

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

29 novembre au 3 décembre 2021 - 1^{ère} visite

Centre hospitalier Simone Veil

Eaubonne(Val-d'Oise)



SYNTHESE

Une équipe du Contrôleur général des lieux de privation de liberté a visité le centre hospitalier Simone Veil du 29 novembre au 3 décembre 2021. Un rapport provisoire dressant les constats relevés lors de cette visite a été adressé à la cheffe d'établissement, au préfet du département, au président du tribunal judiciaire de Pontoise et au procureur près ce tribunal, ainsi qu'à l'agence régionale de santé de la région Ile-de-France. La cheffe d'établissement, par courrier du 25 mars 2022, a fait valoir des observations qui ont été prises en compte et intégrées dans le présent rapport.

L'hôpital Simone Veil fait partie des cinq établissements composant le groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Val-d'Oise-Nord Hauts-de-Seine avec le centre hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil qui est l'établissement support du GHT, l'hôpital Le Parc à Taverny (95), l'établissement public de santé Roger Prévot (92-95), le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (92) auxquels il faut ajouter un membre associé le groupement hospitalier hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine de l'AP-HP pour la prise en charge des adultes et l'hôpital Robert Debré pour la prise en charge pédiatrique.

Les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie générale se situent sur le site d'Eaubonne et bénéficient des services de l'hôpital général qui se trouve à immédiate proximité. Le pôle de psychiatrie dispose de 220 lits et places de prise en charge en santé mentale sur le secteur hospitalier et extra-hospitalier.

Lors du contrôle, il avait été constaté que la majorité des patients en soins sans consentement avaient été admis sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), à hauteur de 93 %, ce en 2019 comme en 2020. Parmi eux, près de 10 % sont entrés à l'hôpital sous le statut de soins à la demande d'un tiers (SDT), 60 % selon la procédure d'urgence (SDTU) et 30 % au regard d'un péril imminent (SPI). Les mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) représentent ainsi moins d'une mesure sur dix (dont deux mineurs en 2020).

Sur la base des données transmises par l'établissement, 153 patients ont été placés en isolement en 2020, soit 22,27 % de la file active des patients hospitalisés et 57 % des patients en soins sans consentement. Or, l'état actuel des chambres d'isolement rend tout apaisement impossible. Néanmoins, la direction a indiqué que l'établissement a reçu 134 114 euros pour effectuer les investissements nécessaires à la remise aux normes de celles-ci.

L'unité d'hospitalisation pour mineurs, l'UPAJA, doit être repensée, rénovée et redimensionnée afin d'offrir des conditions d'hébergements dignes et que les patients mineurs ne soient plus hospitalisés avec des adultes. L'isolement des mineurs doit être évité par tout moyen.

Néanmoins, un travail très important a été réalisé par le centre hospitalier depuis la visite du CGLPL à la fois afin d'obtenir des financements pour modifier des locaux inadaptés et pour changer des procédures non respectueuses des droits fondamentaux des patients. Vingt-six des quarante-et-une recommandations émises par les contrôleurs sont déjà considérées comme prises en compte. Le CGLPL est confiant sur la capacité de cet hôpital à mettre en œuvre les recommandations qui doivent encore être prises en compte par lui-même sachant que certaines recommandations doivent être prises en compte par d'autres autorités.

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 15

La mise en place d'un système d'intérim interne permet de sécuriser le maintien des effectifs à un niveau suffisant.

BONNE PRATIQUE 2 15

L'établissement a élaboré un guide des « aidants » à destination de ses agents.

BONNE PRATIQUE 3 21

La réunion de régulation entre les urgences et les unités du pôle, qui fait s'accorder les pratiques cliniques entre urgences et unités d'hospitalisation au sein du pôle est une bonne pratique qu'il convient de saluer.

BONNE PRATIQUE 4 71

L'équipe soignante, en lien avec l'assistante sociale et la psychologue, prépare, avec les familles et les proches, les conditions de sortie du patient afin de mettre en place ensemble les meilleures solutions pour éviter une nouvelle hospitalisation en urgence.

RECOMMANDATIONS

Ces recommandations justifient un suivi par le ministre qui exerce l'autorité ou la tutelle sur l'établissement visité. Trois ans après la visite, ce ministre sera interrogé par le CGLPL sur les suites données à ces recommandations

RECOMMANDATION 1 18

Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

RECOMMANDATION 2 29

Les espaces prévus pour les patients fumeurs dans les unités Suzy Rousset et Henri Claude, et à l'UPAJA doivent être réaménagés pour leur ôter leur aspect carcéral.

RECOMMANDATION 3 33

Le plan de rénovation et d'« humanisation » des chambres à l'étude doit notamment aboutir à l'installation de nouvelles cabines de douche et de toilettes –une par chambre – pour donner davantage de moyens aux patients de veiller à leur hygiène.

RECOMMANDATION 4 36

Les dysfonctionnements observés dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique doivent être résolus pour garantir aux patients protégés l'effectivité de leurs droits et faciliter la réalisation de leurs projets de sortie.

RECOMMANDATION 5 38

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service.

RECOMMANDATION 6 40

Le port du pyjama et le retrait des effets personnels ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.

RECOMMANDATION 7 43

Le sujet de la sexualité des patients doit être sereinement et utilement considéré, au sein des équipes soignantes et avec les personnes hospitalisées, et des mesures concrètes, telles que l'installation de distributeurs de préservatifs dans les unités et de verrous de confort dans les chambres, et la permission des visites dans ces dernières, prises pour accompagner sa mise en œuvre.

RECOMMANDATION 8 47

La procédure concernant l'isolement des mineurs à l'UPAJA n'est conforme ni à la réglementation ni aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et ce d'autant que l'isolement des patients mineurs doit être évité par tout moyen. Cette procédure doit être invalidée. En parallèle, une véritable chambre d'apaisement doit être remise en fonction pour offrir une alternative.

RECOMMANDATION 9 51

L'isolement des mineurs doit être évité par tous moyens. Une analyse et une réflexion doivent être conduites à l'UPAJA pour limiter ces pratiques et leurs durées.

RECOMMANDATION 10 56

Les patients en soins sans consentement bénéficiant d'un programme de soins doivent être informés de la venue de la commission départementale des soins psychiatriques qui doit reprendre de façon régulière les visites bisannuelles au pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil.

RECOMMANDATION 11 57

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Val d'Oise, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Pontoise ainsi que le maire d'Eaubonne ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leurs visas et leurs éventuelles observations. Il appartient à la direction de les y inviter.

RECOMMANDATION 12 62

Les effectifs de pharmaciens doivent permettre l'exercice de toutes les missions d'une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital et l'analyse de la totalité des prescriptions de psychiatrie.

RECOMMANDATION 13 63

Les effectifs de médecins généralistes affectés au pôle de psychiatrie doivent leur permettre d'assurer un suivi régulier des patients sur le plan somatique et la participation de ces derniers aux réunions des équipes.

RECOMMANDATION 14 72

La coordination et la communication entre les services des différents pôles en charge de l'hospitalisation des patients mineurs en psychiatrie doivent être améliorées.

RECOMMANDATION 15 72

Aucun patient mineur ne doit être hospitalisé en unité pour adultes. Afin d'éviter cette situation, le redimensionnement de l'UPAJA doit être envisagé.

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 20

Dans l'hypothèse de la pérennisation des urgences psychiatriques sur le site d'Eaubonne, il doit être prévu des locaux adaptés à l'accueil d'urgence et à l'hospitalisation de courte durée, respectueux des droits des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 2 21

Le retrait aux patients de certains objets sur décision médicale ne doit pas se transformer en une forme de systématisme qui ferait de la décision médicale un préalable à l'accès à tout objet, le plus anodin soit-il.

RECO PRISE EN COMPTE 3 24

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

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci, harmonisés et actualisés dans les différentes unités.

RECO PRISE EN COMPTE 4 25

Les formulaires internes et modèles utilisés pour les différents actes de procédure de soins sans consentement doivent être abandonnés et les décisions du directeur dûment motivées ou accompagnées du certificat médical la justifiant, notifié au patient. Une copie de l'ensemble des décisions et pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit également être remise au patient tout au long de son placement afin que son information soit complète et que soit garantie l'effectivité des droits de la défense. De plus, le recueil des éventuelles observations du patient doit être tracé.

RECO PRISE EN COMPTE 5 27

Des installations et espaces collectifs, extérieurs aux unités et réservés au site de psychiatrie, doivent être prévus pour encourager les patients à sortir de leur unité, leur permettre de maintenir une vie sociale et de bénéficier de davantage d'activités.

RECO PRISE EN COMPTE 6 30

Pour garantir le droit des patients à l'intimité, des verrous de confort doivent être installés sur les portes des chambres, et *a fortiori* des douches et des toilettes.

RECO PRISE EN COMPTE 7 32

Les locaux des unités Henri Claude, Suzy Rousset, Mahfoud Boucebci, Green et de l'UPAJA doivent être repensés, rénovés et dûment équipés pour offrir des conditions d'hospitalisation dignes et adaptées. A cet égard, le plan d'« humanisation » envoyé à l'ARS à l'été 2021 doit être complété pour intégrer notamment l'UPAJA.

RECO PRISE EN COMPTE 8 34

Le contrôle des effets des personnes privées de liberté à leur arrivée doit viser à en établir l'inventaire précis et contradictoire avant de procéder au retrait, le cas échéant, d'objets interdits. Un exemplaire de ce dernier doit être remis à la personne concernée. L'original doit être conservé au dossier de l'intéressé, afin de servir de preuve en cas de contestation ultérieure.

Chaque patient doit pouvoir déposer lui-même ses affaires dans un lieu sûr et en disposer librement. Pour cela, les armoires de chambres doivent être sécurisées.

RECO PRISE EN COMPTE 9 40

Les locaux permettant au patient de recevoir leurs familles doivent garantir des conditions d'accueil agréable et la confidentialité des échanges.

RECO PRISE EN COMPTE 10	41
La possibilité pour un patient d'avoir accès à un réseau wifi est indispensable pour maintenir le lien avec leurs proches.	
RECO PRISE EN COMPTE 11	43
L'interdiction formelle des relations sexuelles prévue dans le livret d'accueil de l'UPAJA doit être retirée en ce qu'elle n'est pas en adéquation avec le règlement intérieur de l'unité et son caractère systématique constitue une violation du droit des patients à l'intimité et à la sexualité.	
RECO PRISE EN COMPTE 12	44
Conformément à l'article L.5134-1 du Code de la santé publique, l'avis des parents concernant la mise en place de mesures de contraception n'a pas à être recueilli, quel que soit l'âge de leur enfant hospitalisé.	
RECO PRISE EN COMPTE 13	46
Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel, accessible pendant les phases de contention et de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière. Elles doivent permettre d'avoir librement accès à l'aération de la pièce, à l'eau et aux toilettes dans des conditions garantissant le respect de son intimité, comme de disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas tout en autorisant l'accès à des effets personnels pour rompre l'ennui.	
RECO PRISE EN COMPTE 14	48
Rechercher le consentement du patient à son isolement ou à sa contention, qui sont des mesures gravement privatives de liberté, ne peut avoir de sens et présente le risque qu'un consentement abusivement obtenu ne soit ensuite opposé au patient.	
RECO PRISE EN COMPTE 15	49
Le service de sécurité-incendie doit être informé en temps réel de toute entrée et sortie de chambre d'isolement afin de pouvoir assurer rapidement la sortie de l'occupant en cas d'incident.	
RECO PRISE EN COMPTE 16	52
Le projet de comité de retour d'expérience isolement / contention porté par l'équipe soignante d'une unité doit être rapidement étendu à toutes, afin de les engager dans la réflexion sur leurs pratiques, dans la perspective d'une réduction du recours à l'isolement et à la contention.	
RECO PRISE EN COMPTE 17	52
Les directives anticipées en psychiatrie qui contribuent au processus d'alliance thérapeutique élaboré entre les patients et les équipes de soins, doivent être mises en œuvre et généralisées à l'ensemble des unités.	
RECO PRISE EN COMPTE 18	53
Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une uniformisation des pratiques et une mobilisation des soignants pour sa mise en œuvre. La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, et la désignation confirmée par écrit.	
RECO PRISE EN COMPTE 19	54
La mise en œuvre de prescriptions médicamenteuses « si besoin », sans le consentement du patient, doit cesser. L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie dans l'instant, en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué.	
RECO PRISE EN COMPTE 20	59
La présentation d'un patient en pyjama lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention est indigne. Il doit être mis fin sans délai à cette pratique.	

RECO PRISE EN COMPTE 21 65

L'accès à des prestations de kinésithérapie doit être assuré aux patients en psychiatrie, au sein de l'établissement ou dans des cabinets libéraux.

RECO PRISE EN COMPTE 22 75

Les locaux de l'UPAJA doivent être intégralement rénovés et agrandis pour offrir des conditions matérielles d'hospitalisation adaptées.

RECO PRISE EN COMPTE 23 75

L'hospitalisation de patients, *a fortiori* mineurs, sur des matelas en mousse dure, normalement utilisés dans les chambres d'isolement, est indigne. Il doit y être mis fin sans délai.

RECO PRISE EN COMPTE 24 76

Une nouvelle dynamique de travail doit être impulsée à l'UPAJA et les canaux de communication entre les équipes soignantes et médicales restaurés et développés pour bénéficier *in fine* aux patients.

RECO PRISE EN COMPTE 25 77

Comme dans le reste des unités, davantage d'activités doivent être proposées aux patients de l'unité de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte pour améliorer leurs soins et rompre l'ennui de leur quotidien.

RECO PRISE EN COMPTE 26 78

Des solutions doivent être trouvées pour permettre aux parents des patients de l'UPAJA de rencontrer leur enfant dans des conditions dignes, tout en respectant les mesures sanitaires en vigueur.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	3
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	11
2.1 Le pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil bénéficie des services de l'hôpital général qui se trouvent à immédiate proximité	11
2.2 Le budget de fonctionnement est à l'équilibre mais le financement des investissements reste complexe.....	13
2.3 L'établissement mène une véritable politique d'attractivité sociale et managériale qui favorise le recrutement et le maintien dans l'emploi des différentes catégories socio-professionnelles.....	14
2.4 La démarche qualité s'inscrit bien dans le fonctionnement de l'établissement et permet d'aller plus loin que la simple prise en compte des effets indésirables.	15
2.5 Le comité de réflexion éthique et celui de la bientraitance sont deux entités actives en matière de réflexion sur les pratiques professionnelles	16
3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	17
3.1 Pour assurer l'accueil en urgence, le professionnalisme du personnel compense l'inadéquation des locaux.....	17
3.2 L'unité d'hospitalisation courts séjours permet une évaluation de la crise malgré ses locaux inadaptés	19
3.3 L'arrivée des patients dans les unités bénéficie d'une coordination efficiente avec les urgences	21
3.4 Les mesures de soins sans consentement représentent près d'un tiers des hospitalisations à temps complet.....	22
3.5 L'information des patients est lacunaire	23
4. LES CONDITIONS DE VIE.....	26
4.1 Les locaux de cinq des huit unités d'hospitalisation sont vétustes et inadaptés	26
4.2 Les patients ont les moyens de conserver une bonne hygiène personnelle malgré un nombre de cabines de douche par unité parfois insuffisant	32
4.3 La protection et l'accès des patients à leurs effets personnels doit être sécurisé, s'agissant en particulier des majeurs protégés	34
4.4 La qualité des repas est appréciée des patients.....	37
5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	38
5.1 La liberté d'aller et venir est très limitée pour l'ensemble des patients	38
5.2 Il y a peu de restrictions imposées en ce qui concerne la vie quotidienne.....	40
5.3 Les communications avec l'extérieur sont faciles et la confidentialité respectée	40

5.4	L'exercice du droit de vote est encadré	42
5.5	L'accès au culte, bien que peu demandé, est aisé	42
5.6	La question du droit à l'intimité et à la sexualité n'est ni abordée ni suivie.....	42
6.	L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT	45
6.1	L'aménagement des chambres d'isolement rend impossible tout apaisement et ne respecte pas l'intimité des patients.....	45
6.2	Les mesures d'isolement ne sont pas toujours utilisées comme solution de dernier recours	46
6.3	L'analyse du registre de l'isolement et de la contention n'est pas effectuée	49
6.4	Des traitements sont prescrits en « si besoin » sans le consentement des patients	52
7.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	55
7.1	La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), impactée par les mesures dues à la crise sanitaire, peine à exercer sa mission de contrôle.....	55
7.2	La bonne tenue des registres de la loi facilite le contrôle des hospitalisations sans consentement tandis que les contrôles extérieurs sont réduits au minimum ...	56
7.3	Les conditions matérielles et relationnelles dans lesquelles le juge des libertés et de la détention exerce sa fonction n'appellent pas d'observations	58
8.	LES SOINS.....	61
8.1	Les soins psychiatriques sont assurés mais les activités thérapeutiques sont peu investies	61
8.2	Les soins somatiques sont assurés a minima, dans un établissement pourtant doté d'un plateau technique de médecine, chirurgie, obstétrique	63
8.3	La sortie, envisagée dès la stabilisation de l'état du patient se prépare dans la pluridisciplinarité	65
9.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	67
9.1	L'unité de gérontopsychiatrie piaget accueille des patients très fragilisés et leur propose un parcours de soins de qualité	67
9.2	Les patients de l'unité de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte (UPAJA) souffrent de conditions matérielles d'hospitalisation indignes et d'un nombre d'activités insuffisant	71
10.	CONCLUSION.....	79

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

- Maud Dayet, cheffe de mission ;
- Annie Cadelnel ;
- Marie-Agnès Crédoz ;
- Mari Goicoechea ;
- Augustin Laborde ;
- Pierre Levené.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, six contrôleurs ont effectué une visite du centre hospitalier Simone Veil au sein du groupement hospitalier Eaubonne-Montmorency (GHEM), dans le département du Val d'Oise (95) du 29 novembre au 3 décembre 2021.

Il s'agissait de la première visite de cet établissement.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le 29 novembre à 13h30 et l'ont quitté le 3 décembre à 12h. La directrice de l'établissement avait été avisée de la visite par la cheffe de mission la semaine précédente.

Les contrôleurs ont été accueillis par la directrice de l'établissement. Une réunion de présentation de la mission s'est tenue, en présence d'une trentaine de personnes dont le chef du pôle de psychiatrie adulte, des praticiens hospitaliers, la cadre supérieure et des cadres de santé, plusieurs directeurs de services, ainsi que des cadres administratifs.

Une salle de travail a été mise à la disposition des contrôleurs. Des affichettes signalant leur visite ont été diffusées dans les unités.

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site.

Deux contrôleurs ont rencontré la maire d'Eaubonne, également présidente du conseil de surveillance.

Le directeur de cabinet du préfet du Val-d'Oise, le président du tribunal judiciaire (TJ) de Pontoise (Val-d'Oise) ainsi que le procureur de la République près ce même tribunal ont été informés de leur présence par courriel.

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

Les organisations professionnelles représentatives du personnel, avisées de la présence des contrôleurs, n'ont pas émis le souhait de s'entretenir avec eux.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 3 décembre 2021, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation sauf la directrice générale excusée.

2. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LE POLE DE PSYCHIATRIE DU CENTRE HOSPITALIER SIMONE VEIL BENEFICIE DES SERVICES DE L'HOPITAL GENERAL QUI SE TROUVENT A IMMEDIATE PROXIMITE

La prise en charge psychiatrique de l'hôpital Simone Veil regroupe trois secteurs :

- le secteur G03 comprenant huit communes : Chauvry, Saint-Prix, Montlignon, Andilly, Margency, Eaubonne, Ermont, Soisy ;
- le secteur G04 comprenant neuf communes : Bethemont-la-forêt, Franconville, Frépillon, Bessancourt, Taverny, Beauchamps, Saint-Leu, Le-Plessis-Bouchard, Montigny-les-Cormeilles ;
- le secteur G07 comprenant huit communes : Piscop, Saint-Brice, Montmorency, Groslay, Deuil, Montmagny, Saint-Gratien, Enghien.

Les unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie générale de l'Hôpital Simone Veil (HSV) se situent sur le site d'Eaubonne, à proximité immédiate du pôle médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), installé sur le trottoir d'en face. D'une surface de près de cinq hectares, ce terrain se trouve en zone urbaine dense, entre commerces et habitations. Plusieurs lignes de bus s'arrêtent à courte distance, permettant de rejoindre aisément la gare d'Ermont-Eaubonne, elle-même reliée aux réseaux RER et Transilien.

L'hôpital Simone Veil fait partie des cinq établissements composant le groupement hospitalier de territoire (GHT) Sud Val-d'Oise-Nord Hauts-de-Seine avec :

- le Centre Hospitalier Victor Dupouy à Argenteuil qui est l'établissement support du GHT ;
- l'hôpital Le Parc à Taverny (95) ;
- l'établissement public de santé Roger Prévot (92-95) ;
- le centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre (92).

A ces établissements s'ajoute un membre associé, il s'agit du groupement hospitalier Hôpitaux universitaires Paris Nord Val-de-Seine de l'AP-HP¹ pour la prise en charge des adultes et l'hôpital Robert Debré pour la prise en charge pédiatrique.

Ce GHT couvre un secteur d'un million d'habitants.

a) L'offre extrahospitalière

L'établissement comprend :

- trois centres médico-psychologiques (CMP) et trois centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) adultes ;
- quatre CMP pour enfants ;
- deux CATTP pour enfants ;
- un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ;
- trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

¹ Assistance public hôpitaux de Paris.

b) Les bâtiments du pôle de psychiatrie générale



L'implantation des bâtiments du pôle de psychiatrie

Dix bâtiments sont répartis sur le site de psychiatrie, espacés de pelouses et de parkings. Quatre d'entre eux accueillent les unités d'hospitalisation, les autres abritant des bureaux administratifs ou de consultation (bâtiment Pierre Marty), une salle de conférence et un hôpital de jour (bâtiment Henri Ey), la salle d'audience du JLD et des espaces de stockage (bâtiment Yohann Weyer) ainsi que des archives et des logements.

Les unités Mahfoud Boucebsi, de dix lits, Henri Claude, de vingt-quatre lits, et Susy Rousset, de sept lits, sont installées dans le bâtiment Claude-Rousset, respectivement au rez-de-chaussée, au premier et au deuxième étage.

Dans le bâtiment Green-Winicott se trouvent l'unité Green, de vingt-cinq lits, l'unité transitionnelle (UT) d'hospitalisation de nuit de cinq lits, et l'unité de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte (UPAJA), accueillant des personnes de 14 à 21 ans comptant neuf lits. Les locaux de ces unités se répartissent sur les quatre étages du bâtiment.

Dans le bâtiment Zarifian, coexistent l'unité Zarifian avec vingt-et-un lits, l'unité d'hospitalisation courte durée (UHCD) de onze lits et un service d'accueil d'urgence (SAU).

Toutes les unités sont sectorielles sauf l'UHCD, le SAU, l'UPAJA et le bâtiment Piaget-Wallon qui accueille l'EPHAD et l'unité de gérontopsychiatrie (laquelle compte vingt lits) qui sont intersectorielles.

L'unité transitionnelle et l'unité Boucebsi n'ont pas fait l'objet du contrôle car ces dernières n'accueillent pas de patients en soins sans consentement.

Le pôle de psychiatrie dispose de 220 lits et places de prise en charge en santé mentale sur le secteur hospitalier et extra-hospitalier. Sur l'année 2020, il a connu un recul de son activité. Ainsi,

il est passé de 40 042 journées d'hospitalisation complètes en 2019 à 37 900 en 2020 (soit une baisse de 5,35 %). *A contrario*, les urgences psychiatriques et l'UHCD ont connu une augmentation majeure avec 2015 passages observés en 2019 contre 2339 en 2020 soit une augmentation de 16,02 %.

2.2 LE BUDGET DE FONCTIONNEMENT EST A L'EQUILIBRE MAIS LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS RESTE COMPLEXE

Tous dispositifs confondus, le budget du CH est de 230 millions d'euros. Il comprend les activités hospitalières et extra-hospitalières, les activités médico-sociales, les EHPAD², l'Institut de formation en soins Infirmiers. Certaines de ces activités sont co-financées par le département.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « les crédits mentionnés concernent seulement le CHSV ».

Le budget principal de l'hôpital est de 210 millions d'euros. Les activités de psychiatrie disposent d'un budget de 23 millions d'euros, sous forme de dotation.

Cette dotation couvre les activités de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte. Le partage entre les deux activités est difficile à faire avec exactitude. Une clef de répartition (1,25 pour le soin enfant et 1 pour le soin adulte) permet de suivre l'activité.

La direction de l'hôpital a nommé un directeur référent par activité, le directeur référent pour la psychiatrie est la directrice financière. Celle-ci dispose d'une délégation pour engager les dépenses, elle est ordonnateur déléguée.

Une réunion concernant le pôle psychiatrie générale est tenue une fois par mois pour évaluer les besoins en présence du chef de pôle, de cadres de santé et du directeur financier.

Pour le financement des activités thérapeutiques et d'animation, chaque service dispose d'une enveloppe financière stable. Les services recherchent, par ailleurs, pour consolider leurs budgets des financements auprès d'associations qui agissent dans le champ de la santé mentale.

Pour le financement du mobilier, des équipements et des travaux courants, les équipes sont invitées à faire un recensement de leurs besoins chaque année. Un arbitrage est rendu après consultation du directeur des achats et des travaux.

Les travaux d'investissements sont plus complexes à financer. La priorité a été, jusqu'à présent, donnée à la pédopsychiatrie et au « plan autisme ». La direction financière attribue ses difficultés à dégager des crédits d'investissement au système même de financement de la psychiatrie par le biais d'une dotation annuelle de financement (DAF). Selon elle, la dotation évolue peu et ne permet pas de dégager des marges permettant d'investir sauf à pénaliser l'activité.

Pour dégager des crédits d'investissement, la direction financière s'appuie néanmoins sur trois leviers :

- les crédits distribués par l'agence régionale de santé (ARS) pour consolider le bilan (restauration des marges). Un meilleur bilan budgétaire permet d'améliorer l'autofinancement. Pour l'ensemble de l'Ile-de-France 27,6 millions d'euros sont disponibles ;

² Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

- le « plan Ségur » au sein duquel la psychiatrie figure dans les axes prioritaires, 5,6 millions d'euros sont disponibles pour des projets d'investissement en Ile-de-France ;
- les crédits disponibles au titre de l'article 84³ qui permettent le financement des dépenses de fonctionnement et d'investissement afin de mieux appréhender les actes d'isolement et de contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « concernant l'article 84, l'établissement a reçu 134 114 euros pour effectuer les investissements nécessaires à la remise aux normes des chambres d'isolement ».

Le CGLPL se réjouit de l'obtention de ces financements en vue de la mise aux normes des chambres d'isolement.

C'est en combinant ces trois lignes de financement que la direction de l'établissement a préparé, à l'été 2021, un important programme d'« humanisation » (cf. § 4.1) du site pour un montant de six millions d'euros qui a été soumis à l'ARS.

D'après les éléments recueillis, d'ici la fin de l'année 2021, le CH devrait obtenir des retours concernant ses demandes de financement.

2.3 L'ETABLISSEMENT MENE UNE VERITABLE POLITIQUE D'ATTRACTIVITE SOCIALE ET MANAGERIALE QUI FAVORISE LE RECRUTEMENT ET LE MAINTIEN DANS L'EMPLOI DES DIFFERENTES CATEGORIES SOCIO-PROFESSIONNELLES

Au sein du CH, le pôle de psychiatrie compte environ 300 agents.

Le taux d'absentéisme au sein de ce pôle faible en 2019, il était de 6,63 %, en raison de la Covid-19, est passé à 10,83 % en 2020, soit un taux situé dans la moyenne nationale.

Le pôle de psychiatrie est moins touché que nombre de structures comparables par le déficit de la démographie médicale notamment les postes de psychiatres. En effet, sur ce pôle, il n'y a pas de poste de médecin vacant. L'établissement utilise *Mstaff*[®] pour recruter, ce logiciel paraît bien adapté à ses besoins. La direction du CH laisse une grande autonomie au chef de pôle dans le choix de ses collaborateurs. L'administration fait en sorte d'être très réactive dans la gestion des dossiers. Pour les médecins associés, l'administration prend en charge les diplômes universitaires ou les formations qu'ils doivent suivre mais surtout, une fois qu'ils sont diplômés, elle peut transformer le poste sur lequel ils étaient en poste de praticien hospitalier afin de les fidéliser. En cas d'absence d'un médecin, il est proposé à ses collègues d'effectuer du temps additionnel rémunéré de façon intéressante. Il est également proposé de payer les congés non pris. Cette politique de ressources humaines (RH) permet à cette institution de ne pratiquement pas avoir recours à l'intérim médical.

Lorsque le pôle a connu des difficultés managériales, l'établissement s'est fait accompagner d'une société extérieure pour comprendre les ressorts de celles-ci et a opéré les changements nécessaires.

Au niveau des infirmiers diplômés d'Etat (IDE), il manque cinq infirmiers de nuit sur le pôle de psychiatrie. Pour remplacer les absences, les RH ont mis en place un système d'intérim interne *Hublo*[®], qui fonctionne par le biais d'une application par téléphone et permet aux infirmiers qui

³ Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021.

le souhaitent de s'inscrire pour effectuer un remplacement et donc des heures supplémentaires de façon très simple et sans pression de l'encadrement sous réserve d'avoir les qualifications demandées. Ce système sécurisant pour tous semble pouvoir être qualifié de « gagnant-gagnant ».

BONNE PRATIQUE 1

La mise en place d'un système d'intérim interne permet de sécuriser le maintien des effectifs à un niveau suffisant.

L'établissement a aussi su être à l'écoute des demandes des soignants concernant l'organisation du temps de travail. Ainsi, le CH est passé progressivement à une organisation du travail des IDE en douze heures tout en réaménageant simultanément les soins. De même, la titularisation des IDE sortant d'école est rapide : après une période d'essai de quatre mois (qui peut être renouvelée une fois, en cas de doute), le salarié est stagiaire pendant un an puis il devient fonctionnaire hospitalier.

L'ensemble de ces pratiques positives produisent également des effets favorables sur le recrutement, il y a peu de *turn over* des soignants comme des médecins.

L'établissement a également publié un guide des « aidants », remarquant que nombre de ses salariés le sont dans leur vie personnelle afin de les assister et de les informer sur leurs droits notamment dans le cadre de l'aménagement de leur temps de travail.

BONNE PRATIQUE 2

L'établissement a élaboré un guide des « aidants » à destination de ses agents.

En 2020 et 2021, un certain nombre de formations ont été dispensées au personnel du pôle de psychiatrie, néanmoins celles-ci ont été limitées en raison de la pandémie de la Covid-19. Sur l'année 2022, un cycle important de formations aux soins sans consentement est nécessaire. Il est fort heureusement en cours de préparation ce qui répondra à un besoin manifeste.

2.4 LA DEMARCHE QUALITE S'INSCRIT BIEN DANS LE FONCTIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT ET PERMET D'ALLER PLUS LOIN QUE LA SIMPLE PRISE EN COMPTE DES EFFETS INDESIRABLES

La direction de la gestion des risques et de la qualité des soins est sous la responsabilité d'un directeur d'hôpital.

Les événements indésirables (EI) sont renseignés sur le site *gestform*® (l'établissement souhaite utiliser à compter de janvier 2022 le logiciel *BlueKango*®). Sur les six derniers mois de l'année 2021, soixante-treize EI ont été renseignés au sein du pôle de psychiatrie. Une assistante vérifie la bonne information des éléments chaque jour.

Les faits constitutifs d'EI associent des dégradations sur des biens, des difficultés de maintenance ou d'entretien, des violences entre patients ou à l'égard des soignants, des dysfonctionnements relatifs aux prises en charge.

L'ensemble des acteurs de l'établissement peuvent faire remonter des EI, plusieurs types de procédures existent en fonctions de la criticité de l'évènement. Lors des évènements les plus graves, l'ensemble des acteurs sont réunis dans la journée afin de définir des solutions.

Un comité de retour d'expérience (CREX) est réuni tous les mois.

Cette direction encourage dans chaque service la mise en place d'un « *café qualité* », sensibilisation faite par les encadrants auprès des autres agents sur les problématiques de qualité une fois tous les quinze jours. Le but est d'imprégner la culture du service.

Ce travail sur la qualité se veut également préparatoire aux audits internes et aux auto-évaluations réalisées notamment pour préparer la visite de certification de la Haute autorité de santé (HAS) prévu pour septembre 2022.

2.5 LE COMITE DE REFLEXION ETHIQUE ET CELUI DE LA BIENTRAITANCE SONT DEUX ENTITES ACTIVES EN MATIERE DE REFLEXION SUR LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Le comité de réflexion éthique existe depuis 2010 au sein de l'établissement. Il se réunit cinq fois par an et organise une conférence annuelle. Il est présidé actuellement par un médecin anesthésiste. Sont présents dans ce comité un représentant des usagers, des IDE, des cadres de santé, des médecins, des représentants des cultes, un juriste, un psychologue, un des directeurs de l'établissement, un représentant de la commission médicale d'établissement.

Le comité d'éthique n'a pas de budget propre mais l'établissement prend en charge les dépenses nécessaires à son fonctionnement (billets de trains pour un conférencier, etc.).

Il reçoit en moyenne deux saisines par an. Les deux dernières concernaient « la pandémie et droit de visite » et « le management et la vaccination ».

Le comité de la bientraitance est présidé par une cadre supérieure de santé, il comporte vingt-six membres et est né en 2008 à la suite d'un travail et sur « la dignité et le respect ». L'HAS, lors d'une visite en 2011, a souligné que ce groupe de travail méritait de devenir un comité, ce qui a été mis en œuvre. Ils sont également partenaire du groupe réflexion éthique. Ils sont également à l'origine d'une charte de la bientraitance qui est affichée dans de nombreux sites de l'hôpital.

3. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

3.1 POUR ASSURER L'ACCUEIL EN URGENCE, LE PROFESSIONNALISME DU PERSONNEL COMPENSE L'INADEQUATION DES LOCAUX

3.1.1 Une nouvelle organisation des urgences depuis mars 2020

Avant la pandémie de la Covid-19, les urgences psychiatriques étaient prises en charge au SAU de l'hôpital général, avec des moyens limités : un IDE en journée et un médecin psychiatre assurant également la psychiatrie de liaison. En mars 2020, dans le cadre de la réorganisation des urgences générales pour accueillir les patients atteints de la Covid-19, décision a été prise de délocaliser provisoirement les urgences psychiatriques sur le site d'Eaubonne, et une unité précédemment consacrée à l'hospitalisation de patients en soins sans consentement (SSC) a été transformée en accueil d'urgence et UHCD.

L'équipe soignante (IDE et aides-soignants) intervenant aux urgences est prise sur les moyens humains du secteur G07, les soignants tournent entre les urgences / UHCD et l'unité d'hospitalisation Zarifian. Ces soignants considèrent que le fait de travailler sur ces différents secteurs a du sens. L'effectif minimum aux urgences / UHCD est de trois IDE et un aide-soignant par service de 12h. Un cadre de santé partage son temps entre l'unité Zarifian et les urgences / UHCD. La présence médicale y est assurée par un médecin chef de service et deux médecins psychiatres dont un médecin associé. Pour compléter les effectifs, des astreintes de journée, de samedi matin ainsi que des gardes de nuit et week-end impliquent les psychiatres de plein exercice du pôle. Néanmoins, il n'y a pas de médecin spécialisé en médecine générale attaché à cette unité. La majorité des patients continue à être vus en première intention aux urgences générales avant d'arriver aux urgences psychiatriques.

Il y a une seule somaticienne pour tout le pôle qui assure le suivi en journée. La nuit, sur appel en urgence, les urgentistes des urgences générales se déplacent pour voir les patients.

La psychiatrie de liaison dans les services MCO continue d'être assurée par les psychiatres des urgences psychiatriques.

Les urgences générales et les urgences psychiatriques / UHCD dépendent maintenant de deux pôles différents de l'établissement, ce qui ne semble pas entraver la continuité des soins. La solution actuelle de délocalisation des urgences psychiatriques est appréciée par les urgentistes du site de Montmorency car jugée plus efficace. En effet, dès l'arrivée d'un patient au profil psychiatrique, le bilan somatique est accéléré et le transfert effectué rapidement vers une prise en charge spécialisée. Il arrive néanmoins qu'il y ait quelques zones de frottement entre urgences générales et urgences psychiatriques ; par exemple, lors de la visite des contrôleurs, un patient au profil psychiatrique arrivé très alcoolisé aux urgences générales suscitait une discussion entre urgentistes et psychiatres sur le taux d'alcoolémie à partir duquel le transfert vers la psychiatrie devenait possible.

L'organisation actuelle des urgences psychiatriques sur le territoire du GHEM se fait sans que le département du Val d'Oise ne soit doté d'un schéma départemental des urgences psychiatriques, qui est prévu par le projet régional de santé Ile-de-France 2018-2022 et le projet territorial de santé mentale du Val d'Oise en cours de finalisation.

RECOMMANDATION 1

Chaque territoire doit définir un schéma des urgences psychiatriques garantissant un accès aux soins digne et respectueux des droits du patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « le Val d'Oise n'a effectivement pas, actuellement, de schéma des urgences psychiatriques.

Le projet territorial de santé mentale comporte un axe quatre intitulé « la prévention et la gestion des situations de crise et d'urgence ». De cet axe, le PTSM en tire les recommandations suivantes : améliorer la réponse aux violences scolaires, structurer le parcours des personnes en situation de crise, mettre en place un schéma départemental des urgences psychiatriques adultes d'ici 2022 sur l'ensemble du territoire du Val d'Oise, améliorer le suivi post urgence en cas de geste suicidaire. »

Ces éléments ne permettent pas de considérer la recommandation comme prise en compte.

3.1.2 L'accueil d'urgence

L'accès aux urgences s'effectue par l'arrière du bâtiment Zarifian, il y a une signalétique « urgences psychiatriques » dès le rond-point routier d'accès aux deux sites hospitaliers. Il faut sonner à la porte fermée, car le principe est posé de ne faire qu'un seul premier accueil à la fois dans un petit sas d'entrée faisant face au bureau des soignants. Les contrôleurs ont pu observer quelques difficultés lors d'arrivées quasi-simultanées de patients, mettant ainsi en lumière une des premières limites des locaux actuels.

Les patients arrivent aux urgences psychiatriques en provenance des urgences générales du site de Montmorency, mais aussi de tous les services d'urgences d'Ile-de-France, qui après examen somatique, y adressent les patients en fonction de leur sectorisation psychiatrique. Ils peuvent aussi être adressés par un CMP ou l'équipe d'hospitalisation à domicile (HAD) du pôle. Bien que les CMP n'accueillent pas en urgence et ne soient pas ouverts en soirée, ils offrent (pour deux des trois secteurs) des rendez-vous non programmés pour les patients déjà connus, ce qui peut contribuer à fluidifier le parcours d'accès à l'hospitalisation pour ces patients-là. Pour les autres, le SAU est le seul recours pour voir un psychiatre en urgence et le seul point d'entrée des unités d'hospitalisation du pôle.

Des patients mineurs de plus de 15 ans peuvent être accueillis aux urgences psychiatriques après avoir été vus aux urgences pédiatriques. L'équipe mobile de pédopsychiatrie (qui relève d'un autre pôle de l'établissement, le pôle mère/enfant) peut se déplacer pour voir un mineur à l'UHCD. En effet, l'épidémie de bronchiolite, sévissant chez les très jeunes enfants au mois de décembre 2021, a contraint le service de pédiatrie à prioriser l'hospitalisation de ces publics au détriment des adolescents présentant des troubles psychiques.

Concernant le transport, une convention sous l'égide du préfet du Val-d'Oise et associant la DD-ARS-95⁴, le SDIS⁵, le SAMU⁶ 95, la DDSP⁷, la gendarmerie nationale, le Conseil de l'ordre du Val-d'Oise et SOS médecins a permis de 2016 à 2019 de mieux répondre aux demandes de conduite sans consentement aux urgences psychiatriques en vue de l'évaluation d'une situation de crise. Cette convention n'a pas été renouvelée et devrait être intégrée au futur schéma départemental des urgences psychiatriques.

Le patient est accueilli dans le sas par un IDE qui recueille son identité, prend ses constantes et fait un rapide interrogatoire. Il demande au patient de se défaire des éventuels objets dangereux dont il serait porteur, voire de vider ses poches. Ces objets sont placés dans un casier fermé à clé dans le bureau des infirmiers. Le patient est ensuite conduit dans une petite salle d'attente. Tous les patients attendant de voir le psychiatre y sont placés (sauf les mineurs qu'on installe dans une chambre de l'UHCD), ce qui ne contribue pas à la désescalade d'une personne agitée et peut en faire un lieu oppressant pour certains patients. Cette salle d'attente dont les occupants ne sont ni visibles ni audibles du bureau infirmier, est une chambre reconvertie donnant directement sur le couloir de l'UHCD et ainsi aux chambres de cette unité, ce qui n'est pas sécurisant pour les patients qui y sont hospitalisés. Cette salle d'attente constitue la deuxième limite des locaux actuels.

Aux urgences sont également assurées des consultations post-urgences, qui permettront ensuite de faire un relais pour la prise en charge du patient en CMP.

Les entretiens avec le psychiatre se déroulent en présence ou pas d'un IDE, tous les professionnels rencontrés n'ayant pas donné la même information aux contrôleurs.

L'activité est soutenue. Ainsi, en 2020, les urgences psychiatriques ont vu 2 339 patients, soit une augmentation de 16 % par rapport à 2019. Du 1^{er} au 30 septembre 2021, il y a eu 742 consultations pour 586 patients soit presque 25 consultations par jour.

En cas d'accueil d'un patient étranger, le service d'interprétariat par téléphone fonctionne et permet aux soignants et aux patients de se comprendre.

3.2 L'UNITE D'HOSPITALISATION COURTS SEJOURS PERMET UNE EVALUATION DE LA CRISE MALGRE SES LOCAUX INADAPTES

L'UHCD occupe depuis mars 2020 les locaux d'une précédente unité fermée, ses onze lits se répartissent sur neuf chambres (deux chambres à deux lits) de plain-pied, situées en enfilade le long d'un unique couloir. Les chambres pour les personnes à mobilité réduite (PMR) sont situées dans une aile à la suite de ce couloir. Les portes sont dotées de hublots qui ne sont pas tous opacifiés par un film plastique. Ni les portes des chambres, ni celles des salles de bains ne sont équipées de verrou de confort et une patiente a pu exprimer sa crainte de voir d'autres patients entrer dans sa chambre. Les placards des chambres sont dotés d'une serrure (sans clé), les fenêtres ne peuvent s'ouvrir mais un sas d'aération dans la cloison entre deux chambres peut quant à lui être ouvert, les fenêtres ne sont pas équipées de film opacifiant, exposant les patients

⁴ Direction départementale 95 de l'agence régionale de santé.

⁵ Service départemental d'incendie et de secours.

⁶ Service d'aide médicale d'urgence.

⁷ Direction départementale de la sécurité publique.

aux regards de l'extérieur. L'exiguïté de certaines salles de bains a pour effet que la douche arrose l'entièreté des surfaces de cette pièce, si bien que les affaires de toilette sont mouillées. L'ensemble de ces aménagements spartiates dans les chambres ne respecte pas le besoin de sécurité et l'intimité des patients.

Par ailleurs, il manque également des locaux collectifs dans cette unité. Ainsi, l'UHCD ne dispose d'aucune pièce de vie : ni salle à manger ni salon, il n'y pas de télévision ni dans les chambres ni dans une salle commune. Les seuls espaces communs sont un couloir et un patio gris et triste planté d'un arbre, ouvert de 6h à 23h, fréquenté par les fumeurs.

Deux chambres d'isolement sont mutualisées avec l'unité Zarifian (cf. § 6.1).

RECO PRISE EN COMPTE 1

Dans l'hypothèse de la pérennisation des urgences psychiatriques sur le site d'Eaubonne, il doit être prévu des locaux adaptés à l'accueil d'urgence et à l'hospitalisation de courte durée, respectueux des droits des patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que *«la décision de pérenniser ou pas les locaux des urgences psychiatriques sur le bâtiment Zarifian sera prochainement prise. D'ores et déjà, dans le cadre de l'enveloppe Ségur accordée à la toute fin de l'année 2021, 500 000 € de travaux sont prévus si nécessaire pour adapter les locaux à cette activité.»*

Par ailleurs, les travaux suivants sont prévus :

- les films opacifiants seront installés d'ici fin Mars ;
- les portes de placards défectueuses seront réparées d'ici mi-Avril ;
- les verrous de confort seront installés avant l'été dès réception.»

Le patient vu par un psychiatre en consultation d'urgence et pour lequel une décision d'hospitalisation a été prise, est installé dans une des chambres de l'UHCD. La durée maximum du séjour à l'UHCD est de quarante-huit heures. Les patients sont régulièrement revus par le psychiatre.

Un inventaire écrit et signé par le patient et deux soignants y est réalisé, en sa présence, mais aucun double n'est remis au patient. Les objets considérés comme dangereux sont retirés et remis à la famille (quand il y en a une) plutôt que d'être stockés dans l'attente du transfert dans une unité d'hospitalisation, car cette dernière modalité a occasionné des pertes dans le passé.

Le téléphone portable n'est pas systématiquement retiré, mais uniquement en fonction de l'évaluation médicale de l'état du patient ; de même, le pyjama ou tout autre restriction ne sont imposés que sur décision médicale. Quand les patients non dotés de portable sont autorisés à téléphoner, ils peuvent passer leur appel du téléphone sans fil du service, à partir de leur chambre. Le systématisme de la prescription médicale peut aussi conduire à des situations peu compréhensibles : une patiente qui s'ennuie a demandé à avoir un poste de radio (que sa famille lui aurait apporté), on lui a répondu qu'il fallait une prescription médicale.

RECO PRISE EN COMPTE 2

Le retrait aux patients de certains objets sur décision médicale ne doit pas se transformer en une forme de systématisme qui ferait de la décision médicale un préalable à l'accès à tout objet, le plus anodin soit-il.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que *« concernant le retrait des objets personnels aux patients, à chaque entrée du patient, une évaluation clinique est réalisée à partir de laquelle certaines consignes peuvent être formulées et font l'objet d'une prescription médicale. Les restrictions en matière de détention d'objets personnels sont motivées uniquement par l'état du patient et non pas par un protocole ou une procédure préalable. »*

Cette question rejoint une série d'autres réflexions sur l'amélioration de la vie quotidienne faisant l'objet d'un travail permanent de sensibilisation de toutes les équipes du pôle comme cela a été le cas pour la mise à disposition des cigarettes en 2021, par exemple ».

Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021, il y a eu 805 admissions pour 646 patients. Près de la moitié des patients admis ont ensuite été transférés vers une des unités d'hospitalisation du pôle de psychiatrie, 28 % sont retournés au domicile, 16 % ont été transférés vers une autre unité d'hospitalisation en psychiatrie (notamment des cliniques privées) et 6 % ont été transférés vers des services de MCO ou de soins de suite et de réadaptation (SSR).

3.3 L'ARRIVEE DES PATIENTS DANS LES UNITES BENEFICIE D'UNE COORDINATION EFFICIENTE AVEC LES URGENCES

Une réunion hebdomadaire de régulation, à laquelle les contrôleurs ont assisté, se déroule entre les urgences et les unités d'hospitalisation du pôle ; y sont présents le chef et la cadre supérieure du pôle, le psychiatre chef du service des urgences et ses deux collègues affectés aux urgences, les médecins responsables et les cadres de santé des unités. Il s'agit au cours de cette réunion de partager l'information sur les lits et les chambres d'isolement disponibles dans les unités, de faire le tour des patients passés aux urgences et actuellement hospitalisés à l'UHCD ou qui y sont annoncés, d'organiser le passage de ces patients dans les unités ou d'envisager d'autres solutions. Les situations cliniques sont rapidement présentées, les statuts des patients en SSC précisés avec le souci d'en réévaluer la pertinence sur la durée, mais sont aussi prises en compte des particularités qui ont des incidences sur les conditions d'hospitalisation (par exemple : un patient transgenre pour lequel il faut prévoir une chambre individuelle). Cette réunion contribue à la continuité des parcours des patients en harmonisant les pratiques cliniques des urgences et des unités d'hospitalisation.

BONNE PRATIQUE 3

La réunion de régulation entre les urgences et les unités du pôle, qui fait s'accorder les pratiques cliniques entre urgences et unités d'hospitalisation au sein du pôle est une bonne pratique qu'il convient de saluer.

A leur arrivée dans les unités, les patients sont accueillis, par un binôme soignant / médecin ou par un soignant seul auquel cas ils sont vus rapidement ensuite par un psychiatre. Le médecin somaticien examine l'arrivant dans les vingt-quatre heures (en semaine).

3.4 LES MESURES DE SOINS SANS CONSENTEMENT REPRESENTENT PRES D'UN TIERS DES HOSPITALISATIONS A TEMPS COMPLET

3.4.1 L'activité de psychiatrie générale

Les chiffres communiqués pour les années 2019, 2020 et 2021 font apparaître une relative stabilité de la file active globale : 5 551 personnes ont été accueillies en 2019 pour 5 281 en 2020 et 5 488 pour les neuf premiers mois de l'année 2021.

Le nombre de patients admis en hospitalisation à temps complet, qui s'élevait à 738 patients en 2019, a fortement diminué en 2020 (687 patients) mais atteignait 798 patients pour la seule période de janvier à septembre 2021. Au cours des trois dernières années, la proportion d'hospitalisations à temps complet par rapport à la file active globale oscille donc entre 12 et 14 %, le reste des patients étant pris en charge en ambulatoire. La durée moyenne de séjour par patient dans les six unités d'hospitalisation complète contrôlées⁸ s'établit à trente-cinq jours sur les trois dernières années.

3.4.2 Le suivi et l'évolution des procédures de soins sans consentement

Durant les neuf premiers mois de l'année 2021, 167 patients ont été admis dans le cadre de soins psychiatriques sans leur consentement, tous statuts confondus ; ils étaient 225 en 2020 et 254 en 2019. Le nombre de mesures de soins sans consentement a très légèrement augmenté en 2020 : elles ont représenté 34,8 % de la totalité des admissions à temps plein, contre 34,4 % en 2019.

En 2019 comme en 2020, la majorité des patients en soins sans consentement avaient été admis sur décision du directeur de l'établissement (SDDE), à hauteur de 93 %. Parmi eux, près de 10 % sont entrés à l'hôpital sous le statut de soins à la demande d'un tiers (SDT), 60 % selon la procédure d'urgence (SDTU) et 30 % au regard d'un péril imminent (SPI). Les mesures de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) représentent ainsi moins d'une mesure sur dix (dont deux mineurs en 2020). Ces chiffres sont stables sur ces deux années et sont représentatifs de l'état des lieux dressé au premier jour de la visite, le 30 novembre 2021 : sur 111 places d'hospitalisation complète, 21 patients relevaient d'une mesure de soins sans consentement (18 SDDE et 3 SDRE) dont cinq à l'unité Green, trois à Henri Claude, deux à Piaget, six à Suzy Rousset, deux à Zarifian et trois à l'UHCD.

Les patients admis en SDT ne sont pas systématiquement informés de l'identité du tiers demandeur. En cas d'admissions sous la forme du péril imminent (SPI), qui sont peu fréquentes et nécessitent l'examen d'un médecin extérieur à l'établissement, des médecins libéraux se déplacent.

⁸ A l'exclusion de l'unité transitionnelle et de l'unité Mahfoud Boucebsi, qui disposent de lits d'hospitalisation de nuit pour des patients en soins libres ou en programme de soins, et de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) qui accueille, depuis mars 2020, des patients pour des durées n'excédant pas 72 heures.

L'accueil de patients détenus est très rare et concernerait plutôt des personnes sorties d'établissements pénitentiaires car déclarées pénalement irresponsables. Une équipe de deux soignants se rend alors à l'établissement pénitentiaire, le patient étant sédaté pour son transport. Aucune unité n'accueille spécifiquement ces patients.

3.4.3 L'occupation des unités

Les affectations en unités d'hospitalisation ne sont pas strictement liées au secteur d'appartenance des patients, ce qui permet d'éviter des situations de suroccupation mais peut également signifier qu'un patient ne sera pas accueilli sur la même unité lors de deux hospitalisations successives. L'orientation des patients est décidée à l'occasion d'une réunion hebdomadaire (cf. § 3.3). Au jour de la visite, l'établissement disposait d'une dizaine de lits libres et les équipes rencontrées n'ont pas fait part aux contrôleurs de difficultés de suroccupation, à l'exception de l'UPAJA. Le sous-dimensionnement de cette unité associé à son faible *turn over* conduit en effet à admettre des patients mineurs dans des unités pour adultes ce qui est incompatible avec le respect de leurs droits fondamentaux (cf. § 9.2). Au moment du contrôle deux patients mineurs étaient hospitalisés dans les unités Zarifian et Green.

3.5 L'INFORMATION DES PATIENTS EST LACUNAIRE

3.5.1 L'information générale

Le livret d'accueil général de l'établissement, disponible uniquement en français, n'aborde pas spécifiquement le fonctionnement des services de psychiatrie et n'est d'ailleurs pas distribué dans les unités.

Une première série d'informations est délivrée oralement à l'arrivée du patient. Le moment choisi pour l'entretien, sa durée et le degré des détails fournis sont fonction de l'état du patient, ce qui peut conduire, lorsque le patient est aux urgences, à déléguer l'entretien à l'équipe de l'unité d'admission.

Des règlements intérieurs ont été établis dans chaque unité : ils présentent l'équipe médicale et les règles de vie (heures de repas, autorisation du téléphone portable, interdiction de pénétrer dans la chambre d'un autre patient, interdictions de certains produits et objets, accès à l'aumônerie, etc.). En revanche, les patients rencontrés ne disposaient pas d'une copie du règlement de leur unité, qui ne paraît donc pas être utilisé et n'était affiché qu'à l'UPAJA. Certaines informations précisées dans ces règlements sont à destination des familles (modalités de délivrance d'informations sur la situation du patient, possibilité de solliciter un rendez-vous avec l'équipe médicale), mais elles n'en seraient pas destinataires non plus.

Certaines informations font l'objet d'un affichage dans les unités (plannings d'activité, menus, accès à la régie, règlement des visites dans le contexte de crise sanitaire, etc.) mais sont insuffisantes aux dires de plusieurs patients rencontrés, l'un d'eux expliquant que les plus anciens assurent souvent le rôle de guide aux arrivants.

RECO PRISE EN COMPTE 3

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

Des supports écrits (livrets, affichage) relatifs aux informations sur l'hospitalisation et aux droits généraux des patients doivent être mis à la disposition de ceux-ci, harmonisés et actualisés dans les différentes unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise qu'« un livret spécifique au service de psychiatrie a été élaboré depuis le passage du CGLPL. Sa distribution ainsi que celle du livret d'accueil général sont dorénavant réalisées à l'entrée des patients.

Nous avons réalisé une information à cet effet aux équipes soignantes, sous la forme d'une note de service.

Les règles de vie par unité ont été revues dans chacune des unités de soins, et affichées ou distribuées selon le format retenu.

Concernant les informations spécifiques liées à la santé mentale, en janvier 2022, une commande de brochures a été passée (PSYCOM) et distribuée aux cadres le 17 mars 2022.

Des commandes de présentoirs sont en cours afin de faciliter leurs mises à disposition pour les patients et familles qui souhaitent les consulter. »

3.5.2 L'information relative aux soins sans consentement

Les arrêtés préfectoraux sont notifiés aux patients admis en SDRE.

En revanche, lorsque les soins sans consentement sont décidés par le directeur d'établissement, l'information du patient prend la forme d'un formulaire interne intitulé « notification de décision d'admission ou de maintien ». Ce document est présenté au patient, qui accepte ou non de le renseigner et de le signer. Dans l'affirmative, il reconnaît avoir été informé du cadre de la mesure de soins dont il fait l'objet, des droits qui lui sont reconnus par l'article L.3211-3 du code de la santé publique – qui lui sont détaillés, des modalités de contrôle de la mesure de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention, et des formalités à accomplir pour exercer ses voies de recours. Pour autant, il ne s'agit pas de la décision d'admission prise par l'autorité en tant que telle, en contradiction des dispositions prévues par la loi. Bien qu'explicitement visés dans le document, les certificats médicaux sur lesquels reposent les décisions ne sont ni détaillés, ni présentés ni remis au patient, qui n'est ainsi pas informé des motifs de la mesure dont il fait l'objet. En outre, les mentions relatives au contrôle de la mesure par le juge n'ont pas été actualisées depuis la loi du 27 septembre 2013 puisqu'elles évoquent encore le contrôle du magistrat à 15 jours au lieu de 12. Plus globalement, ce document est mal conçu et n'est pas véritablement lisible pour les patients qui en prennent connaissance, *a fortiori* s'ils ne maîtrisent pas la lecture ou le français écrit. Une copie de la notification n'est enfin pas remise à l'intéressé dans toutes les unités ; elles sont placées dans les dossiers individuels des patients. A l'issue de la visite, les contrôleurs ont été informés du projet de refonte de ce document.

La procédure de notification est réalisée par les infirmiers. Si le patient est en chambre d'isolement, la notification ne lui est faite qu'après sa sortie. Dans une unité, l'entretien avait lieu au poste de soins, entre d'autres tâches et de manière mécanique. Les infirmiers et médecins ne disposent pas de la formation nécessaire pour éclairer précisément les patients sur le cadre des soins sans consentement, certains confiant s'être auto-formés (cf. § 2.3).

En revanche, les notifications et les transmissions des décisions au JLD sont conduites dans les temps impartis, comme en atteste le registre de la loi (cf. § 7.2) notamment les week-ends, au cours desquels une permanence est assurée par un membre de la direction. Une réunion des cadres de santé et du médecin de garde a lieu tous les jeudis pour s'assurer de la régularité des délais dans la perspective du week-end.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Les formulaires internes et modèles utilisés pour les différents actes de procédure de soins sans consentement doivent être abandonnés et les décisions du directeur dûment motivées ou accompagnées du certificat médical la justifiant, notifié au patient. Une copie de l'ensemble des décisions et pièces administratives et médicales relatives aux soins sans consentement doit également être remise au patient tout au long de son placement afin que son information soit complète et que soit garantie l'effectivité des droits de la défense. De plus, le recueil des éventuelles observations du patient doit être tracé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que «la totalité des notifications, modèles, formulaires, a été réécrite en ce sens.

L'application des process de remise de l'ensemble de ces documents révisés au patient tout au long de son hospitalisation commencera à partir du début du mois d'avril (aujourd'hui, les patients ont des notifications, mais pas pour chacune des étapes). Ces nouveaux modèles intègrent les éventuelles observations du patient.

Les professionnels de santé du pôle ont bénéficié d'une "information flash" (sous forme d'un vade mecum écrit, remis à chaque soignant) relative aux mesures de soins sans consentement afin de pouvoir accompagner les patients en janvier 2022 après parution de la loi. Elle sera étayée par la formation "IDE en santé mentale" et plus particulièrement par son module 2 dédié à la législation en psychiatrie (le 04.04.2022). »

4. LES CONDITIONS DE VIE

4.1 LES LOCAUX DE CINQ DES HUIT UNITES D'HOSPITALISATION SONT VETUSTES ET INADAPTES



Entrée du site de psychiatrie



Jardin de l'unité Henri Claude



Entrée de l'unité Zarifian



Bâtiment accueillant les unités Henri Claude, Susy Rousset et Mahfoud Boucebci

La localisation du site, dans la ville et à immédiate proximité de l'hôpital général, évite son isolement, à l'inverse de ce qui peut être observé dans grand nombre d'établissements psychiatriques. En revanche, sa disposition, sa composition et son état appellent plusieurs critiques.

Il est relevé qu'à l'exception de la salle de conférence, le site ne comporte aucune installation collective, du type cafétéria, salle d'exposition ou salle de sport, où les patients de différentes unités pourraient se réunir et éventuellement recevoir leurs proches. L'hôpital général comporte bien une cafétéria mais pour y accéder les patients doivent sortir de leur unité et du site – opportunité qui leur est rarement laissée (cf. § 5.1) – traverser une rue passante et marcher plusieurs minutes. De plus, cet espace, relativement petit et situé à l'entrée de l'hôpital, est bruyant et peu adapté à des patients en psychiatrie. Un gymnase est situé dans une des extrémités du bâtiment Henri Ey ; cependant, des morceaux de peinture tombant des murs et de

l'eau s'infiltrant par le plafond, celui-ci est condamné et voué à la destruction. Les espaces extérieurs du site n'étant en plus que peu valorisés et utilisés, ceci conduit les patients à rester entre les murs de leur seule unité.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Des installations et espaces collectifs, extérieurs aux unités et réservés au site de psychiatrie, doivent être prévus pour encourager les patients à sortir de leur unité, leur permettre de maintenir une vie sociale et de bénéficier de davantage d'activités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « l'installation de ces espaces est prévue dans le cadre du schéma directeur immobilier du site de psychiatrie transmis à l'ARS en août 2021.

Les espaces libérés par le déménagement des activités extra-hospitalières du G04 et la rénovation de certains bâtiments permettront de faire aboutir ce projet. »

Les bâtiments ayant été construits sur une période allant des années 1970 aux années 2010, une importante disparité entre eux est observée.

Ainsi, les locaux des unités Piaget et Zarifian les plus récents, offrent des conditions d'hospitalisation satisfaisantes. Dans l'unité Piaget, par exemple, les vingt chambres sont toutes individuelles, équipées de toilettes et de douches, et situées sur un seul niveau, de plain-pied. Ces unités sont dotées des installations attendues – réfectoire, salon TV, patio intérieur, salles de soins et d'activités, et bureaux de consultations – en nombre suffisant, spacieuses et baignées de lumière naturelle.

A l'inverse, les locaux des unités Claude, Rousset, Boucebci, Green et de l'UPAJA sont vétustes et inadaptés à l'hospitalisation de patients en psychiatrie. L'UHCD, transformée pour accueillir des patients pour une courte durée en sortie des urgences est impropre à sa destination et devra être réaménagée si cette organisation perdure (cf. § 3.1).

L'unité Boucebci ne comporte ainsi que des chambres doubles, dont aucune n'est équipée de WC et de douches, affectant ainsi le droit des patients à l'intimité et à l'hygiène. Les dix patients hébergés sont donc contraints de partager trois douches et trois toilettes. Il en est de même à l'unité Rousset, quand bien même les sept chambres y sont individuelles. La situation est légèrement meilleure à l'unité Claude, dont une partie des chambres ont été refaites : huit chambres individuelles avec toilettes et douches, pour huit chambres doubles devant partager quatre douches et quatre WC. En revanche, le revêtement du sol du réfectoire et du salon TV se décolle par endroits, risquant de provoquer des chutes. Faute de place, les patients de l'unité Claude utilisent aussi certaines salles de l'unité Boucebci, située un étage au-dessous, notamment pour les activités et les soins esthétiques.

Au bâtiment Green-Winicott, ce n'est pas tant le ratio chambres individuelles / chambres doubles, avec ou sans douche et toilette – quoique lui aussi problématique : neuf chambres individuelles pour huit chambres doubles, toutes avec WC et douche, à Green, et cinq individuelles pour deux doubles, toutes avec WC et douches, à l'UPAJA – que la disposition générale des locaux qui pose difficulté. Ainsi, les locaux de l'unité Green se répartissent sur trois niveaux, le rez-de-jardin, le premier et le deuxième étage du bâtiment, ainsi que sur ses deux ailes, situées de part et d'autre d'une passerelle métallique. Du fait de la nécessité d'utiliser un

escalier pour rejoindre les niveaux inférieurs et supérieurs, les locaux du rez-de-jardin, notamment la terrasse extérieure, le réfectoire et une salle d'activité, sont peu investis par les patients, préférant rester dans leur chambre. De même, à cause de la passerelle séparant le premier étage en deux, le personnel de l'unité n'a pas la possibilité de voir ou d'entendre ce qui se passe de l'autre côté, ce qui met potentiellement des patients en danger en cas de problème. Les locaux de l'UPAJA sont également disséminés des deux côtés du bâtiment Green-Winicott et sur trois étages. Au rez-de-jardin, outre une terrasse extérieure, des bureaux de consultation et le réfectoire, se trouve le hall d'entrée servant à la fois d'espace d'accueil pour les familles et d'espace de jeux, une table de ping-pong et un babyfoot y étant entreposés. Le deuxième étage – le premier est occupé par le secrétariat de l'unité Green – est réservé à l'UT dont les patients de l'UPAJA utilisent la bibliothèque, la salle de sport et le salon. Les chambres des patients, le bureau des infirmiers et la salle de soins se trouvent au troisième étage. Les patients mineurs ne pouvant être laissés seuls, des soignants sont obligés de les accompagner à chacun de leurs déplacements. Or, ces derniers étant en effectif réduit, ils ne sont pas toujours en mesure de le faire. Dès lors, les patients de l'UPAJA passent le plus clair de leur temps au troisième étage du bâtiment, dans une aile à la taille réduite, ancienne et mal éclairée (cf. § 9.2). Les conditions dans lesquelles les patients des unités Henri Claude, Suzy Rousset, Boucebci, Green et de l'UPAJA sont hospitalisés frôlent donc l'indignité.



Revêtement du sol de l'unité Henri Claude



Le gymnase à Henry Ey, une des seules installations collectives, aujourd'hui condamné

L'observation d'un point en particulier, les lieux où les patients peuvent fumer, illustre encore davantage ce constat. Alors que dans l'unité Piaget, les patients disposent de patios extérieurs agréables, agrémentés de plantes ou d'arbres et équipés de bancs à l'abri de la pluie, il en va autrement à Suzy Rousset, Henri Claude, Zarifian et à l'UPAJA. Si la terrasse de l'unité Suzy Rousset, située sur le toit du bâtiment, a le mérite d'exister, elle a aussi tout d'une prison : ces murs sont grillagés, y compris sur leur partie supérieure, et des mauvaises herbes poussent entre les dalles de béton. L'unité Henri Claude dispose quant à elle d'un jardin mais les patients non autorisés à y accéder, ou ceux souhaitant fumer en dehors des heures d'ouverture de l'unité, sont contraints d'utiliser un espace d'à peine trois mètres carrés, situé à l'arrière du bâtiment et ceint de grilles. Enfin, à l'UPAJA, la terrasse extérieure n'étant pas protégée et les soignants ne

pouvant pas toujours y accompagner les patients fumeurs, ces derniers utilisent la rampe d'accès à l'escalier d'urgence, entièrement grillagée, d'à peine deux mètres carrés, sans aucun équipement et surnommée « la cage à poules ».

RECOMMANDATION 2

Les espaces prévus pour les patients fumeurs dans les unités Suzy Rousset et Henri Claude, et à l'UPAJA doivent être réaménagés pour leur ôter leur aspect carcéral.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise qu'« un aménagement des espaces fumeurs est prévu :

Afin d'apporter des aménagements les plus adaptés aux besoins des patients, un appel à idées a été lancé auprès de toutes les équipes infirmières du pôle de psychiatrie le 21 janvier 2022 pour le fumoir d'Henri Claude. Plusieurs propositions ont été faites (véranda, patios clôturés par des panneaux translucides, jardin clôturé) qui sont actuellement en cours de chiffrage. [Toutes les équipes ont été consultées afin de profiter des expériences du plus grand nombre et de créer du lien entre les professionnels de psychiatrie]

Concernant Suzy Rousset, la peinture de la rotonde centrale et des parois périphériques ainsi que le remplacement des dalles au sol par un sol lisse sont prévues avant l'été.

Sur l'UPAJA, il est prévu la réalisation d'une protection autour et au-dessus de l'escalier dont le palier haut sert aujourd'hui de fumoir sécurisé, afin de permettre un accès à l'espace vert en contrebas sans risque. Sur cet espace, il est prévu la réalisation d'une clôture haute translucide avec haie et saut-de-loup végétal périphérique, un éclairage extérieur, des bancs ainsi que la réalisation d'un abri ponctuel.

Calendrier : programme Avril-Juin, consultations des entreprises Juillet-Septembre, réalisation Octobre-Décembre. »

La recommandation n'est pas considérée comme prise en compte par le CGLPL, le chiffrage du fumoir n'étant pas encore réalisé.



Terrasse grillagée de l'unité Susy Rousset



Fumoir de l'unité Henri Claude

De manière unanime cette fois, quelles que soient les unités, l'absence de verrou de confort sur les portes séparant les chambres des couloirs a été constatée, enfreignant le droit des patients à l'intimité. Dans certaines unités, telle que celle de Zarifian, pourtant une des plus récentes, cette carence a même été relevée sur les portes donnant accès aux cabines de douche et de toilette des chambres.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Pour garantir le droit des patients à l'intimité, des verrous de confort doivent être installés sur les portes des chambres, et *a fortiori* des douches et des toilettes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que «130 cylindres avec bouton moleté intérieur sont commandés pour une mise en place prévue avant l'été.»

De même, il n'y a pas dans toutes les chambres la possibilité d'ouvrir une fenêtre, et dès lors d'aérer l'espace.

L'équipement est aussi inégal, des tables et des chaises manquant dans certaines chambres, ou parfois des portes de placard.

Enfin, à l'exception de celles de l'UPAJA, il apparaît que les chambres sont peu décorées et investies par leurs occupants.

*Chambre individuelle de l'unité Green**Chambre double de l'unité Henri Claude*

Moins problématique, l'appellation des bâtiments gagnerait toutefois à être simplifiée. Alors que celui nommé « Zarifian » désigne à la fois l'unité du même nom et l'UHCD qui s'y trouvent, celui « Claude-Rousset » héberge les unités Henri Claude et Suzy Rousset, mais aussi l'unité Boucebci qui n'apparaît pas dans son nom. Quant au bâtiment « Green-Winicott », il accueille bien l'unité Green mais « Winicott » ne renvoie à aucune unité du même nom.

Peu de temps avant la visite des contrôleurs, soit à l'été 2021, un important programme d'« humanisation » du site avait été soumis à l'ARS. Il prévoit :

- la rénovation des chambres des unités Henri Claude et Suzy Rousset ;
- la construction d'une extension à l'unité Green pour permettre aux deux ailes de l'unité de fonctionner indépendamment ;
- la destruction du bâtiment Henri Ey pour y bâtir notamment un espace permettant de recevoir les familles ;
- la création, en lien avec le secteur G04 d'un hôpital de jour qui permettrait d'accueillir le centre médico-psychologique (CMP) et le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) installés aujourd'hui dans des locaux trop petits ;
- le déplacement de l'unité hospitalière de courte durée (UHCD) ;
- la création d'une maison de santé avec le soutien de la ville d'Eaubonne pour ouvrir la psychiatrie sur la ville ;
- la sécurisation du site qui abrite les unités de psychiatrie générale afin de permettre aux patients hospitalisés d'aller et venir dans le parc.

Si ce projet montre que le constat de l'inadéquation et de la vétusté des locaux est partagé, y compris par la direction de l'établissement, aucune décision n'avait été prise au moment du contrôle, ni chantier démarré. Surtout, il ne résout pas la question des locaux de l'UPAJA, seule unité à ne bénéficier d'aucun plan d'aménagement.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Les locaux des unités Henri Claude, Suzy Rousset, Mahfoud Boucebci, Green et de l'UPAJA doivent être repensés, rénovés et dûment équipés pour offrir des conditions d'hospitalisation dignes et adaptées. A cet égard, le plan d'« humanisation » envoyé à l'ARS à l'été 2021 doit être complété pour intégrer notamment l'UPAJA.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « l'établissement va pouvoir poursuivre le plan de rénovation engagé grâce aux crédits accordés par l'ARS fin 2021 afin que le plan d'équipement des différentes unités qui bénéficient, comme l'ensemble des services, d'une délégation pour les investissements courants.

Réalisé en 2021 :

2 douches collectives et 2 chambres sur Henri Claude ont été installées (en plus des 8 chambres individuelles sur Henri Claude qui avaient été rénovées les années précédentes),

2 douches et 2 WC collectifs ont été rénovés sur M. BOUCEBCI, 1 salle de bain collective a été refaite sur S. ROUSSET,

15 salles de bain de chambres ont été refaites sur GREEN.

Sur l'UPAJA, la peinture de 3 chambres, de la salle TV, de la salle d'activités et des couloirs/parties communes ont été réalisées.

Prévu en 2022 :

Des commandes d'équipement courant sur l'ensemble des unités du pôle ont été faites, validées, et sont en attente de réception.

Les 6 dernières salles de bain de chambres vont être refaites sur GREEN avant l'été 2022 Nous continuons ces travaux de rénovation progressive en 2022 en particulier sur les unités S. ROUSSET, M. BOUCEBCI et H. CLAUDE : Remplacement des revêtements de sols couloir et salle à manger, finalisation de la rénovation des installations sanitaires collectives sur BOUCEBCI, Finalisation de la rénovation des douches partagées sur S. ROUSSET.

Sont en cours d'étude les travaux d'extension de l'UPAJA en R+1, au-dessus de l'extension prévue du service GREEN pour un montant estimé à 350 k€. »

4.2 LES PATIENTS ONT LES MOYENS DE CONSERVER UNE BONNE HYGIENE PERSONNELLE MALGRE UN NOMBRE DE CABINES DE DOUCHE PAR UNITE PARFOIS INSUFFISANT

Quoiqu'anciens voire vétustes pour la plupart, les locaux du site de psychiatrie de l'hôpital sont propres et bien entretenus. Ceci concerne aussi bien les chambres des patients et les salles communes à l'intérieur des unités, nettoyées quotidiennement par des agents de service hospitalier (ASH), que les abords des bâtiments et les espaces extérieurs. Seuls quelques cendriers mériteraient d'être vidés plus régulièrement.

De même, les patients ont les moyens de conserver une bonne hygiène personnelle. Ainsi, pour ceux sans proches à qui confier leur linge sale, une machine à laver et un sèche-linge sont disponibles dans chaque unité ou au minimum dans chaque bâtiment, à raison d'environ une utilisation par semaine et sans coût additionnel. De même, les patients sans ressources peuvent accéder gratuitement à des réserves de vêtements, constituées de dons d'associations ou de

biens laissés par des patients ayant quitté l'hôpital, ainsi qu'à des produits d'hygiène tels que des savons et des shampoings. Enfin, les draps des lits sont changés au minimum une à deux fois par semaine et dès qu'ils sont souillés.

Le point le plus problématique en matière d'hygiène concerne l'accès aux douches. En effet, un nombre important de chambres sont dépourvues de douche et de toilettes privatives (cf. § 4.1). Pour pallier cette insuffisance et dans l'attente de la rénovation des dites chambres, l'accès aux douches et toilettes est laissé libre toute la journée, sauf lorsqu'elles sont en train d'être nettoyées. Cette solution, à défaut d'être idéale, a paru convenir aux patients rencontrés.

RECOMMANDATION 3

Le plan de rénovation et d'« humanisation » des chambres à l'étude doit notamment aboutir à l'installation de nouvelles cabines de douche et de toilettes –une par chambre – pour donner davantage de moyens aux patients de veiller à leur hygiène.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « le plan de rénovation vise à maximiser le nombre de chambres avec sanitaire, toutefois l'objectif de 100 % se heurte à la configuration des locaux et nécessiterait une réduction du nombre de chambres et donc de l'offre d'hospitalisation complète nécessaire à la prise en charge de nos patients. »

La recommandation n'est pas considérée comme prise en compte par le CGLPL car le plan de rénovation n'aboutira pas à l'installation d'une cabine de douche et de toilettes dans chaque chambre.



Salle de bains rénovée, dans une chambre de l'unité Henri Claude



Réserve de vêtements à la disposition des patients, à l'unité Green

4.3 LA PROTECTION ET L'ACCES DES PATIENTS A LEURS EFFETS PERSONNELS DOIT ETRE SECURISE, S'AGISSANT EN PARTICULIER DES MAJEURS PROTEGES

4.3.1 La protection des effets personnels

L'inventaire des biens des patients à leur arrivée au sein d'une unité d'hospitalisation est réalisé par les équipes soignantes, sans être tracé dans un document pourtant utile en cas d'éventuelles réclamations.

La nourriture provenant de l'extérieur et un certain nombre d'objets considérés comme dangereux sont interdits et déposés dans des casiers individuels nominatifs au poste infirmier. Ce sont les objets en verre, les couteaux, les lacets, les ciseaux, les coupe-ongles, les vaporisateurs, les briquets et dans certaines unités, les câbles et chargeurs de téléphone (les patients qui disposent de chargeurs très courts sont autorisés à les conserver). Certains objets sont parfois restitués pour utilisation ponctuelle comme les rasoirs ou les briquets, ou sont utilisés sur place, comme c'était le cas d'une patiente venue se parfumer au poste de soins.

A défaut de pouvoir protéger eux-mêmes leurs affaires dans l'armoire installée dans leur chambre, les patients placent d'autres objets dans leur casier. Seules certaines armoires sont équipées d'un verrou et aucun verrou de confort n'est installé sur les portes des chambres. Rien ne garantit donc le respect de l'intégrité des effets personnels des patients, qui sont réduits à solliciter le personnel soignant pour en disposer.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Le contrôle des effets des personnes privées de liberté à leur arrivée doit viser à en établir l'inventaire précis et contradictoire avant de procéder au retrait, le cas échéant, d'objets interdits. Un exemplaire de ce dernier doit être remis à la personne concernée. L'original doit être conservé au dossier de l'intéressé, afin de servir de preuve en cas de contestation ultérieure.

Chaque patient doit pouvoir déposer lui-même ses affaires dans un lieu sûr et en disposer librement. Pour cela, les armoires de chambres doivent être sécurisées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « depuis le passage du CGLPL, une check-list d'entrée/sortie a été réalisée et mise en place sur le SAU psychiatrie pour les effets personnels.

La procédure a été actualisée avec une remise de la copie de cet inventaire au patient. L'extension à toutes les unités des pôles a été réalisée sur le premier trimestre 2022.

Concernant la sécurisation des armoires des chambres, elle sera réalisée dans le courant du premier semestre. En effet, l'hétérogénéité des équipements sur le pôle (armoires, placards... de différents modèles et de différents âges) nécessite un état des lieux pour choisir les dispositifs les plus adaptés à mettre en place en fonction des matériels existants. L'état des lieux va être fait le 22 mars, la mise en œuvre est prévue en mai.»

Les petites sommes d'argent dont les patients disposent à leur arrivée sont conservées dans les casiers individuels installés aux postes de soins des unités. Il leur est en revanche proposé de remettre à l'équipe soignante les sommes plus importantes ou les objets de valeur (espèces,

cartes bancaires, chéquiers, bijoux) afin de les placer à la régie du centre hospitalier, située à l'accueil général (bâtiment Changeux). Les dépôts à la régie sont tracés et les objets conservés dans des enveloppes nominatives ; une copie de l'inventaire réalisé est adressée à l'unité. En fin d'hospitalisation, les effets déposés sont récupérés par le patient ou transférés, après un délai de trois semaines, au Trésor Public en cas de non-réclamation.

4.3.2 L'intervention des mandataires judiciaires

Depuis le 1^{er} janvier 2020, les patients faisant l'objet d'une mesure de protection juridique en raison de leur incapacité à assumer certains actes de la vie quotidienne, ne peuvent plus accéder au compte nominatif autrefois ouvert en leur nom auprès du Trésor Public et géré par le régisseur de l'hôpital. La loi n° 2019-22 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice dispose en effet que les fonds de ces patients sont désormais « *transférés sur des comptes bancaires ouverts à leur nom* ». L'ancien dispositif permettait aux mandataires judiciaires d'alimenter le compte nominatif de leur protégé dans les limites du cadre posé par le juge des tutelles, le patient pouvant se faire délivrer de l'argent directement auprès du régisseur de l'hôpital. Ce dispositif ayant pris fin, le majeur protégé doit désormais passer par son mandataire pour retirer de l'argent en liquide depuis son compte bancaire. Seules les espèces que le patient possédait à son arrivée, conservées par l'équipe soignante ou placées à la régie, peuvent lui être délivrées sur demande voire, s'agissant des sommes détenues par la régie, remises à un soignant disposant d'une procuration.

Ces nouvelles dispositions font donc du mandataire judiciaire un intermédiaire indispensable pour bénéficier d'argent au cours de l'hospitalisation, pour les majeurs protégés. Or, le contact effectif de ces derniers avec leur mandataire a fait l'objet de multiples plaintes au cours de la visite.

Les personnes bénéficiant déjà d'une protection juridique ou susceptibles d'en relever sont identifiées par le service social, intervenant dans chaque unité. Au jour de la visite, près d'un quart des patients admis en psychiatrie bénéficiaient d'une protection ou étaient évalués dans cette optique.

Plusieurs mandataires peuvent intervenir : le mandataire hospitalier (qui intervient dans la limite de cinquante suivis), des associations (UDAF⁹ 95, ATIVO¹⁰) ou des particuliers désignés comme tels par le juge des tutelles.

La mise en place d'une protection nécessite environ six mois correspondants à la réalisation d'une expertise médicale, d'un rapport social, de la recherche d'un mandataire, de l'audiencement du juge des tutelles, etc. Ce délai peut entraîner des conséquences importantes sur la continuité ou la mise en œuvre de certaines formalités administratives, un relais étant pris par le service social pour parer au plus urgent.

Selon les informations recueillies par les contrôleurs, les liens avec les mandataires familiaux et le mandataire hospitalier (du fait de sa proximité) sont fluides. En revanche, l'accompagnement proposé par les mandataires associatifs est globalement décrié, en raison notamment de difficultés de communication entre le patient, l'équipe médicale et le mandataire, d'un manque

⁹ Union départementale des associations familiales.

¹⁰ Association mandataire judiciaire de protection des majeurs dans le Val d'Oise.

de réactivité de ces derniers à l'origine de vives tensions au quotidien (s'agissant en particulier de la livraison de fournitures essentielles¹¹ : cigarettes, vêtements, paramédical, etc.) et, plus gravement, du blocage de certains projets de sortie. Un groupe de travail initié en 2019 associant le service social de l'hôpital, le mandataire hospitalier et l'association ATIVO (seule association s'étant portée volontaire) a pour objectif d'identifier puis de lever les contraintes pesant sur les différents services et améliorer l'accompagnement des majeurs protégés. Lors de la visite, le juge des tutelles avait récemment été avisé de ces difficultés.

RECOMMANDATION 4

Les dysfonctionnements observés dans la mise en œuvre des mesures de protection juridique doivent être résolus pour garantir aux patients protégés l'effectivité de leurs droits et faciliter la réalisation de leurs projets de sortie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « *l'établissement sollicite régulièrement l'ensemble des mandataires, ceux qui ne sont pas réactifs ont déjà été signalés au JLD. Le mandataire du CHSV ne peut prendre davantage de majeurs protégés sous sa tutelle. Le CHSV souhaite également vivement que la situation s'améliore.* » Cette recommandation qui s'adresse à la direction interdépartementale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités et au tribunal judiciaire ne peut être considérée comme prise en compte.

4.3.3 Les frais d'hospitalisation

Les contrôleurs ont enfin été alertés sur la situation, manifestement fréquente, de patients redevables de frais d'hospitalisations importants à l'issue de leur séjour en psychiatrie. En effet, le coût du forfait hospitalier journalier et du ticket modérateur, non couverts par la Sécurité Sociale, dont les patients hospitalisés en soins psychiatriques (quel que soit leur statut) doivent s'acquitter, n'est pas toujours pris en charge par les mutuelles ou les complémentaires santé, lorsque les patients y souscrivent. Ces frais qui s'élèvent à quinze euros par jour pour le forfait journalier et à 20 % du tarif journalier de prestations d'hospitalisation pour le ticket modérateur peuvent constituer une dette importante pour les personnes insuffisamment¹² ou non-couvertes. De nombreuses complémentaires santé limitent en effet la prise en charge des frais d'hospitalisation psychiatrique à quelques semaines. La nécessité d'informer les patients est donc fondamentale, dès leur arrivée à l'établissement, sur les éventuels frais occasionnés par leur séjour à l'hôpital (en précisant le coût d'une journée d'hospitalisation complète) et les manières d'être efficacement protégées. Plus globalement, les répercussions financières d'une admission contrainte en soins psychiatriques, parfois pour de très longues durées, interrogent.

¹¹ Ces livraisons sont assurées, dans certains cas, par des entreprises privées à la charge des patients, sans qu'il n'ait été possible de s'assurer que ces derniers aient donné leur accord, voire qu'ils n'en aient été informés.

¹² La loi prévoit des cas d'exonération du montant du forfait journalier hospitalier, d'une part, et du ticket modérateur d'autre part. S'agissant du forfait hospitalier, sont par exemple exonérées les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) ou de l'aide médicale d'Etat (AME), en application des articles L.174-4 et L.861-3 du code de la sécurité sociale. Les personnes concernées par une affection de longue durée (ALD) ne sont, elles, pas redevables du ticket modérateur (voir notamment les articles L160-13 à L160-16 et D160-4 à D160-13 CSS).

4.4 LA QUALITE DES REPAS EST APPRECIEE DES PATIENTS

La cuisine centrale du centre hospitalier Simone Veil confectionne les repas qui sont livrés deux fois par jour en liaison froide dans les unités du secteur psychiatrique. Les menus sont élaborés selon un cycle de quatre à cinq semaines. La cuisine propose quatre grands types de régimes : normal, sans porc, diabétique et mixé. Elle répond également aux demandes spécifiques prenant ainsi en compte les aversions, les allergies ou les prescriptions médicales.

Au sein de chaque unité, sauf à l'UHCD et dans le cas d'un placement en chambre d'isolement, les repas se prennent dans la salle à manger collective. Les patients ont la possibilité de choisir leur place autour d'une table ronde dans le respect des règles de distanciation liées aux contraintes sanitaires. Dans des cas très exceptionnels, l'état clinique de certains peut justifier un placement indiqué par les soignants et dans les quelques jours qui suivent leur arrivée, les patients sont autorisés à prendre les repas dans leur chambre. Le moment des repas, à 12h et à 19h, est un temps calme, attendu et apprécié par les patients.

Certains d'entre eux ont d'ailleurs participé à la mise en place des tables. Rarement, mais si nécessaire, les soignants aident les patients à prendre leurs repas. Seule une des unités pour adultes organise une fois par mois un repas thérapeutique.

Des collations sont prévues entre 16h et 17h et une tisane est servie le soir vers 21h30.

Les familles, qui n'ont pas accès aux chambres, ne sont pas autorisées à apporter de compléments de nourriture, à l'exception de « sucreries » dégustées pendant le temps de la visite.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST TRES LIMITEE POUR L'ENSEMBLE DES PATIENTS

5.1.1 La circulation des patients au sein de l'établissement

L'hôpital dispose de quatre-vingt-treize lits en unités fermées et soixante lits en unités ouvertes. Au moment de la visite, les contrôleurs n'ont pu que constater que les unités « dites ouvertes » étaient en réalité ouvertes sous condition de demande de permission pour sortir au personnel soignant. Elles sont donc, de fait, fermées.

A titre d'exemple, les horaires de sortie de l'unité Green sont les suivants : de 11h à 12h sauf le lundi, de 15h à 16h et de 17h à 18h30. Le règlement intérieur de l'unité Zarifian indique que les autorisations de sortie dans le parc se font entre 10h et 18h, sur prescription médicale, l'enfermement est donc la règle. Comme le résume un soignant « *avant on fonctionnait en régime ouvert et fermé, on pouvait différencier, maintenant c'est l'embrouille* ».

Certains patients, en soins libres, ne sont autorisés à sortir hors de leur unité que sur décision médicale au motif « de devoir les protéger » ou sur le fondement d'une décision d'autorisation de sortir de 12h accompagnée ou de moins de 48h non accompagnée.

Le CGLPL rappelle que les personnes en soins libres ne peuvent pas être privées de sortie, sauf sur motivation pour des raisons cliniques et sur un temps court. Or, ce principe de liberté de la personne n'est pas respecté. L'épidémie de Covid, le renforcement du plan « vigipirate » ont certainement contribué à renforcer la fermeture de l'établissement. Ces événements exceptionnels ne doivent pas induire de nouvelles pratiques non conformes aux droits des patients.

RECOMMANDATION 5

Les restrictions à la liberté d'aller et venir doivent être liées à l'état clinique du patient et non au statut juridique du soin. En tout état de cause, aucun patient admis sous le régime des soins libres ne peut être privé de sa liberté d'aller et venir ni empêché de quitter le service.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que :

«1- La politique générale du pôle va dans ce sens, c'est pourquoi : les bâtiments Henri Claude, Boucebcj, Zarifian sont des bâtiments ouverts. Seule l'unité Suzy Rousset est une unité fermée. L'UPAJA, hébergeant des patients mineurs, est organisée de façon à ce que les patients soient accompagnés lors de leurs sorties.

2-Le bâtiment Green, de par sa configuration actuelle, ne permet pas des allées et venues fluides (il faut l'intervention du soignant pour ouvrir la porte), ce point est intégré dans la rénovation afin de distinguer par les locaux, 2 unités, et de respecter ainsi la liberté d'aller et de venir pour les patients en hospitalisation libre.

3-Les allées et venues ont été restreintes durant l'épidémie COVID.

Toutefois, depuis la fin de la pandémie, nous sommes revenus au fonctionnement antérieur (cf. point 1)

4-Pour atteindre la configuration optimale sur tous les bâtiments, et viser justement au respect de ces libertés, sur toutes nos unités, des projets de travaux sont en cours, notamment la sécurisation de l'entrée du site de psychiatrie qui permettrait aux services de soins d'ouvrir plus facilement les portes (120 000 € sont fléchés pour ce projet, plus 600 000 € pour le bâtiment Green). »

La recommandation ne peut être considérée comme prise en compte par le CGLPL car la réponse de l'établissement ne porte pas sur le fait qu'aucun patient en soin libre ne peut être privé de sa liberté d'aller et de venir ni de quitter le service.

5.1.2 La gestion de la sécurité

L'établissement est sécurisé par une grille d'enceinte. Les véhicules ne peuvent entrer qu'en sollicitant l'ouverture du portail par interphone ou en présentant un badge.

L'accès piéton est ouvert de 8h à 20h30 et il n'existe pas de pré-accueil permettant de surveiller les entrées et les sorties.

Si cette ouverture permet aux visiteurs d'entrer librement, elle a comme conséquence de susciter la réticence des équipes soignantes à laisser les patients profiter des espaces extérieurs.

Une vidéosurveillance, gérée depuis l'hôpital général a été installée depuis 2007. Elle permet de surveiller les entrées et sorties des unités et de contrôler l'ensemble du site. Les images sont conservées 30 jours et sont exploitées, en cas de nécessité, dans le respect du cadre légal.

Le contrôle des entrées et sorties des bâtiments dépend également des dispositifs de fermeture. Les bâtiments sont hétérogènes dans leur équipement. Certains sont équipés de serrures à clés, peu de bâtiments sont équipés de serrures électroniques permettant une ouverture automatique. Cet équipement disparate ne facilite pas la gestion des allers et venues des patients.

L'équipe de sécurité de l'établissement intervient sur demande de l'équipe soignante pour assister celle-ci, en cas d'incidents violents, dans les unités. Des directives ont été données aux agents de sécurité afin de toujours rester en retrait et de n'intervenir qu'en cas de nécessité absolue pour protéger les soignants et les patients. Une formation *Omega* a été dispensée à tous

les agents afin de professionnaliser les interventions, de faire retomber la violence et d'apaiser les situations.

5.2 IL Y A PEU DE RESTRICTIONS IMPOSEES EN CE QUI CONCERNE LA VIE QUOTIDIENNE

De manière générale, concernant la vie quotidienne, peu de restrictions sont imposées. Lorsqu'il y a des restrictions, celles-ci sont dues à une situation clinique. Le téléphone portable est laissé la journée à la plupart des patients, la possibilité de fumer est encadrée avec souplesse, les visites des familles ont été maintenues pendant la plupart des périodes de Covid, avec des aménagements.

La fermeture des unités, même pour les patients en soins libres, contribue à réduire la liberté des patients qui ne peuvent vaquer à leurs occupations qu'en sollicitant le personnel soignant.

Le recours au pyjama est apparu, au moment du contrôle, une pratique courante dans plusieurs unités sans que cette mesure repose sur des critères bien étayés.

RECOMMANDATION 6

Le port du pyjama et le retrait des effets personnels ne doivent pas être systématiques mais être justifiés cliniquement.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « *des rappels en bureau de pôle (18.02.2022) ont été faits sur l'importance de mener une réflexion sur la pratique de la mise en pyjama pour les patients entrants. La réflexion a abouti à la rédaction d'une note d'information le 15 mars 2022.* »

Le CGLPL n'a pas considéré cette recommandation comme prise en compte en l'absence de connaissance sur la teneur de la note 15 mars 2022.

5.3 LES COMMUNICATIONS AVEC L'EXTERIEUR SONT FACILES ET LA CONFIDENTIALITE RESPECTEE

5.3.1 Les liens avec l'extérieur

Les visites des familles ont lieu l'après-midi, les horaires sont fixés dans chaque unité. Souvent entre 13h30 et 18h30. La souplesse est de mise, en fonction des contraintes des familles. Néanmoins, les familles ne peuvent se rendre dans les chambres des patients. Suivant les unités, l'accueil des familles se passe dans des salons situés dans les halls d'entrée ou dans des salons qui mériteraient d'être aménagés avec un mobilier plus convivial. A l'unité Zarifian par exemple, les visites ont lieu dans le sas d'entrée du bâtiment, pâtissant des courants d'air, et ne garantissant ni la confidentialité des échanges ni l'intimité des familles.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les locaux permettant au patient de recevoir leurs familles doivent garantir des conditions d'accueil agréable et la confidentialité des échanges.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise qu'« une réflexion est en cours concernant l'accueil des familles des patients sur le pôle. Plusieurs unités ont d'ores et déjà aménagé leurs salons comme à Henri Claude en 2021, Green en 2019. L'unité Zarifian quant à elle a dû installer le salon au RDC durant la crise sanitaire afin de permettre aux familles de voir leurs proches dans un espace aéré. Elles étaient précédemment accueillies au sein de l'unité de soins. Une commande d'équipements est en cours afin de créer des espaces plus chaleureux pour les familles, toujours à l'entrée du bâtiment Zarifian, mais hors des courants d'air, permettant ainsi la confidentialité et la convivialité des échanges. Concernant l'UPAJA, les patients et leurs proches ont la possibilité, l'été, de se rencontrer dans le square dédié à cette unité, la salle à manger est aussi mise à disposition en dehors des temps de repas. Une réflexion est en cours afin que les salons des familles de Green puissent être utilisés aussi par les familles de l'UPAJA. L'espace des familles actuel va être réaménagé, une commande de mobilier est en cours. »

L'autorisation de manger avec le patient peut être accordée à condition que la famille réserve un repas la veille. Les familles ont la possibilité d'apporter des friandises, mais aucun produit frais. L'accès au téléphone portable est possible dans la journée, sauf décision médicale contraire. Si un patient arrive avec son ordinateur, il a la possibilité de le garder et se connecte avec son téléphone portable.

RECO PRISE EN COMPTE 10

La possibilité pour un patient d'avoir accès à un réseau wifi est indispensable pour maintenir le lien avec leurs proches.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « le projet d'accès au wifi pour les usagers est finalisé au niveau institutionnel pour tous les services. La mise en œuvre est prévue au printemps 2022. »

Le courrier est distribué aux patients sans être contrôlé. Quand un patient souhaite envoyer un courrier et qu'il ne possède pas de timbre, l'hôpital se charge de l'expédition gratuitement.

L'accès à la télévision se fait dans les salles d'activité. Aucune chambre ne dispose de récepteur de télévision. En revanche, une certaine souplesse existe en soirée pour permettre aux patients de suivre leur programme jusqu'à la fin.

5.3.2 Les pratiques d'identitovigilance

Un document intitulé « pratiques d'identitovigilance » décrit sur deux pages les consignes pour effectuer l'enregistrement des patients lors de leur admission.

Un chapitre concerne les procédures particulières : patient sans date de naissance, patient sans prénom, patient ne pouvant décliner son identité, identité confidentielle. Dans ce dernier cas, les champs de l'onglet « Etat Civil » seront remplis avec une identité de complaisance.

La responsable de la gestion des admissions des patients (GAP) reçoit l'information que des patients sont admis sous identité confidentielle. Seule la date de naissance réelle du patient est indiquée dans le dossier afin de sécuriser les informations médicales et de les retrouver.

5.4 L'EXERCICE DU DROIT DE VOTE EST ENCADRE

Les patients admis en soins sans consentement peuvent exercer leur droit de vote en sollicitant une autorisation de sortir ou en donnant procuration à un tiers. Dans ce dernier cas, les coordonnées des patients intéressés sont centralisées en amont et adressées au commissariat d'Ermont. Un agent de police se rend ensuite sur place pour recueillir les formulaires renseignés par les patients.

L'établissement ne tient pas de statistiques permettant de connaître le nombre de personnes ayant effectivement pu voter, pour chaque scrutin. L'exercice de ce droit n'est en outre pas rappelé dans le livret d'accueil général et les règles de vie des unités (cf. § 3.5).

5.5 L'ACCES AU CULTE, BIEN QUE PEU DEMANDE, EST AISE

Le livret d'accueil mentionne spécifiquement et clairement, la possibilité de pratiquer la religion de son choix. Y figurent le numéro de téléphone et l'adresse électronique de l'aumônerie ainsi que les coordonnées complètes des aumôniers catholiques et protestants. Conformément aux dispositions de l'article L3211-3 du code de la santé publique, ce droit est d'ailleurs notifié aux patients en soins sans consentement en même temps que leur est remise la décision d'admission. Dans chaque unité, un affichage informe de la possibilité de rencontrer les représentants des aumôneries catholiques et protestantes qui sont connus des soignants. Depuis la crise sanitaire leur passage dans les unités ne se fait plus à fréquence régulière mais à la demande des patients et les célébrations religieuses ont été interrompues sans précision de la date de reprise. Dans les documents communiqués par l'établissement, il n'est pas fait mention d'autres religions mais il a été précisé aux contrôleurs la possibilité, si nécessaire, de prendre contact avec un représentant de la religion musulmane ou israélite.

Il est apparu que les patients étaient très peu demandeurs quant à l'exercice de ce droit et les contrôleurs n'ont pas entendu de doléances exprimant la moindre difficulté d'accès au culte.

5.6 LA QUESTION DU DROIT A L'INTIMITE ET A LA SEXUALITE N'EST NI ABORDEE NI SUIVIE

Sujet visiblement tabou, la question de la sexualité, et avec celle-ci, celle du droit des patients à l'intimité, est ignorée du personnel du pôle de psychiatrie, qu'il s'agisse des instances de direction ou de réflexion, comme le comité d'éthique, ou des équipes dans les unités. L'étonnement voire l'effet répulsif provoqué par les interrogations des contrôleurs à ce sujet, ainsi que les réponses parfois apportées – « *les patients sont là pour se faire soigner, pas pour avoir des relations* », « *les médicaments coupent la libido donc ça résout le problème* », « *on n'est pas là pour mettre des préservatifs à disposition, ça pourrait être vu comme une incitation* » – prouvent que ce thème et ses implications concrètes demeurent des champs à explorer. Les rumeurs de relations sexuelles dans le parc ou dans les toilettes des unités, le dépôt d'une plainte pour viol impliquant deux patients de l'UPAJA en janvier 2021 et l'administration dans les semaines ayant précédé la visite des contrôleurs, de quatre traitements de « pilules du lendemain » et de quatre bilans post-exposition aux risques à des patientes hospitalisées sur le site démontrent pourtant l'urgente nécessité de travailler la question.

Outre le fait que ce sujet n'est pas abordé, ni entre agents ni avec les personnes hébergées, il apparaît que certaines pratiques en vigueur conduisent même à priver ou limiter ce droit des patients. Il en est ainsi, dans toutes les unités, de l'interdiction faite de se rendre dans la chambre

d'un autre patient, ou d'y recevoir des visites, règle déjà en vigueur avant les mesures imposées dans le cadre de la lutte contre la pandémie de la Covid-19. L'absence de verrou de confort sur les portes des chambres est aussi préjudiciable, de même que celle de distributeurs de préservatifs, à l'intérieur des unités ou dans le parc (cf. § 4.1).

RECOMMANDATION 7

Le sujet de la sexualité des patients doit être sereinement et utilement considéré, au sein des équipes soignantes et avec les personnes hospitalisées, et des mesures concrètes, telles que l'installation de distributeurs de préservatifs dans les unités et de verrous de confort dans les chambres, et la permission des visites dans ces dernières, prises pour accompagner sa mise en œuvre.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « *le choix a été porté sur la mise à disposition de préservatifs dans les postes de soins afin de favoriser les échanges avec les soignants autour de cet aspect de la vie relationnelle sur un versant de prévention et de s'assurer pour certains patients du degré de consentement (personnes vulnérables).* »

Le CGLPL ne peut considérer la recommandation comme prise en compte en l'absence de réponse sur la possibilité de visites dans les chambres.

Seule l'UPAJA dispose d'un règlement intérieur et d'un livret d'accueil abordant explicitement ce sujet. Néanmoins, il est relevé que ces deux documents ne le font pas de la même manière, ce qui est susceptible d'induire en erreur les personnes hospitalisées, et surtout que ce sujet est traité uniquement par le biais répressif. Ainsi, le règlement intérieur de juillet 2019, tel qu'affiché à l'entrée de l'unité, indique que « *les patients de ce service sont des personnes vulnérables. Par ailleurs, la plupart sont mineurs. Il vous sera demandé d'éviter des situations de rapprochement physique* », alors que le livret d'accueil, dont la dernière version date de janvier 2019, expose, en caractère gras, que « *les relations sexuelles sont interdites dans le service* ». Si la question du consentement est à considérer avec précaution, en particulier du fait du jeune âge des patients et la plainte déposée pour viol en janvier 2021 par une patiente de l'unité contre une autre personne hospitalisée a marqué l'équipe soignante, la simple interdiction formelle ne peut être la seule solution proposée. Le temps d'hospitalisation pourrait au contraire être utilisé pour discuter de ce thème, si prégnant à cette période de la vie des adolescents et des jeunes adultes.

RECO PRISE EN COMPTE 11

L'interdiction formelle des relations sexuelles prévue dans le livret d'accueil de l'UPAJA doit être retirée en ce qu'elle n'est pas en adéquation avec le règlement intérieur de l'unité et son caractère systématique constitue une violation du droit des patients à l'intimité et à la sexualité.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « suite à la visite du CGLPL, les règlements intérieurs de l'UPAJA et de l'UT mais aussi de toutes les unités de psychiatrie du pôle ont été revus. La notion d'interdiction de relations sexuelles a été retirée.

Une réflexion institutionnelle avec tous les acteurs du pôle et portée par le chef de pôle s'organise autour d'un groupe de travail réunissant médecins, psychologues, IDE, cadres. Des patients seront conviés à donner leur avis sur le sujet. »

De plus, contrairement à ce que prévoit la loi, il semble que l'avis des parents soit recueilli concernant la mise en place de mesures contraceptives à la demande des patientes mineures, sauf si ces dernières s'y opposent explicitement.

RECO PRISE EN COMPTE 12

Conformément à l'article L.5134-1 du Code de la santé publique, l'avis des parents concernant la mise en place de mesures de contraception n'a pas à être recueilli, quel que soit l'âge de leur enfant hospitalisé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « la communication de l'article de loi aux équipes va permettre la modification des pratiques et l'avis des parents concernant la prescription de mesures contraceptives ne sera plus demandé. »

6. L'ISOLEMENT, LA CONTENTION ET LA RECHERCHE DU CONSENTEMENT

6.1 L'AMENAGEMENT DES CHAMBRES D'ISOLEMENT REND IMPOSSIBLE TOUT APAISEMENT ET NE RESPECTE PAS L'INTIMITE DES PATIENTS

Le service de psychiatrie dispose de sept chambres d'isolement installées dans quatre unités : deux chambres à Zarifian, deux chambres à Green, deux chambres à Suzy Rousset et une chambre à l'UPAJA (cf. § 9.2). Elles sont situées au sein des unités, à l'exception de l'unité Zarifian où les chambres se trouvent au carrefour du secteur ouvert et du secteur fermé (occupé par l'UHCD au jour de la visite), à l'écart du reste des lieux de vie.

L'aménagement des chambres diffère d'une unité à l'autre mais présente, à l'exception de l'UPAJA, d'importants signes de vétusté (peinture écaillée, carrelage abimé, joints usés). Le projet de rénovation des chambres les plus endommagées, situées à Green et à Suzy Rousset, demeurait, lors de la visite, en attente de financement.

Toutes les chambres disposent d'une fenêtre non-ouvrable de taille et de hauteur variable, qui ne permet pas toujours au patient de pouvoir observer l'extérieur. Certaines chambres disposent d'un accès direct à une salle de bain individuelle (Green, UPAJA), les patients isolés à l'unité Zarifian et Suzy Rousset partageant une salle de bain indépendante de la chambre, accessible uniquement sur demande aux soignants. Elles sont équipées d'un lavabo et d'un miroir, d'un WC sans lunette, d'une douche actionnable à l'aide un bouton presseur. A l'unité Green, un hublot permettant la surveillance de la salle de bain d'une des deux chambres donne directement sur la cuvette des toilettes, violant l'intimité du patient.

La température est agréable et l'entretien des chambres sont corrects, à l'exception de l'une d'entre elles (à l'unité Suzy Rousset) dont le lit était manifestement imprégné d'urine.

Toutes les chambres sont équipées d'un lit « bi-bloc » Cumbria® constitué de deux matelas en mousse à revêtement plastifié. Des sangles de contention sont fixées sur certains matelas. Un drap, une couverture fine et un pyjama en tissu déchirable, dont le port est obligatoire dans toutes les chambres d'isolement, sont fournis à l'arrivée du patient. Aucun autre mobilier n'est présent dans les chambres, à l'exception d'un bloc cylindrique en mousse sur lequel est déposé le plateau repas, que le patient prend assis sur son lit à l'aide de couverts en plastique. A l'unité Suzy Rousset, le patient isolé peut être autorisé sur prescription médicale à déjeuner sur la table installée dans le sas attendant aux chambres.

Une horloge, digitale ou analogique, est installée à l'extérieur des chambres et demeure visible depuis le hublot de la porte, sans l'être toutefois depuis le lit dans l'hypothèse d'un recours à la contention. Dans ce cas, le patient ne peut pas non plus activer le système d'alarme qui est fixé, dans toutes les unités, sur l'un des murs de la chambre d'isolement.

L'éclairage des chambres n'est possible que depuis l'extérieur, par le personnel.

RECO PRISE EN COMPTE 13

Les chambres d'isolement doivent toutes être équipées d'un dispositif d'appel, accessible pendant les phases de contention et de la possibilité d'allumer ou éteindre sa lumière. Elles doivent permettre d'avoir librement accès à l'aération de la pièce, à l'eau et aux toilettes dans des conditions garantissant le respect de son intimité, comme de disposer d'un siège et d'une table pour prendre ses repas tout en autorisant l'accès à des effets personnels pour rompre l'ennui.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que « les travaux suivants sont prévus afin de répondre à cette recommandation :

Eté 2022 : Mise en place en tête-de-lit des dispositifs d'appel malade et l'nterrupteur pour la lumière

Fin 2022 : création d'une salle d'eau + WC dédiée pour chaque chambre d'isolement sur S. ROUSSET et ZARIFIAN.

Les films seront posés d'ici fin mars sur les oculus des sanitaires des chambres d'isolement de l'unité GREEN [les autres chambres d'isolement sont déjà équipées].

Les commandes de mobilier (table, siège...) sont en cours d'étude. Dès que le choix sera finalisé, nous passerons une commande pour toutes les chambres d'isolement du pôle en avril 2022.

Concernant les effets personnels en isolement, ils sont soumis à une prescription médicale après une évaluation notamment sur le versant de la sécurité. »



Chambre d'isolement de l'unité Green et, par le hublot du sas attenant, une salle de bain individuelle

6.2 LES MESURES D'ISOLEMENT NE SONT PAS TOUJOURS UTILISEES COMME SOLUTION DE DERNIER RECOURS

Trois procédures concernant l'isolement et la contention sont actuellement en vigueur dans l'établissement.

La première, datée de 2014, est intitulée : « procédure de mise en chambre d'apaisement pour patient mineur à l'UPAJA ». Rédigée avant la loi du 16 janvier 2016 qui encadre les mesures d'isolement et de contention, elle affirme le caractère de « soin intensif » et d'« acte thérapeutique » de l'isolement et définit la chambre d'apaisement comme « une chambre fermée à clé, conçue pour contenir les pulsions auto et hétéro-agressives de personnes souffrant de troubles psychiques, mais aussi toute agitation incoercible ou troubles du comportement ne pouvant plus être contenus », ce qui est la définition d'une chambre d'isolement et non d'un lieu d'apaisement. La notion de dernier recours y est inconnue.

RECOMMANDATION 8

La procédure concernant l'isolement des mineurs à l'UPAJA n'est conforme ni à la réglementation ni aux recommandations de bonnes pratiques professionnelles, et ce d'autant que l'isolement des patients mineurs doit être évité par tout moyen. Cette procédure doit être invalidée.

En parallèle, une véritable chambre d'apaisement doit être remise en fonction pour offrir une alternative.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que :

« 1-Tout est fait pour éviter la mise en chambre d'isolement des patients mineurs

2-D'ailleurs, le rapport annuel du registre d'isolement et contention 2020 pour l'UPAJA indique que 7 patients (sur 63) ont connu des mesures d'isolement. Ces mesures sont donc rares dans le secteur de l'UPAJA.

3-Une analyse et une réflexion sont en cours au sein de groupes de travail avec des représentants de chaque secteur de psychiatrie afin de retravailler l'ensemble des procédures (dont celle de l'UPAJA) et limiter ces pratiques.

4-Une étude sur l'extension des locaux de l'UPAJA est en cours et permettra de créer une chambre d'apaisement. Dans cette attente, l'arrivée d'une psychomotricienne dédiée à l'UPAJA le 2 mai 2022 permettra la mise en place de nouvelles techniques d'apaisement et de désescalade de la crise pour nos mineurs hospitalisés. »

Le CGLPL ne peut considérer cette recommandation comme prise en compte tant qu'il restera des mineurs à l'isolement.

Les deux autres procédures sont datées de 2019, et intitulées « procédure isolement, prescription et surveillance », « procédure contention, prescription et surveillance ». Le principe de dernier recours y est rappelé, mais le terme de « prescription médicale », non conforme à la loi, y est toujours présent. Il s'agit de décisions. Un groupe de travail animé par un cadre de santé et composé d'un soignant par unité a pour mission de remettre à jour ces procédures. Les contrôleurs ont assisté à la première réunion du groupe de travail. Plusieurs sujets ont été abordés pour être reformulés dans les procédures :

- la préparation de la chambre d'isolement (CI) : linge de lit, bouteille d'eau, papier toilette, pyjama sécurisé, mallette de contention ;
- le rôle de la sécurité ;

- l'appel au médecin « pour l'informer » (pas de mention de la présence physique obligatoire du médecin pour prendre la décision);
- l'appel à la famille pour la prévenir (pas de mention de la personne de confiance) ;
- la mise en pyjama comme prescription médicale.

Un point de la future procédure a attiré l'attention des contrôleurs : il y est prévu de « rechercher le consentement du patient » or cela semble antinomique avec le placement à l'isolement.¹³

RECO PRISE EN COMPTE 14

Rechercher le consentement du patient à son isolement ou à sa contention, qui sont des mesures gravement privatives de liberté, ne peut avoir de sens et présente le risque qu'un consentement abusivement obtenu ne soit ensuite opposé au patient.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que : « *Suite aux conseils des contrôleurs, la notion de recherche de consentement du patient a été retirée.* »

Les mesures d'isolement, de la décision à la surveillance sont tracées dans le dossier de soins informatisés (DPI), mais la plupart des informations ne sont pas transférées dans le registre informatique de l'isolement et de la contention (cf. § 6.3).

Il n'y a jamais d'isolement ou de contention en chambre hôtelière, et le patient placé en isolement conserve sa chambre hôtelière.

La mise en chambre d'isolement ou en contention est réalisée par décision d'un psychiatre. Les contrôleurs ont pu constater que les psychiatres se déplacent ensuite plusieurs fois par jour et s'entretiennent avec le patient. Selon les informations recueillies, la surveillance est « *constante, fréquente et régulière* », au minimum une fois par heure.

La prescription d'un traitement sédatif pour supporter l'isolement n'est pas systématique ; les contrôleurs ont pu observer qu'un isolement ayant duré trois jours s'est déroulé sans sédation.

Le médecin généraliste vient voir les patients dans les heures qui suivent le placement à l'isolement mais ne revient ensuite que sur demande des soignants. Pour les patients contentonnés, un traitement anti-coagulant est prescrit. Il peut également être prescrit un traitement de substitution au tabac.

En cas de grande agitation d'un patient, la sécurité peut être appelée, mais les agents n'entrent pas dans la CI, ne sont pas au contact du patient, il a été dit aux contrôleurs que leur présence à la porte suffisait pour ramener le calme. Le service incendie n'est pas systématiquement informé d'une mise en isolement.

¹³ CGLPL, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz éditeur, 2016, p. 5-7.

RECO PRISE EN COMPTE 15

Le service de sécurité-incendie doit être informé en temps réel de toute entrée et sortie de chambre d'isolement afin de pouvoir assurer rapidement la sortie de l'occupant en cas d'incident.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil précise que : « *Le service de sécurité a été informé de cette nouvelle organisation qui est notée dans la procédure d'isolement et contention et qui est maintenant systématique. Cette information sera également rajoutée dans une rubrique du dossier de soins spécifique isolement et contention qui est en cours de création dans notre logiciel métier.* »

Les pratiques divergent selon les unités concernant la mise en pyjama de sécurité (déchirable) dans la chambre d'isolement. Prévue dans le protocole actuel sur prescription médicale, elle semble systématique dans certaines unités et pas dans d'autres. De manière générale, tous les aspects de la vie d'une personne en isolement sont soumis à prescription médicale, de l'accès au tabac à la promenade, du maintien des vêtements aux repas à l'extérieur de la chambre, ainsi que de la conservation tout objet dans la chambre d'isolement. Les visites des proches ne sont pas autorisées.

L'accès aux toilettes et à l'eau s'effectue dans des conditions différentes selon les unités. Les toilettes sont libres d'accès à l'unité Green, alors que dans les autres unités, ce n'est possible qu'en présence d'un soignant et il a été précisé aux contrôleurs qu'une bouteille d'eau était mise à disposition du patient.

Il a été constaté que les mesures d'isolement ne sont pas toujours utilisées en dernier recours. L'établissement ne s'est pas doté à ce jour d'outils lui permettant de conduire une réflexion et une analyse sur la pratique de l'isolement et de la contention en psychiatrie ni sur la mise en œuvre de solutions alternatives. L'établissement lui-même observe que « la concertation pluriprofessionnelle [concernant une mesure d'isolement] n'est pas tracée précisément dans le dossier patient ». ¹⁴

Des outils sont en cours d'élaboration, pour mettre en œuvre des approches alternatives à l'isolement et à la contention : un psychomotricien a été recruté pour travailler la prévention des situations de crise, des espaces ouverts intermédiaires doivent être mis en place et expérimentés avant généralisation (un espace d'apaisement à l'unité Green), des formations à la désescalade doivent être organisées, un casque de réalité virtuelle va être expérimenté (unité Suzy Rousset).

Un protocole a été mis en place pour faciliter la mise en œuvre de l'article L.3222-5-1 du code de la santé publique, en vigueur à la date de la visite et depuis la loi du 18 décembre 2020 (cf. § 7.3).

6.3 L'ANALYSE DU REGISTRE DE L'ISOLEMENT ET DE LA CONTENTION N'EST PAS EFFECTUEE

L'extraction du registre de l'isolement et de la contention de 2020 qui a été présentée aux contrôleurs ne contient pas les mentions obligatoires : noms du médecin décisionnaire (et du médecin qui décide l'éventuel renouvellement), du personnel soignant assurant la surveillance, des heures d'entrée et de sortie. Il en est de même du rapport isolement et contention de 2021

¹⁴ Document d'avancement des évaluations des pratiques professionnelles, communiqué aux contrôleurs.

qui comptabilise la mise à l'isolement dès l'entrée en hospitalisation et non au placement en isolement et éventuellement en contention. Ces deux documents sont inexploitable et les données concernant les patients placés en isolement alors qu'ils étaient en soins libres n'ont pu être vérifiées.

Néanmoins, il a été indiqué aux contrôleurs que lorsqu'un patient en soins libres était placé en isolement et qu'une décision de placement en soins sous contrainte était prise celle-ci était immédiatement levée dès la sortie de la chambre d'isolement.

Sur la base des données transmises par l'établissement, 153 patients ont été placés en isolement en 2020, soit 22,27 % de la file active des patients hospitalisés et 57 % des patients en SSC.

Ces données se répartissent ainsi dans les unités¹⁵ :

– Urgences /UHCD

Sur une file active de 581 patients, 104 ont été placés en isolement, soit 18 % ; 137 mesures ont été prises pour des durées courtes majoritairement d'un à deux jours, liées au passage rapide à l'UHCD avant transfert dans une unité d'hospitalisation. Des mesures de contention ont été appliquées à 11 patients, pour des durées n'excédant pas 2 jours ;

– Unité Green

Sur une file active de 178 patients, 32 ont été placés en isolement, soit 18 % ; 55 mesures ont été prises dont 58 % pour des durées d'isolement supérieures à 7 jours. Des durées d'isolement supérieures à 25 jours ont été constatées pour 7 patients, pouvant aller jusqu'à 44 jours. La contention y apparaît peu pratiquée : deux patients ont subi des mesures de contention, dont la patiente concernée par la plus longue durée d'isolement, pour trois durées de 8 à 11 jours ;

– Unité Suzy Rousset

Sur une file active de 64 patients, 30 ont été placés en isolement, soit 47 % ; 43 mesures ont été prises dont 51 % pour des durées d'isolement supérieures à 7 jours. Des durées d'isolement supérieures à 25 jours ont été constatées pour deux patients, pouvant aller jusqu'à 34 jours. La contention y apparaît plus pratiquée qu'à l'unité Green : 14 patients ont subi des mesures de contention, pour des mesures allant d'1 à 8 jours. Un patient en SPDRE a été placé pendant 28 jours en contention sur une durée d'isolement de 40 jours ;

– Unité Zarifian

Sur une file active de 172 patients, 24 patients ont été placés en isolement, soit 14 % ; 32 mesures ont été prises dont 25 % pour des durées d'isolement supérieures à 7 jours. Une patiente a subi une durée d'isolement de 36 jours sur une période 38 jours. La contention y apparaît peu pratiquée : quatre patients ont subi des mesures de contention, pour des durées de 1 à 2 jours ;

– Unité UPAJA psychiatrie de l'adolescent

Une attention particulière doit être portée à la pratique de l'isolement avec les adolescents. Si le nombre de six patients placés en isolement peut paraître limité au regard de la file active en 2020 de 63 patients, soit 9,52 %, il apparaît que parmi ces six patients, deux ont subi des mesures successives d'isolement sur des durées excessivement longues : le premier a été l'objet de 4 mesures pour une durée totale de 31 jours sur une période de deux mois ; le second a été l'objet

¹⁵ Le total des patients placés en isolement dans les unités est plus élevé que le nombre de patients de l'établissement, car des patients ont pu être en isolement dans plusieurs unités.

de 7 mesures pour une durée totale de 66 jours sur une période de trois mois. Il convient de rappeler qu'il s'agit de patients mineurs en soins libres, pour lesquels le recours à l'isolement est illégal et doit être évité par tout moyen.

Au vu des informations recueillies, il apparaît que la pratique de l'isolement des jeunes patients n'est pas suffisamment discutée en équipe. De même, il n'y a pas de réelle recherche d'alternative. A cet égard, la transformation de l'ancienne chambre d'apaisement en chambre hôtelière classique est particulièrement regrettée. Dans la mesure du possible, elle doit retrouver sa vocation initiale.

RECOMMANDATION 9

L'isolement des mineurs doit être évité par tous moyens. Une analyse et une réflexion doivent être conduites à l'UPAJA pour limiter ces pratiques et leurs durées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique « se reporter à la réponse à la recommandation N°8 ».

Cette recommandation ne peut être considérée comme prise en compte par le CGLPL tant que des mineurs sont encore isolés.

– Unité Piaget de gérontopsychiatrie

En 2020, 110 mesures de contention ont été prescrites. La plupart concernent des contentions de sécurité pour éviter les chutes durant le sommeil des patients ou lors des soins nocturnes, comme l'hydratation cutanée. Ces contentions prescrites par le médecin sont ventrales.

Les isolements sont peu pratiqués dans cette unité. Sur une file active de 155 patients, 5 ont subi une mesure d'isolement, pour 6 mesures. Deux de ces mesures ont eu des durées supérieures à 7 jours, pouvant aller jusqu'à 22 jours.

Les 122 mesures de contention concernent 50 patients et il s'agit de contentions préventives de chute du sujet âgé, elles sont prescrites par le médecin.

Les équipes soignantes n'ont aucune connaissance des données du registre, n'en reçoivent pas des extractions par unité et ne travaillent pas à analyser ces données afin de rechercher les moyens de réduire l'usage de l'isolement et de la contention.

Un projet de CREX¹⁶ isolement / contention devrait être de nature à amorcer ce retour des équipes sur leurs pratiques. Il était au moment de la visite en phase de démarrage à l'unité Suzy Rousset en vue de l'analyse de ces mesures : extraction trimestrielle des mesures, recherche croisée entre les événements indésirables et les mesures d'isolement ou de contention, mise en place de réunion-bilan à la fin d'une mesure d'isolement, expérimentation de mesures d'isolement séquentiel.

¹⁶ Comité de retour d'expérience.

RECO PRISE EN COMPTE 16

Le projet de comité de retour d'expérience isolement / contention porté par l'équipe soignante d'une unité doit être rapidement étendu à toutes, afin de les engager dans la réflexion sur leurs pratiques, dans la perspective d'une réduction du recours à l'isolement et à la contention.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique qu'« *il est prévu en avril 2022 le déploiement des CREX ISO dans toutes les unités, puis à partir de cette date se tiendront des réunions mensuelles sur ce sujet, en plus des autres CREX existants, mensuels eux aussi, qui traitent des événements indésirables du pôle.* »

6.4 DES TRAITEMENTS SONT PRESCRITS EN « SI BESOIN » SANS LE CONSENTEMENT DES PATIENTS

6.4.1 L'association des patients et de leurs proches au projet de soins

Les patients ne sont pas associés aux réunions de synthèse les concernant et la possibilité pour les patients de rédiger des directives anticipées en psychiatrie, ou un plan de crise, n'est pas connue des soignants.

RECO PRISE EN COMPTE 17

Les directives anticipées en psychiatrie qui contribuent au processus d'alliance thérapeutique élaboré entre les patients et les équipes de soins, doivent être mises en œuvre et généralisées à l'ensemble des unités.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *cette mesure a été introduite dans le dossier patient de toutes les unités.*

Sur les conseils du CGLPL, il a été convenu d'introduire la question du souhait des prises en charge futures lors de l'élaboration du projet de soins individualisé ainsi, bien sûr, que lors des entretiens préparatifs à la sortie.

Il existe dans le dossier patient un onglet « Projet de prise en charge globale et individualisée du patient ». L'une des rubriques est intitulée "objectif et devenir du patient" elle sera nommée dorénavant ainsi : "objectif et devenir du patient - directives anticipées en psychiatrie - plan de crise" afin de rappeler la nécessité d'interroger les directives anticipées en psychiatrie de façon systématique, notamment en cas de crise du patient.

Par ailleurs, le programme de formation "IDE en psychiatrie" mis en place cette année et ayant débuté le 14 mars 2022 sera modifié. Dans la deuxième session du 4 avril 2022 traitant de la législation en santé mentale, un volet directives anticipées en psychiatrie y sera présenté. »

Selon les informations recueillies auprès des soignants, les familles sont tenues au courant, voire associées au projet de soins. Un projet de formation des familles est en cours de déploiement.

6.4.2 La personne de confiance

En l'absence de procédure formalisée, la désignation d'une personne de confiance n'est pas toujours réalisée, ce que l'HAS¹⁷ avait déjà observé dans son rapport de certification de janvier 2020 : « *les modalités de mise en œuvre du recueil de la personne de confiance ne sont pas toujours effectives : la traçabilité n'est pas toujours conforme, l'identification de celle-ci est absente ou partielle* ». De plus, les soignants et les cadres ne sont pas tous au clair sur le statut (confusion avec la personne à prévenir) et la fonction de la personne de confiance. Ils ne prennent pas contact avec elle pour l'informer de sa désignation ni pour l'associer aux décisions et à la prise en charge.

RECO PRISE EN COMPTE 18

Pour être effectif, le droit à l'assistance d'une personne de confiance nécessite une uniformisation des pratiques et une mobilisation des soignants pour sa mise en œuvre. La personne de confiance désignée doit systématiquement être contactée afin d'obtenir son assentiment à cette désignation, et la désignation confirmée par écrit.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *la check liste d'entrée sortie a été revue en mars 2022 suite à la visite des contrôleurs afin de rappeler la nécessité de prévenir la personne désignée et de recueillir son assentiment.*

La recherche de la personne de confiance est travaillée dans chaque unité de soins et évaluée lors de la réalisation des patients traceurs. 5 patients traceurs ont été réalisés. Des actions correctives ont été mises en place. »

6.4.3 Le consentement aux traitements

Les contrôleurs ont constaté l'existence de prescriptions de traitements médicamenteux *per os* ou injectables en « si besoin » dans plusieurs unités. Les pharmaciens n'ont pas connaissance de ces pratiques de prescription « si besoin », notamment parce que le logiciel de DPI ne permettrait pas de les identifier. Quand il s'agit d'un traitement injectable, les IDE appellent le médecin pour réévaluation médicale à distance avant de faire l'injection, ce qui n'est pas suffisant. Les patients doivent être à même d'exprimer leur refus d'un traitement, et seul le médecin, présent physiquement, est habilité à examiner le patient, rechercher son consentement et décider en fonction de la clinique si l'administration non consentie d'un traitement est nécessaire à ce moment et « de dernier recours ».

¹⁷ Haute autorité de santé.

RECO PRISE EN COMPTE 19

La mise en œuvre de prescriptions médicamenteuses « si besoin », sans le consentement du patient, doit cesser. L'administration injectable urgente d'un médicament psychiatrique doit répondre à une prescription médicale, établie dans l'instant, en réponse à la nécessité de l'apaisement d'un état clinique médicalement évalué.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *s'agissant des anxiolytiques et somnifères : la notion "si besoin" se réfère en fait à la notion "à la demande du patient", dans le cadre d'une prescription anticipée et coordonnée avec le patient préalablement. Cette prescription conditionnelle aura été préalablement discutée avec le psychiatre traitant (qui connaît mieux son patient que les médecins de garde par exemple), dans la même logique que les directives anticipées.*

Concernant les autres prescriptions, elles sont notées par le psychiatre traitant (qui connaît le mieux son patient) et administrées après validation ou modification par le médecin d'astreinte ou de garde, en l'absence du médecin traitant.

Les rappels sont faits à chaque occasion, notamment au prochain bureau de pôle. »

Cette recommandation est validée sous réserve que concernant les autres prescriptions, il soit indiqué qu'elles sont administrées « après validation ou modification par le médecin d'astreinte », ce dernier doit se déplacer afin de réaliser un examen clinique en présentiel, cette évaluation ne pouvant être faite par téléphone.

6.4.4 La délivrance des traitements médicamenteux

Chaque patient reçoit son traitement dans la salle de soins, la confidentialité et la possibilité d'échanger avec le soignant sur son traitement sont respectées.

Aucune action d'éducation thérapeutique du patient portant sur les psychotropes n'est mise en place.

7. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

7.1 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES (CDSP), IMPACTEE PAR LES MESURES DUES A LA CRISE SANITAIRE, PEINE A EXERCER SA MISSION DE CONTROLE

La délégation départementale de l'ARS du département du Val d'Oise (95) assure la gestion de la CDSP 95 en charge du contrôle de sept établissements hospitaliers recevant des patients en soins sans consentement.

Lors de la visite des contrôleurs, le rapport d'activité de 2020 n'était pas rédigé tandis que celui de 2019 daté du 21 janvier 2021 venait d'être transmis au CGLPL. Sa lecture fait état d'une visite annuelle dans chaque centre hospitalier et à savoir pour Eaubonne, le 19 mars 2019. Ce jour-là, outre l'examen des registres de la loi considérés comme excellentement tenus, la commission s'est entretenue avec le chef de pôle, les médecins et les équipes soignantes ; elle n'a auditionné qu'un nombre très restreint de patients, ceux-ci n'étant pas demandeurs, bien que la visite de la CDSP ait été annoncée dans les unités. Elle a, en outre, tenu une séance de travail le 17 décembre 2019 au siège de la délégation départementale pour procéder à l'examen des dossiers tel que réglementairement prévu. Aucune levée de soins sans consentement n'a été proposée au juge des libertés et de la détention.

Au jour du contrôle, la composition de la CDSP n'était pas complète, le renouvellement triennal s'étant heurté à la difficulté de recruter un médecin généraliste et un médecin psychiatre libéral. Ainsi, depuis l'année 2020, la CDSP fonctionne essentiellement grâce à l'investissement de son président et de la représentante de l'union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM).

Au cours de l'année 2020 la CDSP, compte tenu de la crise sanitaire, ne s'est pas rendue au CH d'Eaubonne.

Toutefois, il a été précisé aux contrôleurs qu'elle a continué à se soucier du fonctionnement de cet établissement ; elle a notamment suivi la transformation du secteur fermé de l'unité Zarifian en service d'urgence psychiatrique s'interrogeant des conséquences de l'éloignement du plateau médico-technique sur une prise en charge optimum du patient. Le président de la CDSP a dit vouloir contacter la direction pour exprimer les craintes de la commission.

Sa dernière venue date du 30 mars 2021. Elle a interpellé le chef de pôle, les médecins et les équipes soignantes sur les restrictions d'aller et venir imposées aux patients en soins libres autant qu'en soins sans consentement, limitations qu'elle estime inappropriées.

Lors de cette visite elle a fait remarquer l'inadaptation des espaces fumeurs, plus particulièrement celui de l'unité Henri Claude qu'elle qualifie de « cage ».

Le président a précisé aux contrôleurs s'être toujours efforcé de sensibiliser les médecins à l'importance de la motivation circonstanciée des certificats médicaux.

Favorable à la mise en œuvre des registres d'isolement et de contention, la CDSP ne manque pas d'examiner lors de ses passages la situation des patients placés à l'isolement.

A l'instar des années antérieures elle n'a décelé, au cours de cette visite aucune irrégularité ni aucun manquement grave aux droits et à la dignité des patients.

La CDSP ne se préoccupe pas des quelques patients en programme de soins ; ainsi elle ne les informe pas de son passage dans l'établissement.

RECOMMANDATION 10

Les patients en soins sans consentement bénéficiant d'un programme de soins doivent être informés de la venue de la commission départementale des soins psychiatriques qui doit reprendre de façon régulière les visites bisannuelles au pôle de psychiatrie du centre hospitalier Simone Veil.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « lors du prochain passage de la CDSP, qui devrait avoir lieu au premier semestre 2022, les informations seront transmises sur les structures extra-hospitalières et contrôlées par les cadres de santé afin que les patients en programme de soins puissent recevoir l'information.

Le CHSV ne dispose, à ce jour, que du compte rendu 2019 de l'activité de la CDSP. La CDSP n'est pas venue en 2020 (crise COVID). Le rapport de la visite du 30 mars 2021 n'a pas été transmis au CHSV malgré sa demande ».

La recommandation est considérée comme prise en compte par le CHSV mais demeure concernant la venue bisannuelle de la CDSP.

Il a enfin été signalé aux contrôleurs combien les membres de la CDSP regrettaient la modification législative du 23 mars 2019 supprimant la présence d'un magistrat judiciaire dans sa composition.

Concernant les représentants des usagers, les contrôleurs ont constaté leur intégration au sein de l'établissement puisque, outre à la CDSP, ils participent à toutes les réunions de la commission des usagers et sont membres invités du comité d'éthique, du conseil de surveillance et du comité de bientraitance. Toutefois, ils ne se déplacent jamais dans les unités à la rencontre des patients.

7.2 LA BONNE TENUE DES REGISTRES DE LA LOI FACILITE LE CONTROLE DES HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT TANDIS QUE LES CONTROLES EXTERIEURS SONT REDUITS AU MINIMUM

Sous la responsabilité d'une attachée d'administration les registres, dits « livres de la loi », sont renseignés et conservés au bureau des admissions du CH Simone Veil ; trois agents polyvalents se partagent la charge de leur tenue.

Les registres sont renseignés dans un délai concomitant à celui du dossier administratif et conformément aux prescriptions de l'article L. 3212-11 du code de la santé publique, à savoir dans les vingt-quatre heures des différentes décisions prises au cours du parcours de soins sans consentement.

Ces registres comportent cent folios qui sont remplis par ordre chronologique d'admission ; ils ne sont pas distincts selon le statut d'hospitalisation et ne sont pas paraphés à l'ouverture par le maire de la commune. Les rubriques à renseigner sont remplies avec soin et les informations qui y figurent sont parfaitement lisibles et répondent à sept des neuf exigences déclinées par le code de la santé publique. En effet, les deux mentions suivantes sont totalement ou partiellement absentes du registre : les accusés de réception des droits énoncés à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique et, parfois, les décisions de protection juridique des majeurs. Sur la remarque des contrôleurs, il a immédiatement été répondu que ces omissions seraient, sans délai réparées.

Les certificats médicaux et les avis motivés au juge des libertés et de la détention (JLD) sont collés dans les registres ; les contrôleurs ont ainsi constaté que leur contenu est, sauf exception, suffisamment circonstancié pour justifier la nécessité de la mesure contraignante.

Il n'a pas été relevé de certificat type ou « copié-collé ». En revanche, aucune mention n'est tracée quant aux éventuels dires des patients recueillis par le médecin lors de l'entretien préalable à la rédaction du certificat ; seule est parfois mentionnée la formule « *le patient donne son accord pour le maintien de la mesure.* »

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

Les arrêtés préfectoraux, établis selon un modèle national, tous motivés, font état des voies de recours judiciaires et administratives (devant la CDSP).

Au jour du contrôle, le dernier registre, portant le numéro 48, avait été ouvert le 3 septembre 2021. Il était rempli jusqu'au folio numéro 39 à la date du 2 décembre 2021.

Deux registres, en moyenne, sont ouverts chaque année. Le récapitulatif établi en dernière page facilite grandement le suivi des mesures et permet de se reporter aisément, si nécessaire, d'un registre à l'autre.

Ainsi la consultation de ces livres de la loi, regroupant sans retard et de façon soignée l'ensemble des pièces relatives aux soins sans consentement évite, en cas de contrôle, d'aller consulter le dossier administratif du patient. En outre, la décision de levée, insérée sur la page d'ouverture de l'inscription du soin sans consentement, facilite la lisibilité de la durée de cette mesure.

Depuis le 26 avril 2019, il n'a pas été trouvé trace de visa attestant du contrôle annuel du procureur de la République ou de son représentant. En revanche les membres de la CDSP (*supra* § 7.1) ont examiné les registres lors de leur dernier déplacement à l'établissement le 30 mars 2021.

Il n'a pas été constaté de contrôle exercé par les autres autorités visées par l'article L. 3222-4 du code de la santé publique.

RECOMMANDATION 11

Conformément aux dispositions du code de la santé publique, le préfet du Val d'Oise, le président et le procureur de la République du tribunal judiciaire de Pontoise ainsi que le maire d'Eaubonne ou leurs représentants, doivent visiter l'établissement chaque année et porter aux registres de la loi leurs visas et leurs éventuelles observations. Il appartient à la direction de les y inviter.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *le Procureur de la République a visité l'établissement le 2 février 2022. Les registres de la loi ont été visés sans aucune remarque.* »

Cette recommandation - qui ne peut être considérée comme prise en compte car seul le procureur a visité l'établissement - ne s'adresse pas à l'établissement mais à l'ensemble des autorités qui doivent chaque année visiter l'établissement.

7.3 LES CONDITIONS MATERIELLES ET RELATIONNELLES DANS LESQUELLES LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EXERCE SA FONCTION N'APPELLENT PAS D'OBSERVATIONS

Sans même qu'une convention ait été signée entre les chefs de juridiction du tribunal judiciaire de Pontoise et la direction de l'établissement, des locaux spécialement aménagés ont été affectés à la tenue d'audiences du JLD sur le site hospitalier.

Ainsi une pièce lumineuse, située dans un bâtiment indépendant des unités d'hospitalisation, proche de l'entrée de l'établissement, est-elle utilisée comme salle d'audience ; s'y ajoutent un hall d'attente, une petite pièce voisine réservée à l'entretien avec les avocats et des sanitaires qui sont à la disposition des justiciables. Ces locaux sont équipés de mobilier, en bon état de maintenance et de propreté. L'audience du JLD se passe ainsi dans des conditions de confort propices à un climat de sérénité nécessaire au bon déroulement des débats.

Un fléchage, situé à l'intérieur de l'enceinte de l'établissement, permet de localiser facilement la salle d'audience.

Les audiences se tiennent chaque semaine, le mardi. Elles débutent vers 10h par l'entretien avec l'avocat et se terminent souvent en début d'après-midi, le nombre de dossiers enrôlés étant de l'ordre de quatre à cinq par audience.

7.3.1 Les modalités d'organisation de l'audience

Les échanges entre les agents hospitaliers en charge de la mise en œuvre du contentieux devant le JLD et le greffe du tribunal judiciaire de Pontoise sont, selon les dires, d'excellente qualité.

Conformément à la loi, la requête est transmise au greffe huit jours au maximum après la décision d'admission et quinze jours avant l'expiration du délai de six mois depuis la dernière décision du JLD, ces situations étant peu nombreuses, de l'ordre d'une dizaine annuellement. Dans le cas où le patient bénéficie d'une mesure de protection, la requête mentionne l'identité du tuteur sous peine de nullité de la procédure en l'absence de sa convocation.

A cette requête sont joints :

- la décision d'admission avec accusé de réception de la notification ;
- les certificats médicaux de 24h et 72h ;
- l'avis motivé, souvent un deuxième avis motivé est transmis la veille ou l'avant-veille de l'audience ;
- la décision du maintien de l'hospitalisation après la période d'observation ;
- la précédente décision du JLD pour contrôle à six mois avec les certificats médicaux.

Dès réception de la requête, le greffe informe le bâtonnier pour désignation d'un avocat systématiquement rémunéré au titre de l'aide juridictionnelle, à moins que le patient ne précise vouloir choisir son conseil (hypothèse rarissime).

La convocation à l'audience, adressée au patient, transite par le bureau des admissions avant d'être transmise à l'unité d'affectation du malade. Les contrôleurs n'ont pas eu l'occasion de constater quelles explications étaient données aux patients mais les différents échanges dans chaque unité ont fait ressortir que « l'agent notificateur » prenait le temps d'expliquer le sens de l'audience tout en rassurant l'intéressé sur les modalités de son déroulement.

7.3.2 Le déroulement de l'audience

Les contrôleurs ont assisté à l'intégralité de l'audience du mardi 30 novembre 2021 présidée par une vice-présidente placée auprès du premier président de la cour d'appel de Versailles et affectée momentanément au service du JLD du tribunal judiciaire de Pontoise ; elle était assistée d'une greffière et ni l'une ni l'autre n'avait revêtu son habit professionnel. La porte de la salle est restée ouverte tout le temps des débats. Trois dossiers étaient enrôlés à cette audience.

Les patients sont arrivés, deux en tenue de ville et le troisième en pyjama, accompagnés de leur soignant, en ordre séparé. Leur attente avant l'appel de leur cause et leur entrée dans la salle a donc été de très courte durée. Ils ont pu s'entretenir, le temps jugé nécessaire et en toute confidentialité, avec leur avocat commis d'office.

Pour chaque affaire, la magistrate s'est présentée comme le juge des libertés expliquant son rôle, la publicité de l'audience et la possibilité de demander qu'elle se tienne à huis-clos. Elle a ensuite résumé les éléments du dossier et procédé à un recueil d'informations en cherchant à faciliter la parole du patient. Les trois patients se sont exprimés sur leur conditions d'hospitalisation, l'un insistant sur son souhait de quitter l'hôpital. Personne d'autre que les soignants ne s'est présenté pour assister à l'audience.

Deux décisions ont été rendues immédiatement, tandis que pour la troisième la JLD a expliqué qu'elle avait besoin d'un temps de réflexion. Elle a ainsi annoncé que l'ordonnance serait transmise en fin d'après-midi au bureau des admissions avant envoi dans l'unité pour être notifiée. Des propos d'encouragement ont été prononcés à l'égard de tous et les modalités de voies de recours ont été sommairement expliquées. Le temps consacré à chaque affaire fut de l'ordre de la demi-heure.

Les contrôleurs étaient présents lors de la notification effectuée par le cadre de l'unité avec un souci évident d'explicitations et d'informations complètes sur les possibilités de voies de recours ; il a de plus été précisé que le médecin référent n'hésitait pas à notifier lui-même la décision quand il considérait qu'elle pouvait être difficile à comprendre par le patient.

A l'issue de cette audience, la JLD a maintenu pour chacun de patients l'hospitalisation complète. Il est à signaler que la magistrate a fait savoir son étonnement et son désaccord à la comparution d'un patient en pyjama.

RECO PRISE EN COMPTE 20

La présentation d'un patient en pyjama lors de l'audience devant le juge des libertés et de la détention est indigne. Il doit être mis fin sans délai à cette pratique.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique « qu'un rappel a été fait aux équipes soignantes pour que cette pratique cesse. Les seuls cas exceptionnels recensés sont ceux pour lesquels il n'a pas été possible de négocier avec le patient son changement de tenue. »

7.3.3 Les décisions rendues

Le contentieux généré dans l'établissement par le contrôle de l'hospitalisation sans consentement est stable depuis plusieurs années même si on peut noter une très légère

diminution enregistrée en 2021 ; il est de l'ordre de 220 nouvelles mesures enregistrées annuellement.

- en 2020 après convocation de 232 patients dont 192 se sont présentés à l'audience, 224 décisions de maintien ont été prononcées ; huit mainlevées, dont deux à effet immédiat, furent ordonnées ;
- entre le 1^{er} janvier et le 25 novembre 2021, 162 patients ont été convoqués par le JLD et 141 ont comparu. Une mesure a été levée après un délai de 24h permettant la mise en place d'un programme de soins ;
- les refus du patient de se présenter à l'audience sont peu nombreux puisqu'inférieurs à 15 % et les médecins ne s'opposent que très exceptionnellement à la comparution ;
- les recours sont rares, treize patients ont interjeté appel en 2020 et deux en 2021 ; la cour a rendu treize arrêts confirmatifs tandis que deux ont modifié la décision du premier juge pour lever la mesure après mise en place d'un programme de soins.

La lecture de quelques ordonnances a permis de constater l'attention rigoureuse du juge à contrôler la réalité des troubles psychiatriques au regard des éléments qui lui sont soumis.

Il doit être précisé que pendant la période des confinements des dispositions dérogatoires ont été prises pour organiser l'audition des patients par visio ou audioconférence.

Par ailleurs, les modalités de mise en œuvre de l'office du JLD sur le contentieux de l'isolement ont fait l'objet de réflexions pour aboutir à l'établissement à compter du 1 juillet 2021 d'un protocole destiné à informer le juge dans les formes et les délais exigés par la loi alors en vigueur. Outre l'information transmise par l'établissement de toute mesure d'isolement atteignant 48h, une dizaine de patients ont pris l'initiative de saisir le juge par requête. Après une audience tenue sous forme « d'audioconférence » le juge a ordonné la levée d'isolement le 11 juillet, le 4 et le 17 septembre 2021.

Dans cet établissement le contrôle judiciaire s'exerce pleinement dans l'esprit de la loi sans négliger la concertation entre les différents intervenants.

8. LES SOINS

8.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES MAIS LES ACTIVITES THERAPEUTIQUES SONT PEU INVESTIES

8.1.1 L'organisation des soins

Les contrôleurs ont noté une réelle présence des médecins auprès des patients et des équipes soignantes. Les équipes paramédicales ne souffrent pas non plus d'effectifs réduits. La permanence des soins est assurée.

Le fonctionnement en pôle unique réunissant trois secteurs, avec une bonne communication des équipes au sein de ce dernier facilite une articulation fluide entre les unités d'hospitalisation ainsi qu'entre l'intra-hospitalier et l'ambulatoire, et favorise ainsi l'inscription des patients dans un parcours de soins. Pour autant, les projets d'unités ne sont pas rédigés.

Le rythme auquel les patients sont reçus par le psychiatre est régulier dans les unités Zarifian (secteur G07) et Green (secteur G03), où les psychiatres sont très disponibles pour leurs patients, et semble plus variable à l'unité Suzy Rousset (secteur G04).

Les réunions d'équipe adoptent des modalités diverses. Le *staff* quotidien de transmissions est la règle et comprend *a minima* les IDE et aides-soignants en poste, le médecin présent, la secrétaire, le cadre de santé. Chaque situation est abordée, notamment l'évolution clinique de tous les patients sur la base des observations et consultations des uns et des autres, de la conduite éventuelle lors des sorties accompagnées. Une réunion hebdomadaire élargie au médecin chef de service, à l'assistant de service social et au psychologue permet d'évaluer de façon plus approfondie la situation clinique de chaque patient et les perspectives de sortie.

Le projet de soin individualisé n'est pas formalisé, il est oral alors qu'il pourrait s'agir d'un outil structurant pour la prise en charge du patient, et partagé avec celui-ci.

Les réunions soignants /soignés ne sont pas pratiquées dans toutes les unités. A l'unité Zarifian, elles sont animées tous les quinze jours par la psychologue. A l'unité Suzy Rousset, elles ont été mises en place pour faciliter l'information et l'échange avec les patients sur les mesures de distanciation sociale liées à la Covid-19.

Le libre choix du médecin est assuré dans toutes les unités, car plusieurs médecins sont présents dans chacune de celles-ci

8.1.2 Le parcours des patients au long cours

Le nombre de patients séjournant au long cours en unité d'hospitalisation est faible. En 2020, trente-deux patients ont séjourné plus de 292 jours (moins de 5% de la file active) sur l'établissement. Quelques patients parmi ceux-ci sont dits « inadéquats » par les équipes, présentant des situations lourdes de handicap psychique qui nécessitent un accompagnement médico-social, pour lequel les assistants de service social peinent à trouver un établissement (cf. § 8.3).

8.1.3 L'accès aux médicaments et l'éducation thérapeutique du patient aux psychotropes

Il n'y a pas d'antenne de la pharmacie centrale de l'établissement sur le site d'Eaubonne et les pharmaciens ne se déplacent pas dans les unités de psychiatrie ni ne font de contrôle de prescription (sauf en gérontopsychiatrie) par manque de moyens humains (trois pharmaciens, trois préparateurs, pas d'interne ni d'externe). Le pharmacien a accès aux DPI des patients, et si en dehors des dotations en médicaments définies avec les unités, il y a une ordonnance nominative pour un médicament spécifique (par exemple la Clozapine), dans ce cas seulement, le pharmacien peut effectuer un contrôle.

Pour les mêmes raisons de manque de moyens humains, il n'y a pas de conciliation médicamenteuse (prise en compte de tous les médicaments pris et à prendre par le patient pour sécuriser la prise en charge médicamenteuse) ni de participation des pharmaciens à des actions d'éducation thérapeutique du patient (ETP) autour des médicaments en psychiatrie. Les réunions des COMEDIMS¹⁸ de 2019 et 2020 n'ont pas abordé de questions relatives à la prescription de psychotropes.

Il a été signalé aux contrôleurs des difficultés pour obtenir une spécialité pharmaceutique, le *Lyzanxia* (benzodiazépine), qui ne figure pas au livret thérapeutique de l'établissement (liste des produits pharmaceutiques référencés dans l'établissement de santé, établie par la COMEDIMS). Les soignants pensent qu'il faut alors faire une demande de traitement hors livret thérapeutique, mais la pharmacie confirme aux contrôleurs qu'il n'est pas possible de délivrer un médicament hors livret. Les options restantes consistent alors à changer la molécule prescrite ou à faire apporter le traitement par la famille. Il semble y avoir à propos de ce cas d'espèce, mais peut-être d'autres non identifiés par les contrôleurs, un défaut de communication entre les psychiatres et les pharmaciens.

RECOMMANDATION 12

Les effectifs de pharmaciens doivent permettre l'exercice de toutes les missions d'une pharmacie à usage intérieur d'un hôpital et l'analyse de la totalité des prescriptions de psychiatrie.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *les effectifs (en ETP) des pharmaciens sont de 8,42 ETP en 2021 (ils étaient de 6,94 en 2019). Ils semblent adaptés pour permettre aux pharmaciens d'exercer leurs missions. Un retour va leur être fait pour que la question de la fourniture de médicaments hors livret soit possible.* »

Cette recommandation ne peut être considérée comme prise en compte en l'absence d'élément sur le déploiement des effectifs en psychiatrie ce qui permettrait de pouvoir contrôler les prescriptions et effectuer la conciliation médicamenteuse.

Quelques rares électro-convulsivothérapies (ECT) sont pratiqués à la clinique d'Epinay-sur-Seine, et évalués en *staff*.

¹⁸ Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

8.1.4 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

L'organisation d'activités dans les unités ainsi qu'à l'échelle du pôle est peu investie. Les patients errent toute la journée dans les couloirs ou autour du poste de soins pendant des heures dans la mesure où très peu d'activités sont proposées et qu'il n'existe aucun espace collectif (cf. § 4.1)

Les journées paraissent uniquement rythmées par les repas et les traitements. Les patients s'ennuient, aux dires mêmes des soignants.

A l'unité Zarifian, qui est pourtant équipée de plusieurs salles d'activités mais ne dispose ni d'un ergothérapeute ni d'intervenants extérieurs, les activités sans prescription médicale, ouvertes sans inscription ni engagement sur la durée, animées par les soignants en fonction de leurs disponibilités ou la psychologue, sont réduites. Il existe en principe un atelier journal deux fois par semaine, une activité pâtisserie une fois par semaine, du chant une fois par semaine, une randonnée une fois par semaine et du sport une fois par semaine. Les patients ouvrent une fois par semaine un bar de boissons *soft*, qu'ils organisent en amont et dont la recette contribue aux activités. Quelques sorties par an sont organisées sur la journée : par exemple une promenade à la plage ou au marché de Noël d'Amiens.

Chaque unité de l'établissement dispose d'un créneau de 1h30 pour une activité balnéothérapie au sein du service de médecine physique et de rééducation (MPR) sur le site de Montmorency. Celle-ci est animée par un professionnel du service MPR en présence d'un soignant de l'unité. L'accès au gymnase municipal est également possible.

8.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES A MINIMA, DANS UN ETABLISSEMENT POURTANT DOTE D'UN PLATEAU TECHNIQUE DE MEDECINE, CHIRURGIE, OBSTETRIQUE

Les soins somatiques dans les unités sont assurés par une unique médecin spécialisée en médecine générale, qui lors de la visite des contrôleurs a vu enfin arriver une interne attendue de longue date. Elle voit systématiquement les patients admis à l'UHCD, elle regarde leurs bilans biologiques et leur électrocardiogramme. Si ces derniers n'ont pas été effectués, elle les fait réaliser. Le sevrage d'alcool à l'entrée est réalisé sous son contrôle.

Elle est appelée par les soignants des unités chaque fois que de besoin et elle passe dans chaque unité régulièrement prendre connaissance du carnet de demandes d'interventions somatiques. Elle participe quand elle peut aux *staffs* d'équipe dans les unités Green et Henri Claude, mais jamais dans les autres unités, faute de temps.

RECOMMANDATION 13

Les effectifs de médecins généralistes affectés au pôle de psychiatrie doivent leur permettre d'assurer un suivi régulier des patients sur le plan somatique et la participation de ces derniers aux réunions des équipes.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « 2 ETP de médecins somaticiens sont affectés au pôle de psychiatrie.

Le pôle, en toutes circonstances, peut faire appel aux urgences générales pour régler un problème somatique urgent ; la procédure « urgences vitales » peut être appliquée à tout moment en cas de besoin et un accès aux spécialités est toujours possible. Une sensibilisation sera faite pour réduire au mieux les délais d'accès.

Concernant les addictions, le CSAPA peut être interpellé par toutes les équipes de soins du pôle pour un conseil de prise en charge, et les patients peuvent y être orientés à la sortie. Cette possibilité existe déjà.

Nous avons également mis en place des infirmiers en tabacologie (1 par secteur, sur la base du volontariat) afin que cette dépendance soit évaluée pour tous les patients à leur arrivée. »

Le CGLPL ne peut considérer cette recommandation comme prise en compte, en effet, s'il se félicite de savoir que le CSAPA peut être interpellé, il considérerait utile que psychiatres et addictologues se concertent sur la prise en charge des patients consommateurs pendant leur séjour hospitalier.

Selon les informations recueillies, il existe une difficulté pour assurer la continuité d'un traitement médicamenteux somatique prescrit avant l'admission à l'UHCD. En effet, le patient doit présenter une ordonnance, que le somaticien represcrit et que la pharmacie exécute. Il n'est pas rare que sur le temps court du séjour et en l'absence d'ordonnance, le traitement ne soit pas délivré.

Le plateau technique de la MCO est mobilisé, néanmoins les délais sont longs pour certaines spécialités comme la gynécologie.

Le service de stomatologie ne réalisant pas d'ablation dentaire, il est nécessaire d'avoir recours à un cabinet en ville. En cas de difficultés pour avoir rapidement une consultation spécialisée, et en l'absence de télémedecine, le médecin somaticien demande un avis à ses collègues spécialistes (pneumologie, cardiologie, diabétologie).

Des implants contraceptifs sont posés à des patientes en SSC après consultation avec le médecin somaticien et pour lesquelles le psychiatre identifie un risque de grossesse. Cela est réalisé sans contrainte mais en l'absence d'une réflexion institutionnelle sur l'offre de contraception aux patientes. Ce dernier point est également illustré par le cas d'une patiente dont la prise de pilule contraceptive aurait été interrompue lors de son admission, et non réactivée pendant son séjour malgré sa demande, et qu'elle a continué à prendre en cachette avec la « complicité » de ses proches.

L'accès à la kinésithérapie est impossible au sein du service de médecine physique et de réadaptation, apparemment par manque de moyens humains suffisants dans ce service, et il a été dit aux contrôleurs que pour plusieurs patients présentant des indications urgentes de rééducation fonctionnelle, la direction n'avait pas accepté de financer des kinésithérapeutes libéraux.

Seule l'unité Piaget de gérontopsychiatrie apparaît bien dotée concernant l'organisation des soins somatiques (cf. § 9.1).

RECO PRISE EN COMPTE 21

L'accès à des prestations de kinésithérapie doit être assuré aux patients en psychiatrie, au sein de l'établissement ou dans des cabinets libéraux.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *l'établissement n'a pas recours aux rééducateurs libéraux pour les patients hospitalisés. Une équipe de rééducateurs interne est disponible et intervient auprès des patients de psychiatrie. Du temps d'EAPA (Enseignant en Activité Physique Adaptée) est également prévu, ils assurent deux séances hebdomadaires pour l'unité Piaget et des prises en charge de 3 à 5 patients en fonction des prescriptions dans les autres unités.*

Les patients de toutes les unités de psychiatrie ont accès à la balnéothérapie à raison de 8 séances hebdomadaires. »

Le CGLPL se félicite que désormais les patients aient accès aux kinésithérapeutes de MCO.

Alors que l'établissement gère un CSAPA¹⁹, aucun addictologue ne vient en appui des équipes dans les unités d'hospitalisation pour évaluer l'addiction d'un patient, déterminer les prises en charge possibles dès le temps de l'hospitalisation, préparer la prise en charge ambulatoire au CSAPA en sortie d'hospitalisation, contribuer à former les soignants.

Les contrôleurs ont *a contrario* relevé qu'en gérontopsychiatrie, la prise en charge de patients âgés présentant une addiction à l'alcool est organisée conjointement par le psychiatre, le gériatre et l'addictologue.

8.3 LA SORTIE, ENVISAGEE DES LA STABILISATION DE L'ETAT DU PATIENT SE PREPARE DANS LA PLURIDISCIPLINARITE

Il ressort des informations recueillies que la prise en charge du patient en soins sans consentement est très vite orientée vers sa réinsertion sociale.

Lors des réunions hebdomadaires auxquelles participent, outre les médecins et les soignants, la cadre de santé et l'assistante sociale, chaque situation est abordée au regard du projet de sortie. Le lien est alors fait avec le CMP²⁰ de secteur ; quant à la recherche de logement elle s'organise autour de la famille, vers des appartements thérapeutiques (trop peu nombreux), des hôtels sociaux, voire d'EHPAD. Les mandataires sociaux associatifs sont, selon les dires, peu enclins à se mobiliser et sont peu présents aux réunions de synthèse auxquelles ils sont pourtant conviés (cf. § 4.3.2).

La difficulté à trouver un logement adapté est le frein principal à une sortie rapide.

8.3.1 Les sorties de courte durée

Concernant les patients en SSC sur décision du directeur l'établissement, des sorties, accompagnées de moins de 12 heures et non accompagnées jusqu'à 48 heures, sont demandées

¹⁹ Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie.

²⁰ Centre médico-psychologique.

pour maintenir les liens familiaux et faire des démarches extérieures à caractère médico-social ; elles sont toujours accordées par le directeur.

La demande est rédigée par le psychiatre et transmise au bureau des admissions pour accord tacite du directeur. La sortie est alors tracée dans le dossier administratif. Compte tenu des délais généralement très courts, les tiers (famille, tiers demandeur de l'hospitalisation, tuteur éventuel) sont généralement informés par courrier électronique ou par téléphone. Dans certains cas et plus particulièrement dans l'hypothèse de très courtes sorties, accompagnées d'un soignant pour faire des achats, la famille n'est pas systématiquement avisée. Entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} décembre 2021, 106 sorties ont ainsi été recensées sans qu'il ait pu être précisé si elles étaient de moins de 12h ou 48h. Il ressort toutefois des différents échanges que les sorties accompagnées de moins de 12h sont grandement majoritaires. En 2020, elles étaient au nombre de 178. Il est à noter qu'avant la crise sanitaire de telles sorties étaient beaucoup plus nombreuses (561 en 2019).

Au sein des unités autant qu'au bureau des admissions, avant avril 2020, début de la mise en œuvre des mesures sanitaires, une vigilance était mise en place pour que la demande d'autorisation de sortie des rares patients hospitalisés sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) soit transmise à l'ARS dans un délai jamais inférieur à 48h ; cette pratique est devenue inopérante, aucune demande de sorties n'ayant été formulée au cours de l'année 2020 et 2021. Le préfet s'opposait peu à ces demandes lorsqu'elles étaient formulées.

8.3.2 Les programmes de soins

Les programmes de soins (PDS) sont toujours menés en ambulatoire et correspondent donc à une réelle sortie d'hospitalisation ; ils sont en outre peu nombreux, le chef de pôle considérant que la mise en œuvre d'une telle mesure est dans la plupart des cas peu opportune et inefficace.

Au jour du contrôle, dix-neuf patients en soins sans consentement bénéficiaient d'un programme de soins dont onze sur demande du directeur de l'établissement et huit sur décision préfectorale.

Le collège des professionnels de santé se réunit, après avoir été convoqué par le directeur. Le bureau des admissions veille au respect des dates butoirs et à la convocation de ses membres.

Composé d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient, d'un autre psychiatre extérieur au suivi du patient et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire de l'unité d'affectation ou du service assurant le suivi ambulatoire, ce collège se réunit rarement, les patients en programmes de soins (PDS) étant très peu nombreux et ceux en hospitalisation complète depuis plus d'un an, rarissimes.

Au cours de l'année 2019, le collège a examiné six situations, neuf en 2020 et quatorze en 2021, la plupart concernant des patients reconnus irresponsables pénalement, dont six étaient en PDS.

Il a été difficile aux contrôleurs d'être assurés que ce collège fonctionne dans le total et strict respect des prescriptions de l'article L. 3212-17 du code de la santé publique, qui exigent le recueil de l'avis du patient. Des informations parfois floues, voire contradictoires, qui leur ont été communiquées, il ressort que ce collège se contenterait, au moins dans quelques cas, de travailler sur le dossier du patient sans juger utile de le recevoir pour l'entendre. Dans les vérifications effectuées par les contrôleurs qui se sont fait présenter cinq avis, la mention « *l'avis du patient a été recueilli* » était cependant toujours présente.

9. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

9.1 L'UNITE DE GERONTOPSYCHIATRIE PIAGET ACCUEILLE DES PATIENTS TRES FRAGILISES ET LEUR PROPOSE UN PARCOURS DE SOINS DE QUALITE

L'unité Piaget reçoit des patients âgés, à partir de 65 ans, c'est un service de gérontopsychiatrie. Le bâtiment de forme rectangulaire abrite deux unités : un EHPAD nommé Wallon et l'unité Piaget. Celle-ci est une unité fermée.

Cette unité dispose de vingt chambres individuelles, parfaitement éclairées par une large baie vitrée et une porte fenêtre à ouverture oscillo-battante. Chaque chambre est équipée d'un mobilier de qualité permettant le confort des patients. Une salle de bain et des toilettes aux normes « handicapés » sont attenantes à la chambre.

Un salon d'accueil, une salle d'activité, une salle à manger permettent à la fois d'accueillir les visiteurs et d'organiser la vie quotidienne des patients. Un large patio ou jardin paysager est à disposition pour prendre l'air et se détendre.

Deux chambres d'isolement complètent le dispositif d'hébergement. Elles sont éclairées par une large baie vitrée. Une salle de bain vaste et bien équipée dessert les chambres.

L'équipe soignante dispose de bureaux de consultation, d'un espace cafétaria et d'une salle de transmission. Seule ombre au tableau : cette salle de transmission est exiguë, sans ouverture vers l'extérieur et donc sans possibilité d'aération, ce qui en temps de Covid pose un vrai problème à l'équipe soignante.

L'ensemble des locaux est parfaitement propre et entretenu, la décoration des pièces et des murs est apaisante.

Les patients disposent de leur propre salle de bain et sont aidés, pour les moins autonomes, par le personnel soignant. Les familles ou les proches se chargent de l'entretien du linge. Pour les patients sans famille, le personnel de l'unité dispose d'une machine à laver pour entretenir leur linge. Un vestiaire, commun à l'EHPAD, procure des vêtements de rechange en cas de besoin. Un coiffeur et une pédicure sont disponibles, sur rendez-vous.



Salon d'accueil des familles et salle de détente donnant sur le patio

L'affichage, à l'entrée de l'unité, permet de renseigner le patient et ses proches sur ses droits et devoirs. Charte de l'utilisateur, règlement intérieur, commission des usagers, présence du coiffeur ou de la pédicure, accès aux cultes, etc. ; toutes ces informations sont tenues à jour. Un livret d'accueil, simple mais riche d'informations, est remis au patient lors de son arrivée.

9.1.1 La prise en charge des soins

a) Le personnel

L'unité Piaget est sous la responsabilité d'un médecin psychiatre, chef de service à temps plein, d'un médecin gériatre ainsi que d'un médecin somaticien. Ils interviennent également à l'EHPAD situé dans le même bâtiment.

L'équipe soignante est aussi composée :

- d'un cadre de santé, 0,7 ETP²¹ (actuellement en arrêt de travail) ;
- de huit infirmiers représentant 7,86 ETP ;
- de huit aides-soignants représentant 7,5 ETP ;
- de quatre ASH représentant 3,97 ETP ;
- d'une psychologue à temps plein ;
- d'une assistante sociale à mi-temps.

Cet effectif représente 21,61 ETP pour 20 lits. Il manque un kinésithérapeute, ce qui est regrettable compte tenu des besoins des patients en terme mobilité.

²¹ Equivalent temps plein.

La nuit, l'équipe est composée d'une infirmière et d'un aide-soignant. L'unité fonctionne 24h/24h et 7 jours sur 7.

Les patients pris en charge souffrent de symptômes psychiatriques, de troubles cognitifs, de troubles psychiatriques marquant l'entrée dans la démence ou de troubles psychiatriques chroniques.

Ils arrivent, très souvent, au moment d'une crise aiguë. Leurs proches sont souvent épuisés.

Les tout premiers jours d'hospitalisation permettent à l'équipe soignante d'évaluer la situation médicale, la situation sociale et la situation familiale du malade. L'ensemble de l'équipe soignante est mobilisé, cette prise en charge pluridisciplinaire contribue à sortir d'une situation de crise, à stabiliser le patient et à envisager l'avenir. L'unité garde le patient tant qu'une situation acceptable n'est pas trouvée : retour à domicile dans de bonnes conditions, prise en charge par la famille, hébergement en EHPAD disposant d'une unité de protection.

La durée moyenne du séjour oscille entre 30 à 40 jours d'hospitalisation.

L'équipe médicale se réunit chaque matin pour une transmission afin de partager la situation de chaque patient. Une autre rencontre hebdomadaire permet à l'équipe de faire le point sur le départ et l'arrivée des patients. Les protocoles de soins envisagés sont discutés et l'après hospitalisation préparé.

b) Les soins

L'équipe soignante tente de maintenir une offre d'activités permettant de stimuler les patients et de lutter contre l'ennui. Cette offre souffre de l'absence d'un titulaire au poste d'animateur. Les pathologies de plus en plus lourdes des patients, notamment la prise en charge des démences, laisse peu de temps au personnel pour proposer de façon régulière des activités variées.

Un atelier mémoire, de la peinture, une cuisine pédagogique, du ping-pong et de la pétanque, dans le jardin paysagé, sont les principales activités proposées.

Un espace « *snoezelen*²² » bien équipé est actuellement inutilisé faute de personnel qualifié.

Les patients ont la possibilité de regarder la télévision, y compris en soirée.

A noter qu'un animal de compagnie contribue à une certaine animation. Un chat adopté par l'équipe soignante se promène librement et permet à certains patients de garder un contact avec un animal de compagnie.

²² Environnement qui consiste à proposer des expériences sensorielles variées, dans une atmosphère de confiance et de détente, afin de favoriser la stimulation des sens primaires.



Les peintures réalisées dans le cadre de l'atelier de graphisme

c) Les liens avec la famille ou la personne de confiance

L'équipe soignante associe, chaque fois que possible, la famille ou la personne de confiance au parcours hospitalier du patient. L'assistante sociale et la psychologue cherchent à rétablir le lien avec les familles quand cela est nécessaire. Les entretiens familiaux se passent avec la psychiatre, la psychologue, l'assistante sociale et la cadre de santé. Ces échanges ont pour but de mieux comprendre l'histoire du patient, ses capacités ou pas de vivre seul, la possibilité pour son entourage de le soutenir et dans quelle mesure.

En l'absence de famille ou de personne de confiance, l'assistante sociale prend contact avec les mandataires, si nécessaire, pour les inciter à se préoccuper de la personne sans mandat de protection (cf. § 4.3.2).

Pour les personnes isolées, sans mesure de tutelle ou de curatelle, et lorsque cela lui semble nécessaire, l'assistante sociale adresse une requête au juge des tutelles afin qu'il puisse statuer sur cette question.

Par ailleurs les médecins de l'unité reçoivent sur rendez-vous les familles, afin de faire le point sur l'état du patient. Le personnel infirmier répond, tous les après-midis, aux familles, qui par téléphone, souhaitent avoir des nouvelles de leurs proches.

Les horaires de visite sont de 13h30 à 18h30, une souplesse horaire existe pour les visiteurs qui ont des contraintes liées au travail ou au transport.

Comme sur les autres unités et selon les situations médicales, les familles peuvent manger avec le patient à condition de prévenir la veille. Elles disposent d'un espace dédié, à part de la salle à manger de l'unité.

d) Les règles de vie

Le service bénéficie de la présence d'une diététicienne. Les repas sont pris en salle à manger. Les personnels sont présents durant le repas pour aider les patients les plus handicapés. Les régimes sont respectés. C'est l'hôpital général qui livre deux fois par jour les repas en liaison froide. Collations et tisanes sont également proposées au cours de la journée et en soirée.

Après l'évaluation par le médecin psychiatre, le patient est informé des objets qu'il aura la possibilité d'utiliser durant son hospitalisation.

Les patients se déplacent librement et disposent de leur chambre toute la journée, mais la possibilité de quitter l'unité est impossible sauf permission de sortie autorisée par le médecin.

Un représentant de l'aumônerie catholique est présent un après-midi par semaine dans l'unité. Il est également disponible à la demande des patients et des familles. Pour les autres cultes, leurs représentants sont appelés par l'équipe soignante, en fonction des besoins.

L'isolement est peu utilisé concernant ces patients, en effet au jour du contrôle un seul patient était à l'isolement (cf. § 6.3).

9.1.2 La sortie

C'est lors des rencontres de coordination que la sortie du patient se prépare. L'équipe soignante vérifie la prise en charge du patient à domicile, dans sa famille ou en établissement.

Les ordonnances dont le patient a besoin sont établies pour qu'il puisse suivre son traitement, bénéficier d'une prise en charge à domicile pour les soins de la vie quotidienne et des moyens de transport pour rejoindre leur destination.

BONNE PRATIQUE 4

L'équipe soignante, en lien avec l'assistante sociale et la psychologue, prépare, avec les familles et les proches, les conditions de sortie du patient afin de mettre en place ensemble les meilleures solutions pour éviter une nouvelle hospitalisation en urgence.

9.2 LES PATIENTS DE L'UNITE DE PSYCHIATRIE DE L'ADOLESCENT ET DU JEUNE ADULTE (UPAJA) SOUFFRENT DE CONDITIONS MATERIELLES D'HOSPITALISATION INDIGNES ET D'UN NOMBRE D'ACTIVITES INSUFFISANT

9.2.1 L'organisation de la filière du soin psychiatrique des patients mineurs

Il n'existe pas d'unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie à l'hôpital Simone Veil. La filière du soin psychiatrique des mineurs est donc partagée entre le « pôle mère-enfants » et le « pôle de psychiatrie et addictologie ».

Au premier est rattaché le service intersectoriel de psychiatrie infanto-juvénile qui développe une large offre de soins et de structures, au nombre desquelles figurent une maison ouverte à la périnatalité, un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel pour les enfants de zéro à six ans, un centre de jour de l'enfant et de l'adolescent de six à douze ans, un hôpital de jour pour les adolescents de douze à seize ans et une équipe mobile de pédopsychiatrie.

Du second dépend l'UPAJA, en principe pour les patients âgés de quinze ans et trois mois jusqu'à vingt ans, et l'UT pour ceux de quinze à vingt-cinq ans. L'existence même de cette unité, rare au sein des établissements psychiatriques, mérite néanmoins d'être positivement soulignée. L'ensemble des interlocuteurs rencontrés la considèrent comme un outil précieux et désormais indispensable, permettant une préparation à la sortie de qualité pour les cinq jeunes patients qu'elle peut accueillir.

Si l'offre de soins paraît relativement complète, l'articulation et la communication entre les deux pôles semblent poser difficultés. La mauvaise orientation de certains patients vers l'UPAJA a notamment été déplorée par l'équipe de cette dernière, des mineurs étant par exemple placés dans la chambre d'isolement de l'UPAJA sur demande du personnel pédiatrique alors que l'état clinique de la personne ne le nécessiterait pas. Les réunions interservices bimestrielles paraissent insuffisantes.

RECOMMANDATION 14

La coordination et la communication entre les services des différents pôles en charge de l'hospitalisation des patients mineurs en psychiatrie doivent être améliorées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *des points trimestriels fixes sont organisés entre la pédiatrie et l'UPAJA. Ils visent à améliorer le fonctionnement et le lien entre les deux pôles.* »

Les points trimestriels entre les services en charge de l'hospitalisation des mineurs ne sont pas suffisants. Lors du contrôle, il avait été indiqué que ces points étaient bimestriels et ils apparaissaient déjà insuffisants.

9.2.2 L'Unité de Psychiatrie de l'Adolescent et du Jeune Adulte

L'UPAJA est une unité d'hospitalisation à temps complet destinée, en principe, aux patients âgés de quinze ans et trois mois à vingt ans. Il arrive néanmoins, faute d'unité de pédopsychiatrie et de structures adéquates en pédiatrie, que des patients plus jeunes y soient pris en charge. Ainsi, pendant la durée du contrôle, une enfant de quatorze ans avait été placée dans la chambre d'isolement de l'unité. Cela se produirait entre zéro et cinq fois par an.

Si la réunion de ces deux tranches d'âge – adolescents et jeunes majeurs – a du sens et permet une continuité de soins dans la même unité pour des patients ayant atteint leur majorité, le sous-dimensionnement de l'UPAJA est criant. L'unité compte ainsi neuf lits dont quatre sont en principe réservés à des patients atteints de troubles du comportement alimentaire. Or, l'hospitalisation de ces derniers pouvant durer plusieurs mois, le nombre de lits d'hospitalisation pour des personnes présentant d'autres pathologies, comme la dépression ou les troubles bipolaire, s'en trouve considérablement réduit. Par voie de conséquence, il n'est pas rare que des patients mineurs soient pris en charge dans des unités pour adultes ce qui est incompatible avec le respect de leurs droits fondamentaux. Au moment du contrôle, ceci était le cas pour deux patients hospitalisés dans les unités Zarifian et Green.

RECOMMANDATION 15

Aucun patient mineur ne doit être hospitalisé en unité pour adultes. Afin d'éviter cette situation, le redimensionnement de l'UPAJA doit être envisagé.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *l'établissement privilégie l'hospitalisation d'un mineur dans un service accueillant ce type de patient et évite autant que possible l'hospitalisation d'adolescent en service adulte. Cependant, au regard de l'offre en lit d'hospitalisation pour les adolescents jeunes adultes sur la région et le département (37 lits pour tout le Val d'Oise), en cas de nécessité d'hospitaliser un adolescent et à défaut de place sur l'UPAJA ou en pédiatrie, il se peut que l'adolescent soit hospitalisé en chambre seule dans un service adulte. Cette situation a été exceptionnelle notamment pendant la dernière épidémie de bronchiolite qui a saturé les services de pédiatrie. A ce jour, aucune autorisation d'ouverture de lits de pédopsychiatrie supplémentaire n'est prévue dans le Projet Régional de Santé d'Ile-de-France (PRS 2018-2022) pour le Val d'Oise.* »

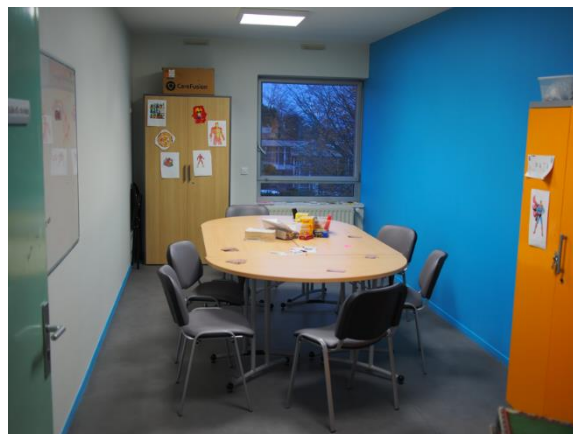
En l'absence d'avancée sur ce sujet, le CGLPL maintient la recommandation.

Quoique très peu nombreux, des patients en soins sans consentement ou faisant l'objet d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) sont accueillis à l'UPAJA. En 2020, sur une file active de soixante-trois patients hospitalisés, deux patients en SDRE et trois avec une OPP ont été dénombrés.

L'UPAJA est située dans le bâtiment Green-Winicott, qui accueille également l'unité Green. Elle comprend notamment sept chambres – cinq individuelles et deux doubles, toutes équipées de WC et de douche – un salon TV, une salle de bains avec baignoire, un réfectoire, une cuisine utilisée pour des ateliers thérapeutiques, une terrasse extérieure, un bureau infirmier, une salle de soins, deux bureaux de consultation et une chambre d'isolement. Sont aussi partagés avec l'UT une salle de sport, une bibliothèque et un salon équipé d'un piano.



Salon TV de l'UPAJA



Salle d'activité de l'UPAJA



Salon de l'unité transitionnelle, desservant la bibliothèque et la salle de sport également utilisées par les patients de l'UPAJA



Chambre d'isolement de l'UPAJA

Si ces locaux paraissent suffisants en nombre – à l'exception des bureaux – ils sont, à l'instar d'une partie des unités pour adultes, vétustes, inadaptés voire indignes (cf. § 4.1). Ainsi, ces installations sont réparties sur trois étages, obligeant leurs utilisateurs à monter et descendre les escaliers sans cesse, et limitant la visibilité des soignants sur ce qui se passe ailleurs. Les patients mineurs devant être accompagnés à chacun de leur déplacement et les soignants n'étant pas toujours en mesure de le faire, les personnes hébergées passent donc le plus clair de leur temps au troisième étage, où sont situées les chambres, et ne profitent pas des autres équipements. De plus, la surface des locaux paraît largement insuffisante. Par exemple, le linge des patients en train de sécher et le matériel de nettoyage sont entreposés dans la salle équipée de la baignoire, rendant celle-ci inutilisable en plus de poser un problème d'hygiène. De même, faute d'une salle d'activités à proprement parler, un baby-foot et une table de ping-pong sont entreposés dans le hall d'entrée de l'unité, au rez-de-chaussée, au milieu des courants d'air. Durant toute la visite, aucun patient n'a été vu en train de les utiliser. Dans la plupart des cabines de douche des chambres, des traces de moisissure ont été constatées, de même que de la rouille sur des chauffages, eux-mêmes d'un autre âge. Enfin, la terrasse extérieure, quoiqu'assez grande, n'est pas adaptée dans la mesure où elle n'est pas sécurisée. Elle n'est dès lors pas fréquentée ce qui ne laisse d'autre choix aux patients fumeurs que d'utiliser « la cage à poule » (cf. § 4.1).

Eu égard à ce constat, il est urgent d'intégrer l'UPAJA au plan de rénovation du site en discussion et soumis à l'ARS à l'été 2021.

RECO PRISE EN COMPTE 22

Les locaux de l'UPAJA doivent être intégralement rénovés et agrandis pour offrir des conditions matérielles d'hospitalisation adaptées.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que : « *La réfection des locaux et l'achat de nouveaux équipements sont en cours (cf. recommandation prise en compte N°8).*

L'étude d'une extension est en cours (cf. recommandation prise en compte N° 18), dans le cadre de travaux de l'unité Green (350 K€) en lien avec la réflexion sur le projet médical de cette unité. »

Outre les locaux, certains mobiliers sont aussi inadaptés. Il en est ainsi, en particulier, des lits : au moment du contrôle, trois patients étaient hospitalisés sur des lits et matelas en mousse dure *Cumbria*[®], utilisés dans les chambres d'isolement. L'un de ces lits était encore pourvu des anneaux destinés à attacher les sangles de contention, facteur potentiellement traumatisant.

RECO PRISE EN COMPTE 23

L'hospitalisation de patients, *a fortiori* mineurs, sur des matelas en mousse dure, normalement utilisés dans les chambres d'isolement, est indigne. Il doit y être mis fin sans délai.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique qu'« *une commande a été faite pour changer le lit de cette chambre. »*



Hall d'entrée du bâtiment Winicott, servant de salon des familles et de salle de jeux



Sortie d'urgence de l'unité psychiatriques pour adolescents et jeunes majeurs, utilisée par les patients fumeurs et surnommée « cage à poules »



Un des lits Cumbria® utilisé comme lit d'hospitalisation, dans une des deux chambres doubles de l'unité



Chauffage vétuste et rouillé, dans la salle de bain d'une des chambres

9.2.3 La prise en charge au cours de l'hospitalisation

a) Le personnel

Composée notamment de neuf ETP d'IDE, de neuf ETP d'ASH partagées avec l'unité Green, de 1,20 ETP de psychologue, d'un ETP assistante sociale, de deux psychiatres présents dans l'unité presque tous les jours et d'une diététicienne intervenant régulièrement, le tout pour neuf patients au maximum, l'équipe de l'UPAJA paraît suffisamment dotée. Néanmoins, plusieurs aspects relatifs aux ressources humaines appellent une certaine vigilance. Tout d'abord, le non-remplacement d'un troisième psychiatre parti à la retraite depuis près d'un an, équivalent à un 0,5 ETP, est source d'inquiétude pour le reste du personnel. De même, les deux départs d'IDE prévus en février et mars 2022, dont les remplaçants n'ont pas encore été trouvés, inquiètent l'équipe. L'absence d'éducateur spécialisé est aussi unanimement regrettée. Le fait que l'équipe d'IDE de l'UPAJA soit la seule du pôle à ne pas travailler en service de douze heures cristallise également les tensions, tensions déjà présentes du fait d'un manque de communication évident entre les équipes soignantes et médicales. *In fine*, l'atmosphère de travail dans l'unité paraît lourde, pesant indubitablement sur la prise en charge des patients, bien que l'ensemble des agents rencontrés aient témoigné d'un réel engagement et attachement à leur fonction. Les réunions régulières, qu'il s'agisse des transmissions, des *staffs* quotidiens ou ceux hebdomadaires plus longs, ne semblent plus suffire.

RECO PRISE EN COMPTE 24

Une nouvelle dynamique de travail doit être impulsée à l'UPAJA et les canaux de communication entre les équipes soignantes et médicales restaurés et développés pour bénéficier *in fine* aux patients.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique qu'« *un accompagnement dans le cadre du projet managérial va être proposé au chef de service afin d'impulser cette nouvelle dynamique et de consolider le projet médical et soignant.*»

Le CGLPL ne peut considérer cette recommandation comme prise en compte, celle-ci n'en étant qu'au stade de projet.

b) Les activités

La limitation du nombre d'activités, thérapeutiques ou occupationnelles, proposées aux patients est peut-être une des conséquences de cette ambiance de travail perfectible (cf. § 8.1). En théorie, une activité est organisée chaque jour – balnéothérapie le lundi, lecture et cuisine le mardi, jeux de société le mercredi, sport le jeudi et arts créatifs le week-end, en plus des cours de soutien scolaire de mathématiques, français et histoire-géographie les mardi et jeudi – ceci ne concerne qu'un nombre limité de patients, trois ou quatre par atelier. De plus, ces activités durent parfois moins d'une heure et sont parfois annulées. Ainsi, sur le temps de présence des contrôleurs, l'atelier sport a été annulé faute de personnel en nombre suffisant, de même que les ateliers lecture et cuisine, cette fois à cause des travaux dans les salles habituellement utilisées. Le baby-foot et la table de ping-pong étant en plus situés au rez-de-chaussée, dans le hall d'entrée, c'est-à-dire à un endroit où les patients ne peuvent accéder seuls, ces derniers passent le plus clair de leur temps dans leur chambre ou devant l'unique télévision de l'unité. Tous ont indiqué s'ennuyer. La réponse apportée, tenant justement à prétendre que « *l'ennui fait partie du soin* » est insatisfaisante en ce que proposer des activités et imposer des temps de repos individuels en chambre ne sont pas incompatibles. L'arrivée au premier trimestre 2022 d'un ergothérapeute à 0,20 ETP peut enclencher une amélioration.

RECO PRISE EN COMPTE 25

Comme dans le reste des unités, davantage d'activités doivent être proposées aux patients de l'unité de psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte pour améliorer leurs soins et rompre l'ennui de leur quotidien.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *le programme des activités sur l'UPAJA a été étayé afin d'offrir des prises en charge groupales différentes, mobilisant les différents professionnels de l'UPAJA.* »

La rigidité avec laquelle la question de la sexualité est abordée par l'équipe de l'UPAJA et traitée dans les documents remis aux patients, notamment le livret d'accueil, appelle des changements (cf. § 5.6).

c) Le maintien des liens familiaux

Les parents des patients mineurs paraissent en général suffisamment informés, impliqués et consultés par l'équipe. Par exemple, c'est leur avis qui est pris en compte concernant les personnes hébergées souhaitant fumer, les soignants pouvant seulement les inciter à plus de souplesse dans les situations de tension. En revanche, les conditions dans lesquelles, ceux qui sont autorisés à voir leur enfant, sont amenés à le faire, restent inadaptées. Ainsi, du fait de la pandémie de la Covid-19, les parents ne sont plus autorisés à monter dans le salon de l'UT ou de l'UPAJA – interdiction leur était déjà faite de rentrer dans les chambres. Dès lors, ils n'ont d'autres

choix que de voir leur enfant dans le hall d'entrée de l'unité, au rez-de-chaussée, dans les courants d'air et installés sur des sièges généralement utilisés pour des salles d'attente, côte à côte et ne pouvant être déplacés. En soi, cette situation est indigne ; elle l'est d'autant plus pour des jeunes patients tant la nécessité de rétablir des liens de confiance avec les familles peut être un enjeu important.

RECO PRISE EN COMPTE 26

Des solutions doivent être trouvées pour permettre aux parents des patients de l'UPAJA de rencontrer leur enfant dans des conditions dignes, tout en respectant les mesures sanitaires en vigueur.

Dans sa réponse au rapport provisoire, la directrice du Centre hospitalier Simone Veil indique que « *concernant l'UPAJA, les patients et leurs proches ont la possibilité, l'été, de se rencontrer dans le square dédié à cette unité, la salle à manger est aussi mise à disposition en dehors des temps de repas. Une réflexion est en cours afin que les salons des familles de Green puissent être mutualisés. L'espace des familles actuel va être réaménagé, une commande de mobilier est en cours.* »

10. CONCLUSION

Le pôle de psychiatrie générale du CH Simone Veil a de nombreux atouts : à la fois inséré dans la ville, ce qui évite l'isolement, et disposant d'espaces verts, à immédiate proximité de l'hôpital général pouvant ainsi bénéficier de son plateau technique, doté de personnels médicaux en quantité suffisante et stables sur leur poste. Néanmoins, l'établissement doit aujourd'hui trouver les moyens de sécuriser le domaine sur lequel est implanté son pôle de psychiatrie tout en permettant aux patients de bénéficier d'une liberté d'aller et de venir, ce qui est en projet selon la réponse de la directrice du 25 mars 2022.

Le CGLPL avait noté lors de son contrôle que des lieux de convivialité pour les patients de l'ensemble du pôle de psychiatrie devaient être créés afin de les encourager à se socialiser et de mettre fin à l'ennui généralisé. Il avait été relevé que certains locaux étaient très dégradés et les conditions dans lesquelles les patients des unités Claude, Rousset, Boucebci, Green et de l'UPAJA étaient hospitalisés frôlaient l'indignité. De même, la plupart des chambres d'isolement étaient très vétustes et avaient besoin d'être rénovées dans les meilleurs délais. Enfin, l'accueil aux urgences et à l'UHCD, s'il devait être pérennisé sur ce site, nécessitait des locaux adaptés.

Or, depuis le contrôle du CGLPL, l'établissement a obtenu des crédits pour effectuer les investissements nécessaires dans les chambres d'isolement, des crédits accordés par l'ARS fin 2021 permettront un plan d'équipement des différentes unités, des travaux d'installation d'espaces collectifs sont également prévus dans le schéma directeur.

Le travail effectué par l'établissement depuis le passage du CGLPL est important et les équipes de l'hôpital ne peuvent qu'être félicitées pour les corrections déjà apportées ainsi sur les quarante-et-une recommandations émises lors du contrôle, vingt-six sont déjà considérées comme prises en compte. Cet investissement des équipes pour obtenir les financements nécessaires à la modification des locaux ou pour faire évoluer leur procédure montrent à quel point le respect des droits fondamentaux des patients est une préoccupation au cœur des équipes de cet hôpital. Au vu du chemin déjà parcouru, le CGLPL est confiant concernant les recommandations que l'établissement ou d'autres autorités ont encore à mettre en œuvre. Il restera attentif à l'effectivité de ces réalisations.

16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19
www.cglpl.fr