48h, les certificats sont considérés comme caducs ; les procédures sont donc renouvelées.

Si une telle situation n'a pas été constatée par les contrôleurs lors de la visite, il n'en demeure pas moins qu'elle se répète par périodes, certaines pouvant être qualifiées de critiques.

Des travaux devaient débuter quelques semaines après la visite des contrôleurs dans l'objectif d'améliorer l'accueil de ces patients. Néanmoins, les aménagements matériels ne résoudront pas les difficultés de transfert.

L'Agence régionale de sante (ARS) a mis en place pendant l'été 2021 (du 15 juillet au début du mois de septembre) une cellule de recherche de lits sur la base d'un fonctionnement similaire au CPOA de Saint-Anne pour répartir les patients sans domicile donc non sectorisés.

Les responsables médicaux du SAU et du pôle de psychiatrie d'HM précisent que l'augmentation du nombre des entrées est aussi liée à la désaffectation de psychiatres dans les SAU d'hôpitaux avoisinants comme Saint-Camille (Bry-sur-Marne, Val-de-Marne) ou le centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC). A cela s'ajoutent les difficultés de placer ces patients en raison de la fermeture de lits de psychiatrie (comme Louis Mourier à HM et aux ASM 13) liée au manque de personnel soignant. Ils constatent également les difficultés à faire admettre ces patients aux HSM peu enclins à ces prises en charge hors secteur nonobstant leur disponibilité en lits. Ils considèrent que ces situations sont une atteinte aux droits fondamentaux de ces patients au regard des conditions indignes de maintien aux urgences.

RECO PRISE EN COMPTE 1

Les Hôpitaux de Saint-Maurice ne sont pas directement concernés par la situation de tension que connaît le service des urgences d'Henri Mondor mais pourraient contribuer à y remédier en

acceptant lors des périodes de crise aiguë la prise en charge de certains patients sans avoir à recourir à l'injonction de l'agence régionale d'hospitalisation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait valoir qu'elle communique en toute transparence le nombre de lits disponibles sur la plate-forme régionale mise en place par l'Agence Régionale de Santé. Elle précise que le Groupement Hospitalier de territoire accueille régulièrement des patients du service des urgences d'Henri Mondor. D'ailleurs, les Hôpitaux de Saint-Maurice contribuent déjà à la prise en charge des patients accueillis par le service des urgences d'Henri Mondor dans le cadre des patients relevant notamment du secteur 94G16 qui tient une réunion annuelle avec le Service des urgences d'Henri Mondor pour fluidifier les parcours.

La recommandation est considérée comme prise en compte.

4.1.3 Les centres d'accueil psychiatriques des HSM

Les pôles Paris Centre, Paris 11 et 12 disposent d'un centre d'accueil psychiatrique travaillant en lien avec les services des urgences compétents territorialement, pouvant accueillir des patients sur des durées courtes d'hospitalisation en amont, en aval et en prévention de l'hospitalisation complète.

a) L'équipe mobile et d'accueil psychiatrique Paris Centre

L'équipe mobile et d'accueil psychiatrique (EMAPSY) du pôle Paris Centre regroupe un centre d'accueil et de crise (CAC) de trois lits et une équipe mobile qui suit les patients par le biais de visites à domicile rythmées en fonction des besoins. Néanmoins, alors qu'il s'agit d'un dispositif pertinent de prévention de l'hospitalisation et de gestion de la crise, les trois lits étaient fermés depuis un an, au moment du contrôle, faute d'effectif soignant suffisant. Le CAC ne reçoit plus désormais les patients vingt-quatre heures sur vingt-quatre, la structure est limitée à un accueil de jour.

Le dispositif EMAPSY, d'abord déployé à Paris Centre, a été mis en place sur les pôles Paris 11 et 12 sous l'égide du médecin chef du pôle Paris 11 qui exerçait cette fonction auparavant au pôle Paris Centre.

b) L'unité intersectorielle de prise en charge ambulatoire de la crise et d'accès aux soins en urgence des pôles Paris 11 et 12

Les contrôleurs ont visité l'unité intersectorielle pour la population des 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Paris, de prise en charge ambulatoire de la crise et d'accès aux soins en urgence, composée d'un centre d'accueil psychiatrique (CAP Bastille) d'une capacité théorique de neuf lits et d'une équipe mobile (Unité de soins psychiatriques de particulière intensité intersectorielle de crise, USPIIC).

Les locaux se trouvent en plein cœur du 11^{ème} arrondissement de Paris, rue de la Roquette, au sein d'un immeuble d'habitation comprenant une cour intérieure. L'équipe mobile qui travaille en pluridisciplinarité est composée d'un infirmier de coordination, de six infirmiers, d'un médiateur de santé pair (poste vacant au moment du contrôle), d'un éducateur spécialisé, de médecins psychiatres et d'un aide-soignant, d'un interne de psychiatrie et d'un interne de médecin générale. Elle se déplace chaque jour pour visiter des patients à leur domicile, en transport en commun ou à vélo. Au moment du contrôle, un cadre de santé à la retraite assure deux jours par semaine les deux emplois de cadre de santé affectés à CAP Bastille et à l'équipe mobile.

La prise en charge concerne soit des patients en sortie d'hospitalisation pour accompagner le retour au domicile, soit des patients dont l'état clinique nécessite un étayage de proximité en renfort des structures ambulatoires ou en raison d'un état dégradé en prévention d'une hospitalisation (EHPAD

et structures d'hébergement). Le suivi est effectué sur une période de trois semaines, renouvelable une fois.

Le rythme des visites est fonction des observations de l'équipe sur l'évolution du patient – pour certains patients une à deux visites journalières sont organisées, pour d'autres une à plusieurs visites hebdomadaires ou mensuelles. La guidance thérapeutique est un support de l'accompagnement intensif.

Le CAP Bastille fonctionne sept jours sur sept et en théorie vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Le secrétariat est joignable du lundi au vendredi de 9h à 19h. Les visites ont lieu de 13h à 19h. Un médecin psychiatre assure une garde de 18h à 23h puis une astreinte téléphonique.

La mission du CAP est de répondre rapidement à une demande de soins, de l'évaluer, de la prendre en charge ou de l'orienter, afin de ne pas laisser se développer une pathologie ou une situation de crise.

Des entretiens médicaux et infirmiers non programmés permettent l'évaluation de cette demande et apportent une réponse thérapeutique adaptée. Ils peuvent être journaliers dans l'attente d'une place en hospitalisation.

Les modalités de soins offertes sont :

- des accueils de quelques heures, qui peuvent être organisés autour des repas (deux places le midi et deux places le soir et/ou des accueils d'éducation thérapeutique notamment sur le traitement qui peuvent concerner des patients hospitalisés qui sortent en permissions de sortie le week-end ou des patients chroniques en raison de la fermeture le week-end du CMP ;
- des prises en charge ambulatoires (consultations journalières avec une éventuelle guidance médicamenteuse) ;
- des hospitalisations de très courte durée depuis le domicile, depuis un service des urgences ou encore en sortie d'hospitalisation comme un sas avant le retour à domicile.

Les patients sont principalement adressés par le SAU de l'hôpital Saint-Antoine (SAU) (13 %), des CMP (13 %), des médecins libéraux (12 %), de l'intra-hospitalier (2 %)²⁴. Ils peuvent également venir d'eux-mêmes (53 %). Dans le cadre du partenariat avec le SAU de Saint-Antoine, l'unité intersectorielle a vainement proposé un appui à l'évaluation des situations difficiles aux urgences pour prévenir les hospitalisations et assurer un double regard, alors que ce système fonctionne avec le service des urgences de l'hôpital Cochin (14^{ème} arrondissement).

En moyenne, sur quinze patients hospitalisés à CAP Bastille, un est orienté en hospitalisation.

Néanmoins, au moment du contrôle, le CAP Bastille fonctionne en mode dégradé et ne peut pas assurer la prise en charge de neuf patients mais de sept (quatre lits de crise pour le pôle Paris 11 et trois pour le pôle Paris 12). En effet, l'augmentation du nombre de lits a été réalisée à moyens constants selon les informations recueillies. De plus, au moment du contrôle, les accueils de nuit ne pouvaient plus être assurés en raison de la suppression du poste de médecin de garde de nuit (18h à 9h) à la fin de l'année 2018. L'équipe composée d'IDE, d'AS, d'un psychologue, de secrétaires et de médecins psychiatres fait régulièrement appel à l'équipe mobile dont les bureaux sont situés à proximité en raison de la pénurie de soignants. De plus, l'organisation des emplois du temps, est complexifiée par le fait que les équipes soignantes dépendent de deux pôles différents ; le pôle Paris

²⁴ Données chiffrées communiquées au 20 mai 2021.

12 serait peu réactif. Pourtant, il ressort des chiffres clés, au 1^{er} octobre 2021, que l'activité a doublé entre 2020 et 2021 pour les deux pôles. Les contrôleurs ont constaté au moment de la visite un épuisement de l'équipe soignante.

4.2 AUCUN OUTIL NE PERMET DE RETRACER DE MANIERE FIABLE L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT

Sollicité, l'établissement n'a pas été en mesure de fournir aux contrôleurs des données fiables sur son activité générale et sur l'activité des patients en soins sans consentement. En effet, différents logiciels coexistent mais ne sont pas coordonnés entre eux. Il en résulte un écart de données entre celles issues du département d'information médicale, celles relevées au service de soins sans consentement et celles du contrôle de gestion. En tout état de cause, il semble que les statistiques communiquées à l'ARS soient inexactes. Ces difficultés seraient connues mais, au jour de la visite des contrôleurs, aucune action concrète n'avait été entreprise pour y remédier. Néanmoins, l'utilisation d'un logiciel de gestion unique était en projet et les constats des contrôleurs confirmaient la nécessité d'un tel outil.

Le tableau communiqué, présenté comme complet, fait état d'un nombre de patients supérieur au nombre de mesures sans qu'aucune explication n'ait pu être donnée aux contrôleurs. Sa fiabilité apparaît donc discutable.

Il indique, sur l'année 2020, que la file active comprendrait 14 517 patients (12 446 en ambulatoire et 2246 hospitalisés à temps plein).

En 2020, sur le nombre de patients hospitalisés à temps plein, 934 le sont en soins sans consentement (SSC) soit une part importante de 41,5 %. Il apparaît, par ailleurs, que cette part de SSC serait en augmentation importante puisqu'elle était de 28 % en 2018.

Sur les patients en soins sans consentement, en 2020, 43,7 % seraient des soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT), 37 % des soins psychiatriques en péril imminent (SPI) et 19 % des soins psychiatriques à la demande des représentants de l'Etat (SDPRE). Aucun soin psychiatrique à la demande d'un tiers en urgence (SDTU) n'est recensé sur les années 2018, 2019, 2020 ce qui interroge.

La durée moyenne de séjour est, en 2020, de 17,6 jours sans qu'il soit possible de distinguer celle qui concerne les patients en soins sans consentement de celle des patients en soins libres.

En 2020, selon les données communiquées, le taux d'occupation était de 83 %. Les unités n'ont pas fait état de problèmes particuliers en ce domaine. Les chambres d'isolement ne seraient jamais utilisées comme chambres hôtelières.

Au premier jour de la visite 154 patients étaient hospitalisés dont un mineur, 77 patients étaient en SSC, soit 50 %.

RECOMMANDATION 3

L'établissement doit disposer d'un outil permettant de recenser son activité de manière fiable, exhaustive et précise en particulier s'agissant de celle relative aux soins sans consentement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « *les Hôpitaux de Saint-Maurice disposent d'un outil permettant de recenser leur activité de manière fiable, exhaustive et précise. En revanche, l'établissement est en cours d'équipement d'un outil informatique complet dédié à l'activité de soins sans consentement (Planipsy) en plus du déploiement du Dossier Patient Informatisé.*

En appui de ces déploiements, le directeur référent de la filière santé mentale du GHT assure une sensibilisation aux règles de codage dans le cadre de l'entrée en vigueur de la réforme du financement de la psychiatrie. Cette sensibilisation permet également de remettre à niveau l'ensemble des professionnels au sujet du codage des activités sur les différents outils de l'établissement ».

Le CGLPL salue les efforts engagés par les HSM pour moderniser ses systèmes d'information. Les actions entreprises étant en cours, la recommandation est en l'état maintenue.

4.3 L'INFORMATION DES PATIENTS EN SSC, ORALE ET ECRITE, EST LACUNAIRE

4.3.1 L'information générale

L'établissement dispose d'un règlement intérieur et d'un livret d'accueil. Le livret d'accueil concerne l'ensemble des pôles des HSM et il comprend des informations précises sur les services de psychiatrie et sur les droits spécifiques à la prise en charge en psychiatrie auxquels une page est consacrée. Néanmoins, les unités ne disposent pas toujours de ce livret d'accueil qui n'est d'ailleurs pas systématiquement remis aux patients à leur arrivée.

Par ailleurs, les unités n'ont pas toutes élaboré des règles de vie et ces dernières ne sont pas toujours ni remises aux patients ni affichées dans les locaux.

Le pôle 94G16 se distingue toutefois car il a développé des outils permettant d'informer le patient de manière claire et exhaustive, notamment des flyers illustrés qui détaillent les droits des patients en soins sans consentement en hospitalisation complète et en programme de soins ainsi qu'une fiche explicative sur la personne de confiance.

RECOMMANDATION 4

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation, aux règles de vie de l'unité et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci dans l'ensemble des pôles. Ces informations doivent être compréhensibles et actualisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM indique que dans le cadre du groupe de travail « protection des droits et des libertés des patients des Hôpitaux de Saint-Maurice » (mis en place le 14 janvier 2022), les pôles de soins et la direction ont lancé un travail commun de réalisation des règles de vie par pôle en partant des documents du 94G16 qui sont d'ailleurs mis en avant par le CGLPL.

De plus, dans le cadre d'échanges de bonnes pratiques au sein du GHT, les HSM s'appuieront également sur les documents mis en œuvre au Centre Hospitalier les Murets.

Le CGLPL salue le travail engagé dans le sens d'une amélioration des informations délivrées au patient. Les supports n'étant pas encore finalisés la recommandation est maintenue.

4.3.2 L'information spécifique des patients en soins sans consentement

Le service juridique a créé des outils d'information à l'attention des unités qui sont complets et clairs.

La notification des droits et des voies de recours des patients faisant l'objet de soins contraints est réalisée par les médecins, les cadres ou les infirmiers selon les unités. Les copies des décisions ne sont pas systématiquement remises aux patients et les certificats médicaux qui fondent les décisions

du directeur ou les arrêtés du préfet ne sont pas joints à la notification pour le patient alors même que ces décisions ne reprennent pas systématiquement les termes des certificats.

Dans leur contenu, les explications données restent générales sur un sujet parfois mal maîtrisé et sans mettre en avant les voies de recours, en particulier de saisine du juge en dehors des périodes automatiques fixées par la loi. Dans les unités d'admission Manet et Ravel du pôle Paris 12, ni les médecins, ni les soignants ne se considèrent comme compétents pour effectuer cette notification qui devrait être selon eux réalisée par un service administratif extérieur. En conséquence, la notification et l'information sur les droits est personnel-dépendant.

Dans la plupart des unités, à l'exception des unités Manet et Ravel, la procédure de notification fonctionne pour les admissions survenues en fin de semaine, le week-end ou les jours fériés grâce à un système d'administrateurs de garde.

Par ailleurs, si les médecins disposent d'une plate-forme d'interprétariat, aucun dispositif n'existe pour les soignants alors même que les unités accueillent souvent des personnes ne maîtrisant pas la langue française.

RECO PRISE EN COMPTE 2

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

RECOMMANDATION 5

Afin que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation sous contrainte, les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification.

Un dispositif d'interprétariat doit être mis en place pour que les personnes ne maîtrisant pas la langue française soient correctement informées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « *la notification au patient des décisions qui le concernent ainsi que ses droits et voies de recours est réalisée en semaine, les soirs, week-ends et jours fériés par les équipes de soins.*

Il est convenu qu'à partir de 22 heures, les équipes de soin diffèrent la notification au lendemain matin afin de ne pas perturber le repos du patient.

L'administrateur de garde, représentant la directrice générale de l'établissement, assure la signature des décisions d'admission, de réintégration, de maintien en hospitalisation ou de levée, à l'exception des décisions relatives aux patients admis sur demande de représentant de l'Etat (SDRE).

Les Hôpitaux de Saint-Maurice disposent d'une organisation permettant la notification au patient des décisions le concernant et de ses droits et voies de recours en semaine comme la nuit, le week-end et les jours fériés ».

En conséquence, il convient de considérer que la recommandation est d'ores et déjà partiellement prise en compte. Les contrôleurs avaient relevé que la notification des décisions était organisée au

niveau de l'établissement sauf au pôle Paris 12. Dans le cadre de sa restructuration, le pôle Paris 12 est donc invité à organiser la notification des décisions.

En revanche, aucun élément n'étant apporté sur l'organisation retenue pour que les patients aient connaissance des motifs de leur hospitalisation et sur la mise en place d'un système d'interprétariat, la recommandation est maintenue sur ces thématiques.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 L'ENSEMBLE ARCHITECTURAL N'EST PLUS ADAPTE A SA FONCTION

Le site Esquirol, construit au XIX^{ème} siècle, n'est plus adapté à sa fonction. La surface des locaux, exceptions faites de vastes patios et de grands escaliers, est réduite.



Leur configuration ne permet pas aux soignants d'avoir une vision complète de l'unité, les chambres pouvant être très éloignée des locaux infirmiers.

Le classement des bâtiments au titre des monuments historiques emporte des contraintes au regard de leur entretien et de leur confort : interdiction de procéder à l'isolation des murs, de poser un double vitrage et de climatiser.

Afin de tenter de réduire la chaleur excessive l'été et le froid l'hiver, des couvertures de survie sont souvent apposées sur les fenêtres des chambres et des locaux de soins.



© Thierry Chantegret / CGLPL

Vue des couvertures de survie servant de rideaux

D'une manière générale, les installations sont vétustes (chauffage, aération, installation sanitaire, sécurité incendie) ; cependant les locaux de plusieurs unités ont été repeints récemment.

5.1.1 L'hébergement

Les chambres individuelles sont peu nombreuses (35 %) et de surface souvent inférieure à 9 m². Le nombre de chambres à deux lits (17 m²) reste important et il subsiste des chambres à trois lits (20 m²).



Chambre double

La majorité des chambres ne disposent pas de douche et certaines ne possèdent pas de WC ; l'équipement sanitaire est souvent réduit à un lavabo doté d'une tablette surmontée d'un miroir en métal.

L'équipement des douches et salles de bain est très ancien : les douches (sauf celles des chambres d'isolement) sont équipées de flexibles non sécurisés.



Vue d'une salle de bains et douche commune vétuste à l'unité Rosa Parks

RECOMMANDATION 6

L'installation sanitaire des unités doit être rénovée afin d'améliorer le confort des patients et de garantir leur sécurité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « *les installations sanitaires sont réparées au fur et à mesure des signalements faits par les équipes des soins* ».

Elle fait observer que « *dans le cadre de la rénovation d'une des unités de l'établissement, des groupes de travail soignants-ingénieurs travaux ont été organisés pour ajuster les travaux au plus près des besoins. Par exemple, le plan de travaux a intégré une demande des soignants relative à la surveillance de la porte d'entrée : installation d'une fenêtre donnant sur le sas d'entrée de l'unité* ».

Le CGLPL salue les initiatives de l'établissement pour améliorer les conditions matérielles de prise en charge des patients. Du mobilier et des installations sécurisées devront être installés dans le cadre du projet immobilier. La recommandation est maintenue en l'état de l'avancement des projets.

Les patients ne peuvent pas ouvrir les fenêtres de leur chambre. Chaque porte de chambre est équipée d'une vitre permettant aux soignants de voir les patients la nuit en évitant de les réveiller. Cependant, nuit et jour, le résident peut être vu par toute personne circulant dans le couloir. Aucune occultation n'est possible pour les adultes contrairement aux enfants et adolescents hospitalisés qui ont la possibilité d'occulter les hublots des portes de chambre (CCASA, cf. § 10.1.1 b et § 3.3.1 recommandation n°1).



Porte de chambre

Les chambres ne disposent pas de sonnette d'alarme (cf. § 3.3.1 recommandation n°1) mais dans certaines unités, elles sont munies d'un verrou de confort et d'une armoire pouvant être fermée à clef. Toutes les unités sont équipées de casiers individuels dotés de code permettant aux patients d'entreposer leurs effets personnels (cigarettes, téléphone etc.).



Casiers dédiés aux patients

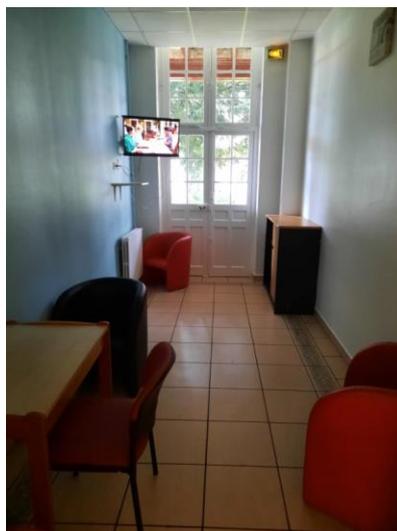
L'ameublement, parfois hétéroclite, est composé d'un lit, d'une table de nuit, d'une chaise et d'une armoire.

5.1.2 Les locaux collectifs

Les couloirs sont étroits, souvent inférieurs à 140 cm, pouvant ainsi gêner la circulation des patients, professionnels et matériels. La surface des bureaux infirmiers et de plusieurs locaux de soins est restreinte : certains ne disposent pas de table d'examen.

La majorité des unités ne possède pas de salon spécifique à la réception des familles ou d'espaces garantissant la confidentialité des échanges (comme dans les unités Ravel et Manet où l'espace aménagé est au carrefour de plusieurs couloirs (cf. § 6.3.2, recommandation n°14).

Les salles de télévision, de petite surface, sont parfois situées sur des lieux de passage ; l'unique poste de télévision peut être source de conflit lorsque les patients ne se mettent pas d'accord sur le programme.



Salle de télévision de l'unité Rosa Parks

La majorité des unités dispose de vastes patios (1 200 m²) arborés, équipés de bancs, de chaises, de baby-foot et de tables de ping-pong. Ces patios constituent le point fort du site Esquirol au niveau de l'architecture bien que certains ne soient pas investis.



Patio de l'unité Rosa Parks

5.2 LES CONDITIONS D'HYGIENE NE SONT PAS SATISFAISANTES

Les chambres, sauf très rares exceptions, ne bénéficient pas de douches. La surface des espaces sanitaires est très réduite : moins de 2 m² pour les chambres individuelles, 2,25 m² pour les chambres doubles. Certaines chambres ne possèdent pas de WC.

Des cuvettes de toilettes particulièrement sales ont été observées à de nombreux endroits ; certains patients ont demandé à avoir une éponge pour les nettoyer. Les agents de service indiquent qu'ils n'ont pas le droit d'utiliser les produits adaptés pour les décaper. Des odeurs pestilentielles d'urine se dégagent parfois des sanitaires des chambres et des sanitaires communs, notamment dans l'unité Manet du pôle Paris 12.

RECOMMANDATION 7

L'état des locaux et leur configuration nécessitent d'être réhabilités afin d'assurer notamment aux patients de bonnes conditions d'hygiène.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « les locaux font l'objet d'un entretien régulier et correspondant aux normes d'hygiène établies par le Service de Prévention des Infections Associées aux Soins. Toutefois, les locaux des Hôpitaux de Saint-Maurice sont particulièrement anciens et se dégradent plus vite que notre capacité à les rénover ». En conséquence les HSM sont engagés dans un important projet immobilier aux fins notamment de reconstruire des unités d'hospitalisation plus dignes.

La réponse de la direction va dans le sens de la recommandation émise par le CGLPL. Les matériaux choisis dans le cadre de la reconstruction des unités d'hospitalisation devront faciliter les bonnes conditions d'hygiène. En ce sens, la recommandation est maintenue en l'état de l'avancement du projet immobilier.

L'équipement des douches et salles de bain est par ailleurs très vétuste et la ventilation y est insuffisante (cf. § 5.1.1).

Les patients ne peuvent ouvrir seuls les fenêtres de leur chambre et regrettent de ne pouvoir faire disparaître complètement des odeurs parfois persistantes. Les ouvertures des fenêtres des chambres d'isolement sont définitivement condamnées. En l'absence de ventilation adaptée, il y règne une odeur permanente. Certaines ouvertures de ventilation mécanique sont obstruées par la poussière.



Conduit de VMC situé à proximité d'une chambre d'isolement

De manière générale, les services disposent de linge hôtelier en quantité suffisante pour pouvoir le renouveler dès que besoin. Une société spécialisée assure quotidiennement le ramassage du linge sale, les unités communiquent tous les jours ouvrés au service de la lingerie leurs besoins en linge propre. Ponctuellement, des erreurs ou des insuffisances de lavage ont été constatées précédemment dans des unités par les agents mais les prestations offertes étaient satisfaisantes pendant la période de contrôle.

Des vêtements (pyjamas, haut et bas de jogging, polos, sous-vêtements, chaussons) étaient jusqu'à présent prêtés aux personnes démunies. Le logo de l'hôpital qui y est apposé est discret. Néanmoins, le nouveau prestataire pour la lingerie ne propose plus de vestiaire comprenant des sous-vêtements pour des patients indigents ce qui est regrettable puisque cela repose sur des vestiaires constitués au sein des unités, fournis de manière aléatoire et dont le stock est parfois insuffisant. En conséquence, certains patients peuvent se retrouver en pyjama.

RECOMMANDATION 8

L'hôpital doit disposer d'un stock de vêtements répondant aux besoins des patients les plus démunis.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que l'établissement est soumis à un marché pour la mise à disposition de pyjamas marrons (chaque service dispose en moyenne de cinquante pyjamas avec différentes tailles). Par ailleurs, le service lingerie acquiert hors marché des sweats, pantalons de jogging et polos pour compléter les vestiaires des unités. Elle fait observer que les équipes peuvent rencontrer des difficultés dans le repérage des patients réellement démunis outre le fait que les patients accueillis sont souvent isolés.

Enfin, les HSM exposent que « *les sous-vêtements ne sont plus achetés par les Hôpitaux de Saint-Maurice au regard de l'importance des pertes en quelques mois : 2 000 sous-vêtements achetés par an et 2 000 paires de chaussettes achetées par an. Tous ces sous-vêtements disparaissent en quelques mois* ».

Néanmoins, les contrôleurs ont constaté que l'absence de stocks de sous-vêtements pose une difficulté dans la prise en charge des patients les plus démunis et conduit à les vêtir d'un pyjama.

La recommandation est donc maintenue, d'autres actions pouvant être menées pour répondre à la recommandation comme des partenariats avec des associations humanitaires.

Le lavage de la vêtue personnelle est à la charge des familles mais pour les patients qui ne reçoivent pas de visite chaque unité dispose d'un lave-linge et d'un sèche-linge.

Un nécessaire d'hygiène est attribué aux personnes sans ressources (gel douche, mousse à raser, dentifrice, brosse à dent) ; cependant une rupture de stock a été constatée dans une unité.

Des masques sont régulièrement remis aux patients dans un souci de protection contre le coronavirus et la grippe ; une affiche apposée dans les couloirs rappelle aux patients les gestes barrière pour s'en protéger.

Un salon de coiffure est à la disposition des patients ne pouvant pas sortir de l'hôpital, les prestations sont gratuites.

5.3 LES PATIENTS ACCEDENT FACILEMENT A LEURS BIENS ET VALEURS

Un inventaire précis et contradictoire est réalisé à l'entrée et à la sortie du patient. La fiche d'inventaire est rangée dans son dossier. Lorsque le patient n'est pas en capacité de participer à ce recueil à l'arrivée, ce dernier est réalisé et signé par un cadre de santé et un soignant. Seuls les objets dangereux sont retirés (couteaux, rasoirs) ; les objets interdits sont conservés dans les casiers du bureau infirmier. Chaque patient dispose d'un placard fermant à clef pour ranger ses affaires ; les clefs de certains placards sont en cours de reproduction. Si le placard n'est pas suffisant, le surplus est rangé dans la bagagerie dans un carton nominatif. Les patients provenant du SAU de l'hôpital Saint-Antoine n'arrivent pas avec leurs affaires, les infirmières doivent se déplacer pour aller les chercher ou les récupérer par voie postale. Les patients en sont donc provisoirement démunis. Ce constat rejoint la nécessité de protocoliser avec les services concernés l'arrivée du patient aux HSM (cf. § 4.1.1).

RECOMMANDATION 9

Tout patient transféré d'un service d'urgence doit l'être avec ses affaires personnelles.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que dans le cadre des conventions en cours d'élaboration avec les principaux services des urgences adresseurs, un article sur la transmission des effets personnels et des valeurs du patient sera introduit. Une diffusion de ces informations aux différents services d'urgence et aux cadres et interne sera effectuée lors de l'organisation des transferts.

Le CGLPL salue cette initiative et précise que cette recommandation s'adresse en premier lieu aux services d'urgence. La recommandation est maintenue en l'état d'avancement du projet.

Cinq réclamations et demandes d'indemnisation ont été introduites en 2019, et trois en 2020, pour préjudice matériel à la suite de pertes ou de vols, essentiellement des prothèses et des espèces. Un

bénéfice d'un patient démuné, un rapport social complet et détaillé est adressé à la direction de la patientèle afin qu'un secours puisse lui être attribué pour faciliter ses conditions de vie et préparer sa réinsertion et sa sortie.

L'hôpital dispose d'un service des majeurs protégés composé d'un chef de service et de trois agents qui exercent cent mesures à la date du contrôle. Les tuteurs du service, en relation étroite avec les unités, participent régulièrement aux réunions de synthèse pendant l'hospitalisation et après, lorsque le patient est pris en charge au CMP ou dans un autre établissement. Les tuteurs des associations sont nettement moins présents bien qu'ils soient régulièrement invités aux réunions et aux audiences du JLD.

5.4 LA RESTAURATION EST PLUS DIVERSIFIÉE QU'AUPARAVANT

La restauration est toujours assurée en interne. Les menus sont composés par le chef de cuisine, une qualicienne et quatre diététiciennes. Il n'existe pas de commission des menus au sein de laquelle les agents et les patients seraient représentés. La nourriture est commune aux patients et aux agents mais ces derniers disposent de plusieurs plats au choix.

La liste des plats disponibles est informatisée : il existe, par exemple, quatorze quiches différentes, trente-quatre plats de poissons, trente-sept plats de volailles, trente-six de porc, seize d'agneau, une centaine d'entrées.

Quotidiennement, les unités communiquent leurs demandes de repas avec les effectifs et les déclinaisons de régime. Il existe désormais dix-huit régimes différents au lieu de quatorze précédemment. Ainsi, des menus hachés fin sont disponibles et sont particulièrement appréciés des patients âgés et des aides-soignantes qui les accompagnent. Des menus halal sont aussi désormais proposés mais le nombre de plats est limité à trois ce qui ne favorise pas la diversité pour les patients concernés dont les durées d'hospitalisation peuvent être parfois longues. Les patients entendus par les contrôleurs se sont montrés, dans l'ensemble, assez satisfaits de la quantité et de la qualité des repas ; certains cependant ont considéré la nourriture fade. Ils ont regretté le manque de diversité des repas confessionnels.

En cas d'urgence ou d'arrivée imprévue, une commande exceptionnelle est possible par l'intermédiaire de l'administrateur de garde. La confection et la livraison des repas suivent le principe de la liaison chaude à partir de denrées fraîches ou surgelées. Le contrôle de la température des plats est effectué et tracé quotidiennement dans les unités avant la mise au bain-marie, puis en début et en fin de service. Une société spécialisée procède mensuellement à des prélèvements alimentaires en cuisine et effectue régulièrement des audits. Le dernier fait référence à la vétusté des locaux et à la nécessité de changer une hotte, ce qui a été fait.

Les patients peuvent prendre leur petit déjeuner entre 8h15 et 9h00, déjeuner à partir de midi, goûter à partir de 16h00 (jus de fruit, thé, café ou chocolat chaud avec un gâteau en sachet individuel) et dîner à partir de 18h15, ce qui est particulièrement tôt et déploré aux termes du témoignage de plusieurs patients. Une tisane est proposée avant le coucher.

Les plats sont accessibles sous la forme du self-service. Les patients se placent librement à table à une exception près dans une unité où les patients tiennent à conserver leur place habituelle. Il n'existe pas de repas thérapeutique. Les menus sont affichés à l'avance.



Salle de restauration commune aux unités Averroès et Rosa Parks

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR N'EST PAS GARANTIE SUR L'ENSEMBLE DES UNITES

6.1.1 La sécurisation du site

Les HSM disposent de trois portes d'accès dont deux sont situées sur le site de la psychiatrie :

- la porte d'entrée principale est située au 12 rue du Val d'Osne, elle est ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre ;
- la seconde, située au 57 rue du Maréchal Leclerc, est ouverte de 6h à 22h pour les sorties du site et, pour les entrées, elle n'est ouverte que de 6h à 10h (cet accès est réservé en priorité au personnel soignant).

Il n'y a pas de contrôle des personnes à l'entrée de l'établissement. Les véhicules ne peuvent accéder à l'entrée située 12 rue du Val d'Osne que sur remise d'un badge visiteur ou professionnel permettant de les identifier. Chaque porte d'accès est désormais équipée d'un dispositif de vidéo-surveillance (huit caméras au total) dont les images sont retransmises sur un écran du bureau de service de sécurité, implanté à l'entrée de la porte d'accès principale. Les images sont conservées pour une durée d'un mois. L'équipe en charge de la surveillance et de la sécurité est constituée de vingt-huit agents dont un responsable et son adjoint. Ils interviennent par roulement (matin, après-midi et soir). Les agents ont un véhicule à leur disposition afin d'effectuer des rondes quotidiennes de surveillance sur le site. Par ailleurs, un système de procédure d'appel à renfort les amène à intervenir dans les unités d'hospitalisation. Ils ont indiqué n'avoir aucun contact physique avec les patients à moins qu'une agression physique ne se produise (cf. § 3.4). Leur présence est avant tout dissuasive. Les agents de la sécurité ont, à cet égard, bénéficié d'une formation portant sur l'approche de la psychiatrie. Ils peuvent également être sollicités dans le cadre d'interventions programmées qui consistent à assurer une présence dissuasive lorsque l'équipe doit faire sortir un patient agité de la CI. Selon les propos recueillis, les appels à renfort auraient diminué ces dernières années.

Le service sécurité est également alerté des fugues des patients. Les portes d'accès sont contrôlées et les agents font le tour du site.

Dans le cadre de la sécurité incendie, ils sont également informés au quotidien du nombre de CI occupées.

6.1.2 La liberté d'aller et venir

Le comité d'éthique de l'établissement s'est saisi de la question relative à la liberté d'aller et venir. Il a engagé un travail de réflexion, d'une durée de deux ans, qui a donné lieu à la production d'un avis et dont la conclusion indique que la décision de restreindre la liberté ne peut résulter d'une négligence, d'un abus ou d'un arbitraire. Le comité rappelle également qu'il doit être tenu compte de l'individu dans le respect de sa singularité, de la cohérence des soins et de leur mise en œuvre. Cependant, le document indique en ces termes que « *l'organisation d'un service ne peut s'envisager dans le seul respect des demandes individuelles ce qui apporterait une cacophonie préjudiciable* ».

A l'exception du pôle 94G16 dont les portes des deux unités sont ouvertes de 10h à 18h depuis 2010, les unités des autres pôles ont leur porte d'accès fermée en permanence ou durant une partie de la journée à l'instar du pôle Paris Centre dont les horaires d'ouverture sont les suivantes : 10h à 12h et de 13h30 à 16h30. Ces unités fermées accueillent des patients admis en SL, qui ne peuvent donc pas aller et venir librement.

RECOMMANDATION 11

Les patients admis en soins libres doivent pouvoir sortir et circuler librement. Ils ne doivent pas être hébergés dans des unités fermées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que les unités du pôle 94G16 sont ouvertes depuis 2010, celles du pôle Paris Centre depuis le 9 octobre 2018 et celles du pôle Paris 11 depuis le 7 décembre 2021. Par ailleurs, au regard de la restructuration en cours du pôle Paris 12, une seule unité reste fermée. La direction indique que les équipes veillent à garantir la liberté d'aller et venir des patients en soins libres lorsqu'ils se trouvent hospitalisés dans une unité fermée.

Néanmoins, les unités du pôle Paris Centre sont partiellement ouvertes avec des horaires plus limités qu'au sein du pôle 94G16. S'il convient de saluer la dynamique en place d'ouverture progressive des unités d'hospitalisation, il apparaît primordial que les horaires d'ouverture des unités parisiennes soient élargis. La recommandation est donc maintenue pour soutenir le mouvement d'ouverture des unités d'hospitalisation.

Pour sortir des unités du pôle Paris Centre, les patients doivent obligatoirement passer par le couloir du secrétariat, ce qui permet de les repérer. Sont particulièrement surveillés les nouveaux patients sous le statut de SDRE et ceux pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte suicidaire. Ainsi une jeune femme, présentant un risque suicidaire et ayant des vellétés de sortir, a été privée de ses chaussures afin de la dissuader de fuguer. Les patients peuvent également circuler librement en journée, par l'intermédiaire d'un escalier commun, entre les unités Averroes et Rosa Parks. De l'avis des médecins et des équipes soignantes, le bilan des portes semi-ouvertes est positif car l'atmosphère est beaucoup moins tendue que dans les unités fermées. Si la semi-ouverture des portes est certes une avancée positive, il conviendrait néanmoins de remettre en question les créneaux horaires d'ouverture qui demeurent limités.

Le pôle Paris 11 avait prévu d'ouvrir les portes des unités (Joséphine Baker et Simone Veil) au cours de l'automne 2021 mais le déménagement récent des deux unités (pendant l'été 2021 suite à la fermeture de l'unité Georges Sand) a retardé la mise en œuvre du projet qui devrait voir le jour d'ici la fin de l'année 2021. Un digicode et un interphone ont d'ores et déjà été installés à l'entrée des unités. Le pôle Paris 12 devrait également s'engager dans cette dynamique, néanmoins il a été constaté de très fortes résistances de la part de soignants et des syndicats.

Ce projet d'ouverture n'est pas porté par l'ensemble des PH bien que les médecins interrogés aient indiqué « qu'ils suivraient le mouvement ». Un psychiatre du pôle Paris 11 a expliqué aux contrôleurs qu'il ne voyait pas la nécessité de l'ouverture permanente des portes car les restrictions de sortie à l'extérieur ne sont imposées qu'aux patients (y compris ceux admis en soins libres) pour lesquels il existe un risque de mise en danger. Dès lors qu'une évolution positive est observée, des sorties sont accordées. Lors de la semaine de visite, parmi les dix-neuf patients hospitalisés à l'unité Joséphine Baker, seuls deux patients, faisant l'objet d'une ASDRE, ne pouvaient pas sortir seuls dans le parc de l'établissement. Tous les autres y étaient autorisés et pouvaient se rendre également seuls à la cafétéria. A l'unité Simone Veil, les patients admis en SL sont autorisés à se rendre dans le parc librement alors que les patients admis en soins sans consentement font l'objet d'une prescription médicale pour pouvoir sortir seuls ou accompagnés. Des réunions soignants/soignés se sont tenues dans les deux unités du pôle Paris 11 afin d'informer les patients du projet d'ouverture. Selon les dires des soignants, des patients auraient indiqué ne pas en voir l'intérêt et certains d'entre

eux auraient exprimé des craintes concernant leur sécurité et les risques d'intrusions de personnes extérieures à l'établissement. A cet égard, Il semble que le service de sécurité n'ait pas été associé à ce projet puisqu'il n'a pas été envisagé d'effectuer des contrôles supplémentaires des allers et venues pour sécuriser le site. De l'avis d'un psychiatre, il appartient à l'institution de mettre les moyens en œuvre pour assurer la sécurité des patients mais les soignants doivent également accompagner les patients vers plus d'autonomie en les aidant à apprivoiser leurs craintes.

Au pôle Paris 12, les patients en SL sont autorisés à sortir des unités, néanmoins l'ouverture des portes dépend de la disponibilité aléatoire des soignants. Par ailleurs, des restrictions sont systématiquement imposées aux patients admis en soins sans consentement sans qu'il ne soit tenu compte de leur état clinique.

Les patients qui peuvent se rendre librement dans le parc de l'établissement sont néanmoins dépendants de la bonne volonté des soignants qui ne sont pas toujours disponibles pour venir ouvrir les portes dans les meilleurs délais, compte tenu de l'effectif restreint. En outre, ce dispositif place le patient dans une situation de dépendance, il est donc impératif que toutes les unités mettent en œuvre le projet d'ouverture sans plus tarder.

RECOMMANDATION 12

La dynamique engagée d'ouverture des portes des unités doit connaître une traduction effective sur l'ensemble des pôles.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Le service de sécurité doit être associé au projet afin de garantir la sécurisation du site.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise, en sus des explications reprises sous la précédente recommandation, que *le service accueil-standard-sécurité travaille sur le Plan de Sécurisation de l'établissement. Toutefois, la configuration du site (36 hectares) est telle qu'on ne peut fermer hermétiquement tous les accès extérieurs de l'hôpital. Une procédure viendra expliciter les modalités d'association de l'équipe de sécurité aux appels à renforts (définition des rôles et missions) »*. Le CGLPL salue l'association du service de sécurité à la dynamique engagée d'ouverture des portes des unités.

La recommandation est considérée comme partiellement prise en compte.

En effet, sur la liberté d'aller et venir, les unités du pôle Paris Centre sont partiellement ouvertes avec des horaires plus limités qu'au sein du pôle 94G16. Dans le cadre de la restructuration du pôle Paris 12 une unité reste en l'état fermée. S'il convient de saluer la dynamique en place d'ouverture progressive des unités d'hospitalisation, il apparaît primordial que les horaires d'ouverture des unités parisiennes soient élargis et que l'ensemble des unités fonctionnent en porte ouverte.

En dehors de l'accès au parc, les patients du pôle Paris 11 ont la possibilité d'accéder, à n'importe quelle heure du jour et de la nuit, au *patio* alors qu'au pôle Paris 12, il est fermé de 19h à 8h.

Sur l'ensemble des unités, l'accès aux chambres n'est pas restreint.

6.2 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT GLOBALEMENT INDIVIDUALISEES

6.2.1 Le rythme de la journée

La journée est notamment rythmée par les horaires des repas. Le petit-déjeuner est servi par exemple entre 8h30 et 9h30 dans les unités Averroès et Rosa Parks. La fin de journée est souvent fixée à 23h, correspondant à l'horaire théorique de fermeture de la salle de télévision. Pour autant, cet horaire est parfois appliqué avec souplesse, le personnel acceptant que le programme TV de deuxième partie de soirée puisse être regardé intégralement, comme dans les unités Ravel et Louise Michel. Dans l'unité Joséphine Baker, les contrôleurs ont constaté que la télévision ne fonctionne pas, ce qui serait fréquent.

Les patients ont librement accès aux chambres et aux douches ou baignoires, avec des amplitudes horaires très larges pour les salles d'eau. Dans l'unité Simone Veil, les douches sont accessibles de 7h à 20h.

Les patios sont en accès libre.



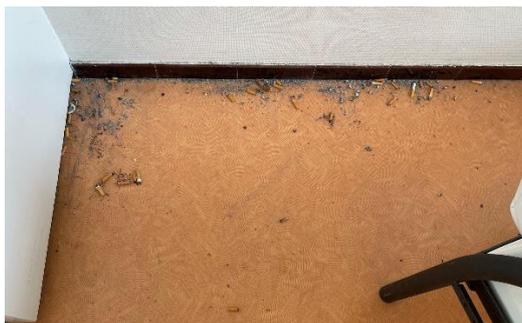
Patio des unités Averroès et Rosa Parks

6.2.2 L'accès au tabac

La liberté de fumer est très majoritairement respectée dans les unités, étant rappelé que l'usage du tabac n'est autorisé qu'en extérieur des bâtiments. Cet usage est facilité par la liberté d'accès aux patios, y compris parfois la nuit (unités Simone Veil et Joséphine Baker).

Les cigarettes et les briquets sont laissés aux patients, saufs pour ceux qui sont victimes de vols ou de rackets, ce qui arrive parfois (signalement notamment dans les unités Joséphine Baker, Averroès et Rosa Parks). Dans les unités Ravel et Manet, des situations plus délicates ont été constatées. En effet, certains soignants exerceraient un chantage du type : « *Si tu fais ça, tu auras ta cigarette* », et d'autres ne permettraient pas l'accès au patio pour les fumeurs après une certaine heure en soirée.

En théorie, donc, il est interdit de fumer dans les chambres, les escaliers ou les WC. En pratique, les soignants ne peuvent pas toujours l'empêcher. Notamment pour les patients qui sont seuls dans leur chambre. Les contrôleurs ont pu voir vingt-huit mégots au sol dans le coin d'une des chambres de l'unité Rosa Parks. Certains patients ont du mal à respecter un interdit, et, pour d'autres, l'usage du tabac fait partie de leur névrose, par exemple lorsque la fumée permettrait de « *cacher des démons* ».



Mégots au sol d'une chambre de l'unité Rosa Parks

6.2.1 Le port du pyjama

Le port du pyjama est imposé dans certaines situations :

- à l'arrivée dans une unité, surtout de nuit (parfois à Averroès ou à Rosa Parks) ;
- en CI (toutes unités) ;
- en sortie de CI (parfois à Averroès, à Rosa Parks, à Ravel et à Manet) ;
- en cas de patient fugueur et suicidaire (parfois à Averroès, à Rosa Parks, à Ravel et à Manet).

Le pyjama est en papier très fin déchirable de couleur bleu foncé. Les contrôleurs ont pu constater qu'une patiente à tendance suicidaire avait manifestement froid alors qu'elle portait trois pyjamas l'un sur l'autre. Certains médecins expliquent que le port du pyjama limite le risque de fugue de certains patients.

RECOMMANDATION 13

L'obligation du port du pyjama institutionnel doit être proscrite, singulièrement si elle poursuit des objectifs sécuritaires.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM indique qu'elle demandera à la CME d'établir une politique institutionnelle claire sur le port du pyjama. De plus, la Plate-forme de Ressources Ethiques de Territoire pourra être sollicitée afin de faire des préconisations pour un usage adapté du port du pyjama.

Lors des audits patients traceurs, une nouvelle sensibilisation a été faite au niveau des services.

Le CGLPL salue la démarche de la direction et invite les professionnels à s'en saisir pour engager une réflexion sur cette pratique. La recommandation est maintenue en l'état.

6.3 LES CONDITIONS DES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR NE SONT PAS OPTIMALES

6.3.1 Le téléphone

Le patient peut en règle générale librement conserver et utiliser son téléphone portable, à l'exception de ceux qui en font un usage abusif, par exemple en harcelant des membres de leur famille ou les pompiers, ou en organisant la livraison de drogues.

Mais une forte proportion de patients ne possède pas de téléphone mobile, notamment les SDF. Ils demandent alors à utiliser un portable de l'unité ou un *point-phone* mural. Cependant, les téléphones fixés au mur ne permettent aucune conversation confidentielle. Pour cette raison, dans

les unités Averroès ou Rosa Parks et les unités du pôle 94G16, le patient peut obtenir la mise à disposition d'un bureau afin d'avoir un entretien téléphonique privé. Dans l'unité Ravel, un soignant compose le numéro et vérifie l'identité de l'interlocuteur avant de passer l'appel au patient sur le *point-phone*.



Téléphones muraux dans les unités Rosa parks et Simone Veil

La direction des HSM a précisé dans sa réponse au rapport provisoire que la question de la mise en place de postes de téléphone sans-fil numériques va être explorée dans les pôles parisiens afin de créer des points phone mobiles.

6.3.2 Les visites des proches

Les visites sont autorisées de 13h à 20h dans différents lieux : des salons familles lorsqu'il y en a, le patio, ou à l'extérieur de l'unité, pour ceux qui peuvent sortir. Les visiteurs n'ont pas le droit d'entrer dans les unités Ravel et Manet, sauf dans l'« espace famille » aménagé à l'entrée, mais il est situé dans une zone exposée donc sans possibilité d'avoir des échanges confidentiels. Les visites sont interdites dans les chambres des unités Averroès et Rosa Parks, mais les soignants acceptent des dérogations (moins pour Averroès où les patients sont rarement seuls dans leur chambre). C'est aussi le cas dans l'unité Simone Veil, où les visites se déroulent exceptionnellement en chambre. Les visiteurs doivent disposer d'un pass sanitaire.

Les mineurs de moins de 15 ou 16 ans (selon les unités) ne peuvent rendre visite à un patient, sauf dérogation.



Espace famille ouvert à l'entrée des unités Ravel et Manet

RECOMMANDATION 14

Les visites en chambre ne doivent pas être systématiquement interdites dans une unité. L'interdiction ne devrait être décidée qu'au cas par cas pour des raisons médicales. Des salons de visites de familles permettant un échange confidentiel doivent être aménagés dans chaque unité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « *les visites en chambre ne sont pas proscrites institutionnellement (sauf pendant les vagues épidémiques de COVID). Toutefois, au regard du nombre de chambres doubles dans les unités de soins, il est privilégié un accueil des proches dans les espaces dédiés aux activités (salle télé, salle de jeu, patio).*

Par ailleurs, les temps de visites sont aussi l'occasion pour le patient et ses proches de sortir de l'unité pour se promener dans le parc de l'hôpital, se rendre à la cafétéria des patients.

Dans le cadre du projet immobilier, les espaces dédiés aux salons de visite par unité sont intégrés dans les programmes architecturaux ».

Le CGLPL prend note que les visites en chambre ne sont pas proscrites institutionnellement. Lors du contrôle il a été relevé que certaines unités posaient ce principe même pour des patients hospitalisés en chambre individuelle. En conséquence la recommandation est maintenue afin d'inciter les professionnels concernés à individualiser cette règle à la problématique du patient et à ses conditions d'hospitalisation. Par ailleurs, l'aménagement de salons familiaux dans chaque unité dans le cadre du projet immobilier est à saluer.

6.3.3 L'accès à l'information et aux réseaux sociaux : presse, télévision, Internet

Dans les unités Averroès et Rosa Parks, les patients peuvent participer à un atelier hebdomadaire sur l'actualité à travers la presse écrite. Mais les contrôleurs n'ont pas vu d'exemplaire d'un quotidien d'informations mis à disposition des patients. A Manet et Ravel, les ergothérapeutes gèrent des abonnements à des magazines ou à des hebdomadaires.

La plupart des unités est équipée d'un seul salon de télévision, ce qui est insuffisant, d'autant plus que des appareils sont parfois hors d'usage ou sans télécommande.

Certaines unités disposent d'une connexion wifi, mais rares sont les patients qui possèdent un ordinateur ou une tablette. A l'unité Averroès, un ordinateur pour les patients a été installé peu de temps avant la visite des contrôleurs, dans un espace où se trouvait une douche. Selon les informations recueillies, un aménagement similaire est en projet à l'unité Rosa Parks. Néanmoins, il n'y a pas d'harmonisation dans les quatre pôles de ce type d'aménagements.

6.3.4 Le courrier

La plupart des unités fournissent aux patients du papier, des enveloppes et des timbres. Les colis sont ouverts avant d'être remis aux patients de l'unité Joséphine Baker.

6.4 L'ACCES AU VOTE EST POSSIBLE MAIS C'EST UN DROIT PEU MIS EN ŒUVRE

Lors des périodes électorales, les informations sont données aux patients sur les possibilités qu'ils ont de participer au scrutin : sortie du votant seul ou accompagné ou vote par procuration. Les procurations sont favorisées en raison du manque de personnel le dimanche. Un brigadier du commissariat de Charenton-Saint-Maurice se déplace aux HSM à cet effet.

Pour les élections régionales et départementales des 20 et 27 juin 2021, seules deux procurations ont été recueillies les 16 et 17 juin, sans que l'on puisse savoir s'il s'agit de patients des pôles de psychiatrie ou des autres pôles.

En pratique, selon les informations recueillies, peu de patients en psychiatrie participent aux consultations électorales.

6.5 L'ACCES AU SEUL CULTE CATHOLIQUE EST ASSURE AU MOMENT DU CONTROLE

L'établissement étant historiquement une institution religieuse, une immense chapelle aux allures de temple domine la cour d'honneur des services de psychiatrie. Ainsi, la religion catholique a toujours été présente dans le centre hospitalier. L'actuelle aumônière catholique (0,5 ETP) des services de psychiatrie a été nommée en 2003, après trois années de bénévolat. Elle travaille avec un prêtre et un bénévole.

La chapelle est ouverte les lundis et les jeudis de 13h à 15h, et les mardis et les vendredis de 14h à 16h. Après avoir été interrompues en raison de la pandémie de Covid-19, les messes ont repris depuis la Toussaint 2021 à un rythme mensuel (et non plus hebdomadaire) avec une jauge d'un fidèle pour 4 m². L'aumônière dispose d'un pass pour entrer dans les unités de psychiatrie et effectue cinq visites par semaine avec le prêtre.

La réduction des durées de séjour en psychiatrie rend plus superficielle la relation avec l'aumônière, les patients intéressés étant incités à se tourner vers leur paroisse. La messe de la Toussaint 2021 a réuni onze patients (au lieu de vingt à vingt-cinq avant la pandémie, hors période d'hiver).



Chapelle de CH Saint-Maurice (services de psychiatrie)

Lors du contrôle, seule la religion catholique était représentée au sein de l'établissement. Des coordonnées pour les religions protestante, réformée, bouddhiste et musulmane sont difficilement accessibles pour un patient et, s'il parvient à contacter un référent, il ne se déplace pas. Pourtant, un partenariat avec des aumôniers de l'ensemble des religions représentées pourrait faciliter un accès effectif au culte, même sur la base du bénévolat comme constaté dans d'autres établissements.

En mai 2021, la direction de l'établissement a été contactée par l'aumônier national musulman afin de proposer la candidature d'une aumônière des hôpitaux. Elle devait être recrutée à la fin de l'année 2021 (0,5 ETP). La future recrue n'interviendrait pas qu'en psychiatrie, contrairement à son homologue catholique. Elle disposera également du pass pour entrer dans les unités, pour des « discussions spirituelles » en chambre à la demande des patients. Elle disposera d'un bureau, néanmoins aucun lieu pour des cérémonies cultuelles n'est prévu.

Les soignants ont indiqué aux contrôleurs être très peu sollicités par des patients souhaitant un soutien religieux.

RECO PRISE EN COMPTE 4

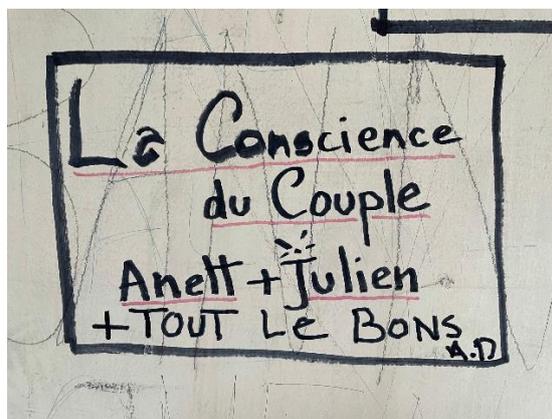
Un accès effectif à l'ensemble des coordonnées des représentants des cultes doit être garanti.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que l'aumônier du culte musulman a été recruté le 21 février 2022. Il assure avec l'aumônier du culte catholique des permanences pour les patients des pôles de psychiatrie. Elle fait observer que malgré les sollicitations de l'établissement les autres cultes n'ont pas donné suite. Ils sont donc contactés à la demande des patients soit par les aumôniers présents soit par les soignants ou encore les familles. Par ailleurs, le livret d'accueil contient les coordonnées de l'ensemble des représentants des cultes. La recommandation est donc considérée comme prise en compte.

6.6 LA QUESTION DE LA SEXUALITE NE FAIT PAS L'OBJET D'UNE REFLEXION AU SEIN DES POLES

« Interdire n'a aucun sens en psychiatrie », confie le médecin d'une unité, bien conscient que la chambre du patient constitue un espace privé et que les interdits incitent à leur transgression. Pour autant, il déconseille les relations sexuelles à la majorité de ses patients. « Je crains que leur état rende difficile un consentement éclairé », ajoute ce praticien. La préoccupation de la protection des patients vulnérables est largement partagée dans toutes les unités.

La brièveté de plus en plus grande des séjours en psychiatrie, les chambres doubles qui ne préservent pas l'intimité et les traitements, altérant la libido, ne favorisent pas les relations amoureuses à l'hôpital selon certains médecins. A l'inverse, ils observent que « des états maniaques ont tendance à donner un sentiment de surpuissance sexuelle », à cela s'ajoute pour certains patients un besoin d'affection. En conséquence, le personnel surveille les patients au comportement désinhibé voire exhibitionniste.



Inscriptions sur le mur du patio d'une unité de psychiatrie

Si la sexualité est parfois abordée en réunion d'équipe médecin-soignants à l'occasion du constat d'un rapprochement visible entre deux patients, il n'y a pas de réflexion commune et aboutie dans les unités ou les pôles. Les soignants et les médecins ont une approche subjective de cette question, certaines équipes semblent mal à l'aise sur cette question, renvoyant cette liberté à l'extérieur de l'hôpital. D'autres font preuve d'ouverture d'esprit en admettant qu'un patient puisse avoir des relations sexuelles dans sa chambre d'hospitalisation. Par ailleurs, des soignants regrettent qu'il n'y ait pas de formation spécifique sur la sexualité des patients.

Dans toutes les unités, des préservatifs sont en réserve à la pharmacie, si besoin. Ils peuvent être remis à la demande, ils sont offerts en libre-service uniquement au pôle 94G16 dans les deux salles TV et dans le self commun avec une affiche de prévention. Une information peut être donnée sur les maladies sexuellement transmissibles (MST), mais rarement.

Au moment du contrôle, le pôle Paris Centre venait de saisir le Comité d'éthique de l'établissement sur le thème : la chambre du patient, espace privée et sexualité.

En juillet 2017, le Comité d'éthique avait rendu un avis de douze pages sur l'intimité sexuelle des personnes âgées en institution. L'un des membres de ce comité, rencontré par les contrôleurs, estime qu'un avis similaire pourrait être publié au sujet des patients en psychiatrie. Après avoir rappelé que « *le droit européen, applicable sur le territoire national, consacre explicitement la liberté sexuelle comme droit fondamental* », le comité soulignait : « *Cependant, afin d'assurer la protection des personnes non-consentantes ou inaptes à exprimer un consentement libre et éclairé, des restrictions peuvent être admises dès lors qu'elles sont proportionnées.* »

« *Les établissements ne peuvent instaurer une règle générale interdisant les pratiques sexuelles (...), ajoutait l'avis du comité d'éthique ; ajoutant : « Le rôle de l'institution n'est pas d'interdire, ni de surveiller. Elle ne peut non plus tout admettre. Elle porte une responsabilité vis-à-vis des personnes vulnérables. » Le comité concluait : « En dépit de la complexité de la question, il est nécessaire de l'aborder. Ne pas en parler revient à prendre le risque de s'exposer à ce que les difficultés surgissent de façon imprévisible, abrupte, voire violente. »*

RECOMMANDATION 15

Le thème de la sexualité doit faire l'objet d'une réflexion au sein des pôles sur les formations à proposer aux soignants, les manières d'aborder la question et l'éducation des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'en concertation avec le président de la CME, la Plate-forme de Ressources Ethique de Territoire (PRET) sera sollicitée afin de présenter en CME et en CSIRMT son avis du mois de juillet 2017 sur « la chambre du patient, espace privée et sexualité ». Puis, une démarche institutionnelle sera lancée afin de sensibiliser l'ensemble des professionnels à cette thématique. Dans la mesure où l'établissement porte le Centre Ressources pour les Intervenants auprès des Auteurs de Violences Sexuelles Île-de-France (CRIA VS IDF), il sera associé à la réflexion des soignants sur des actions de prévention et de sensibilisation auprès des patients sur le consentement dans le cadre des relations sexuelles.

Le CGLPL salue l'engagement de la direction et de la CME pour introduire prochainement une réflexion institutionnelle sur le thème de la sexualité. La recommandation est maintenue en l'état de l'avancement du projet.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1 LES LOCAUX DESTINES AUX ISOLEMENTS SONT DISPARATES

L'établissement compte sept chambres d'isolement (CI), deux pour trois pôles (Paris Centre, 11 et 12) et une pour le pôle 94G16, la seconde ayant été transformée en chambre d'apaisement. L'architecture de ces chambres est sensiblement identique, toutes étant desservies par un sas et comportant des fenestrons aux portes assurant une visibilité tant de la chambre que de l'espace sanitaire y compris des toilettes. Certaines ont accès à un patio permettant aux patients de fumer.

L'espace sanitaire inclut :

- Un bloc en inox intégrant un lavabo et des WC situés sous celui-ci. Cette configuration rappelle l'équipement de cellules d'établissements pénitentiaires notamment de quartiers disciplinaires et est en total contradiction avec toute norme d'hygiène, surtout dans un établissement de santé.
- Une douche à l'italienne se limitant à un pommeau de douche fixé au mur.

Toutes sont climatisées, équipées de volets roulants et d'un bouton d'appel. Certaines ont accès à la musique et à un éclairage pouvant être tamisé. Certains de ces équipements n'étaient pas fonctionnels lors du contrôle (volets, bouton d'appel). Toutes sont équipées d'une pendule et quelques-unes d'un horodatage, ces mécanismes situés dans le sas n'étant pas tous visibles pour les patients. Toutes les commandes sont extérieures.

Le mobilier est constitué d'un lit (sommier et matelas en mousse dense). Certains sont équipés d'attaches permettant la pose de contention. Il n'y a pas d'oreiller. Certaines de ces chambres disposent d'un pouf ou d'un plateau de lit constitués des mêmes matériaux. Au moins une CI n'a pas d'équipement permettant au patient de prendre ses repas correctement. Le plateau est posé à même le lit, le patient étant assis s'il le peut sur celui-ci.

RECOMMANDATION 16

Les chambres d'isolement doivent répondre au même cahier des charges concernant leur architecture et leur équipement. Celui-ci doit prendre en compte les normes d'hygiène à respecter dans un établissement de soins et assurer à ces patients des conditions de vie respectant leur dignité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'elle a mis en place une centralisation des demandes relatives à la remise aux normes des CSI (notamment pour l'uniformisation des équipements), et suivra l'état d'avancement en lien avec la COMSI.

Par ailleurs, elle relève que le projet immobilier se conformera aux prescriptions du projet de décret relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie : bouton d'appel, sanitaire, horloge.

Le CGLPL prend note de ces engagements et maintient sa recommandation jusqu'à l'effectivité des actions en cours.

7.2 LA POLITIQUE INSTITUTIONNELLE EST EN COURS D'ELABORATION

Les HSM ont mis en place en novembre 2014 une commission de suivi des chambres de soins intensifs (sous-commission de la CME, la COMSI) chargée de piloter la démarche de prévention de

recours à l'isolement et à la contention et de définir les modalités de suivi de mise en œuvre de ces mesures. Cette commission est également chargée d'élaborer le rapport annuel régi par la loi de 2016 et rappelé par la loi du 14 décembre 2020 (article 84).

Des fiches de décisions médicales et de surveillance soignante ont été élaborées tenant compte des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS). Plusieurs fiches ont été récemment actualisées mettant notamment l'accent sur le rôle du médecin généraliste et ses conditions d'intervention.

La nouvelle procédure prévoit notamment une visite systématique du généraliste dans les vingt-quatre-heures et la réalisation d'un électro-encéphalogramme (EEG) dans les soixante-douze heures. La fiche a été révisée en ce sens, néanmoins l'onglet renseignant la mention « si besoin » a été maintenu.

En revanche, aucune procédure n'a été rédigée sur les mesures de désescalade à initier avant de décider d'une mesure d'isolement (celles-ci devraient figurer dans la fiche de décision initiale). Il s'agit de pratiques usitées dans certaines unités mais ni généralisées, ni quantifiées, ni évaluées. Pourtant ces mesures sont essentielles pour limiter le recours à l'isolement. Il en est de même pour les modalités de levée de ces mesures et notamment les débriefings à conduire avec le personnel médical et soignant et les patients. Cette pratique est peu ou pas mise en place quelles que soient les unités.

Un registre a été mis en place, dès 2016, sur un tableur Excel. Au début de l'année 2019, les données de ce registre ont été renseignées par les secrétariats sur le logiciel ORBIS PMSI. À la suite de changements de systèmes d'information (SI) et de difficultés d'interfaçage entre eux, les HSM ont ré-initié l'outil Excel tel qu'il était en 2016, celui-ci devant être maintenant renseigné par les soignants de chaque unité.

La mise en place de la réforme issue de la loi du 14 décembre 2020 (article 84) a été confiée au service des soins sans consentement (SSSC). En quelques mois, ce service a rédigé, en relation avec la COMSI, un ensemble de procédures d'application de cette loi remarquablement claires et précises. Un tableur Excel de suivi de ces mesures a été mis en place en juin 2021, les secrétariats des pôles étant chargés de faire remonter ces données. L'établissement a mis en place une procédure spécifique relative à ce suivi et des fiches *ad hoc* devant être complétées et signées par un médecin. Ces fiches sont versées dans les dossiers médicaux mais pas toujours classées de façon rationnelle. La consultation de quelques-unes d'entre elles montre qu'elles sont *a priori* bien renseignées. La seule observation porte sur la partie « motif de la décision » qui, parfois, fait référence à la pathologie du patient ce qui ne devrait pas apparaître.

Le SSSC a de même mis en place depuis le début de l'année 2020 (date de changement des SI) un logiciel de recueil des SSC par pôles dénommé Planipsy.

La COMSI édite annuellement un rapport sur ces pratiques, présenté en CME. Cependant, il ne donne pas lieu à débat au regard de l'étude des procès-verbaux. Ce rapport est succinct, sans aucune référence aux années antérieures et à l'évolution de ces mesures, sans référence aux actions initiées antérieurement et leur évaluation, sans proposition sur les mesures à prendre au sein des pôles pour limiter ces placements. Pourtant cette commission est active, se réunissant tous les deux mois. Elle manque manifestement d'un soutien de la CME et de la direction.

RECOMMANDATION 17

Les HSM doivent mettre en place et piloter une vraie politique institutionnelle de réduction des mesures de placement en isolement ou de mise sous contention. La COMSI ne peut porter seule ce sujet sans un appui clair de la direction et des instances délibératives et consultatives de l'établissement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que Les Hôpitaux de Saint-Maurice ont intégré dans leur projet médico-soignant psychiatrique de territoire la thématique « soigner sans enfermer » : plan de formation (éthique du soin), supervisions des équipes, le développement des espaces Snoezelen.

Les crédits obtenus dans le cadre de la consultation régionale de l'ARS sur les conditions de moindre recours à l'isolement et à la contention vont permettre à l'hôpital de décliner opérationnellement des actions auprès des services pour réduire le recours à ces pratiques.

Les crédits ayant été notifiés il y a peu, le plan d'actions est en cours de finalisation.

La direction l'a conçu en lien étroit avec les services (réunion de co-construction avec les chefs et cadres de pôle, le président de la CME, la direction des soins, la direction des affaires juridiques, la direction générale).

La COMSI présente régulièrement ses travaux dans les différentes instances (CME, CTE, CSIRMT) et est soutenue par la direction et la CME qui vote des avis visant à appuyer ses recommandations.

Le CGLPL souligne les actions engagées par l'établissement et maintient sa recommandation, le plan d'action étant en cours de finalisation.

A l'issue de la réunion de restitution, la direction s'est engagée à désigner le SSSC comme référent de la politique institutionnelle relative aux mesures d'isolement et de contention.

7.3 LES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION SONT INSUFFISAMMENT ENCADREES, COORDONNEES ET EVALUEES

7.3.1 La traçabilité des mesures d'isolement et de contention

Les règles appliquées au patient placé à l'isolement sont pour certaines identiques aux pôles, pour d'autres, elles sont spécifiques aux unités.

Les patients placés en CI sont systématiquement mis en pyjama d'hôpital quel que soit leur état clinique.

RECOMMANDATION 18

Le port du pyjama ne doit pas être systématiquement imposé en CI ou en sortie de CI, mais seulement prescrit, au cas par cas, sur des considérations cliniques.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que la direction va demander à la CME d'établir une politique institutionnelle claire sur le port du pyjama. La Plate-forme de Ressources Ethiques de Territoire pourra être sollicitée en appui afin de faire des préconisations pour un usage adapté du port du pyjama.

Lors des audits patients traceurs, une nouvelle sensibilisation a été faite au niveau des services.

Dans la prescription de la mesure d'isolement, il est prévu une case à cocher prescrivant la mise en pyjama, induisant une non-systématisation de la pratique.

Le CGLPL maintient sa recommandation, les actions étant toujours en cours.

Les chambres hôtelières des patients placés en isolement ne sont pas toujours conservées, ce principe dépendant du taux d'occupation des unités. Les contrôleurs n'ont néanmoins pas observé de maintien arbitraire en isolement par manque de place en chambre ordinaire.

Chaque mesure d'isolement fait l'objet d'une fiche de décision médicale initiale puis de renouvellement au-delà de vingt heures. Dans ces fiches figurent les prescriptions médicales intégrant toutes les consignes relatives à la mesure, celles-ci pouvant évoluer selon l'état clinique du patient.

Un contrôle aléatoire de ces fiches a été conduit dans les quatre pôles permettant d'objectiver plusieurs constats.

Le dossier patient n'étant pas informatisé, ces fiches sont intégrées dans un dossier médical « papier », classées par ordre chronologique ascendant ou descendant, voire non classées ; de plus certaines fiches ne sont pas numérotées. Le statut du SSC n'est pas toujours renseigné dans la fiche initiale de même que l'onglet relatif à la situation somatique du patient. Au demeurant, la fiche en vigueur lors du contrôle incluait un onglet devant être visé par le médecin généraliste précisant « pendant la mesure si besoin ». Sur toutes les fiches consultées, une seule avait été complétée par le médecin généraliste qui n'est en pratique appelé que si le médecin psychiatre le juge nécessaire. Si les fiches sont en général signées, le nom du médecin n'est pas toujours mentionné ; de même, le nom des personnels soignants est souvent omis – ne figure que la mention « équipe soignante de l'unité x ». Les décisions de fin de mesure ne sont pas toujours renseignées.

Par ailleurs, il apparaît que certaines mesures d'isolement sont décidées dans l'urgence, ce que confirme certaines analyses du rapport annuel 2020. Cet état de fait devrait être corroboré par l'indication de décision de ces mesures par des soignants dans l'attente du médecin, ce qui est rarement renseigné comme tel. Cette observation vaut surtout pour l'unité Manet du pôle 12. Dans cette unité, les pratiques de mise à l'isolement telle qu'observé et rapporté par des témoignages peuvent relever de la punition, celles-ci étant le plus souvent réalisées sans qu'aucune technique de désescalade n'ait été envisagée. Ces mises à l'isolement sont réalisées par des infirmiers sous couvert de l'urgence, en grande majorité lorsque le médecin n'est pas présent dans l'unité. Il n'est, par ailleurs, pas contacté au moment de la crise pour la prévenir lorsqu'il est présent dans l'établissement. Ces faits sont rapportés par des médecins mais n'ont pu être objectivés dans les fiches de décision médicale initiale consultées. Il apparaît sur ces fiches un défaut de traçabilité dans la décision de la mise en isolement et de son maintien.

Enfin, les trois items concernant l'information et le consentement ne sont pas toujours complétés et, s'ils le sont, ce n'est pas toujours en cohérence avec les fiches renseignées pour le juge des libertés (JLD).

Le patient, de fait, est informé mais son consentement ne peut toujours être obtenu notamment en période de crise aiguë. Quant à l'information des proches, ce sujet devrait être précisé, la notion de proche n'étant pas très claire pour les professionnels.

Le suivi des patients placés en isolement respecte la législation quant aux passages des soignants consignés dans les fiches de surveillance et ceux des médecins.

La mise en isolement conduit dans nombre de cas à faire appel à une équipe de renfort de soignants masculins, venant d'autres unités, dans l'objectif de prêter main forte en situation de crise. Ce sont

quatre à six soignants « hommes » présents lors de ces placements, cette procédure étant également usitée pour des suivis au quotidien. Ces appels à renfort en urgence ou programmés, sans réelle évaluation de l'état clinique du patient, ne sont pas une source d'apaisement pour ces patients, pouvant dans certains cas exacerber des situations déjà complexes. Ils conduisent également à désorganiser les autres unités.

La COMSI saisie de ce sujet a émis des recommandations validées par la commission médicale d'établissement (CME) le 16 avril 2019²⁵.

Ces recommandations n'ont jamais été mises en œuvre. Aucune n'a fait l'objet depuis lors de procédure spécifique, aucun recensement n'est en place sur ces appels et aucune évaluation n'est conduite sur le bien-fondé de ces mesures, leur valeur ajoutée et surtout leurs conséquences sur l'état psychique des patients.

Le débriefing devant suivre la levée des mesures d'isolement n'est pas systématique dans toutes les unités et n'est pas formalisé. L'isolement séquentiel (prise des repas à la salle à manger) est fréquemment mis en place avant la levée.

RECOMMANDATION 19

Les HSM doivent initier un contrôle qualité des outils en place et de leur utilisation, et se donner les moyens d'assurer une mise en œuvre et un suivi des recommandations prises. La latitude laissée aux unités fait obstacle à la réduction des mesures d'isolement et de contention et ne permet pas d'identifier des atteintes aux droits des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'elle va proposer à la COMSI et au président de la CME l'organisation d'une nouvelle présentation de son avis validé en CME le 16 avril 2019, afin de rendre effective cette décision sur la non-systématisation des appels à renforts lors des tours d'examen des patients en CSI et des mises en CSI.

Le CGLPL salue ce projet en vue de la sensibilisation des équipes au recours des appels à renfort et précise que la recommandation émise va au-delà de cette problématique et couvre également le debriefing post levée de mesure d'isolement et l'ensemble des recommandations émises par la COMSI qui devraient faire l'objet d'un suivi. La recommandation est donc maintenue.

²⁵ « La COMSI souligne que le caractère systématique de l'intervention des hommes en renfort pour les visites programmées des patients en isolement est devenu une pratique réflexe, injustifiée et inadaptée pour la prise en charge des patients.

Ce fonctionnement est devenu systématique depuis plusieurs années, excluant toute prise en compte du caractère spécifique de la situation de chaque patient.

Une évaluation de la situation par l'équipe référente du patient doit conduire à solliciter selon le cas des intervenants et/ou des intervenantes, de manière « mixte ». Par ailleurs la présence de l'ensemble du personnel soignant de l'unité d'accueil du patient intervient en priorité de manière systématique.

En cas d'appel en urgence, il est indispensable que le nombre maximum de soignants se rende immédiatement disponible, ce qui implique :

-l'ensemble des professionnels du service concerné ;

-les soignant(e)s des autres unités de psychiatrie adulte, qui s'organisent afin de maintenir le temps de l'intervention la présence minimale de sécurité de personnel dans leur unité ;

-le service de sécurité. »

Les contrôleurs ont par ailleurs été informés d'un incident grave survenu dans une chambre d'isolement du pôle Paris 12, au premier semestre 2020. La FEI a été rédigée quinze jours après. Les faits brièvement rapportés s'avéraient d'une extrême gravité au regard de la description de l'état clinique du patient ayant nécessité l'appel du SAMU et son transfert à l'hôpital d'instruction des armées (HIA) de Begin. Le compte-rendu de la COMSI de la fin de l'année 2020 fait état, comme suite donnée à cet événement, de la rédaction d'un protocole pour la prise en charge somatique des patients placés en CI. La fiche de surveillance infirmière a été revue ainsi que la fiche de décision médicale précisant les examens somatiques à initier dès l'entrée en CI et la nécessité d'une visite systématique par un généraliste. Dans les faits, le jour du contrôle soit douze mois après la rédaction de ce protocole, il a été indiqué aux contrôleurs que la visite du généraliste n'était toujours pas systématique restant une mesure « si besoin ».

Néanmoins, cet événement a manifestement conduit à modifier des documents supports à la pratique professionnelle notamment sur la prise en charge et le suivi somatique des patients placés en isolement avec ou sans mesures de contention. Une proposition de plan d'action a été communiquée aux contrôleurs, ni signée, ni datée, ni référencée. De plus, aucun document de retour d'expérience (REX) n'a été communiqué et aucune évaluation sur ces nouvelles mesures ne semble avoir été mise en place.

La gravité de cet EIG aurait dû conduire à une enquête de retour d'expérience (REX) sur les raisons ayant entraîné ce retard de prise en charge et les mesures immédiates à prendre pour remédier à ces dysfonctionnements.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les décisions à même de prévenir les événements indésirables graves relatifs aux patients placés en CI doivent être prises immédiatement. Les mesures de correction identifiées dans les REX doivent être mises en œuvre et évaluées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « toutes les conclusions des REX sont dorénavant intégrées à des plans d'action au niveau du pôle et suivies par l'encadrement du pôle avec l'appui de la direction de la qualité ». La recommandation est considérée comme prise en compte.

7.3.2 L'analyse des données

Les contrôleurs se sont appuyés sur les données communiquées par le contrôle de gestion en lien avec le PMSI, celles issues du logiciel Planipsy pour les SSC et les données figurant dans les extraits du registre Excel 2021 (celles de 2020 étant inaccessibles) pour les mesures d'isolement et de contention.

La grande majorité des mesures prises concernent des placements en isolement. En effet, comme constaté lors de la première visite, le recours à la contention est très peu utilisé.

Les résultats issus de ces analyses incitent à une très grande prudence, les données communiquées pouvant différer selon les sources d'information, comme constaté pour les données d'activité générale (cf. § 4.2).

Le nombre de patients admis en SSC varierait sur l'ensemble de la population hospitalisé de 28 % en 2018 à 41,5 % en 2021²⁶. Environ 87 % de SSC en 2020²⁷ – absence des données pour 2019 et 2018 – seraient des soins psychiatriques sur décision du directeur, le pourcentage de SPI étant de 47 %.

L'analyse des données portant sur les mesures d'isolement et de contention s'est avérée encore plus complexe. Les données communiquées par deux pôles sur quatre, ceux-ci ayant établi leur propre suivi, ne sont pas en cohérence avec celles du registre Excel remis par la direction.

L'analyse du registre des données 2021 interroge, les données de l'onglet global ne correspondant pas à celles des unités. Par ailleurs, les données 2021 ne débutent qu'en mars, sans explication sur les données manquantes des deux premiers mois, et se terminent fin juillet alors que le contrôle se déroule au début du mois de novembre 2021.

La tenue et le suivi de ce registre manquent de rigueur ; toutes les mises en isolement n'y figurent pas, un certain nombre d'items ne sont pas renseignés. Le différentiel entre les données fournies par un pôle et celles du registre peuvent concerner jusqu'à un tiers des patients.

Enfin le décompte, même très partiel (de mars à juillet 2021), des mesures d'isolement en 2021²⁸ en référence déjà 161. Or, le rapport de la COMSI pour l'année 2020 recense 115 mesures (dont autre de contention) étant précisé qu'en 2020 le pôle Paris 11 recensait à lui seul 103 mesures et le pôle 94G16 au moins 134. Les deux autres pôles (Paris Centre et Paris 12) n'ont pas communiqué de données. Le rapport de la COMSI estime le pourcentage de patients en SSC ayant connu un placement à l'isolement à 5 % ; ce qui est manifestement sous-évalué.

Les différents recueils d'information mis en place au niveau de l'établissement ou des pôles, non compatibles entre eux, est complexe et archaïque pour certains.

La direction (SSC) envisage début 2022 que toutes ces informations soient centralisées dans l'outil *Planipsy* ce qui ne doit pas obérer l'urgence d'informatisation du dossier patient.

Une connaissance précise des mesures d'isolement et de contention impactant directement les patients est essentielle pour conduire une réflexion sur les moyens à prendre pour les diminuer.

RECOMMANDATION 20

Les HSM doivent organiser un recueil des données des mesures d'isolement et de contention fiable, pouvant être interfacé avec d'autres données d'activités afin d'asseoir au sein des unités de soins une réflexion institutionnelle de réduction des mesures d'isolement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM indique que l'établissement est en train de déployer le logiciel Planipsy permettant de disposer d'un unique outil centralisant l'ensemble des décisions et certificats concernant un patient en soins sans consentement ou en isolement-contention. Il n'a en revanche pas vocation à se substituer au dossier patient informatisé.

Il permettra également de faciliter le suivi des dossiers dans le cadre des saisines du JLD.

Le CGLPL salue le déploiement d'un outil performant permettant notamment le recueil des données des mesures d'isolement et de contention afin d'améliorer la fiabilité des informations récoltées, base des réflexions institutionnelles. Le projet étant en cours, la recommandation est maintenue en l'état.

²⁶ Source SSSC.

²⁷ Source Planipsy.

²⁸ Registre Excel Isolement/Contention.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LES USAGERS SONT ASSOCIES AUX DIFFERENTES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

8.1.1 La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP)

Lors du dernier contrôle, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CHDP), ancienne dénomination de la CDSP, ne se réunissait plus à la suite d'une démission collective de ses membres en 2009, la dernière visite de l'établissement suivie d'entretiens avec les patients remontant au 12 novembre 2009.

La CDSP est chargée d'examiner obligatoirement la situation des personnes admises en cas de péril imminent et celles dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an. Elle visite les établissements habilités et vérifie les informations figurant sur les registres. Elle reçoit les réclamations des personnes faisant l'objet de mesures de soins sans consentement. Elle traite les courriers des patients, visite les établissements et s'attache à examiner les registres de la loi, les registres d'isolement et de contention, les chambres d'isolement, l'environnement global d'accueil des patients. Elle entend ceux qui en font la demande.

La CDSP a repris son activité et procède à des visites de manière régulière. Ses membres ont été renouvelés pour une durée de trois années à compter du 2 juin 2019 et elle est présidée par la représentante de l'UNAFAM depuis le 10 septembre 2020.

Les HSM, qui relèvent de la CDSP du Val de Marne, comportent quatre secteurs de psychiatrie dont trois secteurs parisiens qui dépendent pour la gestion et le suivi des patients de la Préfecture de Police de Paris (Paris Centre, Paris 11 et Paris 12), le quatrième de la Préfecture du Val-de-Marne.

Aucun affichage sur les missions et les modalités de saisine de la CDSP n'est apposé dans les unités sauf dans l'unité Louise Michel et dans l'unité 94G16 mais seulement au moment de sa venue.

RECOMMANDATION 21

L'existence, les missions et les modalités de saisine de la CDSP doivent faire l'objet d'un affichage permanent dans les unités de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'un rappel sur les affichages obligatoires dans les unités va être à nouveau réalisé auprès des services. Le CGLPL salue l'initiative de la direction et invite les unités à procéder aux affichages de toutes informations favorisant l'exercice des droits des patients. La recommandation est maintenue en l'état.

Le 11 décembre 2017, elle a visité les unités Cézanne et Matisse mais n'a entendu aucun patient.

En 2018, elle s'est réunie deux fois et a visité cinq établissements dont les HSM le 19 septembre ; elle a relevé que les deux registres de la loi (SDT et SDRE) étaient à jour et tenus correctement. Elle a visité les deux chambres d'isolement du pôle Paris 11. Ses observations ont porté essentiellement sur le registre de la loi, le registre d'isolement et de contention et les chambres d'isolement. Depuis, elle n'est pas revenue.

Le 16 mars 2021, une délégation de la CDSP, composée de la présidente et du médecin généraliste désigné par le préfet, a consulté différents documents, visité le pôle 94G16 et a entendu deux patients ; elle a visité le pôle 12 le 21 octobre 2021. La présidente de la CDSP, bien qu'elle n'ait pu nous transmettre le compte-rendu de cette dernière visite, a précisé qu'aucun patient n'avait demandé à être entendu.

Il ressort du dernier compte-rendu de visite du 16 mars 2021 que les documents synthétiques remis par l'établissement n'ont pas permis à la commission de répertorier les patients hospitalisés depuis plus d'un an et que la présentation sous la forme de listings informatiques des mesures d'isolement et de contention pour l'année 2020 n'a pas permis d'exercer le contrôle de ces mesures.

RECOMMANDATION 22

L'établissement doit fournir à la CDSP tous documents lui permettant d'exercer effectivement les contrôles prévus par la loi.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait valoir que l'établissement respecte les prescriptions légales. Elle rappelle les dispositions de l'article L3222-5-1 III du code de la santé publique : « *Le registre, établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires* ». Ainsi, elle estime que cette disposition prévoit une consultation du registre qu'elle propose systématiquement aux autorités de contrôle et non une communication.

Par ailleurs, elle vise l'article L3223-1 CSP qui précise les missions de la CDSP en ces termes : « *les personnels des établissements de santé sont tenus de répondre à toutes les demandes d'information formulées par la commission. Les médecins membres de la commission ont accès à toutes les données médicales relatives aux personnes dont la situation est examinée* »

En conséquence, la direction estime devoir répondre aux demandes d'information, et non aux demandes de communication.

S'il n'est pas contesté que les HSM respectent les dispositions légales, néanmoins, la présentation des informations et/ou documents (registres, données médicales...) sollicitées par la CDSP doit être lisible et accessible afin de permettre au contrôle d'être efficient. Par exemple, pour l'étude du registre des mesures d'isolement et de contention, le CGLPL a sollicité une présentation plus lisible qu'un listing brut des données. La recommandation est maintenue en ce sens.

La CDSP n'effectue pas d'étude de dossiers de patients comme en témoignent les rapports d'activité communiqués. Par ailleurs, en raison du départ de certains médecins non remplacés qui la composent, la poursuite de ses missions est fragilisée.

RECOMMANDATION 23

Lors de ses visites, la CDSP devrait procéder à l'étude des dossiers de patients afin de compléter l'exercice de ses missions.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM relève que cette recommandation ne s'adresse pas à l'établissement. En effet, elle s'adresse à la CDSP.

8.1.2 La commission des usagers (CDU)

Le livret d'accueil mentionne l'existence de la CDU, décrit son rôle et la possibilité de la saisir pour toute réclamation ou contestation relative aux conditions de l'hospitalisation.

Les affiches sur le rôle de la CDU, son fonctionnement, la possibilité de sa saisine et la liste nominative de ses membres, sont apposées dans toutes les unités.

La commission se compose de deux représentants des usagers dont un la préside, de deux médiateurs médicaux dont l'un est vice-président, et de deux médiateurs non médicaux.

Les registres des réclamations sont mis à disposition des représentants des usagers avant la réunion de la CDU mais, selon les renseignements recueillis, ils ne s'emparent pas de cette possibilité de sorte que la commission se contente dans la plupart des cas de valider les réponses déjà apportées par l'établissement. Toutes les réclamations des patients et de leurs proches sont traitées, y compris les réclamations orales recueillies par téléphone ou lors d'une visite à la direction.

En 2019, la CDU s'est réunie en séance plénière à quatre reprises. Elle a traité 116 réclamations, dont 74 émanant des pôles de psychiatrie. La grande majorité portait sur les aspects médicaux de la prise en charge et douze sur la contestation d'une hospitalisation sous contrainte. Deux médiations ont été organisées avec le médiateur médical portant sur une demande présentée par le patient concernant les modalités de sa prise en charge médicale et une autre par la mère d'une patiente portant sur les conditions de prise en charge de sa fille de 18 ans hospitalisée au pôle psychiatrie.

En 2020, elle s'est réunie cinq fois, dont quatre fois en séances communes avec l'hôpital des Murets, a traité 123 réclamations dont 78 provenant des pôles psychiatriques, a réalisé cinq médiations dont une concernait le secteur psychiatrique et portant sur les conditions de prise en charge médicale d'un patient.

L'examen du registre des réclamations montre qu'il est systématiquement délivré un accusé de réception, les délais de réponse étant d'un à trente jours.

Les rapports annuels communiqués ne montrent pas en quoi la commission participerait à la politique générale de l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ou qu'elle serait associée au parcours de soins. Aucune visite de l'établissement n'a été organisée pour les représentants des usagers.

RECO PRISE EN COMPTE 6

L'établissement doit associer la CDU à l'élaboration de la politique conduite en matière d'accueil et de prise en charge ainsi que de parcours de soins.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que les visites des pôles pour les représentants des usagers sont programmées au mois de juin 2022 d'abord au sein de la filière de psychiatrie puis dans les autres filières. Par ailleurs, elle indique que la CDU a été associée aux précédentes politiques conduites en matière de prise en charge et va bénéficier d'une communication régulière sur les écarts constatés et les actions mises en œuvre.

La CDU sera par ailleurs associée à l'état des lieux pour la certification (bilan des EI, points avec la qualité, association à certaines évaluations...). En conséquence, la recommandation est considérée comme prise en compte.

8.1.3 Le questionnaire de satisfaction

Les patients de psychiatrie ont renvoyé cinquante-deux questionnaires en 2018, vingt-sept en 2019 et huit en 2020, ce qui enlève tout sens à l'exploitation des résultats obtenus.

Le CH « Les Murets » et les HSM ont élaboré « un projet des usagers » aux fins notamment de renforcer l'implication des usagers au sein de l'hôpital.

Il est prévu de procéder à des enquêtes au sein des unités durant une semaine, le questionnaire étant élaboré durant des réunions regroupant des soignants, des patients et des représentants des usagers.

8.1.4 Les représentants des usagers

Le livret d'accueil mentionne les coordonnées des associations d'usagers et de l'association ESQUI composé d'usagers et d'ex-usagers des HSM. Cependant, le numéro de téléphone de cette association est obsolète.

RECOMMANDATION 24

Le livret d'accueil doit être mis à jour pour les coordonnées de l'association ESQUI.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que la mise à jour va être demandée au service communication en charge de la réalisation du livret d'accueil. Le CGLPL maintient la recommandation en l'état.

L'association ESQUI, affiliée à la FNAPsy (fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie), tient des permanences dans un local mis à sa disposition par l'hôpital et est membre du comité d'éthique.

La participation effective des usagers aux orientations de l'établissement ou, à l'échelle individuelle, la participation du patient à son parcours de soins, ne sont pas institutionnalisées. Certes, les représentants des usagers sont conviés à différentes instances : commission des usagers (CDU), conseil de surveillance, comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), comité de lutte contre la douleur (CLUD) et y sont écoutés, s'ils le souhaitent, mais n'y disposent pas d'un statut qui leur permettrait de peser sur les décisions.

Les contrôleurs ont rencontré des représentants des usagers, notamment deux personnes en contact avec le pôle 94G16 qui a mis en place une participation effective des représentants des usagers à des réunions institutionnelles de pôle portant sur des thèmes particuliers (environ dix par an) et à des réunions d'aide aux familles (une fois par mois).

8.2 LA TENUE DU REGISTRE DE LA LOI PERMET LE CONTROLE DE LA REGULARITE DES PROCEDURES

Le service des soins sans consentement s'occupe de la tenue des registres de la loi. Il les renseigne le jour de la saisine du juge des libertés et de la détention, soit dans les huit jours de la décision, en contravention avec les prescriptions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique qui prévoit la transcription des décisions prises au cours du parcours de soins sans consentement dans les vingt-quatre heures.

RECOMMANDATION 25

Le registre de la loi doit être renseigné dans les vingt-quatre heures conformément aux dispositions de l'article L.3212-11 du code de la santé publique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que le service des soins sans consentement s'emploie à saisir dans les 24 heures le registre de la loi. Néanmoins, la direction relève que « les évolutions réglementaires comme le régime juridique relatif à l'isolement-contention et les difficultés ponctuelles de personnels conduisent le service à prioriser notamment

les saisines du juge des libertés et de la détention sur le renseignement du registre de la loi dans les 24 heures ». Si les difficultés énoncées expliquent le retard constaté, le CGLPL ne peut que maintenir sa recommandation, la numérisation du registre devant alléger les manipulations à réaliser.

D'un modèle standard, ces registres comportent 150 folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils sont distincts selon le statut d'hospitalisation. Une double page du registre est consacrée à chaque patient hospitalisé sans son consentement. Y sont collées, par ordre chronologique, des copies en format réduit des certificats médicaux et des décisions administratives.

Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à huit des neuf exigences prévues par le code de la santé publique. Seule la mention des accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique est absente.

RECOMMANDATION 26

Les dates de délivrance des informations mentionnées aux alinéas a) et b) de l'article L.3211-3 du code de la santé publique doivent figurer dans le registre de la loi.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « *le service de soins sans consentement va étudier comment mettre en place la saisie des dates de délivrance des informations aux patients dans le cadre de la dématérialisation du registre de la loi* ». Le CGLPL maintient sa recommandation qui pourra trouver une réponse effective dans le cadre de la numérisation du registre de la loi.

Renseignés par date d'admission avec un numéro de folio pour chaque nouvelle entrée, ils permettent un suivi des procédures pour des patients dont la prise en charge en programme de soins ou en hospitalisation complète perdure, par le renvoi au numéro de folio, dans le même registre ou le suivant.

Les certificats médicaux, qui ne sont pas horodatés, et l'avis motivé au juge des libertés et de la détention, sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont pu observer que leur contenu est globalement suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante. Il n'a pas été constaté l'usage de certificat-type ou de copier-coller. En revanche, aucun report n'est effectué sur ces certificats des éventuelles observations des patients recueillies avant leur édicton.

Les certificats concernant les programmes de soins sont joints aux registres.

Le service des soins sans consentement vérifie la date du certificat médical ainsi que son contenu et appelle les médecins en cas de problème.

Une permanence administrative est organisée les samedis, dimanches et jours fériés de sorte que les décisions du directeur pour les soins à la demande d'un tiers sont prises dès l'admission.

La CDSP contrôle le registre de la loi à chacune de ses visites, la dernière datant du 16 mars 2021.

Le procureur de la République est venu pour la dernière fois le 25 août 2017.

Il n'a pas été constaté de visa des autres autorités mentionnées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 27

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

Selon les renseignements recueillis, le registre de la loi informatisé sera mis en place à compter de janvier 2022.

8.3 L'ACCES AU JUGE EST ASSURE MAIS SE HEURTE A DES MOYENS INSUFFISANTS POUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA REFORME SUR LE CONTROLE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

8.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Une convention, signée le 4 juillet 2014 entre l'ARS et la procureure près le TGI de Créteil, prévoit notamment la mise à disposition par les Hôpitaux de Saint Maurice d'une salle pour les audiences relatives au contentieux de l'hospitalisation sous contrainte.

Deux audiences se déroulent au sein de l'hôpital les lundis et mercredis à 9h30.

La saisine et tous les documents nécessaires sont transmis, par mail crypté, par le service des soins sans consentement au greffe du tribunal, au plus tard le jeudi précédent avant midi pour les audiences du lundi et le lundi pour celles du mercredi ; à défaut, les procédures sont audiencées sur les audiences tenues au sein des autres établissements du ressort.

Le greffe du tribunal se charge de l'édition des convocations qui sont remises au patient par les soignants. Il convoque les mandataires de justice qui sont très rarement présents et avise les tiers ayant demandé la mise en place de la mesure.

Le tableau de l'ordre des avocats n'est pas affiché dans les unités mais les patients sont avisés au moment de la remise de la convocation de la possibilité de bénéficier d'un avocat d'office ou d'en choisir un.

Les audiences se tiennent dans une grande salle lumineuse spécialement aménagée et équipée d'un poste informatique et d'une imprimante. Elle est située loin de l'entrée de l'hôpital mais le parcours pour y accéder est signalisé.

L'accueil est fait par un agent du service des soins sans consentement qui dispose d'un bureau.

A l'entrée, se trouve une vaste salle d'attente permettant de recevoir les patients accompagnés des soignants et les proches.

Des toilettes sont à la disposition des patients, magistrats et avocats.

Les avocats peuvent s'entretenir avec leur client en toute confidentialité dans deux bureaux. Le barreau organise une permanence d'avocats, tous volontaires, pour intervenir dans cette matière. Pour être inscrits sur la liste de la permanence, ils doivent justifier d'une formation particulière de 6 heures par an ; ils assurent une défense active des patients et certains soulèvent des irrégularités de procédure.

Les dossiers leur sont transmis par le réseau privé virtuel des avocats (RPVA) sur leur boîte électronique le vendredi matin pour l'audience du lundi et mardi avant midi pour l'audience du mercredi.



Salle d'entretien avec l'avocat



Salle d'attente

8.3.2 La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du mercredi et à une partie de celle du lundi.

Les magistrats et les greffiers ne portent pas leur robe contrairement aux avocats.

Selon les renseignements recueillis il est arrivé, mais exceptionnellement, que les patients viennent en pyjama ou dans des vêtements inadaptés (guenilles) et sales.

Le patient est accompagné d'un soignant qui assiste à l'audience. Les magistrats estiment que la présence du soignant est nécessaire pour des raisons de sécurité.

La porte de la salle est systématiquement fermée, les ordonnances rendues mentionnant toutes « *qu'une atteinte à l'intimité de la vie privée du patient pouvant résulter des débats, l'audience se tiendra en chambre du conseil* ».

Les juges ont des pratiques très différentes. L'un d'eux ne rappelle pas au patient quel est son statut, ne mentionne pas les termes des certificats médicaux, rend son ordonnance sur le siège mais sans signaler les voies de recours et la possibilité de saisir le JLD à tout moment. Son collègue commence l'audience en présentant l'ensemble des personnes présentes, expose son rôle, précise la conformité des certificats médicaux aux dispositions légales et s'enquiert de la façon dont se déroule l'hospitalisation, donne la parole au patient puis à l'avocat et soulève des moyens d'irrégularités d'office ; il rend lui aussi sa décision sur le siège mais indique les voies de recours.

Les décisions sont imprimées et notifiées par le greffier qui remet une copie au patient et à son avocat.

Aucun responsable de l'administration n'est présent et selon les renseignements recueillis le représentant de la préfecture n'assiste à l'audience qu'exceptionnellement.

Aucun tuteur ou curateur n'était venu, seule la mère d'un patient a assisté à l'audience.

*Salle d'audience*

8.3.3 Les décisions rendues

Le contentieux des hospitalisations en soins sans consentement représente une activité conséquente du service du JLD du TJ de Créteil composé de cinq magistrats et de trois greffiers affectés à cette matière. Les JLD assurent, en outre, deux autres contentieux (pénal et droit des étrangers) et une participation au service général du TJ. Le service est compétent pour l'ensemble des établissements du Val-de-Marne soit, en plus des Hôpitaux Saint Maurice, ceux de Villeneuve-Saint-Georges, de Paul Brousse à Villejuif, Albert Chenevier à Créteil, le centre hospitalier Les Murets à La-Queue-en-Brie et le groupe hospitalier Paul Giraud à Villejuif.

Selon les renseignements donnés par l'établissement, en 2020, 766 patients ont été convoqués, 176 étaient présents à l'audience de Saint-Maurice et 312 certificats de non-audition ont été établis. Ces chiffres s'expliquent par le fait que les magistrats ont tenu des audiences dématérialisées pendant le confinement du 17 mars au 6 juillet 2020 et ont sollicité l'établissement de certificats indiquant que les patients étaient ni auditionnables ni transportables. Les JLD prenaient leurs décisions en examinant l'ensemble des documents nécessaires à la mise en place et au maintien de la mesure. La direction des affaires juridiques des Hôpitaux Saint-Maurice avait établi une note d'information précisant au patient qu'il pouvait faire parvenir des observations au juge par mail et s'entretenir avec l'avocat qui le représenterait. 677 décisions ont maintenu la mesure, 48 l'ont déclaré sans objet, 9 ont ordonné le renvoi, 9 une expertise et 8 la mainlevée avec un délai de 24 h pour élaborer un programme de soins. 14 patients ont relevé appel de la décision, le recours ayant donné lieu à 9 confirmations, 4 sans objet et une mainlevée avec programme de soins.

En 2021, 642 patients ont été convoqués, 442 étaient présent à l'audience et 48 certificats de non-audition ont été rendus. 526 décisions ont maintenu la mesure, 56 l'ont déclaré sans objet, 8 ont ordonné le renvoi, 8 une expertise, 15 la mainlevée de la mesure avec un délai de 24h pour mettre en place un programme de soins et 23 la mainlevée sans délai. 23 appels ont été relevés par les patients qui ont donné lieu à 14 décisions de confirmation, 4 sans objet, un renvoi de l'affaire, une demande d'expertise, une irrecevabilité et une mainlevée sans délai.

Les mainlevées avec délai de 24 heures étaient motivées par l'insuffisance des termes et constatations des certificats médicaux, l'absence dans les délais requis des certificats médicaux des 24h ou 72h, la non-justification de l'absence du patient à l'audience, des saisines du JLD hors délai,

l'absence d'information de la famille d'un patient admis en péril imminent et l'absence de l'interprète viciant la notification de la décision de placement en soins sans consentement.

Les mainlevées immédiates étaient pour l'essentiel motivées par le fait que le patient était en sortie irrégulière depuis plusieurs mois, voire plusieurs années (14) et, qu'en conséquence, le juge ne pouvait apprécier son état de santé au jour de la décision.

8.3.4 Le contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention

a) La mise en œuvre de la réforme

L'établissement et le service du JLD se sont employés à mettre en œuvre la réforme introduite par l'article 84 de la loi de finance pour la sécurité sociale promulguée le 14 décembre 2020, dès le 1^{er} janvier 2021.

Jusqu'à la publication tardive du décret le 30 avril 2021, les juridictions (de Créteil et de Nanterre) et les établissements de santé mentale du ressort tâtonnaient sur les conditions d'application de la réforme. Le service du JLD de Créteil a opté pour un examen des requêtes en mainlevée des mesures d'isolement et de contention lors de l'audience d'examen du maintien de l'hospitalisation à temps complet à 12 jours, puis à 6 mois. Le service des admissions adressait les documents relatifs à l'isolement et à la contention en même temps que ceux relatifs au maintien de la mesure d'hospitalisation.

Une réunion a été organisée par le TJ, le 11 mai 2021, en présence de représentants de l'ensemble des centres hospitaliers du ressort, du président du TJ, du coordonnateur du service du JLD, d'un représentant du parquet, de deux représentants du greffe. Le coordonnateur du service du JLD a présenté la réforme et les attentes du service. Puis un temps de questions-réponses a permis de dégager deux points pouvant poser difficulté pour les équipes : lorsque le renouvellement de la mesure à l'issue du délai de 12 heures intervient en pleine nuit, l'opportunité de réveiller le patient a été interrogée, et l'interprétation de la notion de l'information du JLD « sans délai ». Les textes ne règlent pas l'ensemble des questions pratiques et les instructions du ministère des Solidarités et de la santé ne sont pas toujours en cohérence avec la position des juridictions, ce qui complexifie l'application de la réforme.

Des outils pratiques ont été adressés par le service du JLD aux établissements, notamment un formulaire de demande de mainlevée de la mesure de placement en isolement ou en contention, une note explicative sur les attentes du service du JLD sur les certificats et avis médicaux, des tableaux de calcul des échéances des mesures, un formulaire de transmission de la requête et un formulaire d'information du patient.

Le service du JLD assure une veille auprès des établissements qui peuvent le solliciter par mail en cas de difficulté.

b) Les effets de la réforme

Depuis la parution du décret d'application, le service du JLD a été saisi de 19 requêtes, s'est auto-saisi de 32 dossiers, a prononcé 36 mainlevées, 13 maintiens et deux sans objet pour l'ensemble des hôpitaux de son ressort.

S'agissant des Hôpitaux de Saint-Maurice, 6 auto-saisines ont abouti à 5 mainlevées et un maintien. Les décisions de levées sont fondées sur un contrôle formel des conditions dans lesquelles le renouvellement des mesures d'isolement a été réalisé à l'issue d'une période de 12 heures, les pièces produites ne permettant pas de vérifier les identités et qualités des prescripteurs de

l'isolement et de ses renouvellements ou le patient ayant été maintenu à l'isolement durant plus de 12 heures sans nouvelle prescription.

Le service du JLD est avisé du maintien du patient en isolement au-delà de 48 heures et sous mesure de contention au-delà de 24 heures par un courriel sécurisé (crypté) envoyé par le service des admissions en semaine et le cadre de permanence durant les week-ends et jours fériés sur une boîte structurelle dédiée. L'information des proches est effectuée par le médecin psychiatre ou les soignants par téléphone sans aucune traçabilité réelle, les fiches n'étant pas systématiquement remplies.

Pour assurer le traitement des requêtes des patients par le service du JLD, une attention particulière est de mise en raison du délai contraint (24 heures) dans lequel la décision du JLD doit intervenir. Si cette vigilance ne pose aucune difficulté en semaine en horaire de service, il en va différemment le week-end et en soirée et ce en raison de moyens non anticipés par le ministère de la Justice. Les problèmes s'aggraveront en cas de *statu quo* à compter du mois de janvier 2022, date de l'entrée en vigueur du contrôle systématique du maintien de ces mesures à la suite d'une nouvelle censure par le Conseil constitutionnel, le 19 juin 2020, de l'article L3222-5-1 du CSP dans sa dernière version.

Le greffe (trois agents affectés aux hospitalisations en SSC et un quatrième volontaire pour renforcer ses collègues les fins de semaine, jours fériés et en soirée) a été doté d'un téléphone mobile d'astreinte. Lors du contrôle et contrairement à la pratique antérieure, le service administratif régional de la Cour d'appel de Paris (SAR) acceptait d'indemniser les agents du greffe de l'astreinte assurée les dimanches et les jours fériés, contrainte non négligeable pouvant conduire à un déplacement au TJ. L'application de la réforme induit la permanence d'un greffier supplémentaire, le TJ ayant opté pour une permanence spécifique assurée par un greffier du service du JLD.

RECOMMANDATION 28

Le ministère de la Justice doit allouer des moyens aux services du juge des libertés et de la détention afin de leur permettre d'assurer un contrôle efficient des mesures d'isolement et de contention.

9. LES SOINS

9.1 LES MODALITES DE PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE MANQUENT D'ÉCHANGES INSTITUTIONNELS

9.1.1 La politique générale

Les quatre pôles de psychiatrie adulte ont rédigé en 2019 un projet de pôle établissant un bilan et listant les principales actions à mettre en œuvre d'ici 2023.

Ces actions mettent l'accent sur l'approche pluriprofessionnelle, sur la participation nécessaire des patients à certaines réflexions, l'apport de tiers, l'amélioration de l'accueil, notamment en situation de crise, la formation, le travail intersectoriel et surtout l'ouverture de toutes les unités à l'horizon 2023.

Toutes les unités d'admission accueillent des patients en soins libres (SL) et en soins sans consentement (SSC). Le pourcentage de SSC sur trois ans, calculé à partir des journées²⁹, se situe entre 40 et 46 % dont plus de 85 % sont des SSC à la demande d'un tiers. Ce pourcentage est très élevé, la moyenne nationale étant de 23,3 %³⁰. La très grande majorité des patients est adressée par un service d'urgence (SAU). Les patients sans domicile fixe se trouvant à Paris sont adressés au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil (CPOA) de Saint-Anne qui assure ensuite une répartition équitable entre les secteurs parisiens dont dépendent les pôles Centre, 11 et 12 des HSM et des patients hors secteur sont également adressés par l'infirmierie de la préfecture de police de Paris.

Les HSM n'ont pas de dossier patient informatisé (DPI). Cet établissement a un retard considérable au niveau de l'informatisation des services de soins, ceci étant imputable à la direction générale précédente qui n'a engagé aucune action en ce sens. Cette absence de DPI est un facteur limitant les échanges entre intra et extra hospitalier d'un même pôle mais également entre les pôles lors de transfert de patients.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Il est primordial que les HSM se dotent d'un dossier patient informatisé (DPI).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que le déploiement du dossier patient informatisé du GHT est en cours. En effet, elle expose que « après le SSRE, le pôle Femme Enfant et le P3R, il a été déployé en 2022 au SSR Neurologie, SSR rééducation et rhumatologie. Au cours du deuxième trimestre 2022, il le sera également au SSR Dialyse et au SSR gériatrie. La feuille de route DPI Psychiatrie a commencé par les deux pôles de psychiatrie adultes (Paris-Centre et 94G16) qui sont déployés en 2022, avec un pôle de pédopsychiatrie. La feuille de route DPI Psychiatrie prendra fin en 2023 ». Au regard des précisions temporelles apportées sur le programme de déploiement du DPI, la recommandation est considérée comme prise en compte.

²⁹ Source DIM du CHLVO.

³⁰ IRDES, *Questions d'économie de la Santé*, n°22, février 2017.

9.1.2 Les modalités de prise en charge

a) La prise en charge clinique

Quelles que soient les unités, l'accueil est assuré par l'équipe soignante, les patients étant vus rapidement en consultation par un médecin psychiatre.

La prise en charge des patients est ensuite dépendante de leur état clinique et de leur pathologie. Leur consentement est toujours recherché. La règle de fonctionnement est basée sur la pluridisciplinarité, l'ensemble des professionnels étant associés (soignants, psychologues, assistants sociaux, etc.).

Une seule unité dénote dans ce fonctionnement : l'unité Manet déjà citée précédemment. Les contrôleurs y ont constaté un glissement des compétences au sein de l'équipe soignante, conduisant notamment les aides-soignants et les infirmiers à réaliser des actes ne relevant pas de leurs fonctions. L'absence de pilotage tant médical que para médical amène à un exercice professionnel non conforme, à la limite de l'illégalité.

L'organisation interne des pôles et des unités inclut pour la majorité des réunions de synthèse, des réunions cliniques et des réunions soignants-soignés. Le pôle Paris 12 n'a pas mis en place de réunions soignants-soignés, les réunions cliniques pour l'unité Manet ne sont pas systématiques.

Le principe de désignation d'un médecin et d'un IDE référents n'est pas la règle, soit par défaut de médecin, comme pour l'unité Manet, soit par manque d'IDE au regard du nombre de vacances de postes.

Dans certaines unités sont systématiquement associés aux consultations médicales un IDE voire un AS.

Chacun des pôles propose annuellement un programme de formation, les personnels étant libres du choix de leurs thématiques mais certaines d'entre elles étant ciblées et recommandées, notamment sur la violence et la gestion d'une crise.

Tous les pôles ne bénéficient pas de séances de supervision (deux sur quatre), ces interventions étant de leur initiative. Pour ceux les ayant sollicitées et faute d'avoir des intervenants extérieurs, ce sont les psychologues de l'extra hospitalier qui se chargent de ces supervisions en interne. Ce type de formation doit en principe être assurée par des intervenants extérieurs, ce que refuserait la direction.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'elle n'est pas opposée par principe à la supervision mais son recours doit répondre aux conditions requises pour engager des dépenses en matière de formation continue.

Trois pôles (les pôles 94G16, Paris 11 et Paris 12) ont introduit des médiateurs de santé aussi dénommés « pairs-aidants », ceux-ci pouvant être d'anciens patients, ou des pairs-famille (uniquement pour le pôle 94). Les recrutements se font sur appel d'offre de l'ARS qui les finance à temps plein sur deux ans et prend en charge une formation obligatoire en psycho-sociologie. Au terme de ces deux années, le relais doit obligatoirement être assuré par l'hôpital. Concernant les pairs-patients, un est affecté en extra hospitalier et le second participe aux activités intra et extra hospitalières. Un troisième est en cours de recrutement.

Un médiateur santé pair-famille, qui n'a pas le même statut que le pair-patient, a été recruté pour un an à titre expérimental *via* un appel d'offre de l'ARS, affecté au pôle 94G16. Un second médiateur est en cours de recrutement *via* un appel d'offre de la Fondation de France. Ces médiateurs sont associés à toutes les réunions d'équipe et du pôle, rencontrent les patients qui le souhaitent, sont

une interface entre les soignants et les patients et un maillon essentiel pour ceux-ci notamment lors de leurs sorties en extra hospitalier (cf. § 9.3).

Le chef du pôle 94G16 considère que ces personnes sont venues bouleverser les pratiques de soins des structures intra et extra hospitalières, le respect du patient étant au cœur de leur priorité.

BONNE PRATIQUE 2

La mise en place de pairs-aidants patients et familles permet au personnel d'avoir des approches différentes et innovantes sur les prises en charge soignantes et les pratiques de soins impactant les patients. Le développement de ce dispositif est encouragé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait valoir que le pôle Paris Centre est en cours de recrutement d'un médiateur santé-pair et que le pôle Paris 11 a recruté une médiatrice santé pair depuis le mois de mars 2022 pour le CAP Bastille.

Globalement et nonobstant ces quelques différences d'approche, évoquées par ailleurs dans les projets de pôles précédemment cités, les patients bénéficient d'une prise en charge de qualité. Le seul bémol à ce constat concerne l'unité Manet, en crise au moment du contrôle, du fait de conflits interpersonnels graves ayant conduit au départ de l'encadrement (cadre et médecin référent) et qui ne dispose plus, au jour du contrôle, ni de médecin psychiatre attitré ni de cadre.

En outre, une équipe mobile en addictologie (ELSA) intervient dans l'ensemble des unités, en fonction des besoins, pour délivrer des informations et des actions de prévention à l'attention des patients sur la consommation de toxiques, soit de manière individuelle soit en petit groupe.

b) Les activités thérapeutiques

Chaque pôle est doté d'un budget. Tous ont en place un certain nombre d'activités thérapeutiques internes.

Les unités disposent de salles d'activités spacieuses où interviennent des ergothérapeutes du lundi au vendredi. Le nombre des ergothérapeutes est variable selon les pôles, sans en connaître les raisons. Leur implication et leur rôle sont essentiels et reconnus. La participation des patients peut être libre, ou prescrite par un médecin.

L'offre d'ateliers est importante et diversifiée (ateliers d'écriture, peinture, modelage, rencontres avec des artistes de rue). Les ergothérapeutes sont très investis selon les témoignages des patients et des soignants et comme l'ont constaté les contrôleurs.

Des prises en charge individuelles sont proposées aux patients pour lesquels les ateliers en groupe ne sont pas possibles.

Des ateliers en lien avec des activités physiques peuvent être prescrits. Il existe aussi des médiations animales.

Dans la plupart des unités, les plannings hebdomadaires des ateliers sont affichés dans les couloirs, y compris les heures d'accès à certaines activités externes, comme la cafétéria très fréquentée.

9.1.1 La gestion des traitements

Le circuit du médicament est en cours d'informatisation (logiciel Pharma) depuis quelques mois, deux pôles étant en expérimentation (pôle 9G164 et Paris 11). En conséquence, les prescriptions sont informatisées ainsi que la distribution. Pour les autres pôles, seule la transmission des

ordonnances est informatisée, permettant leur analyse à l'exclusion de l'unité de pédopsychiatrie (CCASA).

Il n'y a pas d'échanges formalisés entre la pharmacie et les psychiatres sinon de nombreux appels téléphoniques ou des échanges de mails de jeunes médecins souhaitant des confirmations de leurs prescriptions.

La pharmacologie clinique n'est initiée que dans le pôle 9G164. Un programme de prévention et d'éducation thérapeutique nutritionnelle au cours de la prise en charge psychiatrique ambulatoire été mis en place au centre médico psychologique (CMP).

Les équipes de nuit préparent les piluliers pour les traitements qui sont contrôlés le lendemain par l'infirmier qui les dispense.

Chaque unité est équipée d'un local pharmacie. La distribution des médicaments a lieu à la porte de ce local aux heures du déjeuner et du dîner. Les patients attendent les uns derrière les autres. Les échanges avec les patients dans ce contexte ne sont pas toujours facilités et surtout la confidentialité n'est pas toujours respectée

Un certain nombre de prescriptions sont des prescriptions « si besoin » pouvant concerner toutes les molécules y compris des neuroleptiques et tous modes de prescriptions par voie orale ou injectable. Ces prescriptions sont validées par un médecin indiquant les doses à ne pas dépasser. Ce sont les IDE qui évaluent la nécessité de dispenser ces prescriptions. Pour cela, un dialogue est engagé avec le patient afin d'évaluer ses besoins. Par ailleurs, la prescription si besoin peut être demandée par le patient. Enfin, elle peut être administrée parfois de force lorsque le patient refuse de prendre son traitement. Il n'y a pas d'évaluation conduite sur ce type de prescriptions.

Pour certaines de celles-ci, concernant notamment des laxatifs, le protocole de prévention et de prise en charge de la constipation validé par le pharmacien le 12/10/2017 précise de ne pas prescrire en « si besoin ». Pourtant c'est la pratique dans certaines unités.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Les conditions de distribution des médicaments doivent être revues afin d'éviter les attentes et de permettre d'assurer une certaine confidentialité. Les prescriptions « si besoin » doivent faire l'objet d'une réflexion associant les principaux professionnels de santé concernés.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise qu'elle procède à un rappel systématique lors de la réalisation des patients traceurs. Par ailleurs, elle indique que les conditions de distribution des médicaments ont été révisées afin d'éviter l'attente des patients et d'assurer la confidentialité. Ce point a été traité lors des enquêtes de sécurisation médicamenteuses (enquête ARCHIMED du 6 mai 2022). De plus, une affiche a été réalisée par la pharmacie en vue de communiquer aux services de soins les conditions de distribution des médicaments telles que validées. Enfin, la prescription du médicament a été travaillée dans le cadre du déploiement du logiciel PHARMA. Au regard de l'ensemble de ces éléments, la recommandation est considérée comme prise en compte.

Il a été rapporté aux contrôleurs, au sein de l'unité Manet du pôle Paris 12, un non-respect de prescriptions médicales par certains infirmiers, comme en témoignent des fiches d'événements indésirables, amenant à un constat de surdosage de certaines prescriptions. Cette pratique relève d'une faute professionnelle. Cet état de fait a conduit les praticiens à modifier le mode d'administration de certaines molécules notamment par le remplacement de solutions buvables par

des comprimés permettant une meilleure traçabilité des médicaments distribués. Des ordonnances médicales ne sont pas toujours respectées : non-réalisation d'examens complémentaires de surveillance (biologie, électrocardiogramme) ; report de la dispensation d'antibiotiques ; modification de prescriptions (ordonnances raturées).

De même, par défaut d'information du médecin psychiatre de l'arrivée d'un nouveau patient, des infirmiers dispensent de leur propre initiative les prescriptions mentionnées sur une ordonnance remise par le patient pouvant dater de plusieurs semaines.

9.2 L'ACCES AUX SOINS SOMATIQUES EST GARANTI MAIS LES UNITES NE DISPOSENT PAS DES MOYENS NECESSAIRES POUR ASSURER LES PRISES EN CHARGE COMPLEXES

L'équipe de soins somatiques comprend quatre ETP de praticiens hospitaliers (PH) dont le chef de service. Elle est complétée par un cadre de santé, une infirmière et une secrétaire. Cette équipe est installée dans des locaux réservés aux consultations de médecine générale et spécialisées qui sont adjacents à l'unité Laennec.

9.2.1 L'organisation des consultations de médecine générale

Les PH se sont répartis les unités d'hospitalisation complète en psychiatrie dans le cadre du suivi somatique des patients hospitalisés. Les patients admis en soins sans consentement sont systématiquement examinés dans les vingt-quatre heures qui suivent leur arrivée. Selon la prise en charge au service des urgences de provenance, des bilans complémentaires sont prescrits. Concernant les patients en SL, la consultation n'est pas proposée de manière systématique à moins que le patient ne présente des antécédents médicaux lourds ou une pathologie chronique nécessitant un suivi particulier.

Toutes les consultations se déroulent dans les unités d'hospitalisation qui ne sont pas équipées à cette fin (à l'exception des unités du pôle 94 et de l'unité Louise Michel du pôle Paris 12 qui dispose d'une salle d'examen et d'un poste de prélèvement), alors même que l'unité de consultations de médecine générale et spécialisées dispose de bureaux médicaux équipés de tables d'examen. Les médecins déplorent ce mode de fonctionnement qui est chronophage, en raison des distances à parcourir, et peu adapté puisque l'examen clinique se déroule au lit du patient. De plus, les unités ne disposent pas toutes de lits médicalisés. Enfin, ce mode d'organisation ne favorise pas l'autonomie des patients alors que la plupart d'entre eux sont autorisés à se rendre seuls dans le parc.

RECOMMANDATION 29

Dans un souci d'autonomisation, les patients autorisés à sortir de l'unité devraient pouvoir se rendre à l'unité de consultations de médecine générale et spécialisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que « l'unité de médecine générale et spécialisées a dû fermer pendant la pandémie en raison de tensions de personnel.

En parallèle, dans le cadre du projet médico-soignant, une réflexion commune a abouti au souhait de créer un hôpital de jour somatique. Les HSM ont adressé à l'Agence Régionale de Santé une demande d'autorisation pour transformer l'unité de consultation de médecine générale et spécialisées en hôpital de jour (HDJ), chargé de faire des bilans de santé pour les patients de psychiatrie. Dans le cadre de l'ouverture de l'HDJ, les bilans et consultations médicales somatiques seront réalisés au sein de l'HDJ. Les patients en ambulatoire pourront s'y rendre seuls ou

accompagnés selon leur état de santé. Les patients en hospitalisation complète pourront s'y rendre également tout en privilégiant une prise en charge somatique dans les unités ».

Le CGLPL salue le projet engagé et maintient en l'état sa recommandation

En dehors des admissions, les PH se déplacent également pour les suivis des patients chroniques et sur appel des psychiatres et des infirmiers qui, dans l'ensemble, sont réactifs. Des protocoles de surveillance ont été établis dans le cadre de la surveillance infirmière des effets indésirables inhérents à la prise de neuroleptiques. Les PH se déplacent également pour examiner les patients placés en CI.

En dehors des temps de consultation, une garde somatique est assurée vingt-quatre heures sur vingt-quatre.

9.2.2 Les consultations spécialisées et les hospitalisations

Les consultations de neurologie, d'ophtalmologie, de pneumologie, de gastro-entérologie et de cardiologie ont lieu sur place. Une diététicienne, un dentiste et un kinésithérapeute interviennent également. En revanche, les consultations d'ORL et de dermatologie ont été suspendues. Les patientes nécessitant une consultation de gynécologie sont adressées à la maternité des Hôpitaux de Saint-Maurice.

Les autres consultations spécialisées et les hospitalisations ont lieu à l'hôpital Henri Mondor et à l'hôpital des armées. Il a été indiqué que les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) exigeaient systématiquement la présence de soignants de psychiatrie pour garantir la surveillance des patients.

L'unité Laennec, qui était un service d'hospitalisation complète de douze lits lors de la précédente visite, est fermée depuis le premier confinement. Cette unité, unique en son genre, était destinée à recevoir des patients hospitalisés en psychiatrie dont l'état de santé nécessitait des soins somatiques et une surveillance constante. Leur hospitalisation à l'unité Laennec permettait aux médecins psychiatres référent de venir les voir.

La fermeture de cette unité aurait fait suite aux absences successives de PH liées à des arrêts maladie durant le premier confinement. Cependant, l'effectif de médecins était au complet lors du second contrôle. Il est prévu d'ouvrir, au mois de février 2022, un HDJ à la place de cette unité. Il aura vocation à accueillir et à prendre en charge les patients relevant de la psychiatrie ambulatoire qui ne bénéficient pas d'un suivi somatique à l'extérieur. La fermeture de cette unité d'hospitalisation complète est déplorée par les médecins somaticiens. Les psychiatres sont contraints d'accueillir dans leurs unités des patients relevant de prises en charge complexes – dont des suivis post-opératoires – et pour lesquelles les unités ne disposent pas de moyens matériels adaptés.

9.3 LES PROJETS DE SORTIE SONT PREPARES EN AMONT MAIS LE MANQUE DE LOGEMENTS ET DE STRUCTURES CONSTITUE UN FREIN A LEUR MISE EN ŒUVRE

Dans la majorité des unités, les projets de sortie sont travaillés en amont. L'ensemble des professionnels intervenant en intra et en extra hospitalier sont associés à la réflexion lors des réunions organisées à cet effet. Dès lors que l'état clinique du patient est stabilisé, les médecins accordent des permissions de sortie afin de renforcer son autonomie et de l'associer aux diverses démarches en vue de préparer sa sortie. Concernant les demandes d'autorisation de sortie des SDRE, la préfecture oppose rarement un refus systématique pour les sorties de courte durée sauf

cas particulier. En revanche, ces refus ne sont jamais motivés ; selon les propos recueillis, « *les ordres émaneraient de plus haut et seraient justifiés par des considérations sécuritaires* ».

Les médecins, à l'exception des PH du pôle G16/94, initient des programmes de soins (PDS) qui consistent bien souvent en un suivi en ambulatoire avec éventuellement un rendez-vous à l'hôpital dans le cadre d'une prescription d'injection retard. Lors de la visite, le pôle Paris 11 comptait cinquante-deux patients relevant d'un PDS et le pôle Paris Centre en comptait vingt-huit dont deux relevaient d'une hospitalisation séquentielle à raison de deux nuits par semaine. Concernant les levées de mesure des SDRE, le préfet ne demanderait pas systématiquement un second avis.

Les pairs-aidants (cf. § 7.4) intervenant sur les pôles Paris 11 et 12 et G16/94 sont également un relais dans la préparation de la sortie.

Cependant, le manque d'effectif en personnel infirmier ne permet pas toujours d'assurer l'accompagnement des patients qui le nécessitent à l'extérieur. Les assistantes sociales et les ergothérapeutes sont donc sollicités lorsqu'ils disposent du temps nécessaire. Ces accompagnements sont pourtant essentiels car ils permettent de confronter les patients à une réalité à laquelle ils ne sont pas toujours préparés (appartement insalubre ou bien la personne s'aperçoit qu'elle n'est plus suffisamment autonome pour vivre seule).

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM précise que pour pallier le manque d'effectif en personnel, l'établissement a validé institutionnellement au début du mois d'avril 2022 l'ouverture de recrutements de conseiller en économie sociale et familiale dans les pôles de psychiatrie pour adultes.

De nombreux patients sont issus d'un environnement social très défavorisé. Par ailleurs, l'établissement accueille de nombreux sans domicile fixe (SDF) ainsi que des personnes sans-papiers pour lesquelles la question du logement est cruciale. Lors de la visite, l'unité Joséphine Baker accueillait six SDF et trois sans-papiers. Il convient de préciser que les SDF représentent environ 25 % de la population prise en charge au sein de l'établissement (cf. 4.2). Compte tenu de leur situation particulière, cela pose des problèmes de suivi à l'issue de leur hospitalisation. Les assistances sociales, qui font preuve de réactivité, adressent régulièrement des demandes de logement social. Elles font également valoir le droit au logement opposable (DALO) ou le droit à l'hébergement opposable (DAHO). En l'absence de solution pérenne, elles prennent contact avec des hôtels – dont la liste est communiquée par le centre communal d'action sociale (CCAS) – qui pour certains s'avèrent être des « marchands de sommeil ».

D'autres patients nécessitent un placement dans une structure adaptée telle que les maisons d'accueil spécialisées (MAS), les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou des foyers d'hébergement. A l'instar de nombreux établissements, l'hôpital est confronté au manque de places compte tenu du nombre insuffisant de structures sur le territoire français et de la réticence de certains établissements à accueillir des personnes provenant de la psychiatrie. Les assistantes sociales ont parfois recours aux structures basées en Belgique.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA PRISE EN CHARGE EN PEDOPSYCHIATRIE EST EXEMPLAIRE MAIS DES MINEURS PEUVENT ETRE HOSPITALISES DANS LES UNITES POUR ADULTES

10.1.1 La prise en charge en pédopsychiatrie

a) L'organisation de la pédopsychiatrie

Les HSM comprennent trois pôles de psychiatrie enfants et adolescents sur quatre secteurs, qui garantissent l'accueil, l'évaluation et l'organisation des soins dans les centres médico-psychologiques (CMP) de façon à permettre, dès la petite enfance et jusqu'à l'adolescence, la prise en charge des jeunes patients présentant des troubles psychiques. Par ailleurs, ils garantissent le diagnostic précoce et la prise en charge sanitaire ou médico-sociale des pathologies du trouble du spectre autistique.

Le dynamisme du secteur de psychiatrie infanto-juvénile se traduit par le maillage du réseau territorial et les partenariats mis en place (avec les secteurs associatifs, les autres hôpitaux et les institutions publiques sociales et médico-sociales). Il ressort des données chiffrées communiquées une augmentation de la file active des patients mineurs pris en charge en ambulatoire entre 2018 et 2019, une légère diminution en 2020 liée à la fermeture partielle de certaines structures pendant les périodes de confinement et une augmentation significative au premier trimestre 2021³¹. L'offre de soin est une offre de proximité adaptée pour des patients particulièrement vulnérables. A cette offre publique s'ajoutent des structures privées travaillant en lien (notamment des CMPP).

Le **pôle Paris Centre-Est Enfants** couvre une population infanto-juvénile de 0 à 19 ans d'environ 40 000 habitants des 1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème}, 4^{ème} et 11^{ème} arrondissements de Paris. Plus de 20 % des patients sont hors secteur du fait de sa localisation centrale et de ses unités spécialisées non sectorisées.

Il dispose de treize unités dont neuf sont sectorisées – six CMP, deux CATTP et un hôpital de jour – et quatre spécialisées, réparties sur cinq sites³² dont l'équipe mobile de pédopsychiatrie dédiée aux enfants et adolescents confiés à l'aide sociale à l'enfance (ASE) de Paris dont l'activité a plus que doublé entre les années 2019 et 2021³³. Par ailleurs, dans le dernier PTSM, le travail en réseau (Résados) est organisé et une coordination entre psychiatrie adolescents et adultes pour renforcer la psychiatrie de transition pour les 15-20 ans est élaborée.

Le **pôle 94102 - CCASA** prend en charge les habitants de moins de 16 ans des villes de Saint-Mandé, Vincennes, Fontenay-sous-Bois, Joinville-le-Pont et Saint-Maur-des-Fossés, couvrant une population de près de 44.300 enfants et adolescents. Chaque année, près de 1800 patients sont suivis par ce pôle.

Il a une organisation spécifique, créée à partir d'une convention qui lie les HSM à l'Union pour la défense de la santé mentale (UDSM) depuis 1989. L'UDSM gère les quatre CMP où travaillent

³¹ 4537 patients mineurs pris en charge en ambulatoire en 2018, 4780 en 2019, 4246 en 2020 et 3543 au premier semestre 2021.

³² L'espace Bastille, unité psychologique pour enfants, adolescents et jeunes adultes d'Ile-de-France, atteints ou ayant été atteints de cancer ; l'UTES qui est un centre régional de soins et de ressources en psychiatrie de l'enfant et l'adolescent sourds, et la consultation adoption du Figuier, non sectorisée, ouverte aux enfants et adolescents adoptés et leurs parents.

³³ Chiffres clés au 1^{er} octobre 2021.

certaines personnels des HSM, mais des personnels UDSM sont également amenés à travailler dans les structures gérées par les HSM. Outre ses unités à vocation sectorielle, le pôle organise l'hospitalisation des adolescents au CCASA de Montreuil (sept lits d'hospitalisation, cf. § 10.1.1). Il est organisé en plusieurs filières et composé de onze UF réparties sur les filières adolescents, périnatalité, autisme et troubles autistiques.

Le **pôle 94I03/I04**, prend en charge la santé mentale des habitants de moins de 16 ans de Vitry-sur-Seine, Thiais, Choisy-le-Roi, Orly, Villeneuve-le-Roi, Ablon-sur-Seine, Saint-Maurice, Charenton-le-Pont, Alfortville, Ivry-sur-Seine et Maisons-Alfort. Il s'agit d'un pôle urbain à forte densité de population représentant une population de plus de 400 000 habitants dont plus de 110 000 enfants et adolescents.

Les soins ambulatoires sont assurés par :

- des CMP, CATTP, unités de périnatalité et pédopsychiatrie de liaison dans les Pôles Femme-Enfant et SSR enfant des Hôpitaux de Saint-Maurice ;
- la filière adolescents (CMP et CATTP) ;
- la filière enfants (de 2 à 12 ans).

Le diagnostic des troubles du spectre autistique est assuré par les CATTP et hôpitaux de jour. L'ensemble de ces soins sont dispensés à proximité du lieu de domiciliation des patients dans les dix-sept unités de soins du pôle.

Les pôles 94I02-CCASA et 94I03/04 interviennent au sein de l'équipe pluridisciplinaire enfants de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) du Val-de-Marne.

La création d'un CATTP adolescents supplémentaire sur chacun de ces pôles val-de-marnais a reçu la validation et le financement de l'ARS. Néanmoins, il semble que les projets n'incluaient pas la question des locaux. L'un des CATTP sera installé sur la commune d'Alfortville (pôle 94I03/I04) et l'autre au rez-de-chaussée du bâtiment hébergeant le CCASA (pôle 94I02).

b) Le centre communautaire d'accueil et de soins pour adolescents (CCASA)

i) L'activité

Situé en pleine cité, dans la cour d'un immeuble de la ville de Montreuil, le bâtiment³⁴ qui abrite le CCASA est composé d'un sous-sol (bureaux et salle d'activité), d'un rez-de-chaussée (accueil, bureau d'entretien) et d'un étage où se trouve la zone d'hébergement (sept lits). Il a un positionnement intersectoriel répondant aux demandes des trois pôles de psychiatrie infanto-juvénile rattachés aux HSM.

³⁴ Bâtiment de 1999 dont les HSM sont locataires.



Vues du bâtiment du CCASA et de son jardin

Les demandes pour des hospitalisations complètes (HC) de mineurs âgés de 12 à 18 ans sont transmises au médecin responsable de l'unité qui opère un premier filtre et sont discutées en équipe. Le mineur est indiqué soit par la structure ambulatoire qui le suit, soit par les services de la protection de l'enfance, soit par des services des urgences comme au centre hospitalier intercommunal de Créteil (CHIC) qui dispose d'un service d'urgence pédiatrique avec intervention de la pédopsychiatrie de liaison.

Les admissions sont programmées, le CCASA n'ayant pas vocation à accueillir en urgence les jeunes patients. Un entretien de pré-admission mené par le médecin et un IDE – qui est un temps de contractualisation – permet d'exposer aux titulaires de l'autorité parentale et à l'adolescent l'objectif de l'hospitalisation et les règles de vie, il permet également de travailler l'adhésion du mineur. Il arrive que l'évaluation effectuée lors de l'entretien de pré-admission n'aboutisse pas à une hospitalisation si l'indication n'est pas pertinente. Dans le cas contraire, une date et un horaire d'admission sont déterminés et l'accueil du mineur débute toujours par un entretien.

En 2019, 118 enfants ou adolescents ont été hospitalisés au CCASA, 84 en 2020 et 42 au premier semestre 2021. La baisse constatée en 2020 est en lien avec la crise sanitaire et le ralentissement des admissions. Néanmoins, l'équipe du CCASA observe une augmentation des demandes d'hospitalisation. Les mineurs sont hospitalisés dans la grande majorité des situations à la demande de leurs parents, très rarement par OPP du juge des enfants (un en 2020 et un en 2021 et aucun en 2018 et en 2019). L'établissement compte un mineur hospitalisé en SDRE par an entre les années 2018 et 2020, orienté dans les unités pour adultes.

Les DMS sont courtes – de quinze jours à trois semaines –, les HC plus longues sont souvent en lien avec l'impossibilité pour le mineur de retourner en famille ou dans le lieu de placement initial et la nécessité de rechercher une structure d'accueil adaptée.

Au moment du contrôle, les cinq patients mineurs – trois filles et deux garçons outre un adolescent de 17 ans qui intégrait la structure le jour même, âgés de 13 à 17 ans – se trouvaient en hospitalisation à la demande de leurs parents donc administrativement en soins libres. Les jeunes patients pris en charge au CCASA présentent souvent des situations complexes sur les plans sociaux, familiaux et scolaires.

ii) L'équipe pluridisciplinaire

Les contrôleurs ont constaté une prise en charge individualisée facilitée par une communication très fluide entre les membres de l'équipe. Elle est composée d'un éducateur spécialisé, d'une assistante

de service social (à mi-temps), d'un psychologue (à mi-temps), d'un cadre de santé, de quinze IDE, d'un médecin pédopsychiatre, d'un interne, d'un assistant spécialisé à 80 % et de trois ASH. L'équipe pluridisciplinaire est très investie, un travail avec les familles permet d'appréhender l'histoire du patient et des activités variées sont proposées.

Le psychologue anime l'atelier théâtre, ainsi que des entretiens familiaux, mais n'assure pas de suivi thérapeutique individuel. Les ateliers sont animés par l'équipe du CCASA, par exemple, des infirmiers animent l'atelier cuisine thérapeutique. L'association « La corde raide » intervient une fois par mois (sensibilisation aux drogues, aux conduites sexuelles à risque, etc.).

L'effectif est de deux IDE par équipe, y compris en service de nuit. Le médecin pédopsychiatre de garde quittant le service à 23 heures, un médecin pédopsychiatre est d'astreinte de nuit de 23h à 9h.

Les contrôleurs ont assisté à la réunion de transmission du matin en présence du médecin, du cadre de santé, d'une infirmière stagiaire, de l'assistante de service social, d'une assistante spécialisée, d'une interne en médecine et d'une IDE. L'autre IDE présente dans le service restait avec les adolescents en raison de l'agitation de certains. La secrétaire est également associée aux réunions ou transmissions. Un point est fait sur les entrées et sorties programmées, l'évolution de chaque mineur et l'avancement des projets de sortie qui sont réajustés en fonction des événements familiaux et de l'état clinique.

Les transmissions sont organisées quatre fois par jour – à chaque changement d'équipe et à l'arrivée du médecin pédopsychiatre, dont une spécifique le matin, et une inter-équipes à 13h30 à laquelle le médecin peut assister sans intervention.

L'équipe peut avoir un sentiment d'isolement en raison de l'éloignement géographique avec le site de Saint-Maurice. Par exemple, le CCASA a été oublié du renouvellement du parc automobile et ne bénéficie pas encore d'informatisation du circuit des prescriptions qui sont encore rédigées manuellement. Par ailleurs, pour les réparations, l'attente peut être longue.

iii) L'arrivée du mineur

Un livret d'accueil spécifique est remis au jeune patient arrivant et à ses parents lors de l'entretien d'accueil ou de préadmission. Il est clair et lisible, expose les règles de vie et l'emploi du temps et est illustré de photographies des locaux.

A l'arrivée, une bulle temporelle de trois jours pendant laquelle aucun contact avec l'extérieur n'est autorisé permet au mineur de « se poser », de s'intégrer au groupe et d'exprimer ses attentes quant aux objectifs de l'hospitalisation.

Un inventaire contradictoire des effets est effectué ; seuls les effets dangereux (notamment les rasoirs, ciseaux, produits inflammables ou briquets) sont retirés systématiquement. Pour le reste des effets personnels, le retrait est individualisé. L'inventaire permet d'évaluer l'implication des parents dans le paquetage de leur enfant. Si un adolescent a pu adopter un comportement auto-agressif et qu'il ne le critique pas, il peut être invité à vider ses poches à l'arrivée et également lors des retours d'autorisation de sortie.

Des denrées non périssables en quantité raisonnable peuvent être conservées en chambre. Pour les jeunes présentant des problèmes de poids, elles sont conservées au poste infirmier.

iv) Les locaux

Le CCASA est une unité de sept lits d'hospitalisation répartis dans cinq chambres simples et une chambre double. Des réflexions animent l'équipe s'agissant des affectations dans la chambre

double, ce au regard des orientations sexuelles des mineurs et de leur position sur la question du genre (transgenre, cisgenre, etc.). Les chambres sont équipées d'un lit, d'une table de nuit, d'un bureau, d'une chaise et d'un placard. La possibilité est laissée au patient d'occultation du hublot de la porte de la chambre contrairement aux pratiques en vigueur au sein des unités d'hospitalisation pour adultes.



Occultation du hublot d'une chambre Couloir de distribution des chambres

Les douches – deux salles de douche et une salle de bains comprenant une baignoire et une douche – outre trois WC sont situées en dehors des chambres et accessibles de 8h à 22h. L'entretien du linge personnel est à la charge des familles, seuls les draps sont fournis.

v) Le rythme de la journée

Les journées sont rythmées en premier par les repas pris collectivement dans la salle à manger avec les infirmiers et/ou les éducateurs – 8h-8h45, 12h15-13h, 16-17h, 19-20h. Les adolescents se rendent au poste infirmier après avoir pris leur petit déjeuner pour la dispensation des traitements selon des modalités qui assurent la confidentialité. Une infusion est proposée le soir. L'heure de coucher conseillée est à 23h après avoir regagné sa chambre à 22h30.

En second lieu, la journée est rythmée par les activités diversifiées, organisées :

- de manière hebdomadaire au sein de deux salles d'activités : groupe de parole, atelier création, visionnage DVD ;
- une fois toutes les deux semaines en alternance atelier sport et cuisine, atelier théâtre, atelier écriture ;
- une fois par mois le groupe de prévention, activité escalade ;
- une fois par trimestre, sortie au musée.

Les lundis, mercredis matin et vendredis après-midi sont libres, ce qui permet d'organiser des rendez-vous à l'extérieur pour les suivis thérapeutiques ou les démarches administratives.

vi) Les restrictions dans la vie quotidienne

Elles sont individualisées, comme en témoigne le fait qu'un jeune patient pouvait conserver son instrument de musique. Certains effets sont conservés au poste infirmier et remis entre la fin des

activités et le dîner. Les décisions sont systématiquement discutées en équipe et ont toujours un objectif thérapeutique.

Sur les déplacements au sein du CCASA, les mineurs peuvent se rendre librement dans la salle TV (allumée de 16h à 22h30) ou le salon. En revanche, les chambres sont un espace privé et il est interdit de se rendre dans la chambre d'un autre patient. Elles ne sont jamais fermées à clé de l'extérieur lorsqu'un mineur s'y trouve. Par ailleurs, le système de verrou de confort s'étant avéré dysfonctionnant (pas toujours de possibilité d'ouverture de la porte depuis l'extérieur), il y a été renoncé pour des questions de sécurité. Les enfants sont toujours accompagnés par un adulte pour les sorties à l'extérieur, même dans le jardin.



Salle de vie

La prise en compte de la parole des mineurs, notamment sur l'emploi du téléphone portable, a permis de faire évoluer les pratiques. Il est laissé aux adolescents sur un temps déterminé depuis environ deux ans, à partir de la fin du goûter jusqu'au dîner, soit de 16h à 19h au lieu de 17h à 19h auparavant. Les jeunes patients sont sensibilisés au respect de la vie privée et donc à ne pas filmer ou prendre des photographies des autres patients ou des professionnels. Par ailleurs, un *point-phone* est situé à l'entrée de l'unité mais, comme pour les unités adultes, son emplacement ne permet pas de respecter la confidentialité des échanges.

Une radio est à disposition dans la chambre avec possibilité de lire des fichiers MP3, une bibliothèque fournie permet l'emprunt de livres, des jeux de société sont à disposition, du matériel récréatif (puzzle, coloriage, perles, etc.), une table de ping-pong et un baby-foot, des jeux d'extérieurs, une console de jeux (Wii) sont disponibles de 17h à 21h.

Le livret d'accueil rappelle les nuisances de la consommation de tabac qui est soumise à l'autorisation des titulaires de l'autorité parentale. Les briquets et les cigarettes sont conservés au poste infirmier. Le mineur est accompagné dans la cour/jardin après chaque repas pour fumer.

vii) L'organisation des soins

Les titulaires de l'autorité parentale sont systématiquement reçus lors de l'entretien de préadmission. Un entretien familial par semaine permet d'aborder la dynamique familiale en présence du jeune patient et de ses parents. L'ASS rencontre l'adolescent et ses parents si nécessaire et les accompagne dans les projets (scolaire, socio-éducatif) évoqués au cours de l'hospitalisation. Elle assure également le lien avec les établissements scolaires, le cas échéant. Par ailleurs, les parents peuvent contacter le CCASA téléphoniquement vingt-quatre heures sur vingt-

quatre. Ils peuvent également rendre visite à leur enfant tous les jours entre 17h et 19h, sous réserve de simplement prévenir de leur horaire d'arrivée. La salle réservée aux entretiens familiaux ou, lorsqu'il fait beau, le jardin, sont les espaces de visite. En raison de la crise sanitaire, les proches ne se rendent plus dans la zone d'hébergement alors que les visites pouvaient avoir lieu auparavant dans la chambre du mineur.

Les autorisations de sortie sont décidées sur avis médical lors des entretiens, en accord avec les parents.

Les jeunes patients bénéficient d'entretiens individuels avec le médecin au minimum deux fois par semaine, leur permettant de travailler sur leurs difficultés et de réfléchir à leurs projets. Un entretien individuel avec le psychologue permet une approche clinique complémentaire, le cas échéant. Ils peuvent solliciter des entretiens infirmiers ou avec les éducateurs quand ils en ressentent le besoin.

viii) Les sorties et la préparation à la sortie

Lorsque le jeune patient approche de la majorité ou l'atteint pendant l'hospitalisation, il peut être autorisé à se rendre seul en HJ, CATTP ou CMP, ou pour effectuer des démarches administratives dans le cadre d'un travail sur l'autonomisation.

Par ailleurs, un lien étroit est entretenu avec l'extra hospitalier lorsque le jeune bénéficiait déjà d'une prise en charge ou encore avec les médecins exerçant en libéral. Afin de maintenir les structures extra hospitalières dans la prise en charge des jeunes patients pendant l'hospitalisation, il n'y a pas d'interruption de cette prise en charge ce qui facilite la construction des projets de sortie.

Une attention particulière est portée au passage à la majorité. Il n'est pas rare que les CMP continuent la prise en charge au-delà de 18 ans ; par exemple, lorsqu'un adolescent de 17 ans est repéré comme entrant dans une psychose, le relais au CMP adulte est réalisé de manière fluide.

Des difficultés peuvent intervenir dans l'articulation avec les équipes de l'ASE lorsque les jeunes bénéficient d'une mesure de placement judiciaire ou administrative, notamment s'agissant des accompagnements en famille. Le CCASA est vigilant à maintenir des liens partenariaux de qualité dans l'intérêt de la prise en charge des mineurs placés qui ont souvent des vécus abandonniques.

Si la prise en charge des enfants et adolescents au CCASA est exemplaire, des mineurs peuvent néanmoins être hospitalisés dans les unités pour adultes, soit en raison d'un état clinique aigu faute de structures adaptées à la crise (placement en CI), soit faute de place en unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie en fonction des secteurs.

Dans le PE, les HSM doivent évaluer la mise en place d'une unité d'hospitalisation complète intersectorielle à destination des adolescents et jeunes adultes sous la responsabilité d'un pédopsychiatre et d'un psychiatre de l'adulte. Des prises en charge en ambulatoire pourront découler de cette unité.

10.1.1 La prise en charge au sein des unités pour adultes

Les mineurs hospitalisés au sein des unités pour adultes sont indiqués soit par le service de pédopsychiatrie soit par les urgences ou les structures extra hospitalières.

En 2019, trente mineurs étaient concernés par ces hospitalisations, vingt-et-un en 2020 et treize au premier semestre 2021.

Lorsqu'un mineur hospitalisé au CCASA est en crise, il est possible de faire appel à un renfort de l'intra hospitalier du pôle de psychiatrie adultes afin de le transférer dans une CI d'une unité pour

adultes. L'équipe du CCASA assure alors la réévaluation de la mesure et visite quotidiennement le mineur. Les secteurs adultes sollicitent régulièrement le CCASA pour l'HC de mineurs, néanmoins le CCASA a du mal à répondre rapidement au regard des listes d'admission et de sa méthode de travail. Lorsqu'un mineur est admis directement en hospitalisation pour adultes sans avoir été orienté au CCASA, il n'est pas prévu d'appui des équipes de pédopsychiatrie auprès des équipes des unités pour adultes. Selon les informations recueillies, les pôles Paris Centre et Paris 11 seraient plus enclins à accueillir des mineurs, ayant engagés des réflexions sur leur prise en charge. Néanmoins, ces prises en charge sont décrites comme difficiles et mettent à l'épreuve les soignants et déstabilisent le groupe de patients.

Au moment du contrôle, un mineur de 17 ans hospitalisé en soins libres a été placé en CI au pôle Paris 12 sans que soit changé son statut et alors que la législation en vigueur n'autorise pas de placement à l'isolement de patients en soins libres ; à l'étonnement des contrôleurs, il a été répondu que ses parents avaient donné leur autorisation qui, en matière d'isolement, ne présente aucune valeur.

RECOMMANDATION 30

Un mineur ne doit pas être hospitalisé au sein d'une unité de psychiatrie pour adultes.

L'isolement d'un mineur, hors SPDRE, est actuellement proscrit par la législation.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la direction des HSM fait observer que « l'absence (ou le trop faible nombre) de structures d'hospitalisation complète adaptées aux mineurs contraint les titulaires de l'autorité parentale à amener leur enfant à l'hôpital, qui n'a d'autre solution que de se tourner vers les unités de psychiatrie adulte quand le trouble du patient mineur nécessite impérativement une hospitalisation complète. Dans cette situation, les Hôpitaux de Saint-Maurice veillent toujours à ce que les parents ou titulaires de l'autorité parentale soient tenus informés du déroulement de l'hospitalisation et de son isolement le cas échéant. L'isolement du mineur peut être prescrit de manière marginale. Les titulaires de l'autorité parentale (ASE, parents) sont toujours tenus informés de ces pratiques et les soignants recueillent leurs consentements.

Devant cet état de fait, les Hôpitaux de Saint-Maurice sont contraints d'apporter des réponses aux patients, à leurs familles et aux services des urgences qui ne peuvent pas adresser ces patients dans des services adaptés, faute de structures d'accueil suffisantes en nombre ».

Le CGLPL précise que la présente recommandation s'adresse à titre principal aux autorités de tutelle (ministère des Solidarités et de la Santé, ARS) qui doivent organiser une offre de soins dans les territoires répondant aux besoins de tous les patients, dont les mineurs qui sont particulièrement vulnérables.

Sur les 139 enfants ou adolescents hospitalisés au total au sein des HSM en 2019, il est observé une prépondérance des hospitalisations des filles (76 filles, 63 garçons), de même en 2020 – sur 101 mineurs hospitalisés, 60 filles et 41 garçons, et au premier semestre 2021, sur les 55 mineurs hospitalisés, 43 filles et 12 garçons. Les moins de 16 ans sont 70 (sur 139) en 2019, 46 en 2020 (sur 101) et 18 (sur 55) au premier semestre 2021. La durée moyenne d'hospitalisation des mineurs est d'environ 14 jours entre 2019 et le premier semestre 2021.

Le guide de l'administrateur de garde décline des fiches sur l'admission, le séjour et la sortie du mineur qui exposent les modes d'admission du mineur en service somatique et psychiatrique, la

place du titulaire de l'AP. Lors du rendez-vous juridique animé par la DAJ en septembre 2021, les règles de prise en charge du mineur ont été actualisées.

10.2 L'HOSPITALISATION DE PERSONNES DETENUES EST EXCEPTIONNELLE

Depuis l'ouverture de l'unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA) située sur le site du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif, les HSM accueillent très rarement des patients sous écrou³⁵, lorsque l'UHSA est complète. En effet, selon les données communiquées depuis 2018, deux patients détenus ont été hospitalisés cette année-là et un seul en 2020.

Le guide de l'administrateur de garde comporte une fiche relative à l'« admission des détenus » qui renseigne les contacts utiles (notamment parquet de Créteil, de Paris, service accueil-sécurité des HSM, urgence incendie, interne de garde, commissariats de Charenton-le-Pont et de Chennevières-sur-Marne) en rappelant les fondements de l'hospitalisation du patient détenu et la nécessité d'une escorte policière pour sortir de l'unité. Par ailleurs, le projet de nouveau règlement intérieur du mois de septembre 2021 indique : « *Les personnes hospitalisées sans leur consentement et les détenus doivent bénéficier d'informations relatives à leurs droits et voies de recours prévues par la loi sous une forme adaptée et accessible. (...) Les méthodes de contention et d'isolement représentent une réduction significative de la liberté de la personne, et nécessitent le respect d'un cadre médical, législatif et institutionnel.* »

Les équipes rencontrées avaient peu d'exemples de prise en charge de patients détenus, néanmoins, selon les informations recueillies, ils seraient systématiquement hospitalisés en CI pour des raisons de sécurité, alors que la plupart des unités sont fermées.

Selon des témoignages recueillis, la prise en charge de personnes détenues pose des difficultés de sécurité. Par exemple, au pôle 12, au mois de juillet 2020, des soignants se sont rendus en ambulance à la maison d'arrêt de la Santé à Paris pour la prise en charge d'un patient du secteur sous écrou. Ce dernier, dans le déni des troubles, était très tendu pendant le trajet et n'était pas sédaté car le médecin de la prison n'avait pas les clés de la pharmacie. Or, le patient a sorti une fourchette dans l'ambulance en devenant menaçant. Une demande de renfort dans la perspective de l'arrivée du patient a été émise mais certains services étaient injoignables, seuls la sécurité et une UF d'un autre pôle ont répondu, les autres UF n'ayant visiblement pas reçu l'alerte. La sécurité a fait appel aux forces de police qui ne pouvaient se déplacer. A l'arrivée de l'ambulance, les deux soignants et le chauffeur ont évacué le véhicule en laissant le patient enfermé et ont remis la fourchette à leurs collègues présents en renfort. Le patient a fini par accepter de suivre les soignants jusqu'en CI et par accepter de prendre un traitement.

³⁵ Sur le fondement de l'article L 3214-3 du code de la santé publique dans les conditions prévues par l'article D.398 du code de procédure pénale.

11. CONCLUSION

La visite du CGLPL s'est déroulée dans un contexte particulier de sous-effectif particulièrement préoccupant des équipes soignantes malgré la mobilisation de la direction dans le cadre d'un plan d'attractivité. A cela s'ajoute l'épuisement lié la crise sanitaire. Malgré cette situation, les contrôleurs ont relevé l'investissement des professionnels auprès des patients garantissant la qualité dans leur prise en charge et la permanence des soins psychiatriques.

Le sous-effectif des équipes soignantes a en partie conduit à la fermeture d'unités et ne permet pas de faire fonctionner normalement des dispositifs pertinents comme les centres d'accueil de crise des pôles Paris Centre, Paris 11 et Paris 12. Pourtant, ces derniers constituent des sas entre les urgences et l'hospitalisation complète ou entre l'ambulatoire et l'hospitalisation complète et doivent être valorisés et développés. De même, s'agissant du déploiement des équipes mobiles qui représente un point fort du dispositif de prévention de l'hospitalisation ou de la crise. Le sous-effectif infirmier entraîne également un glissement des compétences vers d'autres professionnels pour les accompagnements à l'extérieur des patients.

La composition des équipes pluridisciplinaires est saluée avec notamment l'intervention d'assistants de service social, de psychologues, d'ergothérapeutes, d'éducateurs spécialisés ou encore de psychomotriciens ou neuropsychologues qui interviennent pour beaucoup à l'intra et à l'extra hospitalier dans l'intérêt de la continuité de la prise en charge du patient.

L'établissement est par ailleurs engagé dans plusieurs projets dont l'objectif est d'améliorer la prise en charge des patients.

Les HSM s'efforcent de rattraper un retard important sur le déploiement des outils informatiques s'agissant notamment du dossier informatisé du patient et des logiciels permettant l'extraction de données d'activité ou du registre d'isolement et de contention. Ces outils en place devront permettre de conduire des réflexions institutionnelles sur des bases fiables. Le déploiement de ces outils devra en outre s'accompagner de l'équipement informatique correspondant des unités de soins.

Un projet de restructuration immobilière est en cours de réflexion. Il devrait permettre de répondre aux conditions indignes d'hébergement constatées, à la vétusté des locaux et homogénéiser les conditions matérielles de prise en charge des patients.

Enfin, a été relevé la nécessité de développer des espaces de réflexions inter pôles, l'objectif étant d'échanger sur les pratiques professionnelles, de les confronter et de les analyser.

Soucieux de faire évoluer les pratiques, les professionnels des HSM ont été très attentifs aux observations émises.

ANNEXES

1. COURRIER ADRESSÉ AU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ À L'ISSUE DU CONTRÔLE (16 NOVEMBRE 2022)



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE



181149

Monsieur Olivier VERAN
Ministre des Solidarités et de la Santé
14, avenue Duquesne
75350 PARIS SP 07

Paris, le

16 NOV. 2021

N/Réf. (à rappeler) : /23400/MH

Monsieur le Ministre,

Les Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) ont fait l'objet d'une mission diligentée par le Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 2 au 10 novembre 2021. Le contrôle a porté notamment sur les neuf unités d'hospitalisation pour adultes réparties sur quatre pôles dont trois situés à Paris (Paris Centre, Paris 11 et Paris 12) et un dans le Val de Marne, couvrant sept secteurs.

Lors de cette visite, les contrôleurs ont constaté au sein d'une unité du Pôle Paris 12, dénommée Manet, de graves dysfonctionnements portant atteinte à la dignité des patients, à leurs droits fondamentaux et à leur prise en charge. Le Pôle Paris 12 comporte deux autres unités, l'une d'entrants dénommée Ravel située dans le même bâtiment que l'unité Manet, et une unité de réhabilitation dénommée Louise Michel. L'unité Manet, qui est fermée, accueillait au moment du contrôle quinze patients en soins libres et cinq patients en soins sans consentement.

La mission dans l'ensemble de l'hôpital s'est déroulée normalement, permettant des échanges de qualité. Par contraste, dans l'unité Manet, elle a été marquée par les tensions liées à des conflits interpersonnels qui, semblant s'inscrire dans une logique clanique, opposent une partie de l'équipe soignante (infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, assistants de service social) à l'encadrement (médecin chef et cadre supérieure de santé du pôle). Ces conflits anciens, associés au sous-effectif du personnel soignant et médical et à la vétusté des locaux, provoquent une souffrance au travail de l'ensemble des acteurs.

En outre, des comportements de harcèlement ont été décrits comme ayant conduit aux arrêts de travail de deux cadres de santé et au départ de cinq médecins psychiatres. Si les quatre pôles de psychiatrie pâtissent d'un sous-effectif de personnel non médical très préoccupant¹, celui qui affecte le personnel médical est en revanche propre au pôle Paris 12, les psychiatres refusant d'y être affectés.

¹ Projection du personnel non médical en décembre 2021 sur le pôle Paris 12 : moins trente postes dont moins 8 postes à Manet, (6 IDE, 1 AS, 1 cadre) et en PM, en décembre 2021, moins cinq postes sur le pôle dont moins trois postes à l'unité Manet.

ATTENTION CHANGEMENT D'ADRESSE

16/18, quai de la Loire - CS 70048 - 75921 PARIS Cedex 19 - Tél. : 01 53 38 47 80 - Télécopie : 01 42 38 85 32 - www.cgpl.fr

A ce jour, le poste de cadre de santé de l'unité Manet est vacant et il n'y a plus de médecin psychiatre référent. Le dernier a demandé à être déchargé de ses fonctions au mois de septembre 2021 après dix-huit mois d'exercice. En conséquence, ce sont les médecins psychiatres du pôle Paris 12 qui s'y relayent, ce qui nuit gravement à la permanence des soins.

La direction de l'établissement, alertée sur ces conflits interpersonnels depuis janvier 2020, a mis en place depuis le 12 octobre dernier une réunion institutionnelle hebdomadaire sur l'ensemble du Pôle Paris 12, animée par la directrice générale, et a fait diligenter un audit par un psychologue du travail. Par ailleurs, plusieurs CHSCT abordent ces conflits interpersonnels. Pour autant, l'impact sur la prise en charge médicale des patients a été largement sous-estimé.

Fonctionnant en totale autonomie, l'équipe soignante de l'unité Manet, a accueilli les contrôleurs avec une hostilité confinante à l'entrave de la mission du CGLPL. En effet, à l'exception d'entretiens isolés avec certains agents, le dialogue sur la prise en charge des patients s'est avéré impossible. Les contrôleurs ont été reçus avec défiance et ont dû imposer leur présence dans l'unité pour accomplir leur mission. Ils ont pu constater à plusieurs reprises un manque de diligence dans les soins dispensés aux patients, faute de présence soignante et ont également assisté à des interactions inadaptées entre des membres du personnel soignant et des patients.

Ils ont fait le constat d'un manque général d'hygiène des locaux, à telle enseigne qu'ils ont demandé, le 8 novembre 2021, la fermeture pour désinfection et nettoyage de la chambre d'isolement de l'unité en raison de son état d'insalubrité. Ils ont également estimé que cette chambre aux murs carrelés et sans fenêtre, équipée d'une ventilation mécanique contrôlée insuffisante, ne présentait pas les caractéristiques propres à l'apaisement d'un patient en crise.

Les contrôleurs ont par ailleurs observé un « glissement » des compétences au sein de l'équipe soignante de l'unité, conduisant notamment les aides-soignants et les infirmiers à réaliser des actes ne relevant pas de leurs fonctions. En effet, des infirmiers s'estiment compétents sur les prescriptions médicales tandis que des aides-soignants exigent de participer aux entretiens avec les médecins. L'absence de pilotage tant médical que paramédical vient conforter ce mode de fonctionnement. De plus, la dynamique de l'équipe soignante en place semble avoir entraîné une règle tacite de non-dénonciation des comportements inadaptés.

Ainsi, plusieurs témoignages concordants de patients et de professionnels de santé recueillis pendant la visite, l'étude d'écrits professionnels et les constats effectués par les contrôleurs attestent de pratiques soignantes contraires à la déontologie, ne respectant pas les consignes médicales et nuisant gravement à la qualité des soins et au respect des droits fondamentaux de la personne hospitalisée.

En premier lieu, a été signalé le non-respect d'ordonnances médicales par certains infirmiers, amenant même au surdosage de certaines prescriptions. Cette pratique, dont la direction a été formellement informée, et qui serait ancienne et récurrente selon plusieurs témoignages, constitue une faute professionnelle. Elle a conduit les praticiens à modifier le mode d'administration de certaines molécules, en remplaçant notamment les solutions buvables par des comprimés afin d'assurer une meilleure traçabilité. Des prescriptions médicales ne sont pas toujours respectées – défaut d'examen complémentaires de surveillance (biologie, électrocardiogramme (ECG), report de

la prise d'antibiotiques, modification d'ordonnances (raturées). De même, faute d'information du médecin psychiatre de l'arrivée d'un nouveau patient, il est fréquent que des infirmiers dispensent de leur propre initiative les prescriptions remises par le patient et pouvant dater de plusieurs semaines.

En deuxième lieu, les pratiques de mise à l'isolement telle qu'observées lors de la visite et rapportées par des témoignages sont présentées comme des sanctions, et sont majoritairement mises en œuvre sans que le recours à une technique de désescalade n'ait été envisagé. Ces mises à l'isolement sont réalisées par des infirmiers sous couvert de l'urgence, souvent en l'absence du médecin dans l'unité et, lorsqu'il est présent dans l'établissement, sans qu'il soit averti de la crise. Ces faits ont été rapportés par des médecins mais n'ont pu être objectivés par l'analyse des fiches de décision médicale initiale consultées, laquelle révèle par ailleurs un défaut de traçabilité des décisions de placement et de maintien à l'isolement.

En troisième lieu, des comportements et propos inappropriés, voire maltraitants à l'égard des patients ont été signalés et constatés par les contrôleurs – attitudes de mépris et d'agacement notamment. En effet, les réponses aux demandes formulées par les patients sont très souvent ajournées, les soignants ne sont globalement pas disponibles et s'adressent aux patients de manière impolie et inadaptée. Les contrôleurs ont notamment été informés du défaut d'accompagnement d'un patient malvoyant et la distribution d'un repas à un patient incapable de manger seul. Certains de ces comportements ont fait l'objet de fiches d'évènement indésirable. Or, leur lecture montre un recours fréquent à l'anonymat, traduisant le malaise général qui affecte le fonctionnement de cette unité.

Par ailleurs, la notification de leurs droits aux patients admis en soins sans consentement n'est pas organisée et est laissée à l'appréciation du personnel présent.

De manière plus générale, les contrôleurs ont constaté, dans l'ensemble de l'établissement, des atteintes à la liberté de circulation des patients, en raison du caractère prédominant d'un régime d'hospitalisation fermé au sein des unités (quel que soit par ailleurs le statut légal d'hospitalisation, en soins libres ou sous contrainte), alors qu'une dynamique d'ouverture a été impulsée depuis le début de l'année 2021, précisément afin de garantir le respect de la liberté d'aller et venir des patients et d'individualiser les restrictions. Cette initiative se heurte à la forte résistance du personnel des pôles parisiens concernés et en particulier celui du pôle Paris 12.

Dans l'attente de l'élaboration du rapport de cette visite, la gravité de l'ensemble de ces constats m'amène à appeler d'ores et déjà votre attention sur la nécessité de prendre sans délais des mesures visant à mettre fin aux graves atteintes aux droits fondamentaux des patients pris en charge au sein de l'unité Manet des hôpitaux de Saint-Maurice.

Je vous prie de bien vouloir agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de mes sentiments les meilleurs.



Dominique SIMONNOT
Contrôleure générale

2. OBSERVATIONS EN RÉPONSE DU MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (15 MARS 2022)

21/03/2022



0000185186



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Le Ministre

Paris, le

15 MARS 2022

Pegase : D-22-001208

Madame la Contrôleure Générale,

C'est avec une attention particulière que j'ai pris connaissance de votre courrier du 16 novembre dernier concernant la visite de vos contrôleurs du 2 au 10 novembre 2021 au sein de l'établissement public de santé « Hôpitaux de Saint-Maurice (HSM) » dans le Val de Marne (94). J'ai saisi sans délai l'Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France compte-tenu de la gravité des faits rapportés qui s'est rapprochée de la direction de l'établissement pour mettre fin à ces dysfonctionnements portant atteinte à la dignité des patients et à leurs droits fondamentaux ainsi qu'à la qualité des soins dispensés.

La direction de l'établissement, préalablement alertée de conflits interpersonnels entre une partie de l'équipe soignante et l'encadrement, a mis en place des mesures correctrices sur l'ensemble du pôle Paris 12.

Les résultats de ces actions sont cependant restés insuffisants. Compte-tenu des difficultés à assurer une offre de soins adaptée et respectueuse de la dignité des patients (dysfonctionnement dans l'organisation des soins, vétusté des locaux, insalubrité de la chambre d'isolement...), la direction de l'établissement a fait le choix de fermer provisoirement l'unité Manet du pôle Paris 12 dès le 4 janvier 2022. Le personnel est réparti au sein d'autres pôles. En outre, la direction a proposé au chef de pôle ainsi qu'à la cadre du pôle Paris 12 une nouvelle affectation à compter du 1^{er} janvier 2022. Dans l'attente de la réouverture de l'unité, l'établissement est à la recherche d'un nouveau chef de pôle intérimaire, malgré un contexte difficile en termes de recrutement.

Par ailleurs, la réforme des autorisations, et notamment les conditions qui seront fixées pour accueillir des patients en soins sans consentement en termes de locaux et de respect de leurs droits fondamentaux, conduira nécessairement à mettre fin à la prise en charge de patients dans des conditions indignes.

Concernant les mesures d'isolement et de contention, l'article L.3222-5-1 du Code de la santé publique rappelle qu'il s'agit de pratiques devant être utilisées en dernier recours, de manière adaptée, nécessaire et proportionnée au risque du patient. Ces pratiques ne peuvent en aucun cas répondre à des impératifs d'ordre sécuritaire ou disciplinaire. Cette disposition s'inscrit dans le cadre d'une politique déterminée de prévention, de réduction et de contrôle de ces pratiques partagée au niveau européen. La loi n°2022-46 du 22 janvier 2022 renforçant les outils

Madame Dominique SIMONNOT
Contrôleure générale des lieux de privation de liberté
16-18 quai de la Loire
CS 70048
75 921 PARIS CEDEX 19

14 avenue Duquesne – 75350 PARIS SP 07
Téléphone : 01 40 56 60 00

de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique, qui est entrée en vigueur le 24 janvier dernier, renforce encore le contrôle portant sur les mesures d'isolement et de contention par la mise en place d'un contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur ces mesures dès lors qu'elles dépassent une certaine durée.

L'établissement, dans ce contexte, a formalisé les procédures de réalisation des décisions médicales d'isolement et de contention ainsi que de leurs notifications aux patients et à leurs proches. Il prévoit par ailleurs une rénovation de la chambre d'isolement de l'unité Manet, en tenant compte des recommandations du CGLPL et de la HAS. La création d'un groupe de travail "Droits et Libertés des Patients" permettra de mettre en place des correctifs répondant aux points que vous soulevez, mais également de favoriser le développement d'une démarche éthique parmi les équipes médico-soignantes ainsi que d'envisager un plan de formation ad hoc.

La direction de l'établissement est soucieuse du droit des patients de circuler librement, notamment pour les patients admis en soins libres, en veillant à ce que leurs conditions de séjour soient compatibles avec leur régime d'hospitalisation. Les portes de l'unité Manet ont été ouvertes début décembre 2021. Une réflexion plus approfondie sera menée au premier semestre 2022 pour le pôle Paris 12.

L'ARS Ile-de-France s'engage à accompagner de manière resserrée les Hôpitaux de Saint-Maurice et en particulier le pôle Paris 12 dans la mise en œuvre d'un plan d'action dont l'élaboration tiendra compte des recommandations supplémentaires qui seront émises dans votre rapport définitif.

Je vous prie d'agréer, Madame la Contrôleure Générale, l'expression de ma considération distinguée.

Olivier VERAN

