

Contrôleur général des LIEUX de PRIVATION de *Liberté*

Rapport de visite :

30 mai au 7 juin 2022 – 2^{ème} visite

Etablissement public de santé
mentale Barthélémy Durand

Etampes (*Essonne*)



Site d'Etampes (Sud)



*Site de Sainte-Geneviève-des-Bois
(Nord)*

SYNTHESE

L'établissement public de santé Barthélémy Durand (EPSBD) assure les soins de psychiatrie au profit des habitants de neuf secteurs pour les adultes et de trois secteurs pour les mineurs, ainsi que de tous les adolescents en crise du département de l'Essonne nécessitant une hospitalisation. L'hospitalisation complète offre 273 lits pour une population de 1,3 million d'habitants, répartis sur les deux sites d'Etampes (site sud) et Sainte-Geneviève-des-Bois (site nord). L'organisation est faite autour de trois pôles : un pôle rassemblant toute la psychiatrie adultes, un pôle enfant et adolescent et un pôle transversal de recours et recherche.

Le contrôle a porté sur cinq unités du site Nord, quatre unités du site Sud, l'unité pour adolescents et le service des urgences du CH de Longjumeau.

1 - Sur l'organisation des soins en général

En amont de l'admission, les urgences psychiatriques ne sont pas organisées à l'échelle du territoire. De nombreux services d'urgence n'ont pas de psychiatre ni d'infirmier de psychiatrie, à l'exception des urgences du CH de Longjumeau. Des difficultés sont également constatées dans la prise en charge des urgences de pédopsychiatrie et de nombreux mineurs sont hospitalisés dans les services pour adultes.

L'accès aux soins psychiatriques, à proprement parler, est satisfaisant sur le plan clinique, mais perturbé par les mouvements de nombreux patients entre secteurs pendant leur séjour. L'absence de projet de service médico soignant comme souvent le manque de chef de service ne permet pas de comprendre l'organisation des soins au quotidien, qui semble basée sur la quête permanente des cadres pour trouver des soignants afin d'atteindre partout un effectif minimum dit « de sécurité ». Celui-ci tend alors à devenir le mode de fonctionnement habituel ; l'établissement exerce ainsi très souvent ses missions en mode dégradé. Des disparités sont fortes entre les services y compris d'un même site, certains disposant d'ergothérapeutes, de psychomotriciens ou de psychologues, d'autres pas.

Par ailleurs, cette désorganisation permanente des plannings limite l'accès aux activités pour les patients alors même que l'établissement dispose d'un potentiel d'animation conséquent. Un système de remplacement rémunéré en heures supplémentaires a toutefois été mis en place après le contrôle.

Concernant la ressource médicale, il y a actuellement dans une majorité de secteurs, davantage de médecins sans plénitude d'exercice et en formation que de médecins praticiens hospitaliers titulaires ; la situation est encore plus préoccupante pour la pédopsychiatrie. Le nombre trop important de praticiens associés ne permet ni de les former, ni de répondre aux exigences médico légales des textes régissant les soins sans consentement, ni d'assurer pour les titulaires une sérénité dans les délégations données. D'autant qu'aucun étayage professionnel n'est proposé à l'échelle du pôle.

Concernant les soins somatiques, ils sont parfaitement assurés. En revanche, l'équipe de liaison en addictologie n'est pas médicalisée.

2 - Sur la prise en compte du patient sujet de droit

Les règles d'information du patient sont généralement méconnues. Les décisions du directeur ou du préfet sont certes notifiées à la personne concernée mais le certificat médical, qui n'est pas repris *in extenso* dans la décision, ne lui est pas joint. De plus, les décisions ne sont pas toujours données en copie aux patients. L'établissement s'est engagé à y remédier.

Concernant la liberté d'aller et venir, l'EPSBD se caractérise par un grand nombre d'unités ouvertes, seules deux étant fermées lors du contrôle pour des cas particuliers, sachant que les patients autorisés pouvaient sortir en sollicitant les soignants. Des montres badges permettent partout d'offrir une autonomie aux patients dans la fermeture-ouverture de la chambre et de l'unité.

3. Sur les locaux

Globalement, le CGLPL note sur le site nord, une architecture totalement adaptée aux besoins des soins de psychiatrie et à la liberté d'aller et venir, avec de ce fait une différence avec le site sud où l'on trouve encore beaucoup de chambres doubles et exigües. Un schéma directeur immobilier devrait à moyen terme, harmoniser les locaux vers l'excellence, d'autant que les deux sites disposent de vastes espaces extérieurs.

En revanche, les parties dites « fermables », qui semblent très peu utilisées en tant que telles, interrogent sur leur utilité de même que les chambres dites également « fermables ».

Les chambres d'isolement (CI) sont, en ce qui les concerne, quasi exemplaires au nord puisque disposant de tout ce qui peut être propice à l'apaisement comme l'accès à l'extérieur, à un salon pour y prendre ses repas assis, avec des fauteuils pour les soignants comme pour le patient et l'accès à un bouton d'appel. Les CI du sud sont moins propices à l'apaisement du fait de l'absence de patio propre (sauf pour G02) et de l'accès direct du salon de la CI sur le couloir de l'unité.

4. Sur la pratique de l'isolement

La pratique de l'isolement a fait l'objet de formations mais il est dommage que l'exploitation du registre n'ait pas été débattue au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire et régulière.

L'analyse de ce registre montre une quasi-absence d'utilisation de la contention (0,43% des patients admis en 2021) dans les services contrôlés, d'une durée de 3 à 12 heures. Le taux de patients admis en phase d'isolement est de 16 % à l'échelle de l'établissement. Les chiffres sont enfin très élevés chez les mineurs puisque 28 % des mineurs admis à l'UHPA ont eu une phase d'isolement en 2021. La mise en place d'un espace d'apaisement a cependant permis, pour le début de l'année 2022, de ramener ce taux à 16%, ce qui reste très atypique.

Enfin, les contrôleurs estiment indigne la présence des agents de sécurité lors des ouvertures de portes des CI, d'autant que cette présence dans les lieux de soins n'est pas décidée par le médecin, ni inscrite dans le dossier médical, ni liée au déclenchement des dispositifs d'alerte.

5. Sur les autres restrictions de liberté

Concernant les autres restrictions de liberté, l'établissement a développé des pratiques plutôt respectueuses : les chambres sont accessibles en permanence, il n'y a pas d'obligation de port du pyjama sauf en CI, le tabac est habituellement laissé au patient. Il est regretté que les cordons chargeurs de téléphone soient encore systématiquement retirés et que les familles ne puissent entrer dans les chambres des patients, ce que l'établissement semble méconnaître.

La recherche du consentement dans les soins n'est pas totalement respectée : les observations du patient ne sont pas retranscrites sur les certificats médicaux, eux-mêmes non remis aux patients, et la personne de confiance est peu associée aux soins ; en revanche, la conciliation médicamenteuse est mise en place pour les plus de 65 ans et les directives anticipées en psychiatrie (ou plans de prévention des crises) sont en cours de mise en œuvre.

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 54

Un espace d'apaisement pertinemment équipé permet une alternative à l'isolement pour les mineurs.

BONNE PRATIQUE 2 73

Des carnets de divertissement ont été régulièrement conçus et délivrés à tous les patients de psychiatrie durant la période de confinement.

BONNE PRATIQUE 3 75

La politique culturelle de l'établissement apporte une plus-value certaine dans la prise en charge des patients de psychiatrie.

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 15

Les plannings doivent être construits autour du projet médico soignant et doivent prévoir chaque jour les effectifs nécessaires à l'accomplissement des missions des différents professionnels afin de garantir une prise en charge des patients, respectueuse de leurs droits fondamentaux.

RECOMMANDATION 2 29

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

RECOMMANDATION 3 30

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

RECOMMANDATION 4 31

La suroccupation de l'établissement ne peut conduire à des hospitalisations dans des chambres non prévues à cet effet, ni amener des changements de chambre imposés aux patients la nuit.

RECOMMANDATION 5 32

Les délégations de signature de mesure de privatives de liberté doivent être exclusivement faites aux membres de la direction assurant des gardes d'administrateurs et jamais à des membres du corps soignant.

RECOMMANDATION 6 46

Le port du pyjama imposé est humiliant et ne doit pas être prescrit afin de lutter contre le risque de fugue.

- RECOMMANDATION 7** **48**
- Les modalités d'organisation et d'intervention du personnel en charge à la fois de la sécurité incendie et de la sécurité publique doivent être clarifiées, de jour comme de nuit.
- RECOMMANDATION 8** **56**
- L'existence de zones fermables doit être réinterrogée à la lumière des besoins et objectifs en termes des gestions des crises au sein d'un projet médico-soignant à élaborer. Les chambres d'isolement ne peuvent pas être des chambres d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 9** **57**
- L'établissement ne doit pratiquer, en dernier recours, l'isolement des patients, qu'en chambre d'isolement spécifique et destinée à ces moments de crise, et lui conserver sa chambre d'hospitalisation.
- RECOMMANDATION 10** **57**
- Les agents de sécurité ne peuvent être présents dans les lieux de soins que sur déclenchement ou signalement d'une alarme ou d'une violence ingérable par les soignants.
- RECOMMANDATION 11** **60**
- L'isolement et la contention de mineurs doivent être limités à des circonstances exceptionnelles.
- RECOMMANDATION 12** **61**
- Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.
- RECOMMANDATION 13** **62**
- La commission départementale de soins psychiatriques doit exercer la plénitude de ses compétences et notamment, assurer au moins deux visites annuelles des établissements et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique. Les dossiers examinés par la commission ne doivent pas être choisis par l'établissement contrôlé.
- RECOMMANDATION 14** **67**
- Les certificats médicaux de non-audition et de non-présentation doivent être motivés de manière circonstanciée.
- RECOMMANDATION 15** **69**
- Un projet médico-soignant de pôle ou de service doit conceptualiser la prise en charge concrète des patients par les différents professionnels et l'approche des restrictions de liberté.
- RECOMMANDATION 16** **70**
- Le pôle doit développer des moments d'échanges cliniques et de formation continue afin de partager entre soignants et médecins en formation, une culture professionnelle et des bases scientifiques validées.
- RECOMMANDATION 17** **72**
- L'agence régionale de santé doit octroyer un temps d'éducateur afin de sortir, durant la journée, le patient enfermé au long cours de manière indigne, jusqu'à ce qu'une solution d'hébergement adaptée soit trouvée.
- RECOMMANDATION 18** **78**
- La personne de confiance doit être informée de sa désignation, signifier son accord et être associée aux soins le cas échéant.

RECOMMANDATION 19 82

Un suivi scolaire doit être proposé pour les jeunes hospitalisés à l'UHPA, afin de permettre à ceux qui le souhaitent, de ne pas décrocher de leur parcours scolaire.

RECOMMANDATION 20 83

Les informations relatives aux permis de visite et au téléphone doivent être recueillies en amont de l'hospitalisation afin de faciliter une prise en charge respectueuse des droits des détenus.

RECOMMANDATION 21 84

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

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 18

L'offre de formation sur les droits des patients en soins sans consentement doit être renforcée.

RECO PRISE EN COMPTE 2 22

La place des praticiens associés au sein de l'établissement doit prendre en compte leur besoin de compagnonnage par les médecins séniors, la diversité de leur niveau de spécialisation, leurs interdictions d'actes médico légaux, et une délégation d'actes médicaux formelle indiquant le chef de service ou le collaborateur sénior responsable du praticien.

RECO PRISE EN COMPTE 3 25

Les rédacteurs doivent accéder aux suites données à leur signalement d'événement indésirable.

RECO PRISE EN COMPTE 4 26

Afin de faire profiter l'ensemble de la communauté soignante des productions du comité d'éthique, cette instance doit s'engager dans une communication large et pédagogique et diffuser des recommandations visant à faire évoluer les pratiques vers un meilleur respect des droits fondamentaux et de la dignité.

RECO PRISE EN COMPTE 5 33

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou bien ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification. Une copie de la décision doit être remise à chaque patient.

RECO PRISE EN COMPTE 6 34

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis aux patients ; les règles de vie doivent être déclinées dans chaque unité selon les projets de service, et portées à la connaissance des patients.

RECO PRISE EN COMPTE 7 43

Une permanence d'accès aux effets et valeurs consignées doit être assurée.

RECO PRISE EN COMPTE 8 51

Une réflexion institutionnelle doit être menée sur le sujet de la sexualité des patients, celle-ci constituant une liberté à encadrer.

RECO PRISE EN COMPTE 9.....55

Les personnes enfermées ou attachées doivent être signalées en temps réel aux services de l'établissement en charge de la sécurité incendie.

RECO PRISE EN COMPTE 10.....79

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, physiquement auprès du patient, doit être prohibée.

RECO PRISE EN COMPTE 11.....84

Par principe, les personnes détenues doivent pouvoir téléphoner aux personnes autorisées dans le cadre de leur incarcération.

PROPOSITIONS

Ces propositions sont de nature à améliorer le respect des droits fondamentaux des personnes privées de liberté sans toutefois nécessiter un suivi de niveau ministériel. Leur application sera évaluée par le CGLPL au cours d'une visite ultérieure de l'établissement.

PROPOSITION 1.....27

L'agence régionale de santé doit mettre en place un schéma territorial des urgences psychiatriques organisant les prises en charges des adultes et des mineurs dans le respect des droits des patients (article L 3221-5-1 du code de la santé publique).

PROPOSITION 2.....66

Les décisions prises à l'issue de l'audience devraient, lorsque cela est possible et de principe, être annoncées et explicitées par le JLD au patient dans l'intérêt de ce dernier.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
RAPPORT	10
1. CONDITIONS DE LA VISITE	10
2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE	11
3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT	12
3.1 L'établissement peine à organiser ses admissions intra hospitalières	12
3.2 Le budget du centre hospitalier est en équilibre	13
3.3 L'effectif médical et paramédical n'est pas à la hauteur des besoins.....	14
3.4 Les événements indésirables reflètent les nombreuses difficultés rencontrées par les soignants mais leur analyse n'est pas suffisamment diffusée.....	23
3.5 De création récente, le comité local d'éthique ne diffuse pas de recommandations concrètes pour les soignants	25
4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT	27
4.1 Les patients sont hospitalisés après admission dans plusieurs services d'urgences du département, sans filière réellement organisée	27
4.2 L'établissement suroccupe les lits aux dépends de la qualité des soins.....	30
4.3 L'information remise aux patients n'est pas complète	32
5. LES CONDITIONS DE VIE	35
5.1 Les structures immobilières des deux sites sont disparates	35
5.2 L'hygiène est assurée.....	40
5.3 Les biens des patients sont protégés mais pas facilement accessibles	41
5.4 La distribution des repas favorise l'autonomie des patients	43
6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES	46
6.1 Les restrictions sont en principe fondées sur des considérations cliniques, mais il reste quelques pratiques attentatoires aux droits.....	46
6.2 La sécurisation du site est assurée par une équipe de sécurité présente uniquement de jour et qui intervient fréquemment dans la prise en charge des patients	47
6.3 Les restrictions de la vie quotidienne sont individualisées	48
6.4 Les communication sont facilitées par un établissement ouvert sur l'extérieur	49
6.5 L'accès au vote est facilité	50
6.6 L'accès aux cultes.....	50
6.7 La vie sexuelle des patients ne donne pas lieu à une réflexion institutionnelle.	50
7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION	52
7.1 Les chambres d'isolement sont de conception propices à l'apaisement.....	52

7.2	Certaines pratiques liées à l'isolement des patients sont indignes	53
7.3	Le registre n'est pas régulièrement analysé par les soignants et la pratique d'isolement de mineurs excessive	58
8.	LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	62
8.1	La CDSP n'assure pas ses missions de manière effective	62
8.2	Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances de l'établissement	62
8.3	Le registre de la loi, bien tenu, est en cours de dématérialisation	63
8.4	Le contrôle par le JLD des décisions d'hospitalisation et des mesures d'isolement et de contention est efficient	64
9.	LES SOINS.....	69
9.1	Les soins psychiatriques sont assurés grâce à de nombreux médecins sans plénitude d'exercice qui ne bénéficient pas d'un étayage scientifique par les titulaires restant	69
9.2	Les soins somatiques sont assurés	76
9.3	Les projets de sortie se heurtent à l'insuffisance de l'offre en structures sociales et médico-sociales	77
9.4	Le consentement aux soins du patient n'est pas toujours recherché	78
10.	LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES.....	80
10.1	La prise en charge des mineurs de 13 à 18 ans n'est pas suffisamment seniorisée	80
10.2	La prise en charge des détenus est souvent préparée dans l'urgence et s'effectue en chambre d'isolement.....	83
11.	CONCLUSION.....	86

Rapport

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Contrôleurs :

Luc Chouchkaieff, chef de mission ;

Anne-Sophie Bonnet, contrôleure ;

Marie Cretenot, contrôleure ;

Candice Daghestani, contrôleure ;

Hélène Dupif, contrôleure ;

Damien Scala, contrôleur ;

Dominique Secouet, contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, sept contrôleurs ont effectué une visite inopinée du centre hospitalier Barthelemy Durand (département de l'Essonne) du 30 mai au 7 juin 2022.

Les contrôleurs sont arrivés à l'établissement le lundi 30 mai 2022 à 14h et l'ont quitté le 7 juin 12h. Le directeur de cabinet du préfet de l'Essonne, le directeur départemental de l'agence régionale de santé (ARS), la présidente du tribunal judiciaire d'Evry ainsi que le procureur de la République près ce tribunal ont également été avisés de ce contrôle.

Dès leur arrivée, les contrôleurs ont été accueillis par la directrice générale et une réunion de présentation s'est tenue en présence du président de la CME, du médecin chef de pôle, de la responsable des relations avec les usagers, de la coordonnatrice générale des instituts de formation, d'un pharmacien, de la cadre supérieure de pôle ainsi que les différents membres de la direction.

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

Les contrôleurs ont pu s'entretenir, tant avec de nombreux patients qu'avec des membres du personnel de santé et des intervenants exerçant sur le site. Par ailleurs, les contrôleurs ont assisté à une audience du juge des libertés et de la détention (JLD).

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs.

Une réunion de restitution a eu lieu, le 7 juin 2022, avec les personnes qui avaient participé à la réunion de présentation auxquelles se sont joints la directrice des soins, plusieurs cadres de santé et des praticiens des services.

Un rapport provisoire a été adressé le 7 septembre 2022 à la directrice générale de l'établissement, au directeur général de l'Agence régionale de santé, au préfet de l'Essonne, au président du tribunal judiciaire d'Evry et au procureur près ledit tribunal. Seule la directrice générale du CH a adressé le 7 octobre 2022 ses observations qui sont intégrées dans le présent rapport.

2. OBSERVATIONS DE LA VISITE PRECEDENTE

A l'issue de la visite du centre hospitalier Barthélémy Durand d'Etampes effectuée en 2009¹, le CGLPL formulait les observations et remarques suivantes :

- Il est nécessaire d'homogénéiser entre les différents services les procédures d'information des malades s'agissant de leurs modalités d'hospitalisation, et les possibilités de recours qui leur sont ouvertes. La formation en conséquence des personnels serait à renforcer. De même, la remise aux patients, accompagnée par les soignants, du livret d'accueil, doit être généralisée.
- S'agissant de l'utilisation des téléphones portables, il convient d'harmoniser les différentes pratiques observées entre les services, actuellement très variables.
- La possibilité pour les malades de fermer leur chambre de l'intérieur est remarquable ; l'exercice effectif de cette possibilité doit cependant être assuré dans l'ensemble des services.
- Un équipement, permettant aux personnes placées en chambre d'isolement d'appeler, mériterait d'être installé.
- Le recours aux congés d'essai est largement utilisé mais ceux-ci constituent une véritable obligation de soins ambulatoires pour certains patients, qui en bénéficient depuis plusieurs années. A cet égard, la réticence des autorités préfectorales du département à lever des mesures d'hospitalisation d'office, au profit de sorties d'essai, est susceptible de renforcer une utilisation non conforme de ces dispositions.
- Une réflexion sur les activités proposées aux malades hospitalisés non autorisés à sortir seuls des services devrait être conduite. En effet, les ressources du centre social ne leur sont pas accessibles et un grand désœuvrement est constaté pour eux.
- Le suivi somatique des patients doit être renforcé par une visite systématique, et non pas seulement en cas d'urgence, d'un médecin de médecine polyvalente dans les services.
- Les modalités de distribution des médicaments ne permettent pas dans tous les services une réelle individualisation du soin, par une dispensation « à la chaîne » des traitements.
- Une traçabilité des mesures d'isolement est à mettre en place, de même qu'une traçabilité du recours à la sédation forcée, d'autant plus que la contention physique est décrite comme exceptionnelle au niveau de l'établissement, sans protocole prévu à cet effet.
- Le recours quotidien et programmé à une « équipe de renfort », composée d'agents de sécurité, pour permettre aux soignants d'effectuer certains actes, en dehors de tout contexte de crise ou d'urgence, en chambre d'isolement notamment, constitue une organisation très atypique. Celle-ci doit être évaluée au regard de la préoccupation de sécurisation des soignants en situation habituelle de soins.
- Les détenus en hospitalisation d'office ne sont pas placés systématiquement en chambre d'isolement pendant toute la durée de leur séjour. De même, la possibilité qui leur est donnée, en cas d'accord des autorités judiciaires, de recevoir des visites et de pouvoir téléphoner, est conforme aux droits des personnes détenues.

¹ <https://www.cgplp.fr/2012/rapport-de-visite-du-centre-hospitalier-specialise-barthelemy-durand-a-etampes-essonne/>

3. LA POLITIQUE DE L'ETABLISSEMENT

3.1 L'ETABLISSEMENT PEINE A ORGANISER SES ADMISSIONS INTRA HOSPITALIERES

Le département de l'Essonne comporte, en termes d'offre hospitalière de soins de psychiatrie, trois établissements dont un centre hospitalier spécialisé : le groupe hospitalier Nord Essonne, le centre hospitalier Sud Francilien et l'établissement public de santé mentale Barthélémy Durand (EPSBD), assurant les soins au sein de seize secteurs de psychiatrie adultes et cinq secteurs de psychiatrie infanto juvénile. Quatre cliniques privées prennent en charge des patients en soins libres.

L'EPSBD assure les soins de psychiatrie au profit des habitants de neuf secteurs pour les adultes et de trois secteurs pour les mineurs, ainsi que la population des 13-18 ans de l'ensemble du département de l'Essonne pour les adolescents en crise nécessitant une hospitalisation.

Les secteurs de psychiatrie adultes disposent de l'ensemble de l'offre de soins ambulatoires (centre médico psychologique - CMP, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel - CATTP, hôpital de jour -HJ) et, en ce qui concerne l'hospitalisation complète, **de 273 lits** (dont 252 en psychiatrie adultes) pour une population de 1,3 million d'habitants, répartis sur les deux sites d'Etampes (site sud) et Sainte-Geneviève-des-Bois (site nord) distants de quarante minutes en voiture. Les deux sites sont facilement accessibles par route ou RER. L'organisation est faite autour de trois pôles : un pôle rassemblant toute la psychiatrie adultes, un pôle enfants et adolescents et un pôle transversal de recours et recherche. Outre l'ensemble de la filière intra et extrahospitalière de psychiatrie, l'établissement dispose de structures médico-sociales, comme une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). 2 533 patients ont été hospitalisés à temps plein en 2021 (2 644 en 2020) sur une file totale, incluant l'ambulatoire, de 10 596 patients suivis (10 790 en 2020).

Le contrôle a porté sur cinq unités du site nord, quatre unités du site sud, l'unité pour adolescents et le service des urgences du CH de Longjumeau.

Un projet territorial de santé mentale (2019-2024), couvrant le département de l'Essonne, ambitionne la coordination des acteurs sanitaires sociaux, médico-sociaux et associatifs ; il décrit une démographie médicale en déclin et formule le souhait d'une augmentation du nombre d'internes affectés dans le département de l'Essonne, ce que n'a pas permis la réforme de l'internat. Le projet évoquait l'objectif de développer les infirmiers de pratique avancée (IPA) et trois professionnels ont désormais terminé le cursus de formation.

Un objectif priorise la psychiatrie de l'enfant et la possibilité d'hospitaliser les 16 - 25 ans au sein d'un même service pour ne plus les placer avec les adultes. Ce projet est toujours en cours et a été pris en compte dans le schéma directeur immobilier. Le projet de permettre l'accès à la scolarité est également mentionné mais il n'est toujours pas mis en œuvre au moment du contrôle au sein de l'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHPA). La prise en charge des addictions est indiquée comme devant être consolidée, pour les mineurs comme pour les adultes.

Le projet territorial évoque également l'absence d'équipe mobile de crise, de coordination des moyens de secours et de schéma territorial des urgences psychiatriques ; en revanche, il mentionne la mise en place d'un suivi ambulatoire spécialisé en alternative à l'hospitalisation en cas de risque suicidaire et la prise en compte de la situation des hospitalisations inadéquates par le développement de la filière en aval pour les mineurs et les adultes. Le projet évoque la nécessité de développer le logement adapté et accompagné mais l'établissement a parallèlement fermé les appartements associatifs qui existaient il y a quelques années.

Le projet d'établissement 2017-2022 reprend les quatre grands axes de son projet médical ; il évoque le développement de la recherche et coopération avec le groupement hospitalier de territoire (GHT) « Paris psychiatrie et neurosciences » (CH Sainte Anne/GPS Perray Vacluse/Maison Blanche), le développement des liens avec la médecine de ville notamment via les contrats locaux de santé mentale et les lettres de liaison, le développement des visites à domicile et une future unité d'hospitalisation à domicile (HAD). Il rappelle les textes sur la liberté d'aller et venir et aborde spécifiquement l'isolement et la contention. Le projet médical décrit également l'intérêt d'une meilleure prise en charge de la crise en alternative à l'hospitalisation et évoque la création d'une équipe mobile d'urgence et de crise. Il mentionne le manque de structures médico-sociales adaptées aux handicaps psychiques (MAS et foyer d'accueil médicalisé) et le projet de création d'une unité renforcée d'accueil de transition (URAT) basée sur l'expérience de la MAS, un manque de solution d'aval pour les sorties de l'UHPA, des délais d'attente trop longs en CMP et la nécessité de travailler sur les urgences psychiatriques avec l'ARS sur l'ensemble du territoire.

Enfin, un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) en 2017. Ce contrat fixe des indicateurs comme le nombre d'adolescents transférés ou pris en charge dans un service adultes, la contribution à la définition du dispositif de réponse à l'urgence psychiatrique en Essonne et la poursuite de l'élaboration de postes médicaux à temps partagés.

Malheureusement, aucun de ces outils de planification n'a permis, au moment du contrôle, la mise en place effective d'une organisation de la filière des urgences psychiatriques à l'échelle du territoire, tant pour les majeurs que les mineurs (cf. § 4.1).

3.2 LE BUDGET DU CENTRE HOSPITALIER EST EN EQUILIBRE

Les dépenses globales du CH étaient en 2021 de 107 140 377 euros. 76,9% de ce budget sont consacrés à la masse salariale.

Les recettes globales étaient, en 2021, de 107 053 280 euros. Elles sont principalement issues de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF) à hauteur de 95 772 329, et accessoirement du fonds d'intervention régional (FIR – assurance maladie) pour 651 749. Les autres produits (indemnités journalières, prestations etc.) sont stables autour de 10 millions d'euros dont 689 000 euros d'aide médicale d'Etat (AME) en 2021. Les chambres individuelles ne sont pas facturées.

L'établissement est ainsi à l'équilibre depuis plusieurs années avec un très léger déficit d'exploitation mais les dépenses sont minorées par les nombreux postes médicaux vacants.

La DAF a augmenté de 6,6% entre 2017 et 2020 (de 84 303 924 en 2017 à 89 843 702 en 2020).

La dette s'élève à 12 millions d'euros et il n'y a pas d'emprunt toxique. Le schéma directeur immobilier est approuvé sur le principe mais pas encore contractualisé avec l'ARS et son financement est indiqué comme ne devant pas impacter les ressources nécessaires au fonctionnement de l'établissement. Les dépenses supplémentaires générées par le « Ségur » sont dites équilibrées en recettes par la dotation octroyée.

Aucune suppression de personnel n'est envisagée.

3.3 L'EFFECTIF MEDICAL ET PARAMEDICAL N'EST PAS A LA HAUTEUR DES BESOINS

3.3.1 Le personnel paramédical

a) L'état des lieux

L'effectif non médical de l'établissement s'établit à 1 336 équivalents temps pleins rémunérés (ETPR) en 2021 (1 313 en 2019) dont 449 ETPR d'infirmiers (448 en 2019), 175 ETPR d'aides-soignants ou aides médico-psychologiques (173 en 2019) et 77 psychologues (72 en 2019). L'établissement fait peu appel aux contrats à durée déterminée (CDD), environ 6%.

En intra-hospitalier, les infirmiers (IDE) et aides-soignants (AS) travaillent à la fois sur les services de jour et de nuit. La ventilation des effectifs par unité montre des situations globalement dégradées avec des disparités fortes entre le site nord et le site sud (plus attractif vis-à-vis du coût de la vie) ; au moment du contrôle, vingt-cinq postes sont déclarés vacants au sein du pôle de psychiatrie adultes.

Il ressort de l'étude des plannings des soignants des mois de mars, avril et mai 2022, présentés au moment du contrôle, que les effectifs d'IDE et d'AS présents aux côtés des patients sont majoritairement calés sur l'effectif de sécurité (deux IDE et un AS pour 25 et 30 lits), ce qui a des incidences sur la prise en charge des patients. Pour exemple, sur une unité, au mois de mars 2022, 22,5 % des 62 demi-journées ont été assurées au-dessus de l'effectif de sécurité (3,5 et 4 soignants), 31 % à l'effectif de sécurité et 45 % en dessous de l'effectif de sécurité, **soit 76% des demi-journées du mois assurées par un fonctionnement en mode dégradé²**. Heureusement, l'unité en question dispose d'ergothérapeutes et de psychomotriciens ce qui atténue la faiblesse des effectifs IDE. L'établissement a indiqué que ces plannings n'avaient pas été complétés des mouvements de remplacements de soignants d'un service vers un autre ; cela amène à penser que le soignant est cependant alors comptabilisé dans son service d'origine. En tout état de cause et en admettant que les journées où l'effectif a été constaté en dessous de l'effectif de sécurité ont été assurées à l'effectif de sécurité par un déplacement de personnel, ce qui n'a pas pu être vérifié par les contrôleurs au moment de la visite, il n'en demeure pas moins que les trois quarts des demi-journées ont été assurées à l'effectif de sécurité et donc sur un mode dégradé devenu le mode de fonctionnement normal.

Les contrôleurs estiment ces conditions d'exercice des missions par les soignants inacceptables et que les soins doivent être organisés autour de projets médico-soignants précisant les effectifs nécessaires chaque jour auprès des patients et les différents professionnels affectés aux diverses missions, pour permettre une prise en charge des patients respectant leurs droits fondamentaux dont l'accès aux soins.

Par ailleurs, les effectifs sont déplacés au dernier moment d'un service à un autre ; les activités ou rendez-vous, qui étaient prévus dans l'unité en question, sont de ce fait annulés au préjudice des patients. Le soignant se retrouve dans un service qu'il ne connaît pas avec des patients qu'il ne connaît pas. Les contrôleurs ont reçu de nombreux témoignages de soignants faisant part de leur mal-être professionnel en lien avec cette gestion.

² Ce constat est contesté par la direction de l'établissement. Voir ci-dessous.

RECOMMANDATION 1

Les plannings doivent être construits autour du projet médico soignant et doivent prévoir chaque jour les effectifs nécessaires à l'accomplissement des missions des différents professionnels afin de garantir une prise en charge des patients, respectueuse de leurs droits fondamentaux.

Dans ses observations du 7 octobre faisant suite au rapport provisoire, la directrice générale de l'établissement indique : « le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté a pu constater au moment de son passage que dans certains cas, les plannings des soignants issus du logiciel Octime (logiciel de gestion de planning service) étudiés pour les mois de mars, avril et mai, n'intégraient pas systématiquement de manière informatique les renforts venus du pôle.

Au moment de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, la finalisation des plannings mensuels des soignants mobilisés autour des patients se faisait en deux temps pour communication aux personnels au minimum 15 jours avant le début du mois : l'une informatique de planification sur le logiciel Octime des cycles de travail des agents (plannings étudiés par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté) et l'autre par réajustement si nécessaire, par le cadre de santé, avec consigne systématique que l'effectif quotidien par amplitude de travail ne soit jamais inférieur à l'effectif de sécurité par amplitude de travail. Dans le cas hypothétique où cette condition ne serait pas remplie, la règle impérative est que des fermetures de structures soient organisées pour respecter cette condition incontournable. Il est à noter que l'état des effectifs soignants actuel, quoique tendu, a toujours permis de respecter cette condition tout en maintenant l'ensemble des structures de soins.

Aussi, l'analyse des effectifs des soignants auprès du patient effectuée à partir du logiciel Octime, qui n'était pas exhaustif au moment du contrôle du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, ne peut refléter fidèlement la réalité.

Ainsi, il est factuellement inexact d'indiquer que 45% des demi-journées d'une unité en mars 2022 ont fonctionné en dessous de l'effectif de sécurité et l'établissement demande donc que le texte soit corrigé en conséquence, sur une donnée aussi critique.

Après intégration de cette remarque d'amélioration de présentation des plannings, l'examen de ceux-ci sur le mois de mars, à titre d'exemple pour l'ensemble du pôle de psychiatrie adulte et l'UHPA, montre que les effectifs soignants moyens auprès du patient étaient les suivants :

77% des amplitudes de travail avec des effectifs soignants sont supérieurs à l'effectif de sécurité, ce dernier étant voté par le Comité Technique d'Etablissement ; 23% des amplitudes de travail sont égales à l'effectif de sécurité ; 0% des amplitudes de travail sont en dessous de l'effectif de sécurité, notre process d'élaboration des plannings l'interdisant formellement, et de telles amplitudes n'ayant pas été constatées lors de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

Ainsi, il est factuellement inexact d'indiquer que les trois quarts des demi-journées ont fonctionné à l'effectif de sécurité donc sur un mode dégradé puisque la moyenne de mars dans les services de soins était sur le terrain de 23% à l'effectif de sécurité. Contrairement à l'affirmation du rapport provisoire l'effectif de sécurité n'est donc pas devenu le mode de fonctionnement normal. L'établissement demande donc que le texte soit corrigé en conséquence, sur une donnée aussi critique.

En effet, l'établissement est soucieux de devoir organiser les soins sur le mois de mars, à l'effectif de sécurité dans 23% des amplitudes, ce qui n'est pas une situation optimale. Il est tout particulièrement

mobilisé à ce sujet pour renforcer les effectifs et revenir à une situation normale. Le mois de septembre démontre d'ores et déjà une baisse des amplitudes à l'effectif de sécurité à 18% (pour 82% des amplitudes au-dessus de l'effectif de sécurité). »

« L'établissement a pris bonne note de cette remarque de présentation des plannings dès la restitution orale de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté et a déjà immédiatement adapté sa façon de procéder pour que le logiciel Octime soit le reflet exhaustif des effectifs quotidiens travaillant auprès du patient, avec l'intégration systématique dans le logiciel des professionnels venant en renfort (comme le prouvent les plannings Octime de septembre joints en annexe, où 82% des amplitudes sont au-dessus des effectifs de sécurité).

En effet, le logiciel Octime est paramétré par service, alors que le Code de la Santé Publique prévoit une gestion des effectifs par pôle, soit l'espèce pour le présent contrôle, essentiellement au sein du pôle de psychiatrie adulte. Conformément à la réglementation, le pôle de psychiatrie adulte gère le « tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et la répartition des moyens humains affectés entre les structures internes du pôle » (Article R.6146-8 CSP), c'est-à-dire les services de l'établissement. Conformément au contrat de pôle, le rôle spécifique du chef de pôle, assisté du cadre supérieur de santé, comprend la gestion des tableaux de service et notamment le contrôle des effectifs minimum et de sécurité validés par le Comité Technique d'Etablissement. Cette organisation polaire permet ainsi de mobiliser des compétences transposables d'un service d'hospitalisation à l'autre au sein du pôle de psychiatrie adulte, ces derniers étant organisés avec un projet médico-soignant globalement similaire.

Outre cette amélioration effective dans la méthode de suivi des plannings grâce à la remarque du CGLPL, l'établissement poursuit ses actions de renforcement des effectifs, selon le plan tension sur les effectifs paramédicaux relevé dans le rapport provisoire. En effet, depuis la venue des contrôleurs, ce plan a pu produire ses premiers effets, comme constaté sur les plannings de septembre qui sont en amélioration par rapport à mars (82% des amplitudes au-dessus des effectifs de sécurité par rapport à 77% en mars 2022). Le logiciel HUBLO est désormais en place et facilite les remplacements des absences de courte durée au sein de l'établissement. Il permet également l'appui de personnels extérieurs (vacataires). Ce faisant, il apporte de la fluidité aux organisations médico soignantes. Dans la même finalité, les pools internes annoncés lors du contrôle ont été constitués (équipe d'éducateurs spécialisés mentionnée par les contrôleurs, équipe d'ambulanciers) tandis que certaines équipes ont été temporairement surdotées (notamment des IDE au service d'accueil et d'orientation). De façon supplémentaire, le plan de tension sur les effectifs a été renforcé par une nouvelle action pour appuyer la reconnaissance de l'établissement aux professionnels ainsi engagés : une valorisation de la solidarité interservice est désormais instituée au titre de prime d'engagement collectif. Enfin, l'établissement poursuit sa structuration d'un large pool de remplacement des IDE et des AS ; la demande de financement SEGUR réalisée à l'ARS y est en cours d'instruction. L'ensemble de ces actions a d'ores et déjà permis une amélioration dans la construction de plannings autour de projets médico soignants ainsi que des conditions d'exercice des missions des professionnels. L'établissement poursuit avec persévérance la mise en œuvre et l'enrichissement de ce plan d'action prioritaire concernant les effectifs soignants.

Il semble important de préciser que la situation des effectifs constatée au moment du contrôle résulte d'une situation doublement exceptionnelle : premièrement de la pyramide des âges propre à l'établissement (43 départs en retraite d'IDE depuis 2020) et deuxièmement de tensions générales constatées dans le monde de la santé à l'échelle nationale, exacerbées par la crise sanitaire. Malgré la mobilisation forte de l'établissement pour les recrutements et l'attractivité, la crise, avec ses

vagues COVIDS successives qui ont particulièrement touché la région, a bloqué les mutations d'infirmiers pendant de longs mois, complexifiant fortement et retardant le remplacement des importants départs en retraite susmentionnés. A noter également que la fatigue des soignants accumulée durant ces périodes a eu un impact sur le taux d'absentéisme et donc sur la construction des plannings.

Dans ce contexte de tension récente sur les effectifs infirmiers, l'établissement a néanmoins fait le choix de maintenir son offre de soins au service de la population desservie, sans pour autant descendre en dessous de l'effectif de sécurité. Il est en effet de sa responsabilité de répondre à la demande de soins très forte en psychiatrie qui a été majorée par la crise sanitaire, aboutissant à une occupation de l'ensemble des lits de l'établissement depuis le COVID, comme la mission de contrôle a pu le constater. (..)

Tout comme la promotion des droits des patients et de la qualité des soins, qui font partie des fondamentaux de l'établissement, le thème de l'attractivité des soignants et médecins et la Qualité de Vie au Travail constituent des priorités renforcées du projet médico-soignant 2023-2028 en cours d'élaboration, soutenues par la politique des Ressources Humaines portée par l'ARS d'Ile-de-France. (...)

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et de l'effort désormais réalisé sur la fiabilité des plannings mais maintiennent les constats faits sur place au moment du contrôle avec les cadres de santé et les plannings indiqués alors reflétant le travail réalisé par les soignants.

L'établissement revendique de ne pas faire appel à l'intérim ; les IDE du service d'accueil et d'orientation (SAO) ont vocation à assurer des remplacements des équipes de nuit uniquement. Pour les absences de jour, le recours aux heures supplémentaires actuel n'est pas attractif pour les agents. En effet, les heures supplémentaires sont effectuées à la place d'une période de RTT à laquelle l'agent doit renoncer. Ces dispositions semblent juridiquement contestables car elles se fondent sur le décret n° 2021-1506 du 19 novembre 2021 portant dérogation temporaire aux règles en matière de congés non pris (et non jours de repos) applicable aux agents de la fonction publique hospitalière.

Par ailleurs, depuis le mois de décembre 2021, il est constaté un absentéisme plus important toutes fonctions confondues. L'épuisement des équipes, au sortir des premières vagues de la crise sanitaire, a été constaté par les contrôleurs.

Exemple d'événements relatés par les soignants :

Avril 2022, un médecin prescrit le départ pour Longjumeau d'un patient. Effectif présent 2 IDE et 1 AS. Consigne est donnée qu'une IDE et 1 AS partent avec le patient SDRE et que deux renforts de la MAS viennent à GXX en renfort. Une situation d'urgence est survenue et a mis en grande difficulté le soignant resté dans l'unité car les renforts ne connaissaient pas les lieux, ni le travail ni les patients ; ils ne savaient pas utiliser l'appel Vital et n'avaient pas les clefs.

Avril 2022 : demande l'intervention d'un renfort pour intervenir dans une CSI, le SAO répondant que toutes les unités sont à 2+1. Un soignant de GXX intervient de même que le médecin de garde.

Janvier 2022 : un médicament prescrit à une patiente est indisponible dans l'unité, à la pharmacie, à la MAS. Le médecin de garde rédige une ordonnance pour que le médicament soit acquis dans une pharmacie de garde en ville mais personne n'a pu se détacher pour sortir, toutes les unités étant à 2 IDE+1AS ; la patiente n'a pu bénéficier de son traitement.

Mai 2022 : demande du SAO à l'unité GXX, qu'un seul aide-soignant aille chercher un patient SPDRE aux urgences de Longjumeau.

Avril 2022 : dans la période du 15 au 17 avril 2022, nous avons travaillé à 3 soignants avec une unité de 25 lits dont 1 CSI et 4 chambres fermées, des entrées, des patients suicidaires en chambres normales, plusieurs patients déments. La prise en charge des chambres fermées et CSI ne peut se faire : travail dans la mise en danger de soi et d'autrui.

b) Les perspectives

Un plan tension sur les effectifs paramédicaux a été présenté aux organisations syndicales et aux représentants de la commission médicale d'établissement (CME) le 23 mai 2022, l'établissement connaissant désormais des difficultés à pourvoir les postes d'infirmiers. La création d'un pool d'ergothérapeutes, psychologues et éducateurs spécialisés est à l'étude.

Un protocole d'accord dans le cadre du Ségur de la santé du 5 avril 2022 prévoit la création d'un pool de suppléance de 40 postes d'IDE au regard de l'impact et de la volumétrie des absences de plus de 48 heures. Ce protocole ne vient cependant pas modifier l'organisation actuelle quotidienne des soins au sein des services.

Enfin, la garde des enfants du personnel est facilitée. L'établissement s'emploie à tisser des partenariats avec des établissements scolaires publics ou privés. Des logements appartenant à l'établissement peuvent être proposés.

c) Les formations

Une attention particulière est portée à l'accueil des nouveaux arrivants avec notamment la mise en place d'une journée nouvel arrivant (JNA). Une réflexion est en cours sur l'instauration d'un parcours arrivant. De plus, une formation obligatoire sur l'approfondissement des savoirs en psychiatrie et les entretiens infirmiers est déclinée sur cinq sessions de trois jours. Ainsi, 163 IDE sur cinq ans ont bénéficié de cette formation. Une priorité leur est donnée pour l'inscription à la formation « *gestion de la violence* ».

Les plans de formation comportent une offre diversifiée, avec notamment les « *AS en psy* », des formations sur le tutorat des IDE et des AS, une initiation à la pathologie mentale, l'ethnopsychiatrie. Sur cinq années, 348 agents ont bénéficié de formations.

Des formations sur la gestion de la violence ont été développées et un complément de budget a été alloué à cet effet (339 agents en ont bénéficié depuis les cinq dernières années).

Sur les droits des patients en soins sans consentement (SSC), 103 agents ont bénéficié d'une formation depuis cinq années. Lors de la JNA, l'annexe judiciaire est visitée avec une sensibilisation des droits des patients en SSC. Cependant, l'offre de formation en la matière reste insuffisante. Il a été constaté au sein des unités des disparités entre les soignants sur leur connaissance en matière de droits des patients en SSC.

RECO PRISE EN COMPTE 1

L'offre de formation sur les droits des patients en soins sans consentement doit être renforcée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Engagé depuis son ouverture dans la promotion des droits des patients, l'établissement s'engage à compléter la couverture de son offre de formation sur ce thème, pour le plan de formation en cours d'élaboration.* »

Pour les formations qui sont déjà à disposition des professionnels sur les droits des patients en soins sans consentement (certificats médicaux et soins sous contrainte, éthique et pratiques de soin en psychiatrie, notamment), dès 2023, un travail de communication et d'accompagnement sera mené par l'établissement afin de démultiplier encore les personnes formées.

D'ores et déjà, l'établissement a co-développé avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale, une formation nationale QualityRights agréée développement professionnel continu, sur les « alternatives aux pratiques d'isolement et de contention en psychiatrie et santé mentale ». Cette nouvelle formation est désormais disponible à l'inscription pour les professionnels de l'EPS Barthélemy Durand depuis le 6 septembre 2022, et viendra soutenir l'appropriation sur le terrain en matière de droits des patients sans consentement. Cette formation riche aborde dix thèmes (rétablissement, définition de l'isolement et de la contention, vécu et impact sur les patients de ces mesures, remise en question des hypothèses sur l'isolement et la privation de liberté, identification des situations tendues et stratégies associées, plan individualisé, culture du « dire oui » et du « c'est possible », environnements favorables et usage des espaces d'apaisement, mesures à prendre pour arrêter le recours à l'isolement et à la contention).

En outre, les méthodes d'évaluation des pratiques qui évaluent les droits et libertés des patients seront poursuivies, comme des audits ciblés et approfondis menés dans chaque service à la demande du Président de la Commission Médicale d'Etablissement, avec présentation du plan d'actions correctives en CME. La réalisation des méthodes de patient traceur (méthode d'évaluation des pratiques HAS) dont 75 items questionnent le patient et les équipes sur le respect des droits et libertés, dignité et bienveillance des patients, sont fortement mises en œuvre depuis 2021, ont été renouvelées dès l'été 2022, et seront particulièrement suivies en 2023. Pour rappel, ces méthodes sont d'autant plus marquantes pour les professionnels car, en miroir, les patients sont questionnés sur les mêmes items, puis leur ressenti est retravaillé en équipe. Ces méthodes sont réalisées entre 1 à 4 fois par an pour chaque service. Les animateurs de ces méthodes sont également des professionnels médicaux, soignants ainsi que représentants des usagers. Ils participent par leur implication et leur maîtrise de ce référentiel à la diffusion de ces bonnes pratiques de respect des droits et libertés des patients.

De plus, le président de la Commission Médicale d'Etablissement, la coordinatrice générale des soins, le directeur des relations avec les usagers et de la qualité ont mené des interventions dans l'ensemble des services en juillet et août 2022 sur l'application de la loi du 22 janvier 2022 relative aux mesures d'isolement et de contention, afin d'améliorer leurs connaissances en matière de droits des patients en soins sous contrainte et réduire les disparités constatées.

En complément des actions de formation relevées par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (formations, sensibilisation à la journée des nouveaux arrivants, visite du tribunal), l'établissement sensibilise constamment les personnels sur le terrain. Il est prévu de renforcer l'impact des formations suivies concernant les droits des patients en soins sous contrainte en s'appuyant sur les trois médiateurs de santé pair de l'établissement, un quatrième étant attendu prochainement suite à dépôt de candidature. L'objectif étant de pouvoir faire bénéficier chaque secteur d'un médiateur de santé pairs, conformément au projet Droits des Usagers.

Par ailleurs, des points réguliers sur le respect des droits et libertés des patients (information du patient, isolement, port de pyjama, bienveillance...) seront poursuivis et renforcés via des « flashes info » de 15 min en visioconférence (présentation des meilleures pratiques, difficultés rencontrées

dans les services, questions-réponses). Ces flashes permettent de s'affranchir de la distance géographique séparant les unités et visent à toucher le plus grand nombre puisqu'ils sont faits à l'issue des moments de transmissions (lorsque les équipes du matin et du soir sont présentes pour échanger). Ces échanges sont appuyés par la diffusion de fiches reflexes thématiques.

Enfin, suite à un retour d'expérience collectif (issue d'une analyse de Revue de Mortalité Morbidité repris dans le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, il est prévu de développer sous forme de simulation en santé l'appropriation des bonnes pratiques liées à l'isolement et à la contention. Cette méthode pédagogique efficace permettra de réduire les disparités entre les soignants et d'imprégner durable la pratique de soins. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements

Par ailleurs, chaque année trente personnes bénéficient d'un programme d'étude promotionnelle. Des diplômes universitaires sont également financés.

Sur les cinq dernières années, 92 personnes ont bénéficié de concours (contractuels accompagnés à la titularisation, agents des services hospitaliers (ASH) passant le diplôme d'AS et AS passant celui d'IDE...). Pour les IDE et les AS en stage, la titularisation intervient au bout d'un an.

Les équipes peuvent solliciter des supervisions. De plus, l'établissement a commencé à mettre en place le programme d'amélioration continue du travail en équipe (PACTE), soutenu par la haute autorité de la santé (HAS) afin de permettre aux professionnels d'exprimer les difficultés qu'ils rencontrent dans l'exercice de leurs missions et de trouver des solutions ensemble ; au moment du contrôle, trois groupes de travail étaient mis en place.

Les formations financées au titre du développement personnel continu (DPC) sont automatiquement acceptées dès lors que le candidat est éligible. Plusieurs évaluations des pratiques professionnelles (EPP) sont mises en place.

3.3.2 Le personnel médical

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir, durant le contrôle, un état des lieux précis des ETPR de médecins selon leurs statuts et les temps affectés aux différents services intra hospitaliers ainsi que le positionnement des postes vacants potentiellement remplacés. Les temps réellement affectés, communiqués après le contrôle, indiquent des services d'hospitalisation allant à 1,4 ETPR (G08) de médecins à 5,5 ETPR (G06). Il n'a pas été possible de savoir si les postes vacants sont tous occupés par des médecins associés et combien de postes vacants restent totalement inoccupés.

Cependant, en considérant que les médecins associés sont embauchés sur tous les postes laissés vacants par des titulaires, plus de la moitié des postes de médecins psychiatres titulaires sont vacants pour les services intra hospitaliers de psychiatrie pour adultes. Au moment du contrôle, l'établissement recherchait à recruter dix praticiens.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« L'ensemble des postes médicaux est occupé par un médecin, contrairement à de nombreux autres établissements psychiatriques en Ile de France, et ce sans recourir à l'intérim. Il n'y a donc aucun poste totalement inoccupé.

De plus, le tableau des emplois médicaux de chaque service n'est pas composé uniquement de médecins séniors, mais bien d'un collectif de médecins comprenant des séniors, des médecins juniors,

des internes, des praticiens expérimentés étrangers et en programme de validation des compétences.

Aussi, des postes occupés par des médecins associés leur sont réservés, conformément au tableau des emplois médicaux susmentionné, si bien que ces postes ne doivent pas être considérés comme des postes de médecins psychiatres titulaires vacants.

L'ensemble des services dispose sur les services d'hospitalisation, de la présence ou de la séniorisation d'au moins un praticien hospitalier, comme démontré dans les effectifs transmis. A l'échelle des deux sites hospitaliers principaux, ce sont donc a minima cinq praticiens hospitaliers qui sont présents quotidiennement en dehors des situations de garde.

En tenant compte de la réalité du temps d'affectation des praticiens hospitaliers dans les services (nuit, week-end, congés ainsi que des médecins somaticiens qui ont un rôle tout particulièrement important conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé pour l'accès à des soins somatiques adaptés pour les personnes présentant des troubles psychiques), 29,6 PH exercent dans les unités d'hospitalisation, comme précisé dans les données fournies au CGLPL. »

Les contrôleurs maintiennent leurs constats sur le nombre de médecins seniors restant pour les deux sites.

Sur la base des médecins indiqués présents dans les services intra hospitaliers au moment du contrôle, le nombre de médecins sans plénitude d'exercice et en formation (trente et un) semble supérieur au nombre de médecins titulaires (vingt). La situation est encore plus préoccupante pour la pédopsychiatrie puisque les trois médecins ont tous le statut de médecins associés et ne sont encadrés que par un praticien venant partiellement dans le service.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« La situation décrite à l'UHPA était conjoncturelle, du fait de la mutation non prévue d'un des médecins seniors de ce service début janvier 2022 et de l'arrêt maladie le 18 janvier d'un deuxième médecin senior. Leur remplacement a été complexifié par les tensions nationales sur la pédopsychiatrie : entre 2007 et 2016, selon le Conseil de l'Ordre des Médecins, le nombre de pédopsychiatres a été divisé par deux. Ceci touche particulièrement l'Essonne où la densité de pédopsychiatres était estimée à -28% par rapport à la moyenne régionale, alors même que la population prise en charge augmente fortement.

Or, comme relevé par les contrôleurs, l'UHPA, seule structure d'hospitalisation de crise pour les adolescents à vocation départementale, fonctionne avec l'ensemble des lits occupés toute l'année. Avec la crise sanitaire, les besoins de prise en charge à l'UHPA ont explosé, du fait de ses impacts majeurs sur la santé mentale des adolescents.

Aussi, face à ces enjeux, pour préserver cette offre de soins essentielle au territoire, et afin de ne pas laisser des adolescents sans solution, la prise en charge médicale a été réorganisée sur cette structure par la séniorisation par deux psychiatres praticiens hospitaliers expérimentés. En parallèle, l'établissement a consolidé l'équipe paramédicale, particulièrement investie et compétente y compris avec une Infirmière de Pratique Avancée. A noter qu'un médecin Professeur des Universités (PU-PH) a candidaté officiellement en mai 2022 pour rejoindre l'UHPA et en prendre la chefferie de service, accompagné d'autres médecins seniors, concrétisant ainsi les démarches entreprises depuis 2 ans par l'établissement pour structurer durablement la filière adolescents sur le département. »

Les contrôleurs prennent acte de ces précisions.

L'analyse des fiches d'événements indésirables montre entre le 9 et le 21 mars 2022, à l'UHPA, quatre fiches alertant sur l'absence de médecin et la nécessité de reporter des entretiens individuels et familiaux, entraînant une mise en difficulté des soignants pour répondre aux demandes multiples des adolescents : « *l'UHPA est en grande difficulté depuis plusieurs mois (...). Cette unité se retrouve sans chef de pôle, sans chef de service et plus grave sans médecin senior à temps plein. La demande de fermeture temporaire a été exprimée à plusieurs reprises. Une fermeture de 5 lits sur le total de 10 lits permettrait peut-être de patienter pour la recherche d'une solution plus satisfaisante* ». Dès le début de l'année 2022 les soignants de l'UHPA lançaient une alerte dans une fiche mentionnant leur inquiétude en termes de sécurité, de qualité et de continuité des soins précisant que « *l'absence de présence quotidienne d'un praticien hospitalier pédopsychiatre senior majeure l'insatisfaction du personnel soignant* ». Le cadre a noté que l'intervention d'un psychologue du travail a été sollicitée pour prévenir les risques psycho-sociaux.

Les praticiens titulaires sont mis en difficulté dans de nombreux secteurs dans lesquels les équipes médicales sont en majorité composées de médecins associés qui n'ont pas le plein exercice. Par exemple, au secteur G7, deux praticiens hospitaliers (PH) dont le médecin chef de service doivent animer sur l'intra et l'extrahospitalier, l'équipe médicale composée d'un interne et de quatre médecins associés dont deux spécialisés en psychiatrie.

Si pour les actes cliniques, la délégation du médecin chef de service permet à tous ces médecins d'exercer en leur place, il n'en est pas de même pour les actes médico légaux qui ne peuvent être réalisés que par des médecins inscrits à l'ordre des médecins. Les médecins associés, quels que soient leur compétence et leur degré de spécialisation, ne peuvent ainsi pas signer de certificat médical de soins sans consentement ni même de levée des mesures. La pratique actuelle de double signature, par le médecin associé et un médecin titulaire, répond à l'exigence légale mais pas toujours à celle de l'examen physique du patient par le signataire officiel, qui en endosse néanmoins toute la responsabilité.

Pour autant, les contrôleurs ont rencontré des praticiens associés présentant une connaissance pointue des règles de la psychiatrie légale. Par ailleurs, ces praticiens pourraient signer des autorisations de sorties de personnes en soins libres (SL) puisqu'il s'agit là d'une autorisation qui ne peut pas être refusée à une personne librement hospitalisée. Pourtant les patients en SL se trouvent empêchés d'exercer leur droit de sortir car la signature du titulaire est requise, ce qui n'est pas toujours possible au regard des titulaires restant, souvent absents du service.

Ainsi, les contrôleurs estiment que le nombre trop important de praticiens associés ne permet actuellement, ni de les former, ni de répondre aux exigences médico légales des textes régissant les soins sans consentement, ni d'établir une sérénité dans la délégation donnée par les titulaires.

RECO PRISE EN COMPTE 2

La place des praticiens associés au sein de l'établissement doit prendre en compte leur besoin de compagnonnage par les médecins seniors, la diversité de leur niveau de spécialisation, leurs interdictions d'actes médico légaux, et une délégation d'actes médicaux formelle indiquant le chef de service ou le collaborateur senior responsable du praticien.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« *Tout d'abord, l'établissement fera le nécessaire pour que tous les praticiens associés disposent d'une délégation d'actes médicaux formelle de la part d'un sénior.*

Depuis le passage des contrôleurs, le recrutement de 6 médecins avec signature a été réalisé.

Notons que l'établissement est formateur reconnu comme terrain de stage validant par la Faculté de Médecine (internes, docteurs juniors, médecins associés DFMS...), certains de ses services étant même à caractère universitaire. Ainsi, le tableau des emplois de chaque service n'est pas composé uniquement de médecins séniors, et l'établissement s'organise pour accompagner les médecins en formation.

Tout récemment, afin d'organiser un compagnonnage encore plus structuré au sein de l'établissement, l'accompagnement aux praticiens associés s'appuie sur la filière universitaire développée depuis 2021 (un PU-PH dès 2021 rejoint par un PU-PH étranger en début octobre 2022 puis par un chef de clinique et un PU-PH attendus en 2023). Cette organisation se structure sous l'égide des chefs de services et de la CME, comme il en a été rendu compte à la CME de septembre 2022 : le médecin Professeur des Universités (PU-PH) et le Professeur enseignant spécialisé en psychiatrie sont mobilisés pour alimenter les revues de littérature et développer des cours et des staffs à valeur universitaire disponibles in-situ pour les médecins en formation.

Les internes et docteurs juniors, à l'autonomie supervisée effectuent des parcours socles et des parcours de consolidation dans l'établissement, les chefs de service veillant à un encadrement particulièrement rapproché, afin de garantir la bonne qualité de leur formation. Jeunes thésés, les assistants partagés s'inscrivent également dans les collectifs dans les services, grâce au lien développé avec la faculté. Cela permet une fidélisation importante des professionnels, qui par la suite deviennent PHC. L'universitarisation de l'établissement permet également de recevoir des PH aguerris désireux de devenir PU-PH et réalisant leur mobilité obligatoire dans notre établissement, mais aussi des étudiants en médecine inscrits dans les parcours d'inter-CHU.

Cette démarche récente vient compléter et renforcer l'engagement déjà fort de l'établissement dans la formation et le compagnonnage des professionnels, point fort souligné par la Haute Autorité de Santé en novembre 2021 (...). En effet, les médecins en formation (médecins associés, internes...) bénéficient déjà d'un compagnonnage et d'une offre de formation particulièrement conséquente, passant notamment par leur inscription dans des diplômes universitaires, points forts reconnus contribuant à l'attractivité médicale de l'hôpital. L'établissement s'engage fortement dans le soutien spécifique aux jeunes professionnels ou aux médecins ayant exercés en dehors de l'union européenne, leur permettant de bénéficier de formations universitaires, ce que reflète leur connaissance pointue des règles de la psychiatrie. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.4 LES EVENEMENTS INDESIRABLES REFLETENT LES NOMBREUSES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES SOIGNANTS MAIS LEUR ANALYSE N'EST PAS SUFFISAMMENT DIFFUSEE

3.4.1 Les événements indésirables traités par l'institution

Le responsable de la gestion des risques de l'établissement anime et analyse, conjointement avec le président de la CME, les fiches d'événements indésirables (EI) émanant des unités de soins et des services transversaux qui lui parviennent. Un comité des vigilances et des risques (COVIRIS) exploite les données et se réunit quatre fois par an pour évaluer l'avancée des actions recommandées et traiter l'aspect statistique des informations.

Tous les quinze jours, la cellule qualité analyse les événements indésirables signalés dans la quinzaine précédente. En cas de survenue d'un décès, d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient, une revue mortalité morbidité (RMM) est mise en place.

Les soignants impliqués sont alors conviés à des réunions ayant pour objectif d'analyser les causes de l'événement et tenter d'y trouver les remèdes. La commission des usagers (CDU) peut être conviée de même que le service de police ayant été chargé, à l'occasion de cet événement, d'une enquête (cas d'un incendie ou d'un suicide) ou tout autre expert. Au cours de l'année 2021, l'établissement a mis en place 9 RMM sur des événements indésirables graves portés à la connaissance de l'ARS par le président de la CME.

Si une erreur dans la délivrance des médicaments est signalée, un pharmacien de l'établissement est chargé d'organiser un retour d'expérience (CREX). Le pharmacien convie alors les soignants impliqués qui, ayant l'assurance qu'aucune sanction ne sera prononcée, peuvent alors exposer les circonstances précises au cours desquelles un problème est survenu dans la délivrance d'un médicament. Parfois un patient pair est convié. Les pharmaciens éditent plusieurs fois dans l'année un fascicule « *actu pharma* » concernant des recommandations tirées de l'exploitation de ces événements indésirables. Cinq CREX ont été organisés en 2021.

En 2021 l'ensemble des services de l'établissement (intra et extra hospitalier) ont signalé 416 événements indésirables, 222 depuis le début de l'année 2022.

Le signalement des faits de violences à l'observatoire national des violences en milieu de santé, abandonné depuis 2019, va être repris. De janvier à mai 2021, 17 faits de violences sur 195 EI ont concerné des violences de patients envers des soignants.

La direction des relations avec les usagers reçoit sans rendez-vous les patients qui désirent se plaindre et exploite également leurs courriers. L'unité de soins est sollicitée pour la réponse qui est envoyée au patient dans les huit jours. La réponse est soumise à la CDU. Ces réclamations ont parfois donné lieu à des actions comme la traduction du livret d'accueil en langues étrangères ou le placement dans les chambres des patients d'un coffre-fort ainsi que la mise en place des badges pour ouvrir les portes des chambres. Il peut arriver que le parquet local soit informé si le patient est victime d'une infraction. Lorsque la personne en soins sans consentement se plaint de son statut, le JLD sera informé. Au cours de l'année 2021 la direction de relations avec les usagers a enregistré 102 plaintes.

3.4.2 Les événements indésirables vécus par les soignants

L'ensemble de l'équipe soignante est sensibilisée à la possibilité de déclarer les événements indésirables. Un « *manuel de base d'utilisation de la déclaration et du suivi des fiches d'événements indésirables* » est remis aux nouveaux arrivants qui peuvent bénéficier d'un accompagnement pour utiliser au mieux le logiciel INTRAQUAL servant à la rédaction et à l'enregistrement de ces fiches. Dans ce manuel, il est précisé au cadre qu'il peut vérifier l'intégralité des fiches de son unité de façon à pouvoir y apporter une première réponse et analyser avec son équipe les fiches émises. Cependant, les cadres des unités de soins ne semblent pas, dans leur grande majorité, faire ce diagnostic. D'autre part, les soignants déplorent ne pas connaître les suites données aux signalements rédigés dans les fiches. Or, un dispositif mis en place en 2019, permettant à chaque agent d'avoir un compte informatique individuel, est utilisé par la cellule qualité pour communiquer des données sur la fiche émise par le rédacteur. Celui-ci peut bénéficier de l'anonymat. Enfin, l'analyse des événements indésirables, déclarés depuis janvier 2022, montre qu'une première réponse est souvent proposée par la cellule qualité qui note aussi les référents à qui la fiche sera soumise pour réponse plus complète.

RECO PRISE EN COMPTE 3

Les rédacteurs doivent accéder aux suites données à leur signalement d'événements indésirables.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« Tout d'abord, il faut noter que les rédacteurs d'un événement indésirable (EI) ont déjà accès à l'intégralité des suites données aux événements indésirables déclarés, et ce depuis mars 2021, conformément au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers. Ce fonctionnement a été contrôlé par la HAS en 2021 sur un échantillon aléatoire confirmant le fonctionnement effectif de cette démarche. Ceci est possible par la conception et le paramétrage du logiciel employé (Intraqual).

Si cet accès est encore relativement récent, avec un décalage de déploiement de la solution logicielle du fait du fournisseur et de la crise sanitaire, son appropriation sur le terrain sera renforcée par des actions de formation, dès octobre 2022, et de sensibilisation régulièrement menées.

Des actions de sensibilisation se sont notamment poursuivies en réunions d'encadrement début octobre et auprès des services pour promouvoir l'analyse de ces événements indésirables de façon pluri professionnelle au sein même des services de soins.

Cette année, conformément au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, un affichage synthétique des EI, des analyses et réponses apportées sera individualisé par service. C'est une action actuellement en cours d'élaboration avec un objectif de diffusion trimestrielle. Cela renforcera l'accompagnement complémentaire à l'appropriation du traitement des EI par les équipes. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

3.5 DE CREATION RECENTE, LE COMITE LOCAL D'ETHIQUE NE DIFFUSE PAS DE RECOMMANDATIONS CONCRETES POUR LES SOIGNANTS

Le 30 avril 2018, le comité local d'éthique a été mis en place au sein de l'établissement et son règlement intérieur rédigé. Ses missions sont de favoriser les réflexions d'ordre éthique et la culture du partage des pratiques, d'organiser des événements ouverts aux personnels et aux experts, et d'assurer une veille documentaire. Il est précisé que le comité local d'éthique n'est compétent ni pour des sujets concernant l'organisation du travail, ni pour recevoir les interrogations des malades et de leur famille, ni pour trancher ou examiner les différends entre les personnes, ni pour vérifier la véracité des situations.

Ce comité local d'éthique se réunit une fois par trimestre mais le bureau se réunit deux fois par mois. Une réunion appelée « *café éthique* », ouverte à tous, est organisée une fois par mois, animée par un invité sociologue ou philosophe.

Son président est le directeur de l'établissement ou son représentant, la coordonnatrice générale des IFSI ; le vice-président est le président de la CME. Appartiennent de droit à ce comité d'éthique, un cadre supérieur de santé, un cadre supérieur de la direction des relations avec les usagers, un cadre de santé, un infirmier, un psychologue, une assistante médico-éducative, une assistante sociale et le vice-président de la commission des usagers. Des appels d'offre sont diffusés pour que

toute personne intéressée puisse faire acte de candidature et travailler pour le comité d'éthique, ouvert également aux personnes extérieures à l'établissement.

Une adresse électronique fonctionnelle permet aux soignants d'envoyer des questionnements au comité d'éthique grâce à une fiche qui incite le demandeur à décrire la situation, à préciser en quoi cette situation paraît soulever un problème d'éthique, et à indiquer si le demandeur a déjà tenté une ou plusieurs actions pour résoudre le problème évoqué.

Les thèmes proposés récemment au comité d'éthique sont relatifs au consentement des patients à adhérer à un projet de sortie, au secret professionnel, à la définition de l'éthique et à la prise en compte de la famille du patient. Trois questions ont été abordées à la fin 2021 et ont fait l'objet de réponses de la part du comité local d'éthique : le cas d'un patient autiste placé en chambre d'isolement depuis plus d'un an, le paradoxe posé entre l'anonymat qui doit être respecté pour les adolescents au sein de la MDA et les exigences posées par la cellule d'identitovigilance et l'isolement et contention des mineurs.

Les soignants au sein des unités connaissent l'existence du comité d'éthique mais ignorent qui en sont les membres ainsi que les sujets déjà abordés et les réponses fournies.

RECO PRISE EN COMPTE 4

Afin de faire profiter l'ensemble de la communauté soignante des productions du comité d'éthique, cette instance doit s'engager dans une communication large et pédagogique et diffuser des recommandations visant à faire évoluer les pratiques vers un meilleur respect des droits fondamentaux et de la dignité.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Un affichage identifiant les membres de l'Espace de Réflexion Ethique, les moyens de contact et de diffusion, a été mis en place depuis le passage du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Un rappel est fait à la Commission Médicale d'Etablissement d'octobre 2022, ainsi qu'en réunion des cadres supérieurs de santé le 6 octobre 2022.

Dans l'établissement, le développement d'une réflexion éthique est construit autour d'un Espace de Réflexion Ethique (ERE) et non autour d'une instance ou d'un comité d'éthique. Celui-ci fait des propositions qui ont pour objectif de permettre la réflexion au regard de l'individualisation de situations inédites et complexes qui lui sont soumises. Les compte rendus et documentations produits par l'ERE sont diffusés sur l'intranet de l'établissement et accessibles à tous. La communication sur ces travaux sera renforcée dès 2022 pour diffuser plus largement auprès des professionnels.

A noter que les professionnels sont sollicités par divers médias pour participer aux cafés éthiques (affichages, newsletter interne, mails pour tous les professionnels, mails et appels téléphoniques de la part de la direction des soins vers les cadres afin de faciliter la disponibilité des professionnels pour assister à chaque séance), permettant de faire évoluer les pratiques. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

4. LES MODALITES D'ADMISSION EN SOINS SANS CONSENTEMENT

4.1 LES PATIENTS SONT HOSPITALISES APRES ADMISSION DANS PLUSIEURS SERVICES D'URGENCES DU DEPARTEMENT, SANS FILIERE REELLEMENT ORGANISEE

L'établissement dispose de structures extra hospitalières (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) mais pas de structures de prise en charge des crises précoces au domicile, permettant de réduire le recours systématique à l'hospitalisation ; un projet de prise en charge précoce des crises en ambulatoire est inscrit dans le projet médical mais n'a pas encore été mis en place. D'autre part, les délais d'obtention d'un primo rendez-vous en CMP avec un médecin sont de plusieurs mois ; ces rendez-vous sont parfois même refusés, par manque de médecin.

Les patients en soins sans consentement ou subissant une phase de crise ou d'agitation sont amenés aux urgences générales des CH du département, puis transférés dans un service des deux sites du CHBD. Une majorité des patients relevant des secteurs du site nord transitent par le service des urgences du CH de Longjumeau ; d'autres peuvent être admis aux urgences du CH de Corbeil ou du CH d'Orsay faisant partie, avec le centre hospitalier de Juvisy et celui de Longjumeau, du groupe hospitalier Nord Essonne (GHNE).

Les patients issus des secteurs sud sont pris en charge dans les services des urgences des CH d'Etampes ou d'Arpajon.

Excepté aux urgences de Longjumeau et aux urgences du CH d'Orsay, les autres services ne disposent pas de la présence d'un psychiatre ou d'infirmiers de psychiatrie 24h/24.

Seul le service des urgences du CH de Longjumeau a fait l'objet du présent contrôle. Cependant, le transfert de ce service d'urgence sur le site du CH d'Orsay est programmé à l'horizon 2024 ; les modalités de prise en charge de la filière psychiatrique après cette date ne sont pas encore arrêtées.

Enfin, les soignants rapportent des difficultés dans l'hospitalisation des mineurs et surtout des adolescents. Ceux-ci sont régulièrement hospitalisés en service de pédiatrie du CH de Longjumeau où intervient, uniquement en jour ouvrable depuis 2021, une équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison.

PROPOSITION 1

L'agence régionale de santé doit mettre en place un schéma territorial des urgences psychiatriques organisant les prises en charges des adultes et des mineurs dans le respect des droits des patients (article L 3221-5-1 du code de la santé publique).

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « L'établissement n'est pas le destinataire de cette recommandation. Pour autant, il est très investi dans le diagnostic et la conception du Projet Territorial de Santé Mentale de l'Essonne (PTSM) 2019-2024 arrêtés par le DGARS. Le PTSM intègre bien de manière prioritaire, dans son orientation « Prévention, gestion de l'urgence et de la crise », le déploiement sur le département du dispositif réglementaire de réponse aux urgences psychiatriques (Fiche Action n°6), en application de l'article L3221-5-1 du code de la santé publique. »

4.1.1 La prise en charge aux urgences générales du CH de Longjumeau

Au sein du service d'accueil des urgences (SAU) de Longjumeau, l'évaluation initiale est effectuée par l'infirmier d'orientation et d'accueil (IOA). Le bureau de l'IOA se situe à toute proximité de l'entrée des ambulances et permet aux patients d'être amenés à l'intérieur des urgences sans croiser le public.

Le patient, s'il est agité ou à risque de déstabilisation, est placé dans un box individuel fermé dans lequel il est examiné par un urgentiste puis pris en charge par le psychiatre. Deux brancards prééquipés de moyens de contention sont positionnés dans une partie occultée des urgences.

Si le patient relève d'une prise en charge de psychiatrie, l'infirmier de psychiatrie et le psychiatre, présents sur site, sont appelés par l'intermédiaire du service d'accueil et d'orientation (SAO) de l'EPSBD ; la nuit, seul le médecin psychiatre est présent. L'équipe de psychiatrie de liaison, composée de professionnels de l'EPSBD, comprend deux IDE présentes en journée (une à deux en même temps de jour la semaine) et deux psychiatres (dont un praticien associé) qui se partagent les gardes de jour (9h – 18h30) et participent au tour de garde de nuit et de week-end avec les autres psychiatres de l'EPSBD. Deux bureaux sont mis à disposition de l'équipe de liaison en psychiatrie, l'un aux urgences, le second au 9^{ème} étage du CH où se trouve également une secrétaire médicale. Les soignants ont accès depuis ces bureaux au logiciel médical Dxcare du CH de Longjumeau ainsi qu'au logiciel Cariatides utilisé à l'EPSBD. L'équipe de liaison consulte une moyenne de huit patients chaque jour.

Les psychiatres de garde à Longjumeau donnent des avis par téléphone pour les services d'urgence de Juvisy et Arpajon.

Si une hospitalisation est décidée, le psychiatre se met en rapport avec le SAO. Le patient attend son transfert soit dans un box fermé des urgences soit dans une chambre de l'UHCD si l'attente doit se prolonger ; il est rapporté que seuls quelques patients par an doivent attendre au-delà de vingt-quatre heures, leur transfert.

Il n'y a pas de pièce d'isolement ou d'apaisement. L'installation de contentions pour des patients en soins sans consentement est décidée par le premier médecin, urgentiste ou psychiatre, qui est amené à prendre en charge le patient. Le psychiatre prend toujours le relais et ce sont les infirmiers de psychiatrie qui assurent, en journée, la surveillance des contentions, celle-ci étant réalisée la nuit par les infirmiers des urgences. L'électrocardiogramme (ECG) comme l'administration des médicaments sont également réalisés par les IDE de psychiatrie en journée. Un protocole relatif aux contentions est accessible sur l'intranet pour les soignants. La contention est principalement réalisée avec les cinq points d'attache. Des anticoagulants sont prescrits pour les durées dépassant vingt-quatre heures, mais les urgentistes rapportent qu'il est très rare que les personnes subissent des contentions supérieures à douze heures.

La majorité des médecins attendent l'efficacité de la sédation pour permettre des transferts de patients vers les sites d'hospitalisation sans contention.

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

Il n'y a cependant pas de registre de ces mesures et pas d'analyse régulière de la pratique de contention.

RECOMMANDATION 2

Un registre de l'isolement et de la contention pratiqués aux urgences doit être mis en place et une analyse de la pratique régulièrement faite par les soignants.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« L'établissement précise qu'il n'est pas gestionnaire des services d'urgences mentionnés. Aujourd'hui, les urgences MCO sont hors du champ d'application du registre isolement-contention. »

Les contrôleurs soulignent que le registre d'isolement contention concerne également les patients

relevant de soins de psychiatrie présents aux urgences, comme l'ont confirmé les recommandations de bonne pratique clinique « prise en charge du patient adulte à présentation psychiatrique dans les structures d'urgences » émises le 31 mars 2021 par la société française de médecine d'urgence.

En ce qui concerne la demande de placement en soins sans consentement par la rédaction d'un certificat médical, celui-ci est effectué parfois par un médecin généraliste au domicile, le plus souvent par le médecin du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) du CH. Le deuxième certificat médical est établi par le psychiatre.

4.1.2 L'arrivée dans les services

L'arrivée des patients en psychiatrie peut être programmée directement dans les services via les médecins traitants ou les psychiatres dans les CMP et hôpitaux de jour, mais ils sont très majoritairement admis depuis les urgences.

Les entrées ne sont pas toujours régulées dans la mesure où des patients sont hospitalisés après accord direct entre médecins de deux établissements sans que les soignants n'en soient informés ; de même, des détenus sont acceptés par le SAO sans que les soignants, qui sont mobilisés pour aller les chercher à Fleury-Mérogis, ne connaissent ni la situation clinique, ni l'évaluation pénitentiaire des risques d'évasion ; de plus aucun document médical, dont le traitement médicamenteux en cours, n'est communiqué, ni les informations sur les droits de la personne, comme par exemple les personnes avec lesquelles il peut communiquer (cf. § 10.2).

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH précise :

« Le cadre du SAO, après s'être assuré de l'échange médical entre médecin adresseur et médecin du service accueillant, et avoir contrôlé la réception effective des certificats ou avis nécessaires, informe le cadre ou l'équipe (hors horaires administratifs). Le médecin du service d'accueil échange avec le cadre de l'unité pour organiser l'accueil du patient.

Dans le cas des détenus, l'admission est vue avec le médecin du service d'accueil, ou probablement dans le cas évoqué par le médecin de garde hors horaire de présence d'un cadre. Dans ce cas, le cadre du SAO est le cadre de permanence. Il s'assure de coordonner et de mobiliser les soignants pour l'accompagnement. A ce moment, le cadre informe les infirmiers des éléments d'informations (fiche pénale, droits, disposition d'ouverture, motifs de l'ordonnance ou de l'arrêté). Dans les cas les plus défavorables, le médecin de garde n'a pas encore accès à l'intégralité du dossier médical puisque l'USMP (SMPR) n'a pas de permanence la nuit et la maison d'arrêt n'a pas accès au dossier médical. L'accueil devant se faire sans délai, l'échange médical sera régulé le lendemain. »

A leur arrivée dans le service, ils sont accueillis par les soignants qui leur expliquent le fonctionnement de l'unité ; les patients sont reçus en entretien par le psychiatre du service ou celui de garde, en présence d'un infirmier, dès l'admission. Il n'y a pas de dispositif d'infirmier référent.

Il n'y a pas de restriction systématique en début d'hospitalisation à l'exception du retrait du cordon de charge téléphonique ; le principe posé est celui de la libre disposition du téléphone portable, du tabac, des vêtements.

Les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures sont rédigés après entretien médical formel.

4.2 L'ETABLISSEMENT SUROCCUPE LES LITS AUX DEPENS DE LA QUALITE DES SOINS

4.2.1 L'activité et les patients

La file active globale en psychiatrie adultes était de 10 596 patients en 2021 (10 790 en 2020), dont 2 533 en hospitalisation complète (2 644 en 2020).

En 2021, les soins libres représentaient 76 % des hospitalisations (2 867 sur 3 757).

Parmi les 1 669 hospitalisations sans consentement réalisées en 2021 :

- 58 mesures (9,5 %) étaient prises à la demande du représentant de l'État (SDRE), dont plus de la moitié émanant de maires, et dont 29% étaient ordonnées par décision judiciaire ;
- 40 % des admissions sur décision du directeur (SDDE) étaient prises à la demande d'un tiers;
- 19 % des SDDE sont des soins à la demande d'un tiers (SDT) prises en urgence (SDTU) ;
- 41% relevaient des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI).

On constate que la proportion des SPI, si elle reste très élevée, a légèrement diminué entre 2021 (41%) et 2020 (44%).

RECOMMANDATION 3

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

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« Les indicateurs de recours aux procédures dérogatoires, déjà présents dans le rapport annuel « Rapport relatif aux pratiques d'isolement et de contention », seront également intégrés dans le point trimestriel pluridisciplinaire relatif à l'isolement et la contention au sein de chaque service (cf. recommandation 5 page 47).

Les SPI ne sont faits qu'en l'absence de tiers. Pour information, dans les certificats initiaux de soin de péril imminent, les motifs de l'absence de tiers y sont déjà renseignés par le médecin. Dans le cas d'un soin en péril imminent, la recherche d'un tiers faite par les services après l'admission seront dorénavant tracées dans les dossiers (cf. annexe certificat SPPI). »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments qui ne précisent pas les modalités pratiques de diminution des procédures dérogatoire envisagées.

La durée moyenne de séjour était, en 2021, de 76,8 jours en SDRE, de 28,9 jours en SDT, de 41,2 en SDTU, de 26,9 jours en SPI et de 39,4 jours en hospitalisation libre.

Enfin, concernant les adolescents, la prise en charge à l'UHPA est saturée (cf. § 10.1).

4.2.2 La gestion des lits

Le service d'accueil et d'orientation (SAO) est chargé de la gestion des lits. Deux fois par jour, les cadres affectés à cette tâche reçoivent l'état des lits pour chaque unité, qui est reporté sur un tableau permettant d'avoir une vision rapide de l'état des places disponibles dans l'hôpital, avec le nombre de chambres doubles réparties entre femmes et hommes, et la présence de mineurs. Par exemple, la présence d'un nombre important de chambres individuelles dans l'unité G02 y favorise l'admission de patients aigus par rapport aux autres unités du site d'Etampes.

Rares sont les jours où l'occupation n'atteint pas les 100%. Cette situation de tension des lits se traduit par des admissions fréquentes de patients hors de leur unité de secteur. Lors de la visite, une unité hébergeait trois patients dépendant d'autres secteurs, et dans le même temps trois de ses patients étaient dans d'autres unités.

Les transferts les plus problématiques sont ceux qui sont effectués entre les deux sites, car cela éloigne le patient de sa famille. Par ailleurs, des changements de chambre sont fréquemment opérés, pouvant parfois même se produire de nuit. Les patients « hors secteurs » sont suivis par le psychiatre de leur unité de secteur, mais ils sont pris en charge par l'équipe soignante de l'unité qui les héberge. Ils ne bénéficient pas des réunions cliniques régulières et pluridisciplinaires les concernant.

Quand une place se libère, les patients retournent dans leur unité de secteur en fonction des profils et besoins des chacun, et non selon leur ordre d'arrivée. Si la sortie est proche, le patient n'ira pas dans son unité de secteur d'autant plus s'il s'agit d'une première hospitalisation de quelques jours.

Dans ce contexte, les informations provenant des urgences et transmises par les cadres aux services concernés sont parfois en inadéquation avec l'état clinique du patient et source de tensions (cf. § 4.1).

Cette tension sur la disponibilité des lits amène certaines hospitalisations directement en CI alors qu'aucune chambre d'hospitalisation n'est disponible ; par ailleurs l'étude du parcours de certains patients montre de nombreux changements d'unité en raison de mesures d'isolement répétées qui ont lieu dans une succession d'unités, et de l'absence de place dans l'unité de secteur à la fin de la mesure d'isolement.

RECOMMANDATION 4

La suroccupation de l'établissement ne peut conduire à des hospitalisations dans des chambres non prévues à cet effet, ni amener des changements de chambre imposés aux patients la nuit.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« S'il est vrai que l'établissement est proche de 100% de taux d'occupation des lits d'hospitalisation, l'organisation des admissions des patients empêche toute suroccupation, grâce au suivi des lits effectué en temps réel par le SAO.

A noter que les chambres d'isolement n'y sont pas comptées comme chambres disponibles, si bien qu'il n'est pas possible d'admettre un patient en chambre d'isolement si une chambre standard adaptée n'est pas disponible. Le principe d'hospitalisation repose sur une adéquation entre la situation clinique du patient et la chambre d'accueil, dans le respect des exigences et recommandations.

Comme cela a pu être constaté lors de la visite du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, le taux d'occupation est proche de 100% depuis 1 an et demi, ce qui n'était pas le cas auparavant. Les changements de chambre éventuels se font après évaluation médicale et appréciation du bénéfice-risque pour le patient concerné et sont fortement accentués par le contexte très exceptionnel que traverse l'établissement depuis la crise sanitaire, comme d'ailleurs constaté à l'échelle nationale (crise Covid, tension sur les lits, saturation des urgences...).

Pour garantir l'équité de traitement de chaque zone géographique, en cas de saturation du secteur dont dépend le patient, il est de la responsabilité de l'établissement de proposer une solution de soin dans un autre secteur de l'hôpital qui aurait une place disponible. Ainsi, l'établissement réalise une gestion de bed management global (gestion des lits mutualisée pour l'ensemble de nos secteurs) pour s'assurer de trouver des solutions pour les patients au plus proche de leur domicile, avant de solliciter, quand nécessaire, l'appui de la cellule régionale de régulation des lits. »

Les contrôleurs maintiennent leur recommandation dans la mesure où les observations n'y répondent pas.

Exemple de signalement effectué :

Mai 2022 : Un médecin psychiatre fait état d'un patient aux urgences sous contention physique depuis le matin sans que le service d'accueil ait pu être désigné et fait état de pression pour hospitaliser le patient en chambre Covid. Le commentaire indique : « la saturation des lits depuis environ un an, entraîne une récurrence de ces conflits, entre le médecin de garde qui refuse l'admission d'un patient relevant d'une chambre d'isolement alors qu'il n'y en a aucune sur le département, et l'administrateur de garde qui est sous la pression de l'ARS ».

Mars 2022 : l'unité GXX a dû réveiller deux patientes dans la nuit pour effectuer un changement de chambre pour accueillir un nouvel arrivant SPDRE (désinfection de deux lits nécessaire).

4.3 L'INFORMATION REMISE AUX PATIENTS N'EST PAS COMPLETE

4.3.1 Les informations relatives aux mesures de soins sans consentement

La grande majorité des patients arrivant depuis les urgences, les ambulances déposent les certificats médicaux initiaux dans les services, même la nuit, le week-end et les jours fériés.

Les décisions portant sur des SDDE sont formalisées le jour où le certificat médical a été rédigé, ou quelques heures après. Cette organisation implique, pour les admissions, une délégation de signature à plusieurs membres du personnel de direction ainsi qu'aux cadres de santé du service d'accueil et d'orientation pour les week-ends.

RECOMMANDATION 5

Les délégations de signature de mesure de privatives de liberté doivent être exclusivement faites aux membres de la direction assurant des gardes d'administrateurs et jamais à des membres du corps soignant.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« Il n'a pas été possible d'identifier de texte interdisant de déléguer une signature à des membres du corps soignant. Les délégations sont effectivement réalisées en conformité avec le code de la santé publique (article D6143-33 à 35). »

Les contrôleurs estiment que toute décision privative de liberté doit être prise par une autorité dûment habilitée et donc en la matière, par le directeur ou la personne qui prend la responsabilité de la gestion de l'établissement en son absence ; à cet égard, il est indispensable que la personne prenant la décision dispose d'un niveau de compétence, d'indépendance et d'autorité qui l'assimile à un agent de direction.

Le service des admissions adresse les décisions au secrétariat des unités qui les remet aux soignants. La notification des décisions d'admission (ou de renouvellement) est réalisée par les cadres ou les soignants, en fonction des services et des situations. Le cadre supérieur de pôle est parfois impliqué, selon les secteurs. Le patient prend connaissance de la décision et la signe ; s'il en est incapable elle est signée par deux soignants. Une copie de la décision n'est pas systématiquement remise au patient, mais souvent quand ce dernier le demande. Par ailleurs, le certificat médical initial n'est pas remis avec la décision, alors même que cette dernière n'est pas motivée et se contente justement de renvoyer au certificat médical.

Enfin, pour les hospitalisations prises à la demande d'un tiers, l'identité de celui-ci n'est pas mentionnée dans la décision et n'est donc pas formellement communiquée au patient.

RECO PRISE EN COMPTE 5

Les décisions d'admission en soins sans consentement doivent reprendre les termes des certificats médicaux sur lesquels elles se fondent ou bien ces derniers doivent être annexés et remis au patient lors de la notification. Une copie de la décision doit être remise à chaque patient.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« Les modèles de décisions d'admission intègrent dorénavant le motif cité dans le certificat médical (cf. annexe décision d'admission). Si les copies étaient bien réalisées à l'intention du patient par le service des admissions, l'établissement s'assurera qu'elles lui soient bien transmises par le service de soins. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

La décision fait état de la possibilité de former un recours contre celle-ci et mentionne les coordonnées du président du tribunal de grande instance (à actualiser), du préfet et du procureur de la République. En revanche, ni la décision ni le formulaire annexé n'informent le patient des modalités du contrôle de la mesure exercé par le JLD. Par ailleurs, la décision mentionne les coordonnées des autorités pouvant être saisies, à savoir la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le CGLPL.

Ce sont les soignants qui remettent les convocations devant le JLD et fournissent des explications pour rassurer le patient. La liste des avocats est accessible aux soignants qui peuvent la communiquer aux patients. Ce sont également les soignants qui doivent informer les patients et notifier et expliquer les décisions du juge, ce qu'ils ne vivent pas toujours bien car ils sont souvent jugés responsables de la décision par les patients (cf. § 8.4).

4.3.2 Les informations relatives au déroulement de l'hospitalisation

Le livret d'accueil est particulièrement complet et accessible, il comprend des plans du site faciles à appréhender. Une version abrégée en langue facile à comprendre, existe également. La version complète a été traduite en anglais, en allemand, en espagnol, en portugais et en arabe.

Il n'est pas distribué systématiquement aux nouveaux arrivants, et, pour obtenir un exemplaire en langue étrangère, il faut en faire la demande au service reprographie qui les édite au cas par cas. Pour les patients non francophones, il existe une liste des professionnels de l'établissement susceptibles de servir d'interprète.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH précise :

« Pour les patients non-francophones, en plus de la liste d'interprètes disponibles au sein des agents de l'établissement, les professionnels ont la possibilité de faire appel à un prestataire d'interprétariat dans toutes les langues, disponible 24h/24 et 7j/7 par téléphone, qui peut également se déplacer sur demande (cf. annexe formulaire de demande d'interprétariat). »

Il n'y a pas de règles de vie déclinées par unité. Seul le document « *votre séjour à l'hôpital* », commun à tout l'établissement, est affiché dans les unités et, selon les unités, dans les chambres. Il y est porté mention de certains interdits concernant l'usage du tabac réservé dans les espaces prévus à cet effet, l'interdiction des boissons alcoolisées et des produits illicites, les heures des repas, la possibilité de faire appel à la CDU, à la CDSP ou au CGLPL si le patient estime que ses droits ne sont pas respectés, les heures auxquelles les visites sont autorisées.

RECO PRISE EN COMPTE 6

Le livret d'accueil doit être systématiquement remis aux patients ; les règles de vie doivent être déclinées dans chaque unité selon les projets de service, et portées à la connaissance des patients.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH précise :

« La remise du livret d'accueil est vérifiée par check-list systématique à l'admission. Ce point de check-list sera dorénavant suivi par un indicateur institutionnel ainsi que lors d'évaluations (méthodes d'audits flash réguliers et patients traceurs). A noter que le livret d'accueil est délivré au plus proche de l'admission en fonction de l'état d'agitation du patient lors de son admission.

Un stock de livrets d'accueil traduits dans les différentes langues est en cours d'impression et sera mis à disposition dans chaque unité en novembre 2022.

Un travail institutionnel mobilisant médecins, soignants et usagers a été réalisé pour décliner des règles de vie communes pour toutes les unités d'hospitalisations pour garantir l'équité de prise en charge entre les secteurs. Les règles de vie ont été spécifiées par site selon les spécificités d'infrastructures qui n'ont pu être harmonisées entre les deux sites hospitaliers principaux. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Sont également affichés la charte de la laïcité ainsi que le règlement général sur la protection des données. En des termes accessibles, il énumère les droits des usagers notamment celui d'accéder à ses données personnelles ainsi que les coordonnées du délégué à la protection des données se trouvant à Etampes. Les coordonnées de l'UNAFAM sont présentes dans le salon des visiteurs.

5. LES CONDITIONS DE VIE

5.1 LES STRUCTURES IMMOBILIERES DES DEUX SITES SONT DISPARATES

Datant de constructions faites à des époques différentes, le cadre d'hospitalisation est très contrasté d'un site à un autre. Si celui d'Étampes, au sud, est entouré de verdure, avec des accès directs en unités, à des espaces arborés, celui de Sainte-Geneviève-des-Bois est plus urbain, moins tourné vers la nature, bien que l'architecture soit travaillée autour du bois. En revanche, les infrastructures sont conformes à tous les standards modernes, quand celles d'Étampes sont marquées par le temps et devenues, pour la plupart, désuètes en termes d'ergonomie.

5.1.1 Le site d'Étampes

Conçu dans les années 1960 comme un « hôpital village », en opposition à l'asile, le site étampois est sis dans un parc boisé de 86 hectares. Depuis l'accueil, quatre artères principales distribuent les bâtis dispatchés sur l'ensemble du site : administration, unités d'hospitalisation (Chaslin G01, Séglas G02, Iris Régis G03, Tilleuls G04), régie, centre social, gymnase, chapelle, cafétéria, cuisines, ateliers techniques, blanchisserie.

a) La configuration des unités

A l'exception du pavillon Séglas (G02) entièrement rénové en 2019, les unités répondent à une configuration identique. L'architecture est en L, sur deux niveaux (sans ascenseur). A l'étage se trouvent les bureaux des personnels : cadres de santé, médecins, assistantes de service social, cabinet de consultation du médecin généraliste. Au rez-de-chaussée, les chambres des patients, le réfectoire, le poste de soins, les salons de télévision, les salles d'activités et les accès aux espaces extérieurs. Chaque unité dispose d'une terrasse, plus ou moins aménagée (celle de G01, par exemple, n'a pour seul équipement qu'un banc en béton sous un auvent, ce qui tranche avec les infrastructures des unités plus récentes) et d'un espace jardin soigné. Les jardins sont fleuris, avec bancs, tables de pique-nique, parasols, table de ping-pong, abris en cas d'intempéries.



Espace devant cafétéria boutique



Espace extérieur G02

Les locaux sont vieillissants, parfois dégradés. Le cadre reste néanmoins respectueux de la dignité des patients et globalement adapté aux besoins des soins en psychiatrie. La nécessité de moderniser les espaces cliniques et hôteliers pour en améliorer la fonctionnalité et parvenir à une qualité de prise en charge harmonisée entre Nord et Sud, est intégrée au schéma directeur immobilier. Un vaste projet d'extension-reconfiguration de l'établissement, intégrant une restructuration complète

du site d'Étampes est en cours d'instruction par l'ARS, avant transmission au secrétariat général pour l'investissement (SGPI). S'il est validé, ces bâtis seront entièrement démolis à échéance 2030 ; les unités regroupées dans un bâtiment unique d'hospitalisation à l'architecture contemporaine. Le projet inclut le pavillon Séglas qui a vocation à être réaffecté en espace de simulation en santé.



Couloir et salle commune de l'unité G01

Salle d'activité de G04

A la différence des autres, l'unité Séglas est de plain-pied et plus vaste (2 100 m² contre 1 500 dans les autres). Récente, elle a été pensée en termes d'ergonomie au travail, d'accessibilité pour personne à mobilité réduite (PMR) et de circulations des personnes. La porte d'entrée principale se déverrouille à l'aide d'un badge. Les patients, non soumis à des restrictions de déplacements extérieurs, disposent d'un bracelet qui active son ouverture.

Les bureaux des personnels (cadres de santé, secrétaires, assistantes de service social, psychiatres) sont insérés au cœur de l'unité mais regroupés dans une zone spécifique « fermable » par une porte à double battant et dotée, depuis l'extérieur, d'une entrée distincte, autorisant si besoin des consultations extrahospitalières ou des entretiens sans passer par l'unité.

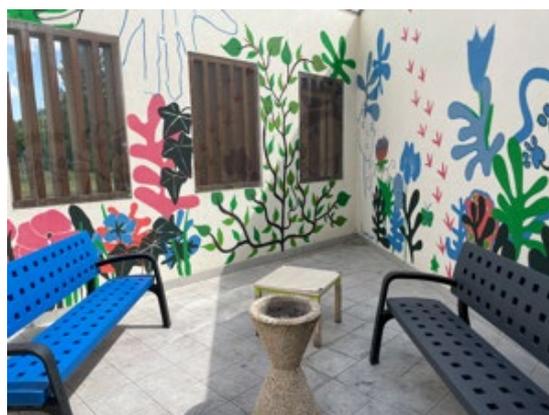
Près de la porte d'entrée principale, un local, disposant également de sa propre porte d'entrée, sert à l'accueil des familles et aux entretiens d'admission. Les espaces infirmiers (poste principal, cabinet de soins, pharmacie, bureau d'entretien) sont répartis aux jonctions des différentes ailes d'hébergement. Le poste principal, entièrement vitré, est positionné de façon centrale, offrant une vue sur les différents couloirs de distribution des chambres.

L'unité comprend une zone « fermable » par une porte à double vantaux censée permettre la séparation de cette tranche qui comprend la chambre de soins intensifs et quatre chambres munies d'un oculus. Le dispositif de fermeture est néanmoins défaillant : il suffit d'une pression bien placée sur la porte pour qu'il cède, ce qui est connu de certains patients. De fait, la zone est rarement utilisée comme telle. Elle comprend une cour décorée de fresques et équipée de bancs et d'un cendrier, ainsi qu'un salon de télévision, avec téléviseur sous plexiglas et baby-foot, fréquenté également par l'ensemble des patients.

Deux téléviseurs (avec télécommandes accessibles) sont répartis dans les locaux. Les patients disposent par ailleurs d'une terrasse aménagée, près de la salle commune (tables de pique-nique, table de ping-pong, parasol) et d'un accès au jardin. Un espace extérieur, ouvert par les soignants, est, en outre, dévolu à des activités de jardinage.



Salle d'accueil des familles G02



Cour intérieur de la zone fermable G02

b) Les chambres des patients

Dans les unités les plus anciennes, l'hébergement est majoritairement collectif, avec des problèmes de cohabitation et de changements de chambre. En G01, sur 30 lits, 20 sont en chambres doubles et en G03, 18 sur 31. En G04, le nombre est moindre : 14 sur 28. Si certaines chambres ont été aménagées de façon à permettre un accès PMR (trois en G03, une en G04 et G01), beaucoup sont exiguës (9,5 m² pour les simples). Parfois, la porte bute sur le lit à l'ouverture.

Sommaire et un peu suranné, l'équipement est similaire d'une chambre à une autre : une table, une chaise, quel que soit le nombre d'occupants. En revanche, deux placards équipent les chambres doubles. Les fenêtres, dotées en partie basse de film occultant, ne s'ouvrent que sur quelques centimètres.



Chambre double G04



Chambre PMR G 01



Oculus porte G01

Toutes les chambres sont pourvues d'un verrou de confort. Un oculus, fermable par un panneau en bois avec serrure, dont l'activation fait du bruit, est présent sur chaque porte.

Le confort hôtelier du pavillon Séglas est de bien meilleure qualité. L'hébergement individuel est généralement garanti à ceux qui le souhaitent. Sur 29 chambres, 27 sont simples (dont une en travaux lors de la visite), deux doubles. La superficie minimale est de 18 m² dans un cadre plus moderne. Équipées de verrou de confort, les chambres peuvent être verrouillées quand le patient en sort par un système de badge (le bracelet remis aux patients à l'admission active la serrure et, sauf consignes médicales contraires, ouvre la porte d'entrée principale). Les fenêtres relèvent du même système d'ouverture que dans les autres unités mais les pièces sont plus lumineuses. Aucun

oculus n'équipe par ailleurs les portes, à l'exception des chambres de la zone fermable, dont certains oculi, ouverts lors du contrôle, donnaient une vue sur l'intérieur des chambres à toute personne circulant dans le couloir. Utilisées en chambres hospitalières ou pour de l'isolement hors espace dédié, certaines de ces chambres sont, en outre, dotées de miroir de sécurité et d'un bouton d'appel (contrairement aux autres).



Couloir et vues sur les chambres de l'unité G02

5.1.2 Le site de Barthélémy-Durand-sur-Orge (Sainte-Geneviève-des-Bois).

Extension inaugurée en 2013, à 30 km d'Étampes, le site de Sainte-Geneviève-des-Bois, dit Barthélémy-Durand-sur-Orge s'inscrit dans le cadre d'une politique de rapprochement de l'hôpital du domicile des patients résidant dans le nord du département. Implanté, à proximité du RER, dans un espace d'une centaine d'hectares, il intègre des constructions récentes à des bâtiments existants, avec pour objectif d'incarner « la psychiatrie du 21^{ème} siècle ».



Bâtiments du site de Sainte-Geneviève-des-Bois

Les bâtiments s'articulent autour d'un parvis en bois reliant un ancien bâtiment (dit de « l'horloge »), qui regroupe un espace cafétéria, l'annexe de la régie, une petite salle de sport, un salon pour les visites des familles et la zone d'hospitalisation.

Les unités (secteurs G05 Morea-de-Tours, G06 Peupliers, G07 Magnan, G08 Giacometti, G09 Primevère) sont conçues en monobloc - tous les secteurs sont reliés entre eux par des couloirs de circulation propres au personnel - en conservant, d'aspect extérieur, une dimension pavillonnaire. Deux unités sont en rez-de-chaussée, identifiables depuis le parvis par des couleurs spécifiques

(façades bleue et jaune). Les trois autres sont en contrebas, en rez-de-jardin. Chacune est accessible depuis le parvis empruntable par tous.

a) La configuration des unités

Chaque unité est conçue de la même façon, en quatre ensembles fonctionnels : consultation-administration, hébergement, espaces de vie des patients, espaces pour les soignants. Le hall d'entrée donne sur la zone des bureaux et des salles de consultation (secrétariat, cadres, médecins, etc.), avec un espace aménagé pour l'attente et l'accueil des proches et, à côté, un salon pour les visites. Face au secrétariat médical, une porte ouvre sur la zone d'hospitalisation proprement dite.



Espace d'accueil des familles



Patio terrasse d'une unité

Le poste de soins est placé au cœur de l'unité, de manière centrale, de sorte à faciliter la relation patient-soignant et permettre une vue sur les différentes zones de vie organisées en étoile. Les lieux d'hébergement sont répartis en trois espaces distincts, dont une zone fermable (quatre chambres et chambre d'isolement) dotée d'un accès à une cour intérieure attenante au poste de soins, mais dépourvue, comme constatée en G02, de local d'activité propre, d'espace de détente commun et de salle pour prendre les repas.



Salle commune d'une unité



Bracelet montre pour l'ouverture des portes

Les espaces communs – réfectoire, salles d'activité (deux), salons télévision (un dans la salle principale, un second dans une petite pièce) sont réunis dans un même périmètre, à proximité de la terrasse. En bois, dans la tonalité du parvis, elle est dotée de tables de pique-nique et offre une vue sur le parc boisé.

L'ensemble est lumineux, coloré, avec un sentiment d'espace. Comme en G02, les portes des espaces individuels et hall d'entrée sont équipées de serrures déverrouillables par badge. Les patients sont munis d'un bracelet qui ouvre leur chambre et, sauf restriction, la porte d'entrée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH précise :

« L'organisation des services de soins appuyée par un équipement de système d'ouverture par badge, permet de préserver au mieux la liberté d'aller et venir de chaque patient ainsi que la protection et l'accès à ses effets personnels conservés dans sa chambre. En effet, les patients disposent d'un badge électronique permettant d'ouvrir la porte de leur chambre et de l'unité (pour ces dernières en fonction des consignes médicales). Cet accès permet de garantir l'autonomie d'accès à ces espaces sans solliciter, voire attendre un accompagnement soignant. Le site plus moderne de Sainte Geneviève des Bois ainsi qu'une unité rénovée du site d'Étampes en sont équipés, les trois services restants étant programmés selon la même conception dans le cadre du Schéma Directeur Immobilier soutenu par l'ARS.

A noter que conformément au projet Droits des Usagers, des coffres et placards sécurisés et individualisés ont été installés et sont également complétés par l'accès aux régies de sites. Ces améliorations sont issues de l'audit sur les droits, libertés des patients, et le recours à l'isolement réalisé en 2018. »

b) Les chambres des patients

L'hébergement est à dominante individuel (21 lits sur 25), dans des chambres de 18 m² minimum, accessibles aux PMR. Les unités ne comptent que deux chambres doubles. Dans tous les cas, le mobilier est adapté au nombre d'occupants (placards, tables et chaises en double). A la différence du site d'Étampes, toutes les chambres sont équipées de boutons d'appel (un près de la tête de lit, un près de la porte) et les fenêtres ont une plus grande amplitude d'ouverture.



Vues sur les différentes chambres

Le schéma directeur immobilier ne prévoit pas de modifications de la zone d'hospitalisation existante mais une extension du site pour regrouper les structures ambulatoires du secteur nord et créer notamment une zone d'hospitalisation infanto-juvénile sur une parcelle contiguë.

5.2 L'HYGIENE EST ASSUREE

5.2.1 L'hygiène des locaux

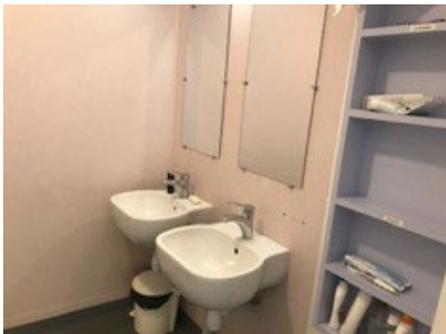
Dans chaque unité, six agents de service hospitalier (ASH) sont en charge, par roulement, de l'entretien des locaux et de diverses prestations hôtelières (mise à disposition du linge de lit, mise en place des repas, etc.). Les locaux sont propres. Une vigilance soutenue est apportée à la prévention de divers risques : infections nosocomiales, légionellose, Covid19. Les agents ont été formés au bio-nettoyage et aux procédures spécifiques liées au Covid. Des distributeurs de solution hydroalcoolique sont installés en tous lieux.

Toutefois, un contraste existe, en termes d'infrastructures, entre les unités les plus récentes et celles datant des années 60. Dans celles-ci, les équipements sanitaires sont vieillissants ; les douches et WC sont marqués par l'usure, sans autre perspective de réfection que le projet de restructuration du site, à échéance 2031, s'il est validé par les tutelles.

5.2.2 L'hygiène personnelle

Chaque chambre dispose d'un espace sanitaire attenant. Pouvant être fermé de l'intérieur, il est composé, dans les unités les plus récentes, de WC suspendus (avec lunette et abattant), d'une douche totem (sans flexible), d'une tablette ou d'une armoire de rangement, d'une vasque (ou deux quand la chambre est double), surplombée de miroir et de patères souples.

Dans les plus anciennes, les WC, sis à côté de la cabine de douche, n'ont pas d'abattant. Les cabines, cloisonnées par un muret et une porte en plexiglas, ne permettent pas, pour la plupart, un accompagnement à la toilette. En G01, par exemple, seule une douche plus spacieuse autorise une assistance alors que la baignoire de la salle de bains commune est hors-service depuis mars. Les soignants doivent ainsi mutualiser la douche en question et le patient de la chambre concernée la partager avec tous ceux qui requièrent une aide dans les gestes d'hygiène quotidiens. Dans les autres unités, les baignoires de balnéothérapie sont en fonctionnement, avec accompagnement des soignants.



Salle d'eau avec double vasque



Salle de bain commune (G01 et G02)

Tous les produits d'hygiène indispensables sont distribués à l'arrivée et chaque fois que nécessaire ; ceux jugés dangereux sont remis pour la toilette puis stockés par les soignants.

Les serviettes de toilette et les effets de literie sont renouvelés plusieurs fois par semaine et autant que de besoin. Un service de laverie gratuit est, en outre, assuré pour les patients qui ne peuvent prendre en charge eux-mêmes l'entretien de leur linge ou le remettre à des proches. A cet effet, des machines à laver sont installées dans chaque unité sur le site d'Étampes et regroupées dans un local blanchisserie du site de Sainte-Geneviève-des-Bois.

De petits vestiaires de secours sont constitués par le personnel, mais non de manière institutionnelle. Si les effets manquent ou ne sont pas adaptés, les patients, arrivés sans rien des urgences, peuvent être contraints de porter plusieurs jours le pyjama hospitalier le temps de se voir remettre des vêtements par des proches.

5.3 LES BIENS DES PATIENTS SONT PROTEGES MAIS PAS FACILEMENT ACCESSIBLES

Un inventaire des effets des patients est dressé à leur admission, réalisé en leur présence par deux soignants. La liste des effets est consignée sur papier, signée par le patient, puis informatisée et insérée au dossier patient dans le logiciel Cariatides. Cependant, les pratiques divergent concernant

la remise d'une copie au patient. Si dans certaines unités, la pratique est d'usage comme le préconise le CGLPL, dans d'autres elle n'a pas cours. L'exemplaire papier est placé dans la bannette du patient au poste de soins, à charge pour lui de le solliciter le cas échéant.

Les objets contondants ou jugés dangereux (aérosols, coupe-ongles, rasoirs, contenants en verre) sont systématiquement retirés et stockés dans les bannettes. A ce titre, les pratiques ne sont guère plus uniformes. Dans beaucoup d'unités, les briquets et surtout les chargeurs de téléphone sont, par principe, considérés comme tels. Dans d'autres, un principe plus adéquat d'individualisation est retenu, sur prescription médicale, en cas notamment de vulnérabilité suicidaire.

Les objets de valeur, les moyens de paiement et les espèces sont placés à la régie, avec une tolérance pour les petites sommes. Les patients sont autorisés à conserver avec eux quelques fonds pour le quotidien (vingt euros). Les clés et pièces d'identité sont gardées dans les bannettes ou par les patients eux-mêmes.

Les chambres des unités les plus anciennes sont équipées d'un ou deux placards, pouvant être clos par un cadenas (à acheter), à l'intérieur desquels un coffre-fort à code est installé. Celles des plus récentes (Sainte-Geneviève-des-Bois et G02 sur Étampes) ne disposent pas de coffre-fort, mais d'armoires pouvant être verrouillées par un code. Dotées de système d'ouverture par badge individuel, ces chambres ne peuvent, en tout état de cause, être ouvertes que par les porteurs du badge ou les soignants, ce qui restreint sensiblement les risques d'intrusion et de vol. Des bagageries sont à disposition des patients pour les effets encombrants.



Casier des patients



Coffre dans un placard



Armoire à code

Deux assistantes de service social (ASS) interviennent par secteur et parviennent à assurer une présence quotidienne dans les unités. Elles participent aux diverses réunions d'équipe. Pour l'ouverture des droits sociaux, les ASS ne disposent que d'un accès professionnel aux services de la caisse d'allocations familiales (CAF). La centralisation désormais des opérations par le biais de la plate-forme France-Connect et l'absence d'interlocuteurs identifiés dans les différents services constitue un frein pour les patients les plus fragilisés et une difficulté supplémentaire pour les ASS, quand le patient n'a pas ses codes ou les a oubliés, surtout s'il n'a pas d'entourage. Le délai de traitement des demandes d'allocations, notamment l'allocation adulte handicapé (AAH), est particulièrement long, de quatre à six mois.

En juin, 68 patients hospitalisés faisaient l'objet d'une mesure de protection (tutelle et curatelle principalement) et 3 d'une demande en cours, soit 30 % des effectifs présents. Le délai de traitement des demandes est, en moyenne, de quatre ou cinq mois.

Trois associations tutélaires (l'union départementale des associations familiales - UDAF, l'association juridique de protection et conseil- AJPC et l'association tutélaire Essonne -ATE) se partagent l'essentiel des mesures de protection des patients, en dehors de quelques mandataires judiciaires à la protection des majeurs (PJPM) non rattachés à une association. Un service des tutelles est présent sur le site d'Étampes mais il ne gère pas de mesures de patients actuellement hospitalisés.

Les relations avec les associations tutélaires et la qualité des prestations sont décrites comme variables. Si certains mandataires (généralement privés) viennent très régulièrement voir leurs protégés et assistent aux réunions de synthèse, la plupart ne se déplacent que sur sollicitations, parfois répétées, des services. Certaines associations, dont l'AJPC, ont, en outre, connu beaucoup de départs de mandataires au cours de la crise sanitaire ; de fait, certains patients ont changé trois ou quatre fois de curateur en peu de temps. Les mandataires se chargent rarement des achats, laissant le soin aux équipes de les organiser, après versement de fonds via la régie. Il en est ainsi notamment pour le tabac. Les soignants accompagnent si besoin ou procèdent aux achats, avec souvent un petit stock de dépannage constitué. Grâce à cela, les livraisons par coursier, facturées au protégé, sont résiduelles.

Le service de la régie est présent sur chacun des sites, mais pas de manière quotidienne. La régisseuse titulaire partage son temps entre les deux sites et concrètement la régie n'est ouverte sur Étampes que les mardi et jeudi de 9h30 à 11h30, le reste sur Sainte-Geneviève-des-Bois. En cas de sortie en dehors des horaires d'ouverture, le risque est de ne pas pouvoir récupérer ses objets de valeur et liquidités. Si la sortie est prévue à l'avance (au minimum le jour-même avant 11h30), le retrait est possible sur rendez-vous ; mais, à défaut, la situation est plus compliquée et des patients ont pu être contraints de sortir sans fonds avant de revenir les chercher.

RECO PRISE EN COMPTE 7

Une permanence d'accès aux effets et valeurs consignées doit être assurée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« La mise en place est déjà effective avec une organisation à la demande des services de soins pour les situations qui ne sont pas couvertes par les plages horaires d'ouvertures de régie. La présence de coffres ou placards sécurisés, porte de chambre à badge, n'obligent pas à déposer ses effets personnels en régie de site, comme le recommande l'affichage « votre séjour à l'hôpital » présent dans toutes les chambres. Une réflexion sera engagée pour simplifier et faciliter l'accès et la sécurisation des valeurs dans le cadre du projet Droits des Usagers en cours d'élaboration, partie du projet d'établissement 2023-2028. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

5.4 LA DISTRIBUTION DES REPAS FAVORISE L'AUTONOMIE DES PATIENTS

Élaborés sous la supervision de diététiciennes, les repas sont servis, à intervalles réguliers, aux horaires d'usage : à 8h30 ou 8h45 pour le petit déjeuner, 12h pour le déjeuner, 19h pour le dîner. Les menus de la semaine sont affichés dans les unités. Ils peuvent être adaptés pour tenir compte de régimes spéciaux (haché, mixé, diabétique, hypocalorique, sans sel), de convictions philosophiques ou religieuses (sans porc, sans poisson, sans viande) d'allergies ou d'aversion.

Préparés en cuisine centrale, avant d'être acheminés en unités, les repas sont réchauffés dans les offices et proposés en self-service. Les patients prennent un plateau, se servent et s'assoient où ils veulent, ce qui favorise l'autonomie. Ils peuvent prendre leur repas dans la salle à manger, aménagée avec plusieurs tables espacées, ou sur la terrasse équipée de tables de pique-nique. Ceux qui ont besoin d'aide mangent à côté d'un soignant. Les soignants ne partagent pas la table des patients. Plusieurs sont présents, veillant aux fausses routes. Des repas thérapeutiques sont toutefois organisés ponctuellement. Interrompus pendant la crise sanitaire, ils reprenaient lors de la visite ; un barbecue a par exemple été animé sur la terrasse de l'unité G08, avec l'ensemble des soignants et patients.



Réfectoires de type self présents dans les unités

Une tisane est servie le soir vers 22h et un goûter à 16h, dans un espace distinct du réfectoire dans les unités les plus récentes. Pour favoriser les échanges, des comptoirs dits « bars » ont été conçus. A l'heure du goûter, les soignants s'y placent et proposent boissons chaudes, sirops, compotes. Les patients qui le souhaitent restent au comptoir pour discuter, les autres se positionnent où ils le souhaitent : sur la terrasse, en salle commune, etc.

Les patients non soumis à des restrictions d'aller et venir peuvent aussi se rendre à la cafétéria dans l'enceinte de l'établissement, mais seulement quelques heures, un jour sur deux.



Salles à manger

Les patients peuvent conserver en chambre uniquement des denrées non périssables.

Les patients rencontrés se sont déclarés, pour la plupart, satisfaits de la nourriture servie, ce qui concorde avec les enquêtes de satisfaction conduites par la commission de restauration (deux par

an) et les analyses des questionnaires de sortie. Les données 2021 font état, pour les questionnaires de sortie, de 87,4 % de satisfaction³, avec un potentiel d'amélioration sur le goût.

Un comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN) est chargé d'entretenir la réflexion sur l'organisation de l'alimentation et la prise en charge nutritionnelle. Dans ce cadre, une commission du goût, associant chaque secteur de production de la cuisine, a été mise en place courant 2021. Au gré de réunions hebdomadaires, les plats sont goûtés, en vue de les améliorer.

Face au constat d'un grand nombre de patients souffrant d'obésité ou de dénutrition, des supports d'éducation à l'équilibre alimentaire (kit « bien dans son assiette ») ont, par ailleurs, été réalisés en perspective d'un déploiement et d'une appropriation dans chaque unité. Des ateliers sur la nutrition, parfois associés à des repas thérapeutiques, sont organisés dans certaines unités ; par exemple, en G01, module « *au feel des aliments* », une heure, toutes les semaines.

³ Au regard d'un taux de retour de 39 %. 776 questionnaires reçus pour 1999 patients sortis d'hospitalisation en temps plein.

6. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

6.1 LES RESTRICTIONS SONT EN PRINCIPE FONDEES SUR DES CONSIDERATIONS CLINIQUES, MAIS IL RESTE QUELQUES PRATIQUES ATTENTATOIRES AUX DROITS

L'établissement se caractérise par un grand nombre d'unités ouvertes. Chaque unité dispose d'un ou plusieurs espaces extérieurs qui sont vastes et arborés. Ils sont libres d'accès dans la journée (de 6h30 à 20h et parfois plus tard pour les fumeurs) et également lors des repas quand le temps le permet. Sur le site de Ste Geneviève-des-Bois, les unités ne sont pas entourées de grillage et il est facile d'en quitter l'enceinte.

Si la plupart des unités sont ouvertes, les patients n'ont pas tous le droit d'aller librement dans le parc, selon les prescriptions des médecins que l'on retrouve dans le dossier informatisé de chaque patient. Cela concerne une dizaine de patients par unité environ.

Dans certaines unités, des patients, généralement en SPDRE, ont le droit de sortir une heure le matin et une heure l'après-midi. Dans d'autres, l'autorisation de sortie ne connaît pas d'horaires définis. Parmi ceux qui n'ont pas d'autorisation, ils peuvent néanmoins souvent rester dehors devant la porte de l'unité, sans aller plus loin.

Cette souplesse est compensée par le fait que pour lutter contre les fugues, quelques patients sont mis en pyjama sur prescription médicale. Au moment de la visite, plusieurs patients étaient dans ce cas de figure sur le site d'Etampes, dont trois au sein de la même unité. Plusieurs d'entre eux, accompagnés, ont été vus dans le parc par les contrôleurs habillés de la sorte. Toutefois certains patients le portent dans l'attente de recevoir des vêtements propres ou préfèrent cette tenue ou une robe de chambre et sortent dans le parc et sur les terrasses, vêtus de la sorte.

RECOMMANDATION 6

Le port du pyjama imposé est humiliant et ne doit pas être prescrit afin de lutter contre le risque de fugue.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique :

« Un travail est en cours de déploiement depuis 2021 pour supprimer les "pyjamas" et les remplacer par une vêtue civile diversifiée pour les situations d'attente de vêtements propres, en application du programme annuel de la Commission des Usagers. Un premier stock de cette vêtue civile est désormais disponible, et son volume et son utilisation seront suivis.

La politique médicale institutionnelle exclut bien le port du pyjama pour limiter le risque de fugue, et une sensibilisation est régulièrement menée auprès des services depuis 2018 et se poursuivra conformément aux programmes annuels votés par les instances (programme d'actions de la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la pertinence des soins et des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ainsi que le programme et rapport d'activité de la Commission des Usagers).

Ces sensibilisations sont menées conjointement par le président de Commission Médicale d'Etablissement, le directeur des relations avec les usagers et de la qualité au sein même des services ainsi qu'en instances. Les audits internes ou externes, comme dernièrement celui de la HAS en 2021, permettent d'apprécier de façon pluriannuelle les progrès enregistrés, jusqu'à la quasi-disparition de cet usage des pyjamas, qui doit être homogène qu'elle que soit l'unité. »

Les contrôleurs prennent acte de cette volonté et maintiennent leur recommandation dans l'attente des résultats du travail engagé.

Sur le site de Sainte-Geneviève-des-Bois ainsi qu'au G02 à Etampes, les unités comportent une partie fermable, dans laquelle est située la chambre d'isolement ainsi que trois autres chambres, ce qui permet une mise à l'écart de quatre patients. Bien qu'il soit rarement fermé en pratique, cet espace est peu adapté à la prise en charge de patients qui se retrouvent alors fortement limités dans leurs déplacements, sans local d'activité propre ni espace de détente commun ou pour les repas. Par ailleurs aucun soignant ne peut y être affecté eu égard aux effectifs limités. Plutôt que d'utiliser l'espace fermable, il arrive que des unités ferment temporairement leur porte d'entrée, par exemple lorsqu'un mineur est hospitalisé dans le service. Les patients autorisés doivent alors solliciter les soignants pour sortir de l'unité. Lors du contrôle, deux unités étaient dans ce cas de figure. Dans une unité, il a été indiqué que les bracelets des patients avaient été configurés pour ouvrir non seulement leur chambre mais également la porte de l'unité quand celle-ci est fermée (cf. § 7).

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Tous les services disposant d'une zone fermable ont également une gestion d'accès par badge. Ainsi, les badges des patients sont configurés individuellement pour ouvrir la porte du service sans l'aide des soignants.* »

6.2 LA SECURISATION DU SITE EST ASSUREE PAR UNE EQUIPE DE SECURITE PRESENTE UNIQUEMENT DE JOUR ET QUI INTERVIENT FREQUEMMENT DANS LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

A Etampes, l'entrée sur le site en véhicule est conditionnée par l'ouverture d'une barrière, commandée par un agent en poste de 7h à 21h. Ce dernier contrôle le passe sanitaire des visiteurs. Les employés de l'établissement disposent d'un « macaron », qui leur assure l'ouverture de la barrière. Les proches des personnes hospitalisées depuis moins d'une semaine sont redirigées vers le bureau des entrées, dans le cas où il aurait été décidé qu'éviter les visites était préférable. Il n'y a pas de caméras de surveillance postées autour des unités d'hospitalisation.

Une équipe de sécurité est présente dans l'établissement, avec huit agents sur le site du nord et huit agents sur le site du sud. Ces agents sont présents en journée de 7h à 21h30, ce qui est déploré par les soignants. Ils ont notamment pour objectif de lutter contre les intrusions, les dégradations, et les risques de fugue. Si un patient est retrouvé près d'une grille, l'équipe fait appel à un renfort soignant et n'emmène pas le patient seule. En cas d'intrusion, il est fait appel aux services de police. S'il y a une suspicion de trafic de stupéfiants, l'équipe de sécurité est amenée à intervenir et avertit la police le cas échéant. Tous les mois, les appels d'urgence sont testés, et un mode dégradé avec deux radios dans chaque unité est prévu. L'alerte incendie est reportée dans le bureau du gardien, à l'entrée de l'hôpital.

Au-delà du site, l'équipe est amenée à sécuriser les unités d'hospitalisation. Cela commence par des audits des bureaux médicaux, permettant de réduire les risques en cas de crise (ne pas laisser d'objet lourd à portée de main, par exemple).

Les membres de l'équipe ont suivi une ou plusieurs formations de prévention de la violence ainsi qu'aux pathologies psychiatriques, et dans ce cadre les agents interviennent au sein des unités à deux titres. En premier lieu, les soignants peuvent faire appel à eux en cas d'agitation ou d'agression d'un patient, qu'il ait été décidé ou non d'un placement en chambre d'isolement. Un système de géolocalisation des alarmes est à ce titre en cours de déploiement dans les unités. La plupart du temps, aucune intervention physique n'est nécessaire, selon les propos rapportés il n'y en aurait que dans 5% des cas.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Si une amélioration du système de géolocalisation est en cours pour donner une indication plus précise du lieu exact d'intervention, un système d'alerte par géolocalisation est déjà effectif. »

En second lieu, il est fait appel aux agents de sécurité dans le cadre de la gestion des chambres d'isolement, avec ce qui a été nommé des « renforts programmés » : le SAO contacte l'équipe de sécurité chaque matin afin de lui indiquer où elle devra intervenir pendant la journée, principalement à l'heure du repas de certaines personnes isolées (cf. § et recommandation du § 7.2).

Enfin, l'ensemble de l'établissement bénéficie d'un avis favorable de la commission communale de sécurité contre les risques d'incendie et de panique dans les établissements recevant du public.

RECOMMANDATION 7

Les modalités d'organisation et d'intervention du personnel en charge à la fois de la sécurité incendie et de la sécurité publique doivent être clarifiées, de jour comme de nuit.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Le travail de sensibilisation sera effectué prochainement en lien avec l'actualisation du protocole d'intervention de l'équipe renfort-sécurité (Cf. recommandation n°3 page 45 du présent rapport) auprès des professionnels pour garantir leur bonne connaissance et maîtrise.

En 2020, un groupe de travail de retour d'expérience pluri professionnel incluant équipes de soins mais aussi représentants des forces de sécurité intérieure (police) a permis d'affiner et clarifier les critères d'intervention des différentes équipes internes (renfort des soignants des autres services) ou externe (police, gendarmerie, pompiers) en fonction des situations d'urgence. Une procédure et un affichage des numéros d'urgence sont déjà effectifs dans toutes les unités, et dernièrement réactualisés en 2021. »

6.3 LES RESTRICTIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE SONT INDIVIDUALISEES

Dans chacune des unités de soins, les horaires des levers, des couchers et des repas sont identiques. Les patients doivent se préparer pour prendre le petit-déjeuner entre 8H30 et 9H15. Le week-end les patients peuvent se lever plus tard.

Le soir, le coucher se fait lorsque le patient en ressent le besoin. Le programme de la télévision n'est pas interrompu à une heure fixe. Il y a, selon les unités de soins, entre deux et trois salles de télévision dont les télécommandes sont accessibles aux patients.

Dans la journée, le patient, grâce au badge qu'il détient, peut accéder à sa chambre quand il le souhaite et peut également faire la sieste.

Dans chacune des unités, le principe est le libre accès au tabac. Le patient peut, sauf à de rares exceptions, garder son briquet. Il est prévu, dans un proche avenir, l'installation de briquets électroniques sur les terrasses comme celui déjà en fonctionnement au sein de l'unité G02. Le soir, les terrasses sont fermées vers 22h. Toutefois les soignants, comme dans les unités G05 et G07, se montrent souples et s'adaptent aux demandes de certains patients qui souhaitent aller fumer. Des substituts nicotiniques peuvent être délivrés.

Parfois, quelques patients, dont la consommation de tabac est excessive, sont contraints de venir le chercher dans le bureau des soignants où le stock est conservé dans les petits casiers individuels.

Certains patients préfèrent d'eux-mêmes conserver leur tabac dans le bureau des soignants pour éviter d'être importunés par des personnes qui leur réclament des cigarettes.

Ce sont les soignants qui achètent le tabac pour les patients grâce à l'argent remis par la régie au patient. Le patient en soins libres peut, après autorisation médicale, acheter seul en ville son tabac.

6.4 LES COMMUNICATIONS SONT FACILITEES PAR UN ETABLISSEMENT OUVERT SUR L'EXTERIEUR

Dans toutes les unités, les visites sont autorisées l'après-midi entre 13h et 19 h. La plupart des patients peuvent recevoir des visites, les restrictions à ces visites interviennent généralement dans les premiers jours de l'hospitalisation. Sur le site de Sainte-Geneviève-des-Bois et dans chaque unité, une vingtaine de patients sur vingt-cinq pouvaient recevoir de la visite. A Etampes, sur trente patients, vingt-deux ou vingt-quatre en avaient l'autorisation.

Un salon de visite se trouve à l'entrée de chaque unité du site de Sainte-Geneviève-des-Bois. La plupart du temps les patients se rendent dans le parc ou à la cafétéria avec leurs visiteurs. Pour les enfants, des aménagements sont organisés pour permettre le maintien du lien, en fonction de leur âge. Ils ne sont pas autorisés dans les unités d'hospitalisation sauf dans le salon famille. Avant la crise sanitaire les familles étaient autorisées à entrer dans les espaces communs, dorénavant ce n'est plus le cas.

Le courrier arrivant et partant est rare et peu contrôlé. Les patients remettent le courrier aux soignants qui éventuellement fournissent le timbre. Les patients pouvant sortir librement le poste dans la boîte aux lettres de l'établissement ou à l'extérieur quand ils ont l'autorisation de sortir au-delà du parc. Seuls les colis sont ouverts devant les soignants.

L'utilisation du téléphone personnel des patients ainsi que l'utilisation du téléphone fixe des unités facilitent les relations des patients avec leurs proches. Les restrictions d'accès au téléphone portable sont fondées sur des considérations cliniques. Le téléphone fixe est accessible dans une cabine fermée dans quelques unités, ce qui permet de préserver la confidentialité des communications. Les équipes soignantes peuvent également recevoir des appels sur le téléphone sans fil de l'unité qui peut être remis au patient, ou permettre de faire le lien avec un appel en cabine.



Cabine dans une unité

Il n'y a pas d'accès direct au Wifi de l'hôpital, mais certaines unités ont une tablette reliée au wifi sécurisé de l'hôpital, mais pas dans tous les services. L'utilisation de la tablette se fait en présence d'un soignant dans le poste central infirmier. Les patients sont autorisés à conserver leur ordinateur ou leur tablette.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Le Wifi à destination des patients a été installé dans les unités de soins en 2021. Une sensibilisation des professionnels et un affichage des modalités d'accès libre à destination des patients sera réalisé dans les unités de soins. »

Des journaux sont livrés par abonnement (GEO, presse régionale, magazine TV) dans certaines unités mais la pratique n'est pas uniforme.

6.5 L'ACCES AU VOTE EST FACILITE

Dans toutes les unités, les patients ont pu participer aux élections présidentielles ou législatives soit par procuration, soit en se déplaçant dans les bureaux de vote limitrophes.

Il semble que la procuration soit favorisée, notamment sur le site d'Etampes, la gendarmerie se trouvant à quelques centaines de mètres ; des gendarmes sont venus, aux dernières élections présidentielles, afin de faire signer lesdites procurations. Un livret « *connaître ses droits et le fonctionnement d'un bureau de vote* » a été édité pour les élections présidentielles d'avril 2022.

Un atelier a été organisé par le centre social pour montrer aux patients comment voter, dans un bureau de vote fictif.

Dans les unités G01, G02 et G09 notamment, le livret (sous forme de pictogrammes et de narratif) explicatif des modalités de vote pour les élections présidentielles était affiché dans les entrées des bâtiments.

Nous n'avons obtenu aucune information sur le nombre de patients qui seraient allés voter aux dernières élections ni sur le nombre de procurations réalisées.

6.6 L'ACCES AUX CULTES

L'information relative à l'accès aux cultes n'est pas la même dans toutes les unités. Ainsi, dans certaines (G01, G02 et G09 par exemple), une affiche informe du droit d'avoir accès aux cultes du choix des patients et indique les noms et coordonnées des représentants du culte que chacun peut appeler.

Les aumôniers peuvent venir dans les unités sur demande. En outre, un pasteur est présent (à mi-temps) sur site (son bureau se trouve sur le site d'Etampes) et des célébrations se tiennent dans la chapelle du CH sur le site d'Etampes. Il officie pour le culte catholique également. À titre d'exemple, une cérémonie était prévue le 8 juin après-midi pour célébrer la Pentecôte à la chapelle d'Etampes. Les autres cultes n'ont pas de représentants dans l'établissement.

6.7 LA VIE SEXUELLE DES PATIENTS NE DONNE PAS LIEU A UNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

Dans le règlement intérieur, il est spécifié : « *pour prévenir les risques de vol, les patients hospitalisés ne sont pas autorisés à pénétrer dans les chambres des autres usagers sans leur accord* » et « *tout moment passé avec un autre patient doit se faire avec l'accord de celui-ci de son plein gré* ».

Dans le livret d'accueil, au chapitre « visites », il est noté : « *n'hésitez pas à vous rendre avec vos proches à la cafeteria du site, à l'extérieur de votre service ou à profiter du sentier nature du vaste parc de l'hôpital* ».

Malgré ces consignes, les soignants rencontrés ont signalé qu'en général, les rencontres se font plutôt dans la salle d'accueil de chaque unité, à la cafétéria du site ou à l'extérieur.

La famille ou les proches ne sont pas autorisés à pénétrer dans une chambre de l'unité. Cela entrave tout rapprochement physique plus personnel et empêche les relations sexuelles dans les chambres.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Il est bien possible à la famille ou un proche d'un patient de pénétrer dans la chambre d'hospitalisation, avec une autorisation évaluée par un médecin, comme l'indique le règlement intérieur à l'article 57 :

« Article 57- L'organisation des visites : Dans chaque service, [...] Sauf autorisation exceptionnelle, les visiteurs n'ont pas accès aux chambres mais une salle est à la disposition des familles dans chaque unité d'hospitalisation. »

Les contrôleurs précisent que le fait que la famille ou les proches ne puissent entrer dans la chambre du patient est une pratique rapportée par les soignants.

Lors d'un rapprochement constaté entre deux patients, se pose toujours la question de l'évaluation du consentement. Dans certaines unités, le sujet peut être débattu lors des transmissions et la possibilité d'un entretien avec le médecin peut être évoquée. L'argument est alors de faire prévaloir l'idée qu'on n'est pas dans un lieu de vie mais dans un lieu de soins et que des permissions de sortie peuvent être envisagées.

Dans d'autres cas, les soignants sont extrêmement vigilants sur des comportements de prédateurs qui peuvent agir hors des unités.

Des informations dans les unités concernant les maladies sexuellement transmissibles et la contraception sont affichées. Des préservatifs sont mis à disposition à la demande.

En fait, il n'y a pas de réflexion institutionnelle sur ce sujet et les soignants sont souvent laissés seuls avec leurs propres réflexions.

RECO PRISE EN COMPTE 8

Une réflexion institutionnelle doit être menée sur le sujet de la sexualité des patients, celle-ci constituant une liberté à encadrer.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Déjà réactualisé en 2019, le droit à la sexualité fera l'objet d'une nouvelle réflexion médico soignante avec l'apport des représentants des usagers en 2022, pour permettre aux patients l'accès à la sexualité tout en encadrant les risques associés. En parallèle, le sujet sera soumis à l'Espace de Réflexion Ethique dont les conclusions seront intégrées à la réflexion institutionnelle. Un atelier dédié à la sexualité sera initié lors des journées de sensibilisation droits des patients 2022 dans la cadre des vingt ans de la loi Kouchner, conformément au plan d'action de la Commission des Usagers 2022. »*

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

7. L'ISOLEMENT ET LA CONTENTION

7.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT DE CONCEPTION PROPICE A L'APAISEMENT

Chacune des unités de soins (cinq sur le site nord et quatre sur le site sud) ainsi que l'UHPA sont dotées d'une chambre d'isolement. Il s'agit d'un espace vaste et lumineux. Un sas permet aux soignants d'entrer et d'observer, par un fenestron équipé d'un store, l'intérieur de la chambre.

Sur le site de Sainte-Geneviève-des-Bois, les chambres d'isolement sont toutes identiques. Le lit est fait d'un matelas en mousse surélevé par un oreiller amovible (triangle en mousse). Un bouton d'appel d'urgence est présent sur le mur et le patient peut allumer ou éteindre seul la lumière. Une couverture de sécurité (indéchirable) recouvre le lit. Dans cette chambre se trouve un muret constituant une cloison masquant le siège des toilettes en inox dépourvu de lunette. Une pendule à affichage digital portant mention de l'heure, du jour de la semaine et de la date est visible par le patient depuis la chambre. Cette pièce dessert un autre espace à vivre comportant une douche à l'italienne et un lavabo en inox où le patient peut faire sa toilette, masqué de la vue des soignants. Dans l'unité G02 l'oculus, qui permettait de voir le patient prendre sa douche, a été équipé d'un panneau en bois inamovible.



Chambre d'isolement du site Nord

Une table et un pouf en mousse équipent la pièce, ce qui permet au patient d'y prendre ses repas. Deux petits poufs en mousse sont situés dans le sas des soignants mais pourraient meubler la chambre du patient afin de permettre aux soignants de s'asseoir lors des entretiens.

Une vaste terrasse est aménagée pour que le patient isolé puisse s'y promener et fumer.

Sur le site d'Etampes, les CI sont moins favorables à l'isolement par l'absence de patio propre sauf pour G02 et par l'accès direct du salon sur le couloir de l'unité (cf. photo page 42). Les patients peuvent cependant sortir aux alentours accompagnés des soignants.

Dans chaque unité de soins, quatre chambres sont situées dans une zone fermable proche de la chambre d'isolement. Les quatre chambres également fermables peuvent permettre d'isoler des patients (cf. § 7.2).

7.2 CERTAINES PRATIQUES LIEES A L'ISOLEMENT DES PATIENTS SONT INDIGNES

7.2.1 La politique menée

L'établissement aborde la problématique du recours à l'isolement et à la contention dans son projet d'établissement, principalement à travers le projet architectural et via des mesures préventives comme l'éducation thérapeutique du patient et la formation des soignants.

Un rapport annuel « *relatif aux pratiques d'isolement et de contention* » est présenté devant la commission médicale d'établissement (CME) et le conseil de surveillance. Le rapport 2021 rappelle le cadre juridique et la politique architecturale qui a été mise en place vis-à-vis des chambres d'isolement. Il évoque la prévention des crises via la limitation des restrictions de liberté, la fermeture autonome des chambres. Le rapport évoque cependant « *l'équipe renfort formée à la gestion des patients agités* » (cf. infra). Le rapport indique les améliorations portées au mobilier comme les poufs, la modification des matelas et surtout la mise en œuvre depuis janvier 2022, de la salle « *time out* » en alternative à l'isolement dans l'unité des adolescents (cf. infra).

Ce rapport indique que 274 patients ont eu au moins une phase d'isolement en 2021, sur 992 patients admis en SSC, et 310 en 2020 sur 850 patients admis en SSC. 202 mesures ont débuté hors espace dédié en 2021, 68 en 2020. La contention a concerné 16 patients en 2021 et 9 en 2020, pour une durée maximale de 18 heures. Les données chiffrées sont détaillées au § 7.3.

Enfin, le rapport mentionne le lancement des directives anticipées en psychiatrie (cf. § 6.4).

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH précise :

« L'intégration de cette culture est portée au sein même des services par les médecins et équipes soignantes par mentorat, l'accompagnement et la prise de poste au sein du collectif de l'équipe. Cela incarne la culture de bientraitance ancrée dans les valeurs de l'établissement. »

« L'établissement privilégie toujours les méthodes de désescalade de la violence au profit de l'utilisation des contentions. Cela est rapporté au sein du rapport relatif aux mesures d'isolement et de contention qui constate chaque année un nombre et une durée constamment très faibles. Cette pratique exemplaire s'est maintenue depuis le rapport du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté 2009, malgré le renouvellement générationnel des équipes. »

7.2.2 Les pratiques

Les mesures d'isolement et de contention sont informatisées et les médecins valident l'onglet « *isolement contention* » du logiciel Cariatides au sein duquel sont horodatées les différentes décisions. Toutes les données nécessaires à l'élaboration du registre sont renseignées, que ce soient le mode légal d'hospitalisation, les heures de décisions, l'indication de l'isolement, la surveillance, le nom du médecin.

Un protocole daté de 2016 est à disposition des soignants sur l'intranet et s'intitule « *procédure de mise en chambre de soins intensifs* ». Il évoque la « *prescription* » de la chambre d'isolement » (et non la décision) et la mise en pyjama systématique. Les unités G05 et G07 ont ces protocoles en version papier dans un classeur à disposition des soignants.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique que la procédure a été mise à jour le 30 septembre 2022, avec remplacement du terme prescription de la CI par décision.

Une procédure a été récemment mise en place, relative à la saisine systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) dans la cadre des mesures d'isolement et de contention (cf. 8).

Depuis 2019, une formation à la désescalade de la violence a été initiée et huit soignants y ont participé ; depuis 2020, 28 heures de formation Omega sont proposées. Certains soignants ne se disent pas satisfaits de cette formation. Des actions de développement personnel continu (DPC) sont initiées en partenariat avec le programme Quality-Rights du CCOMS sur les pratiques d'isolement et de contention.

Concernant les mineurs, la conception et mise en œuvre d'une salle d'apaisement toute équipée utilisée en alternative à l'isolement lors des moments de tension fait l'objet, depuis janvier 2022, d'un programme de recherche en soins intitulé : « *évaluation du bénéfice de l'utilisation d'un espace d'apaisement personnalisable (ESCAPE) dans la gestion de la crise chez l'adolescent* » ce projet concerne des adolescents de 13 à 17 ans hospitalisés au sein de l'UHPA qui auront accès aux séances « *escap'* » en plus des soins usuels.



Espace d'apaisement



Cl mineurs

La pièce dispose de multiples outils hypo sensoriels (murs capitonnés, matelas sur eau, cible de frappe avec gants de boxe, musiques, jeux de lumières) ; elle n'est pas fermée à clef et les séances sont toujours animées par un soignant. L'analyse du registre 2022 montre un effet sur les pratiques d'isolement, même s'il est encore insuffisant (cf. § 7.3). Les soignants rapportent que cet espace a permis un désamorçage de l'escalade de l'agressivité, la réduction d'épisodes d'angoisse, la possibilité de réduire la prescription médicamenteuse, l'amélioration de la confiance et de l'adhésion du jeune patient et de sa famille aux soins et la réduction du recours à la chambre d'isolement.

BONNE PRATIQUE 1

Un espace d'apaisement pertinemment équipé permet une alternative à l'isolement pour les mineurs.

Une chambre d'isolement est également présente au sein de l'UHPA. Elle dispose d'un matelas mousse avec le triangle de réhausse, d'un bouton d'appel. Le patient peut aller lui-même aux toilettes puisque les WC en inox se trouvent dans un petit renforcement à droite du lit sans porte et préservant l'intimité. La surveillance est prescrite toutes les demi-heures. Les repas peuvent se prendre dans le sas en présence de deux soignants sur la petite table. Une horloge numérique est visible du lit. La chambre d'hospitalisation est toujours conservée pour que le mineur puisse y retourner. Aucune contention n'est utilisée (cf. recommandation du § 7.3.)

7.2.3 Les conditions de prise en charge

Dans la pratique constatée, les alternatives à l'isolement sont, chez les adultes, peu recherchées et tracées dans le dossier médical. Les chambres d'isolement ne sont pas utilisées en chambre hospitalière et la chambre du patient est très souvent conservée même si des exceptions sont rapportées d'admission de patients en CI alors qu'aucune chambre n'est disponible. En revanche, de nombreuses chambres d'hospitalisations (quatre par zone fermable) sont fréquemment transformées en CI, ces isolements étant alors mentionnés comme « hors espace dédié ».

Dans toutes les chambres sauf trois et celle des adolescents, le patient peut fumer dans un petit patio attenant à la CI et directement accessible depuis la chambre, avec un soignant si nécessaire (cf. § 7.1). Le pyjama est obligatoire en isolement sans individualisation de la mesure ce qui devra être corrigé.

Le repas est pris dans une pièce attenante à la chambre sur une table avec une chaise, en présence des soignants. Le patient peut avoir accès à des livres ou à la radio s'il le souhaite. Les patients ont accès au bouton d'appel sauf lors des phases de contention.

Le médecin somaticien vient examiner les personnes en isolement.

La sortie de la chambre d'isolement est souvent réalisée sous un mode séquentiel (repas, sortie extérieure, tabac) avant la sortie définitive. Ces sorties séquentielles sont cependant, pour certains patients qui en bénéficiaient au moment du contrôle, prolongées sur plusieurs jours.

Les médecins se déplacent pendant la garde (nuit et week-end) pour valider ou non les renouvellements de placement en chambre d'isolement et voir physiquement les patients.

Enfin, les personnes enfermées, en chambre normale ou d'isolement, ne sont pas signalées en temps réel au service d'incendie de l'établissement sauf dans quelques services.

RECO PRISE EN COMPTE 9

Les personnes enfermées ou attachées doivent être signalées en temps réel aux services de l'établissement en charge de la sécurité incendie.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « L'équipe en charge de la sécurité incendie aura accès à la localisation des patients en isolement en temps réel, grâce à un accès dédié sous le logiciel dossier patient. Cet accès sera limité à la seule présence des patients et aucune donnée médicale ne sera accessible. Le profil et l'habilitation dans le logiciel dossier patient seront validés en Commission Médicale d'Etablissement en octobre 2022. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

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

Au moment du contrôle, Il y avait neuf patients en chambre d'isolement (toutes les CI adulte) et d'autres en isolement en chambre du secteur fermé et aucune contention.

Il n'a pas été possible de vérifier le statut (isolement ou non isolement) de tous les patients tantôt en zone fermée mais chambre ouverte, tantôt en zone fermable mais ouverte avec chambre fermée. Dans six unités de soins, les quatre chambres dites fermables sont équipées et meublées de la même manière que les chambres d'hospitalisation mais la porte de la chambre est équipée d'un fenestron qui ne peut s'ouvrir qu'avec l'aide d'une clef dont seuls les soignants sont détenteurs. Toutes les

chambres fermables sont équipées de lavabos, toilettes et douches en faïence, sauf pour l'un de ces services (le G02) dont les toilettes et les lavabos sont eux en inox.

Les recommandations de la haute autorité de santé (HAS) ne prévoient pas l'existence de chambres d'hospitalisation pouvant être transformées en chambre d'isolement et toute chambre fermée à clef devient une chambre d'isolement. L'établissement devra donc clarifier le statut de ces chambres, une CI constituant un outil de sécurité et non une chambre hospitalière.



Terrasse accessible aux personnes en CI



Fenestron d'une chambre fermable

RECOMMANDATION 8

L'existence de zones fermables doit être réinterrogée à la lumière des besoins et objectifs en termes des gestions des crises au sein d'un projet médico-soignant à élaborer. Les chambres d'isolement ne peuvent pas être des chambres d'hospitalisation.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « La réflexion sur l'usage de zones fermables est intégrée dans l'élaboration en cours du projet d'établissement 2023-2028 (intégrant le projet médico-soignant et le programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers) et fera l'objet dans ce cadre d'une réflexion pluri professionnelle.

Il faut préciser que ces zones fermables (pour six des neuf services d'hospitalisation) regroupent chacune quatre chambres d'hospitalisation standard. Leurs seules spécificités sont d'être proches du poste de soins et de disposer d'un oculus (occultation mobile, ouvrable par les seuls soignants avec une clé) pour faciliter une surveillance rapprochée du patient. Si une porte de communication entre la zone de ces quatre chambres d'hospitalisation et le reste du service peut théoriquement être fermée sur décision médicale, en pratique, cela est rarement le cas. Dans tous les cas, la zone où sont situées ces chambres dispose d'un espace extérieur et d'un mini-salon (avec télévision pour le service le plus récent). Elles sont utilisées notamment dans les situations de risque suicidaire, de surveillance somatique, de soins d'hygiène très fréquents, de mobilité réduite, etc. S'il peut arriver que l'une de ces chambres soit fermée sur décision médicale, un isolement hors espace dédié est alors tracé dans le dossier du patient et le registre d'isolement, dans le respect de la réglementation. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

Ces chambres fermables n'ont pas d'existence juridique dans la mesure où il s'agit de chambres d'hospitalisation, éventuellement avec moins de mobilier. Le faible niveau des effectifs soignants ne permet pas de déporter un certain nombre de ceux-ci d'un côté fermé de l'unité (cf. § 7.1).

RECOMMANDATION 9

L'établissement ne doit pratiquer, en dernier recours, l'isolement des patients, qu'en chambre d'isolement spécifique et destinée à ces moments de crise, et lui conserver sa chambre d'hospitalisation.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *A la différence des chambres d'isolement dédiées, qui elles ne sont pas comptabilisées comme chambres d'hospitalisation, les chambres d'hospitalisation standard (qu'elles soient situées dans la zone fermable ou ailleurs), dans le cas où elles seraient fermées sur décision médicale, sont utilisées pour effectuer un isolement hors espace dédié. Depuis plusieurs années, l'établissement analyse et travaille à réduire l'usage de l'isolement hors espace dédié, rendu parfois nécessaire pour garantir la sécurité des patients pris en charge. La traçabilité et la visibilité de ces isolements hors espace dédié, conformément à l'obligation réglementaire, permet de suivre et de faire évoluer les pratiques, et sera renforcé dans le cadre du prochain plan annuel de réduction de l'isolement voté en Commission Médicale d'Etablissement notamment.*

Si une admission doit se faire directement sur une chambre d'isolement dédiée, après évaluation et échange entre médecin adresseur et médecin du service accueillant, une chambre d'hospitalisation standard est bien réservée pour le patient. »

Enfin, les contrôleurs estiment indigne la présence des agents de sécurité dans les CI et dans les couloirs du service, en prévention des violences des patients isolés lors de l'ouverture de la porte, d'autant que cette présence dans les lieux de soins n'est pas décidée par le médecin, ni inscrite dans le dossier médical. Les contrôleurs ont, à de nombreuses reprises, constaté la présence de trois agents de sécurité et deux ou trois soignants, autour d'un patient calme et non en crise. Le comité d'éthique devra s'emparer de cette question ; le CGLPL recommande que les agents de sécurité ne soient présents dans les lieux de soins qu'en cas de déclenchement des dispositifs d'alerte ou exceptionnellement sur décision médicale pour une situation manifestement à risque.

RECOMMANDATION 10

Les agents de sécurité ne peuvent être présents dans les lieux de soins que sur déclenchement ou signalement d'une alarme ou d'une violence ingérable par les soignants.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *La décision médicale d'isolement d'un patient intégrera la demande éventuelle d'intervention du service renfort-sécurité en cas de risque manifeste. La traçabilité des interventions du service renfort-sécurité sera intégrée dans le dossier du patient. Cette modalité sera validée à la Commission Médicale d'Etablissement en octobre 2022. Une formation « in situ » co-animée par des infirmiers et un agent du service renfort-sécurité visera à homogénéiser les pratiques, et découpler la finesse de la synergie entre ces deux métiers. De façon complémentaire, un groupe de travail médico-soignant sur la répartition des crédits dédiés à la réduction de l'isolement a prévu la création d'un pool d'éducateurs mobiles en cours de recrutement, qui pourra intervenir en lien avec les services de soin sur les situations d'isolement (tant en prévention et désescalade qu'en suivi de situation d'isolement).*

Enfin, la procédure d'intervention de l'équipe renfort-sécurité dans un service de soin est en cours de réadaptation pour que la présence de celle-ci soit la plus discrète possible (pas d'attente dans les

couloirs...). Cette réadaptation de procédure nécessite de réajuster ces modalités d'interventions à l'infrastructure de chaque service. Ce protocole sera formalisé.

L'Espace de Réflexion Ethique sera également sollicité à ce sujet et ses conclusions seront utiles à la réadaptation du protocole.

Pour mémoire, l'équipe renfort-sécurité est sous la responsabilité de la direction des soins, et elle est composée de personnels ayant souvent des profils de pompiers volontaires et spécifiquement formés (initiation aux pathologies de la psychiatrie, prévention de la violence notamment). Si ces agents ne peuvent intervenir en première intention ou à la place d'un soignant, ils interviennent en soutien du soignant et sous leur autorité. Pour les soignants, leur présence dans les situations à risque est un élément rassurant participant à la désescalade. En effet, ce climat sécurisant pour les soignants leur permet de concentrer leur effort immédiat sur la médiation et négociation propres aux méthodologies de désescalade sans devoir immédiatement assurer leur propre sécurité. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.



Patients attendant de pouvoir regagner leur chambre, devant la CI porte ouverte dans laquelle déjeune une patiente en présence de trois agents de sécurité.



Patient pouvant déambuler seul dans le patio de la CI

Exemples d'événements signalés :

Avril 2022 : les trois patients en protocole d'isolement n'ont pas été vus par le médecin pour le renouvellement de leur protocole.

Mai 2022 : affectation imposée par le SAO d'un patient en CI alors que celle-ci est occupée.

Février 2022 : l'unité GXX fait mention de l'admission nécessaire d'un SPDRE à 23H50 en CI ce qui a contraint les soignants de sortir le patient qui s'y trouvait et y dormait profondément et qui a été transféré en unité Covid. Il est prévu une revue mortalité morbidité (RMM).

Mars et avril 2022 : signalement des admissions de patients non Covid en unité Covid.

7.3 LE REGISTRE N'EST PAS REGULIEREMENT ANALYSE PAR LES SOIGNANTS ET LA PRATIQUE D'ISOLEMENT DE MINEURS EXCESSIVE

Aucune analyse médicale du registre par unité n'était faite au moment du contrôle ; seule une extraction annuelle, permettant l'élaboration du rapport annuel, était réalisée (cf. § 7.2).

Les contrôleurs ont sollicité la réalisation d'une analyse du registre d'isolement et de contention sur l'année 2021 et ont obtenu les données suivantes :

	File active tout patient	Nb de patients placés en isolement	% de la file active isolés	Nb de mesures	Nb de mesures prises sur patient initialement en soins libres	Durée moyenne des mesures (en h)	Nb de mesures d'iso. supérieurs à 72heures	Nb de patients ayant au moins une mesure de contentio n associée	% des patients isolés contenus	% de la file active contenue	Nb de mesures de contentio n	Durée moyenne des contentio ns (en heures)
G01	500	44	8,8	107	5	203		2	4,5	0,4	2	3
G02	339	33	9,7	47	1	374		0	0	0	0	
G03	394	44	11,2	65	9	157		2	4,5	0,5	2	3
G04	411	50	12,2	72	9	120		0	0	0	0	
G05	321	46	14,3	82	4	122		3	6,5	0,9	3	6
G06	279	45	16,1	48	6	109		2	4,4	0,7	2	10
G07	426	44	10,3	70	7	191		2	4,5	0,5	2	12
G08	444	53	11,9	65	2	99		2	3,8	0,4	2	3
G09	398	42	10,6	52	3	160		2	4,8	0,5	2	3
UHPA	71	20	28,2	45	32	60		1	5	1,4	1	3,2
CH	2533	430	17	665	49	155 (6,5 j)		16	3,7	0,6	16	5,4 h

Des isolements au sein de l'unité « Covid » ont concerné 9 patients non-Covid sur une file active de 47 patients et 0 contenus. Ces patients ont été ajoutés au total du CH. Les différences entre le total des files actives par service et la file active totale s'expliquent par les forts mouvements de patients entre unités, après l'admission, certains patients étant alors comptabilisés dans plusieurs unités.

L'étude du registre détaillé par unité de 2022 montre que certaines mesures sont scindées en deux par le logiciel (lors de quelques minutes de décalage entre la fin de la mesure antérieure et son renouvellement), ce qui augmente artificiellement le nombre de mesures mais diminue leurs durées ; cela ne modifie pas le nombre de patients ayant au moins une phase d'isolement et ne concerne que quelques mesures dans quelques unités.

L'analyse du registre, faite par les contrôleurs, montre ainsi des pratiques sensiblement proches dans l'ensemble des unités, avec la difficulté de ces mouvements importants de patients d'un service à l'autre pour l'utilisation des CI. **17% des patients admis au sein de l'établissement ont ainsi eu au moins une phase d'isolement**, ce qui est légèrement moindre que la moyenne des établissements contrôlés (rapport annuel CGLPL 2021), mais reste élevé, les contrôleurs ayant par ailleurs rencontré de nombreux patients en CI qui n'étaient ni en situation de crise, ni en phase de violence.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « L'établissement après analyse médicale ne partage pas l'idée que « de nombreux patients en CI n'étaient pas en situation de crise ni en phase de violence ». En effet, les mesures d'isolement sont réévaluées régulièrement par les médecins afin de s'assurer qu'elles restent proportionnées et justifiées au regard de l'état de santé du patient, et sont levées dans le cas contraire pour veiller à ce qu'elles restent bien des mesures de dernier recours. Les dossiers des patients en mesure d'isolement au moment du contrôle du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté ont fait l'objet d'une analyse médicale a posteriori par des médecins psychiatres extérieurs au service.

Il apparaît ainsi que chacune de ces mesures d'isolement était adaptée à la situation médicale des patients au moment de la visite, avec un danger très important et imminent, avec pour certains un caractère imprévisible sur une courte période, risque grave pour l'intégrité du patient (passages à l'acte suicidaire impulsifs, agitation psychomotrice, discordance idéo-affective avec imprévisibilité, impossibilité à contrôler la désinhibition...).

Des alternatives ont bien été recherchées en amont dans chacun des cas, sans succès, certaines se soldant par des mutilations et blessures des patients, ou encore des agressions sur les professionnels. La plupart de ces mesures ont été courtes et été travaillées avec les patients, avec des ouvertures progressives et régulières jusqu'à la levée de ces mesures. Il est important de noter que toutes les mesures d'isolements sont contrôlées par le Juge des Libertés et de la Détention (dès 48 heures après le début de l'isolement, puis régulièrement), avec une levée ces mesures si la motivation est insuffisante, ce qui permet constamment de réinterroger les pratiques. »

Les contrôleurs maintiennent leur avis et peuvent donner, pour simple exemple, l'enfermement d'un patient calme et ayant eu un discours très cohérent avec deux contrôleurs rencontrés le jour de la restitution, placé en CI la veille après s'être rendu dans un magasin proche pour acheter de la bière.

11,4 % des patients ont été isolés en soins libres et 20% des adultes n'ont pas été régularisés en SSC après 24 heures selon le registre, ce qu'il faudra interroger (cela concerne 9 patients en 2021).

L'utilisation de la contention est très faible puisque **0,6 % des patients admis dans les services contrôlés ont eu une phase de contention**, d'une durée de 3 à 12 heures (moyenne de 5,4 heures).

L'analyse des isolements des mineurs montre des chiffres très élevés : 28 % des mineurs admis à l'UHPA ont une phase d'isolement en 2021. La durée moyenne (2021) est de 60 heures (soit deux jours et demi) mais ces durées sont artificiellement augmentées par les oublis de clôture d'isolement sur Cariatides. Les contrôleurs ont pris note de la mise en place d'une mesure alternative à l'isolement par l'utilisation d'une pièce d'apaisement remarquablement équipée depuis janvier 2022 dite « time out » (cf. 7.2). L'analyse des chiffres de 2022 montre que la durée moyenne d'isolement est désormais de 12 heures, et que sur 80 enfants admis en 2022, 13 ont eu une phase d'isolement soit 16%, ce qui est encore très élevé sachant que le CGLPL recommande l'abstention de tout isolement et contention chez les mineurs.

RECOMMANDATION 11

L'isolement et la contention de mineurs doivent être limités à des circonstances exceptionnelles.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Conformément au plan annuel de réduction de l'isolement, l'établissement est très mobilisé pour limiter l'isolement

des mineurs à des circonstances exceptionnelles, les contentions, déjà exceptionnelles pour les adultes à l'EPS Barthélemy Durand, n'étant quant à elles pas mises en œuvre pour les mineurs.

Il faut préciser que l'UHPA, unité qui accueille les mineurs hospitalisés, est une unité de crise départementale pour adolescents de 10 lits, les seuls de crise sur le département. Elle accueille, tout particulièrement depuis la crise COVID et le climat anxigène au niveau international qui ont déstabilisé les adolescents, une quasi-totalité (95%) de mineurs dans le cadre d'un risque suicidaire majeur et complexe. Comme souligné par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, l'établissement est très investi dans la recherche d'alternative à l'isolement, avec notamment l'installation en septembre 2021 d'une chambre d'apaisement multi-sensorielle « Time Out », qui a d'ores et déjà démontré son impact sur la réduction de l'isolement des mineurs. Cet espace d'apaisement a fait l'objet d'une recherche paramédicale intitulée « ESCAP' UHPA » dont l'objectif est « l'évaluation du bénéfice de l'utilisation d'un espace d'apaisement personnalisable dans la gestion de la crise chez l'adolescent ». Cette recherche qui débutera au premier trimestre 2023 est financée par le GIRCI IDF (appel à projet APRESO 2022). Elle s'attachera à objectiver statistiquement la réduction de la mise en Chambre de Soins Intensifs des mineurs sur l'UHPA. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

La pratique de l'isolement a fait l'objet de formations, principalement sur la prévention des violences et le cadre légal de l'isolement et d'un suivi par les instances ; il est dommage que le registre n'ait pas été utilisé lors de ces réflexions puisqu'il n'a jamais été diffusé et débattu, tous les trois à six mois, au sein de chaque service, de manière pluridisciplinaire.

RECOMMANDATION 12

Le registre de l'isolement et de la contention doit faire l'objet d'une analyse et d'un débat pluridisciplinaire tous les trois mois au sein de chaque service.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement et la coordinatrice générale des soins en feront une communication en octobre 2022 pour établir que ce temps d'échange puisse se faire dans chaque unité de soins.*

Des évaluations de pratiques sont d'ores et déjà menées sur des situations de patients en chambre d'isolement (patient traceur, parcours traceur ou Revue de Mortalité Morbidité, conformément au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers, le programme de la CDU 2020 ainsi que le rapport relatif aux mesures d'isolement annuel depuis 2018) mobilisant l'équipe pluridisciplinaire et médecins ainsi que soignants experts. De plus, en complément du bilan annuel, le registre d'isolement est présenté tous les trois mois en Commission Médicale d'Etablissement, où sont présents tous les médecins responsables de service (avec différenciation par service), ce qui doit pouvoir leur permettre de le partager au sein de leur service en équipe pluridisciplinaire. L'EPS Barthélemy Durand souhaite institutionnaliser cette pratique. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

8. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

8.1 LA CDSP N'ASSURE PAS SES MISSIONS DE MANIERE EFFECTIVE

Depuis 2019, la commission départementale des soins psychiatriques sans consentement (CDSP) n'organise plus de visite d'établissement, justifiant cela par la crise sanitaire. Cependant, lors de la visite du CGLPL au pôle de psychiatrie du centre hospitalier sud francilien au mois de mai 2021⁴, la CDSP avait annoncé une reprise des visites au mois de juin 2021.

Néanmoins, aucune visite n'a été organisée. Le CHS a juste été invité à transmettre à la commission cinq dossiers de patients de son choix pour les examiner. Par ailleurs, elle ne contrôle plus le registre de la loi depuis 2019 (cf. § 8.3). En revanche, la commission examine les requêtes et réclamations qui lui sont adressées.

RECOMMANDATION 13

La commission départementale de soins psychiatriques doit exercer la plénitude de ses compétences et notamment, assurer au moins deux visites annuelles des établissements et procéder à l'ensemble des examens de situations prévues par le code de la santé publique. Les dossiers examinés par la commission ne doivent pas être choisis par l'établissement contrôlé.

8.2 LES REPRESENTANTS DES USAGERS SONT IMPLIQUES DANS LES INSTANCES DE L'ETABLISSEMENT

Les contrôleurs ont pu assister à la commission des usagers (CDU) du 3 juin, présidée par le directeur adjoint. Ils ont pu s'entretenir avec la vice-présidente de la CDU représentante de l'union nationale des amis et familles des personnes malades et ou handicapées psychiques (Unafam), également membre du conseil de surveillance.

Les représentants des usagers sont impliqués dans les instances du CH (comité de pilotage PTSM, conseil de surveillance etc.) et les relations avec la direction sont aisées.

Les échanges lors de la CDU qui se réunit quatre fois par an, sont libres. Les représentants des usagers ont par exemple regretté l'interdiction faite aux familles, depuis le début de la crise sanitaire, de se rendre dans les parties communes des unités.

Les rapports d'activités de la CDU transmis aux contrôleurs sont particulièrement étayés. A l'occasion de chacune de ces réunions, sont notamment traités les sujets suivants : les plaintes orales ou écrites, les événements indésirables graves, le projet des usagers, les dossiers contentieux, le questionnaire de satisfaction, ainsi que des questions diverses, telle que la COVID, l'isolement et la contention, l'accès au dossier médical.

Les membres de la CDU sont informés, données chiffrées et comparatives à l'appui, des évolutions de l'activité du CH – notamment les données chiffrées sur les files actives et les statuts, sur les mesures d'isolement et de contention, les thèmes récurrents des EI. Les réclamations et les plaintes font l'objet d'un examen attentif.

Une attention particulière est portée sur l'accès aux dossiers médicaux dont les copies sont gratuites et sur le bilan des questionnaires de satisfaction. Ainsi en 2021, le taux de retour des questionnaires

⁴ <https://www.cglpl.fr/2022/rapport-de-visite-du-pole-de-psychiatrie-du-centre-hospitalier-sud-francilien-de-corbeil-essonne-essonne/>

est de 39% avec 93% de patients se déclarant satisfaits. Afin d'améliorer le taux de réponse, un projet de tablette numérique pour remplir les questionnaires a été évoqué avec une explication du fonctionnement de l'outil informatique par un soignant.

8.3 LE REGISTRE DE LA LOI, BIEN TENU, EST EN COURS DE DEMATERIALISATION

Des livres sont tenus par le service des admissions, d'un côté pour les soins à la demande du directeur de l'établissement (SDDE) et de l'autre, pour les soins sur décision du représentant de l'Etat (SDRE). Deux agents ont la charge de la tenue des registres. Ils tenaient jusqu'à la numérisation qui vient de débiter, un échéancier sur tableau Excel.

Les supports utilisés sont les mêmes : des registres cartonnés format A2 au sein desquels à chaque feuillet correspond un patient. Les différents documents sont collés après avoir été réduits par une photocopieuse. Les patients apparaissent donc avec un numéro de registre dans l'ordre chronologique de leur arrivée. Lorsque les deux pages pleines consacrées à un seul et même patient sont totalement remplies, la suite des documents apparaît sur le livre suivant auquel il est renvoyé, ce qui permet au registre initial de respecter l'ordre chronologique d'arrivée.

Le registre est en cours de numérisation via le logiciel *Planipsy* déployé dans l'établissement entre le 10 mai 2022 et le 1^{er} juin 2022.

Les contrôleurs ont examiné le registre des SDRE n° 45 comportant 100 feuillets et n°46 comportant les feuillets 1 à 6 sur 100 ainsi que le registre des SDDE n° 250, comportant 62 feuillets sur 100 et dont la première mesure renseignée date du 6 mai 2022.

Ce dernier registre est perfectible : le mode d'admission en SPI n'est pas toujours inscrit et certains feuillets (38 à 40) ne contiennent que l'identité du patient sur la page de garde sans autre précision. De plus, les mesures de protection juridique ne sont pas toujours renseignées ce qui peut être lié à un défaut d'information du service des admissions sur leur existence, surtout lorsqu'elles interviennent pendant l'hospitalisation.

Par ailleurs, les décisions du JLD figurent en leur entier dans les livres ce qui les alourdit alors que le dispositif de la décision suffit (aux termes de l'article L.3212-11 du CSP).

A l'exception des observations précédentes, ils contiennent toutes les mentions prescrites par la loi, sont tenus à jour et sont lisibles.

Il ressort de leur lecture que les certificats médicaux (CM) sont motivés de manière variable en fonction du médecin rédacteur, avec parfois des copier-coller sans actualisation de l'évolution du patient. Ce constat est à mettre en lien avec des décisions du JLD de lever d'hospitalisation, fondées sur le manque d'étayage de certains CM (cf. § 8.1). De plus, certains CM sont signés par les médecins associés et contre signés par le médecin titulaire (cf. § 4.3 et 3.3).

Le dernier registre des SDDE compte vingt-sept SDT, vingt-et-un SPI et quatre SDTU. Sur les vingt-et-un SPI, onze mesures ont été levées avant le 9^{ème} jour, en faveur d'une hospitalisation en SL⁵ pour

⁵ Une levée au 9^{ème} jour, une levée au 8^{ème} jour, deux levées au 7^{ème} jour, deux levées au 5^{ème} jour dont une définitive, une levée au 4^{ème} jour, deux levées au 3^{ème} jour, une levée au 2^{ème} jour et une levée par le JLD car pas de mention de l'existence d'un curateur.

neuf d'entre elles et une levée définitive pour les deux autres. Sur les vingt-sept SDT, huit mesures ont été levées, sept en faveur d'une hospitalisation en SL⁶ et une levée d'hospitalisation sans PDS. De plus, dans les quinze jours de l'hospitalisation, les sorties de courte durée sont autorisées. Les registres ne font pas l'objet de contrôles annuels par la CDSP depuis l'année 2019 (cf. § 8.1). En 2021, un représentant du parquet d'Evry a contrôlé le registre.

8.4 LE CONTROLE PAR LE JLD, DES DECISIONS D'HOSPITALISATION ET DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION, EST EFFICIENT

Le service du JLD du TJ d'Evry, désormais composé de trois JLD – au lieu de deux lors du contrôle du CHSF en mai 2021 – et de quatre greffiers, est compétent pour le contentieux des hospitalisations en soins sans consentement et le contrôle des mesures d'isolement et de contention sur l'ensemble du département de l'Essonne. Il est ainsi compétent pour quatre autres établissements en sus de l'EPSBD.

8.4.1 Le contrôle de la légalité des mesures d'hospitalisation

a) Les modalités d'organisation de l'audience

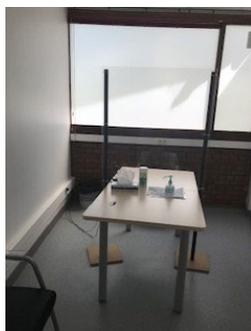
Une convention, signée le 9 décembre 2014, entre l'ARS d'Ile-de-France, la présidente et le procureur du TJ d'Evry, prévoit notamment la mise à disposition par l'EPSBD d'une salle pour les audiences relatives au contentieux de l'hospitalisation sous contrainte qui se déroulent les mardis à 10h.

Pour les mesures de SDDE, les secrétariats de chaque unité adressent au service des admissions les documents qui seront transmis au greffe du service du JLD : la saisine du JLD, les décisions d'admission, les certificats médicaux qui les fondent, un avis motivé de la requête et les notifications des décisions signées par le patient. Pour les patients en SDRE, l'ARS assure la saisine. Une boîte fonctionnelle du service du JLD permet l'envoi des documents.

Les audiences se tiennent dans une salle spacieuse et lumineuse spécialement aménagée située dans un bâtiment du site d'Etampes, bénéficiant d'une signalétique dès l'entrée du bâtiment et de deux salles d'attente communicantes. Au bout de la première salle d'attente, se trouve la salle d'audience qui dispose au fond d'une salle adjacente de délibéré. Deux salles d'entretiens pour les avocats (au lieu d'une dans la convention) garantissent la confidentialité des échanges.



Salle d'audience



Box avocat



Salle d'attente

⁶ Deux au 3^{ème} jour, une au 4^{ème} jour, deux au 5^{ème} jour, une au 7^{ème} jour, une au 12^{ème} jour, et une levée d'hospitalisation au 16^{ème} jour sans PDS.

La salle est équipée de plusieurs rangées de chaises et d'une barre d'audience. Une alarme est située au niveau du bureau du juge mais elle n'a jamais été utilisée.

Le parcours pour y accéder depuis l'entrée des visiteurs est signalisé. Les patients, les familles et le public sont accueillis par un représentant du service des admissions.

Au moment du contrôle, le port du masque restait obligatoire dans l'ensemble du CHS, annexe judiciaire comprise, en plus de l'installation de plexiglass sur le bureau du juge, le bureau du greffier, celui réservé à l'avocat à droite face au juge et les box d'entretien avocat.

b) La tenue de l'audience

Les contrôleurs ont pu assister à l'audience du mardi 31 mai⁷. Elle a concerné seize patients de l'EPSBD dont onze présents ; quatre ont fait l'objet d'un certificat médical de non-audition et une patiente a été excusée comme devant se rendre à un rendez-vous médical à l'extérieur.

Les magistrats et leurs greffiers portaient leur robe tout comme les avocats.

Selon les renseignements recueillis, il n'est arrivé que très exceptionnellement qu'un patient vienne en pyjama.

Le patient est accompagné d'un soignant qui assiste à l'audience seulement si le patient le souhaite. Il est invité par le juge à s'asseoir et peut rester debout s'il préfère.

La porte de la salle est systématiquement fermée, les ordonnances rendues mentionnant « *le débat a eu lieu en chambre du conseil car il résulterait de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée de la personne faisant l'objet de soins* ».

Le juge commence l'audience en présentant l'ensemble des personnes présentes, expose avec pédagogie son rôle, précise la conformité des certificats médicaux aux dispositions légales et en explique la teneur de manière intelligible. Il s'enquiert de la façon dont se déroule l'hospitalisation et de la position du patient sur le principe de son hospitalisation. Il donne la parole au patient puis à l'avocat. Il fait une lecture de l'avis du parquet et il peut soulever des moyens d'irrégularités d'office. Il termine l'audience en redonnant la parole au patient.

Le JLD a adapté son discours à l'état du patient et à son degré de compréhension ; le temps nécessaire a été pris pour permettre au patient de s'exprimer.

Le barreau organise une permanence d'avocats tous volontaires pour intervenir dans cette matière. Formés, ils assurent une défense active des patients et certains soulèvent souvent des irrégularités de procédure. Lors de l'audience, des irrégularités ont été soulevées par les deux avocats qui ont fait preuve de pédagogie auprès des patients et ont défendu leurs intérêts conformément aux positionnements de ces derniers.

Cependant, les décisions ne sont pas rendues sur le siège et sont toutes mises en délibéré soit le jour même, le lendemain ou l'après-lendemain, même en l'absence de moyen soulevé par la défense. En conséquence, cette charge repose sur l'équipe soignante qui peut se trouver en difficulté – selon plusieurs témoignages recueillis dans les unités – lors de la notification de la décision pour expliquer au patient la position du JLD.

⁷ Au total, trente-six dossiers étaient audiencés les autres patients étant hospitalisés dans les autres établissements du département.

PROPOSITION 2

Les décisions prises à l'issue de l'audience devraient, lorsque cela est possible et de principe, être annoncées et explicitées par le JLD au patient dans l'intérêt de ce dernier.

Il arrive que le représentant du bureau des admissions assiste à l'audience totalement ou partiellement, pour représenter la direction pour les patients en SDDE. Selon les renseignements recueillis, le représentant de la préfecture n'assiste à l'audience que très exceptionnellement.

Une curatrice a assisté à l'audience ainsi que le père de deux patients. La présence des mandataires est rare selon les témoignages recueillis.

c) Les décisions rendues

Le contrôle des mesures d'hospitalisation pour les patients en SSC représente pour le service du JLD du tribunal judiciaire (TJ) d'Evry une audience foraine à l'EPSBD le mardi matin pouvant se prolonger l'après-midi, les dossiers de cet établissement représentant environ 40% de l'activité. Elle peut accueillir des audiences relatives à des patients hospitalisés dans les autres établissements du département si besoin comme lors de la semaine de contrôle⁸. De plus, une autre audience se tient tous les jeudi matin au TJ d'Evry ce qui permet d'y renvoyer certains dossiers de l'EPSBD notamment lorsqu'un report d'audience est nécessaire pour assurer la présence d'un interprète.

Les JLD assurent, en outre, deux autres contentieux (pénal et droit des étrangers) et une participation au service général du TJ. En 2021, ils ont rencontré des patients dans des unités (notamment G03 et G07).

Les relations de l'EPSBD avec le service du JLD et le parquet civil sont décrites comme fluides. Une réunion de coordination annuelle minimum est organisée par le service du JLD.

Les contrôleurs ont consulté les décisions rendues à l'issue de l'audience du 31 mai et les décisions figurant au registre de la loi.

Les décisions sont bien motivées. Le contrôle du maintien de l'hospitalisation est effectif. Les décisions de mainlevées d'hospitalisations, qui ne sont pas exceptionnelles, sont souvent motivées par la faiblesse du contenu de certains certificats médicaux qui ne caractérisent pas suffisamment la nécessité de soins contraints. Selon les données communiquées, en 2021, la part des décisions de levée d'hospitalisation représente 5% environ des saisines, deux tiers pour des motifs de fonds et un tiers pour des motifs de forme.

Depuis le début de l'année 2022, le service du JLD a été saisi de 434 procédures⁹ pour l'EPSBD. Il a prononcé 341 maintiens d'hospitalisation (78,57%), 47 mainlevées d'hospitalisation (10,82%), 11 mesures d'expertise (2,5%) et a constaté 35 irrecevabilités (8%).

Le service des admissions vérifie de manière rigoureuse la complétude du dossier avant l'envoi au greffe du JLD, si un certificat médical est manquant – ce qui est exceptionnel – sa position est de procéder à la levée de la mesure avant l'audience devant le JLD. Il arrive fréquemment que le JLD lève la mesure à la suite d'une expertise qu'il a diligentée. En effet, une à deux expertises sont ordonnées à chaque audience comme ce fût le cas lors de l'audience du 31 mai. Cette mesure

⁸ En raison d'un procès exceptionnel au TJ d'Evry cette semaine-là.

⁹ Données communiquées par le service du JLD du TJ d'Evry.

d’instruction permet au JLD d’avoir un avis extérieur d’un médecin psychiatre expert lorsqu’il a un doute à la lecture des CM versés par l’EPSBD.

Le service des admissions tient un tableau de suivi recensant l’ensemble des patients convoqués à l’audience du JLD et la motivation des ordonnances. Les décisions de mainlevée d’hospitalisation font l’objet d’une analyse trimestrielle discutée en CME. Si la motivation porte sur le fond, une information à l’attention du corps médical est diffusée par la CME et si elle porte sur la forme, l’équipe du service des admission la prendra en compte pour le formalisme des documents.

En outre, les CM de non-audition des patients à l’audience sont nombreux et souvent peu motivés : en 2021, sur 810 dossiers 178 certificats de non-audition ont été délivrés soit 21,9% outre 99 refus de patients d’assister à l’audience. Ces certificats peuvent concerner les patients qui se trouvent en CI au moment de l’audience car ils ne sont jamais présentés au juge.

RECOMMANDATION 14

Les certificats médicaux de non-audition et de non-présentation doivent être motivés de manière circonstanciée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Conformément au plan d’action de la CDU 2019, l’établissement a déjà mis en place un indicateur (nombre de levées JLD pour insuffisance de motivation) qui est analysé en CDU, et transmis aux services de soins. Le président de la Commission Médicale d’Etablissement analyse également les motifs de levée du JLD. Sur la base de ces analyses, l’établissement s’est engagé dans une formation labellisée DPC en 2019 à destination des médecins, afin d’améliorer la motivation établie dans les certificats médicaux pour les patients en soins sans consentement. Les certificats de non-présentation et de non-audition font partie de cette insuffisance de motivation parfois constatée. Cette formation sera renouvelée et poursuivie. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements et maintiennent leur recommandation dans l’attente de l’amélioration effective des motivations inscrites dans les certificats médicaux.

8.4.2 Le contrôle par le JLD des mesures d’isolement et de contention

a) La mise en œuvre de la réforme

Le service du JLD du TJ d’Evry remplit son office sur le contrôle des mesures d’isolement et de contention depuis le mois de janvier 2022. Les JLD ont organisé une première réunion, au mois d’avril 2022, avec l’ensemble des établissements du ressort à la suite de la publication le 23 mars 2022 du décret d’application de la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022, afin d’expliquer leurs attentes.

Le service des admissions a rapidement mis à jour (29 mars 2022) les fiches pratiques et un schéma procédural à l’attention des professionnels de l’établissement sur l’application de la réforme et les trames pour la transmission des pièces utiles au JLD et son information. Une trame pour l’information des proches à la signature du médecin est envoyée par courrier.

Une boîte mail structurelle est consacrée aux échanges entre le service du JLD et les établissements de santé mentale de son ressort pour le contrôle des mesures d’isolement et de contention. Comme pour le contentieux des mesures d’hospitalisation, le service des admissions centralise l’ensemble des documents et tient un tableau des décisions rendues afin d’en faciliter une analyse.

La lourdeur de la procédure peut entraîner des oublis de certaines pièces. L'information et la saisine sont transmises même si le dossier est incomplet, une régularisation pouvant intervenir avant que le JLD ait rendu sa décision.

Le JLD est informé et saisi en même temps par l'EPSBD des mesures d'isolement et de contention dans les délais prévus par la loi.

b) Les décisions du service du JLD

Depuis le 1^{er} janvier 2022, le service du JLD assure un contrôle rigoureux des mesures d'isolement et de contention.

Le service des admissions a transmis aux contrôleurs vingt-trois ordonnances de mainlevée de mesure d'isolement, neuf ordonnances de maintien de la mesure d'isolement et trois ordonnances déclarant l'irrecevabilité de la requête.

Aucun patient n'a demandé à comparaître en audience.

Il ressort de l'étude des ordonnances de mainlevée qu'elles sont prises pour les motifs suivants : non-respect des délais de renouvellement de la mesure, non-respect des délais de saisine du JLD, défaut de versement de certificat médical, défaut de transmission de la décision initiale de placement à l'isolement, certificat médical non actualisé et/ou non étayé.

9. LES SOINS

9.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT ASSURES GRACE A DE NOMBREUX MEDECINS SANS PLENITUDE D'EXERCICE QUI NE BENEFICIENT PAS D'UN ETAYAGE SCIENTIFIQUE PAR LES TITULAIRES RESTANT

9.1.1 Les pratiques psychiatriques

Le projet médical du projet d'établissement 2017-2022 mentionne quelques perspectives d'améliorations de l'offre de soins comme le besoin d'une prise en charge ambulatoire des crises et le manque de structures sociales et médico-sociales adaptées pour permettre une sortie pertinente des patients. En revanche, le projet ne mentionne aucune organisation médico-soignante déclinant les besoins de prises en charge au quotidien dans les services.

Au sein du pôle comme de chaque service, il n'y a pas non plus de projet médico-soignant abordant la prise en charge concrète des patients au quotidien par les différents professionnels impliqués. Seuls les services G03 et G04 disposent d'un projet de service (non communiqué) .

RECOMMANDATION 15

Un projet médico-soignant de pôle ou de service doit conceptualiser la prise en charge concrète des patients par les différents professionnels et l'approche des restrictions de liberté.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Un projet médico-soignant est bien élaboré par chaque chef de pôle ou de service au moment de sa nomination tous les 4 ans. Les questions des restrictions de libertés seront intégrées dans ces projets en tant que de besoin et finalisées en lien avec le travail de révision de projet d'établissement 2023-2028.* »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments et maintiennent la recommandation dans l'attente de la révision du projet d'établissement.

Les patients bénéficient, dans tous les services, d'entretiens réguliers avec un médecin psychiatre. Les consultations s'effectuent en présence d'un infirmier ou d'un aide-soignant dans la limite de leur disponibilité. Un examen psychiatrique est systématiquement réalisé lors de l'admission et dans les unités, un médecin est toujours présent et joignable au sein de l'établissement.

Des réunions cliniques et de synthèse ont lieu régulièrement dans les unités ; elles associent l'ensemble des acteurs du projet de soins : psychiatres, assistantes sociales, aides-soignants, infirmiers, parfois ASH. Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques. Les transmissions entre équipes de soignants bénéficient par ailleurs d'un temps dédié, toutefois contraint à quinze minutes. Des réunions associent régulièrement les équipes intra et extrahospitalières pour préparer les sorties des patients. Les projets de soins individualisés sont ainsi discutés lors de réunions pluridisciplinaires mais ne sont pas formalisés dans le dossier patient ni contractualisés avec les patients.

Des réunions soignants-soignés se tiennent dans de nombreux services (G01, G02, G04, G08, G09 par exemple), parfois de façon hebdomadaire et avec un médecin à G08. Au G06, un groupe de parole est animé par une psychologue.

Les familles et proches de la personne hospitalisée sont associés aux soins.

En revanche, il n'y a aucune réunion de pôle permettant d'évoquer les difficultés de prise en charge ou échanger autour de certaines pratiques. L'absence de ces moments d'échanges s'ajoute à

l'absence ou insuffisance de temps de formation in situ des médecins associés (cf. § 3.3), nombreux au sein de l'établissement, et des internes (quatre au moment du contrôle). Ce défaut d'étayage est ressenti également par les équipes soignantes. De plus, de nombreux services (la moitié) n'ont plus de chef de service ce qui empêche toute structuration et partage de l'expérience collective aux seins des équipes pluridisciplinaires.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Les médecins associés bénéficient, comme les praticiens hospitaliers, du même temps de 15 jours et de même financement de formations ; la quasi-totalité est engagée dans des dispositifs de formation (Diplômes Universitaires...) qui contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge. Ces formations notamment DPC sont, aussi souvent que possible, réalisées au sein du service concerné. »
« La démographie médicale a conduit à un renouvellement des chefferies de service, avec les départs récents à la retraite. Ainsi, au premier octobre 2022, 16 services sur 22 disposent d'un chef de service, et plus spécifiquement, concernant l'accueil de patients bénéficiant de soins sous contrainte, 7 services sur 10 disposent d'un chef de service. »

Cette absence d'étayage est d'autant plus délétère que l'établissement a formé trois infirmiers de pratique avancée (IPA) (un par pôle) et créé trois postes de médiateurs pairs (un sur le pôle infanto juvénile, un sur le pôle G03 et un troisième sur l'éducation thérapeutique au secteur G02). Seule l'unité G03 bénéficie en intra-hospitalier de ces professionnels ; les autres sont positionnés sur l'extra hospitalier.

RECOMMANDATION 16

Le pôle doit développer des moments d'échanges cliniques et de formation continue afin de partager entre soignants et médecins en formation, une culture professionnelle et des bases scientifiques validées.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Les chefs de pôles, ainsi que les cadres supérieurs de pôle développeront un plan d'action pour la mise en œuvre de temps d'échanges cliniques au sein des pôles au premier semestre 2023.

Des réunions de bibliographie et d'analyses de cas cliniques sont d'ores et déjà organisées dans plusieurs services in-situ. Tout récemment, l'accompagnement des médecins en formation s'appuie sur la filière universitaire développée depuis 2021 (un PU-PH dès 2021 rejoint par un PU-PH étranger en début octobre 2022 puis par un chef de clinique et un PU-PH attendus en 2023). Cette organisation se structure sous l'égide des chefs de services et de la CME, comme il en a été rendu compte à la CME de septembre 2022 : le médecin Professeur des Universités (PU-PH) et le Professeur enseignant spécialisé en psychiatrie sont mobilisés pour alimenter les revues de littérature et développer des cours et des staffs à valeur universitaire disponibles in-situ pour des équipes soignantes. Ce faisant, les patients peuvent bénéficier du dernier état de l'art et des meilleurs outils cliniques disponibles.

Les 22 formations continues labellisées DPC par l'Agence Nationale du Développement Continu (ANDPC) mobilisent les différents experts des pôles qui animent ces formations et les rendent disponibles in-situ sur les deux sites d'hospitalisation. Ces dernières sont conformes aux bases scientifiques validées. Figurent notamment parmi ces formations continues labellisées, des formations sur les « Alternatives aux pratiques d'isolement et de la contention en santé mentale », « les certificats médicaux sous contrainte », « Ethique et pratiques de soin en psychiatrie », « staff d'une équipe médico soignante à l'EPS Barthelemy Durand », « La Crise Suicidaire », « Formation à

la passation de l'entretien standardisé « M.INI-S. » et aux échelles d'évaluation », « Comment réagir face à une personne âgée présentant des troubles du comportement », « Education thérapeutique », « les Revues de Mortalité et Morbidité (RMM) à l'établissement Barthelemy Durand ».

Outre ces formations et accompagnement favorisant le partage entre soignants et médecins en formation et la diffusion d'une culture professionnelle commune sur des bases scientifiques validées, les Revues de Mortalité Morbidité (RMM) permettent également des temps d'échange clinique importants. En effet, l'équipe pluridisciplinaire se réunit autour d'une situation de soin complexe, avérée ou redoutée. Elle est accompagnée par des médecins, soignants et experts externes au service qui réalisent ensemble une analyse systémique de ces situations cliniques. La méthodologie inclut l'usage des meilleures pratiques disponibles en fonction de la situation abordée. En fin de séance, des actions d'amélioration sont déterminées collectivement et sont mises en place par le service ainsi que par l'établissement, permettant la diffusion d'une culture professionnelle commune. On peut aussi citer, par an, la réalisation par les services de soins de plus d'une cinquantaine de méthodes collectives d'évaluation de pratiques professionnelles de « patients traceurs », « parcours traceurs », revues de pertinence, auxquelles peuvent participer les patients ainsi que les médiateurs santé pair. Ces méthodes également sont basées sur la méthodologie validée par la HAS et sont régulièrement évaluées par des experts visiteurs de la HAS, comme encore récemment lors de son passage fin 2021.

Par ailleurs, l'ensemble des services qui le désire, bénéficie de temps de supervision collective, impliquant un espace de réflexion régulier des équipes autour de la clinique quotidienne (147 personnels sur une année), réalisées dans le service.

Notons que le parcours des médecins en formation (les internes et les médecins en parcours de consolidation) s'appuie sur la diversité des filières, notamment universitaires, développées au sein de l'établissement pour leur permettre de valider des compétences essentielles : urgences, périnatalité, addictologie (un PU-PH et un chef de clinique en 2023), psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (un PU-PH en 2023) notamment. Ce parcours comprend également une initiation à la recherche avec la valorisation des travaux des internes, par un concours de poster synthétisant leur travail clinique de recherche, souvent basé sur des cas cliniques concrets travaillés avec des médecins seniors et s'appuyant sur une revue de littérature. Les lauréats présentent leurs travaux en commission médicale d'établissement et bénéficient de la prise en charge des frais d'inscription à un congrès de leur choix. La diversité des lieux et modalités d'exercice est également offerte aux médecins en stage ou en parcours de consolidation, réalisant notamment 6 mois d'exercice en service de pédopsychiatrie. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

La permanence des soins est assurée par trois lignes de garde sur place : un psychiatre sur le site sud, un sur le site nord et un troisième de garde aux urgences de Longjumeau (cf. § 4.1). Lorsque le médecin de garde a le statut d'associé, il est doublé par un praticien *senior* d'astreinte. Le déménagement du service des urgences de Longjumeau est programmé en 2024 sur la ville d'Orsay, mais les futures modalités de l'accès aux psychiatres ne sont pas encore établies.

Exemple de signalement :

Avril 2022 : le manque de médecin impacte l'organisation des CMP où des médecins ne prennent pas leur poste pour se consacrer à l'intra hospitalier durant une semaine ; le CMP n'a donc plus de médecin pour délivrer les médicaments nécessaires aux patients.

9.1.2 Les patients dont les besoins sont en inadéquation avec la structure

Le projet territorial de santé mentale aborde la question des patients hospitalisés de manière inadéquate dans les établissements et développe un besoin de structures d'aval type MAS et FAM.

Au moment du contrôle, 39 patients étaient présents au sein de l'établissement depuis plus de 280 jours (sur 245 lits) ; la majorité disposait d'une orientation MDPH (maison départementale des personnes handicapées) en MAS ou FAM ; d'autres attendaient une place en EHPAD.

Un de ces patients, autiste déficitaire réadmis après échec d'un séjour en MAS, présente la particularité d'être placé en isolement au long cours (en CI depuis le 25 juillet 2021), par défaut de structure médico-sociale pouvant ou acceptant de le prendre en charge. Son enfermement pourra être limité en journée par la présence d'un éducateur spécialement chargé de sa surveillance en dehors de la chambre.

RECOMMANDATION 17

L'agence régionale de santé doit octroyer un temps d'éducateur afin de sortir, durant la journée, le patient enfermé au long cours de manière indigne, jusqu'à ce qu'une solution d'hébergement adaptée soit trouvée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Le cas du patient soulevé par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté est effectivement un cas complexe ne relevant pas d'une hospitalisation court séjour en hôpital psychiatrique et est au centre des préoccupations de l'équipe médico-soignante concernée, afin de lui garantir une prise en charge digne malgré cette inadéquation. Cette recommandation permettrait en effet d'apporter une valeur ajoutée certaine dans la prise en charge de ce patient.*

La prise en charge de ce patient est aménagée et régulièrement ajustée, dans un espace digne composé de plusieurs pièces et bénéficiant d'un accès extérieur dédié. Cet espace a d'ailleurs été adapté pour ce patient, celui ayant besoin d'un environnement spécifique, rassurant, comme l'équipe a pu l'identifier dans son projet de soin individualisé. Le lien avec la famille est maintenu sous la forme de plusieurs permissions accompagnées par semaine. Un travail est actuellement en cours avec l'Unité Mobile Interdépartementale (UMI) pour bénéficier d'un éducateur spécialisé et d'une psychologue spécialisée via l'ARS et la MDPH.

La situation de ce patient fait l'objet de temps de reprise en équipe pluri-professionnelle et synthèses de service et également de façon plus large lors des collèges soignants. Une démarche d'évaluation externe a également été réalisée sur la situation de ce patient (patient traceur en septembre 2021) par les médecins psychiatres experts visiteurs de la Haute Autorité de Santé.

L'établissement veille bien entendu à respecter la réglementation concernant ce patient, conformément au cadre légal de l'Article L3222-5-1 du code de la santé publique et aux recommandations HAS de février 2017 sur l'isolement comme en témoigne son dossier médical.

Notons de plus qu'il s'agit d'une prise en charge particulièrement difficile, pour laquelle des initiatives soutenues et régulières ont été engagées pour trouver une solution d'hébergement adaptée à ce patient. Plusieurs structures médicosociales spécialisées (MAS, FAM...) ont pu l'accueillir mais sans réussir à gérer son hétéro agressivité, ce qui a conduit à des réhospitalisations dans l'établissement. Des demandes d'admissions en MAS sont d'ailleurs toujours en cours. L'établissement et la famille ont même sollicité le Procureur, le Conseil Départemental, ainsi que le Palais de l'Élysée pour ne pas laisser ce patient sans solution. »

9.1.3 Les activités occupationnelles et thérapeutiques

En dehors des salons de télévision, de nombreuses activités sont proposées dans les unités pour les patients quel que soit leur statut (soins libres ou sans consentement) : baby-foot, ping-pong, lecture, jeux de société, promenade dans le parc, jardinage ou karaoké. Le matériel est en état de fonctionnement et utilisé spontanément par les patients dans plusieurs unités.

Les services ont tous une ou plusieurs salles destinées à y développer des activités comme la peinture, le dessin, la poterie, les arts plastiques, la relaxation, le ciné-débat, le mandala. Les possibilités d'animation de ces activités par des soignants ou professionnels sont cependant différentes d'une unité à l'autre en fonction du personnel présent et de l'organisation improvisée des soins. Certaines unités n'ont pas repris réellement d'activité depuis le Covid, comme en G02 par exemple.

Le programme des activités est en général affiché dans les unités, parfois avec des pictogrammes pour plus de lisibilité comme à l'unité G07. Tous les thérapeutes et intervenants renseignent les dossiers informatisés des patients à l'exception des psychologues qui n'y consignent aucune observation ni synthèse, ce qui pénalise l'approche pluridisciplinaire.



Salle activités G06



Planning affiché G04



Planning affiché G07

Durant la pandémie de coronavirus, l'équipe du centre social a mis en place des carnets appelés «divertissements», qui ont été distribués aux patients qui n'avaient plus accès aux activités. De nombreux numéros ont ainsi été édités. Ces livrets comportaient des jeux des erreurs, des dessins à colorier, des labyrinthes, des sudokus, des informations diverses, etc.

BONNE PRATIQUE 2

Des carnets de divertissement ont été régulièrement conçus et délivrés à tous les patients de psychiatrie durant la période de confinement.

De la même façon, si les activités thérapeutiques sont variées et bien intégrées dans les projets de soins individuels, l'effectivité de l'accès à ces activités est sensiblement différente d'un service à l'autre, et d'un site à l'autre, en fonction du site et de la disponibilité et l'effectif de soignants. Ainsi, lorsque 24 patients sur 30 bénéficient d'activités thérapeutiques en dehors de l'unité à G06 et 23 patients à l'unité G09, seuls 8 sur 50 en bénéficient aux unités G05 et G07. De nombreuses infrastructures sont sur le site d'Etampes et donc plus difficiles d'accès pour les patients hospitalisés au Nord.

De plus, certaines unités bénéficient de la présence d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'éducateurs ou de soignants spécifiquement affectés aux activités (G01, G03, G04, G05, G07) et d'autres non (G02, G06, G08, G09). Certains services ont des psychologues intervenant en intra hospitalier (G09) d'autres n'en ont pas ou n'en ont plus (G05, G07, G08), parfois en raison de postes vacants, parfois en raison de la non-crédation du poste.

Mais c'est surtout le développement de deux structures intersectorielles, la cité culturelle et le centre social, qui permet aux patients des moments de re-socialisation.

Le centre social est un espace d'accueil et d'activité fortement implanté sur le site d'Etampes ; il est plus restreint sur le site de Sainte-Geneviève-des-Bois. Il propose des activités culturelles (médiathèque, ludothèque), des activités manuelles et ludiques, de l'art thérapie, de l'activité physique (marche, musculation au sein de gymnases sur les deux sites, équithérapie, piscine, football), des activités éducatives et une cuisine thérapeutique. Le site d'Etampes possède une très grande bibliothèque avec plus de 40 000 ouvrages et une vinylothèque très importante.

Depuis deux ans, les effectifs animant ces activités ont été divisés par deux et les centres, dont l'espace cafétéria-boutique, ne sont désormais ouverts que les lundi et mercredi sur un site, les mardi et jeudi sur l'autre et un vendredi sur deux chacun. Il n'est jamais ouvert le week-end. Sur Sainte-Geneviève-des-Bois, une salle de sport est également présente.

Un musée des œuvres expose les créations de l'année des différentes unités et des structures en extra hospitalier (ateliers thérapeutiques de Mares Yvon, HDJ, CATTP) ainsi que les œuvres en matériaux recyclés, réalisées sur le thème du développement durable. Ces œuvres seront exposées au grand public à l'extérieur comme en 2021.



Cafétéria boutique site Etampes



Gymnase site Etampes

L'EPSBD défend une politique culturelle et il est labellisé depuis 2013 « culture et santé ». Par an, l'activité recense 3 000 participants, 5 à 7 résidences artistiques, 60 spectacles *in situ* et *ex situ*, 10 créations partagées, 25 partenariats.

74 ambassadeurs culturels, choisis parmi des patients hospitalisés dans le passé ou parmi les proches ou le personnel, font partie des équipes de base. Tous les patients, soins sans consentement compris, y compris ceux du site nord sont autorisés à venir avec accord médical. Ils sont toujours accompagnés. Outre les personnes hospitalisées, des patients des HDJ, des CATTP, des CMP, des soignants ainsi que des habitants du territoire participent à ces actions.

BONNE PRATIQUE 3

La politique culturelle de l'établissement apporte une plus-value certaine dans la prise en charge des patients de psychiatrie.

Un programme d'éducation thérapeutique du patient et psychoéducation est proposé aux patients et ou leurs proches. Il est basé sur les échanges de connaissances des participants et la maladie est abordée dans sa globalité. Des groupes concernent la schizophrénie, d'autres les troubles bipolaires. Un programme « *Profamille* », destiné aux familles et proches de patients souffrant de schizophrénie ou troubles apparentés, s'établit sur 22 séances en trois ans. Un programme psychoéducatif initial court est destiné aux jeunes patients développant un processus psychotique. Une application « *mon suivi psy* » pour smartphone permet au patient de mieux connaître son trouble et préparer sa prochaine consultation, grâce à une aide au diagnostic, au suivi et à l'adaptation de la thérapie, le développement d'éducation thérapeutique et la prévention des rechutes.

9.1.4 Le circuit du médicament

Le circuit du médicament et des produits pharmaceutiques est géré par la pharmacie à usage intérieur (PUI) du CH. Quatre pharmaciens (3,2 ETP) et 8 ETP de préparateurs en pharmacie gèrent l'ensemble de l'établissement et toutes ses structures y compris médico-sociales. Il n'y a pas d'interne mais un externe en pharmacie. L'équipe comporte également une secrétaire médicale et un adjoint administratif.

Les médicaments arrivent dans les unités en dispensation hebdomadaire individuelle nominative. Les piluliers sont préparés par les équipes de nuit pour le lendemain.

Les pharmaciens procèdent à la validation pharmaceutique de 100% des prescriptions ; en 2021, 24 027 prescriptions ont ainsi été validées, générant 661 interventions et 385 réserves (en diminution depuis deux ans). Les interventions du pharmacien sont rapportées facilement suivies.

Un livret du médicament actualisé est remis à tous les nouveaux médecins arrivants ainsi qu'un guide « *caritides circuit du médicament* ».

Il n'y a pas de garde de pharmacie la nuit mais une pharmacie relais est installée dans le service G05 et chaque service à une dotation d'urgence.

Le pharmacien ne participe pas aux réunions cliniques mais aux évaluations des pratiques professionnelles (EPP) « *prescription des neuroleptiques chez l'enfant et adolescent* » pour la pédopsychiatrie ; un pharmacien participe également au groupe d'éducation du patient destiné aux troubles bipolaires.

La conciliation médicamenteuse est mise en place pour les patients de plus de 65 ans (21 réalisées entre juin 2019 et décembre 2020) ; le pharmacien se déplace pour cela dans le service et procède au bilan médicament optimisé ; les observations sont tracées sont le logiciel Caritides et un contact est alors établi avec le médecin.

Une commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS) se tient régulièrement (trois fois par an) et avec la présence des médecins (mais seuls 30% des membres sont présents à chaque réunion). Des comptes rendus sont établis, diffusés et un bilan annuel également rédigé. Le procès-verbal du COMEDIMS de novembre 2021 évoque le résultat de

l'indicateur de qualité de la prescription en « *si besoin* », basé sur la justification de la demande (76% de demandes motivées contre 63% en 2020) (cf. § 7.4.).

9.2 LES SOINS SOMATIQUES SONT ASSURES

9.2.1 L'accès aux soins somatiques

Les soins somatiques sont dispensés, au sein des neuf unités d'hospitalisation complète pour adulte et l'unité pour adolescents, par quatre médecins généralistes dont un chef de service ; ils sont secondés par deux IDE. Deux médecins sont affectés aux unités du site Nord et deux au site Sud. Un poste d'interne de médecine générale est pourvu.

Un médecin est présent tous les jours de semaine dans toutes les unités afin d'examiner les entrées et de voir en consultation les patients signalés par les soignants et psychiatres ; un cahier de liaison permet la bonne transmission des informations. Le médecin généraliste vient examiner également tous les patients admis en chambre d'isolement.

Il participe à la réunion clinique dans le service UHPA et aux transmissions entre équipes soignantes dans tous les services de psychiatrie adultes. Le somaticien s'assure de l'existence ou non d'une contraception et le cas échéant, propose sa mise en place via un rendez-vous auprès d'une sage-femme.

Le médecin généraliste gère également l'accès aux autres soins spécialisés dispensés au sein des différents centres hospitaliers et cliniques du secteur. Aucune difficulté d'accès aux soins n'est rapportée sauf un certain délai pour les rendez-vous auprès d'un chirurgien-dentiste. Toutefois, lors des hospitalisations dans les services de médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), un infirmier de psychiatrie doit toujours rester présent avec le patient hospitalisé, y compris la nuit, sans individualisation de la mesure. Au moment du contrôle, les infirmiers se relayaient ainsi au CH de Longjumeau auprès d'un patient de 82 ans en SDRE ayant une fracture du fémur.

Sur le site d'Etampes, un plateau technique permet l'accès à un podologue (trois demi-journées par semaine), un ophtalmologue (une demi-journée par semaine), une sage-femme (une demi-journée tous les quinze jours), une diététicienne (deux jours par semaine) et un dentiste (mais le poste est actuellement vacant). Le podologue se déplace sur le site de Sainte-Geneviève-des-Bois deux fois par semaine. La téléconsultation est parfois utilisée pour les avis de dermatologie.

Les médecins généralistes n'animent pas de réunion d'éducation à la santé mais les patients hospitalisés comme suivis en ambulatoire peuvent bénéficier de séances d'éducation thérapeutiques du patient organisées par les deux IDE ainsi que de programmes de promotion de la santé avec les diététiciennes par exemple.

Les liens avec la médecine de ville ont été améliorés par la mise en place de lettres de liaison générées par Cariatides et adressées aux médecins traitants ; une synthèse somatique s'insère automatiquement dans ce courrier de sortie. Les généralistes du CH indiquent que la baisse de la démographie médicale commence à perturber l'accès aux médecins traitants dans le Sud du département surtout.

9.2.2 L'accès aux soins d'addictologie

L'établissement dispose d'un centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) « *l'espace* », basé à Arpajon et du développement d'un axe recherche au sien de l'hôpital de jour. Pour les patients hospitalisés, une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) se

déplace dans les services mais cette équipe n'est pas médicalisée, ce qui ne permet pas l'initiation ou la poursuite des prises en charge addictologiques, alors même que la problématique des addictions est rapportée comme majeure dans l'Essonne.

Ces professionnels inscrivent leurs observations dans le dossier patient du logiciel Cariatides.

Par ailleurs, le règlement intérieur de l'EPSBD indique : « *le trafic de ces substances illicites au sein de l'établissement ou l'offre entre patients de ces mêmes substances, sont considérés comme des éléments aggravants détachables du simple usage et de nature à lever la règle de l'anonymat attaché au secret professionnel* ». Or le CGLPL rappelle que les modalités de remises aux autorités de police des substances illicites doivent être prévues par convention entre ces forces de police, le parquet et l'établissement, et qu'en tout état de cause, aucun patient hospitalisé ne peut être dénoncé aux forces de police sur la base de la possession d'une substance illicite, la remise des produits devant rester anonymisée.

9.3 LES PROJETS DE SORTIE SE HEURTENT A L'INSUFFISANCE DE L'OFFRE EN STRUCTURES SOCIALES ET MEDICO-SOCIALES

La préparation à la sortie est abordée dès la stabilisation de l'état clinique du patient dans l'ensemble des unités d'hospitalisation. Les projets de sortie sont travaillés en équipe pluridisciplinaire et en lien étroit avec l'extra hospitalier, le CH disposant de structures ambulatoires classiques (CMP, HJ, CATTP). L'ensemble des professionnels intervenant en intra et en extra hospitalier sont associés à la réflexion lors de réunions organisées à cet effet. Le projet de soins individualisé de chaque patient n'est cependant pas formalisé (cf. § 9.1).

Les assistantes de service social – deux assistants de service social (ASS) par secteur intervenant à l'intra à l'extra hospitalier – sont associées à la prise en charge. Les ASS des deux sites se réunissent une fois par trimestre et, sur chaque site, une fois tous les quatre à six semaines ce qui permet un partage d'informations et une veille sociale.

Dans certains secteurs, des *case manager*, – une IDE est *case manager* au G03 et un éducateur a cette fonction au G04 – effectuent de nombreuses démarches auprès des foyers ou même des organismes d'aide sociale, en complément des ASS.

Il ressort des témoignages recueillis que la recherche de structures d'aval est chronophage en particulier s'agissant des MAS, des foyers d'accueil médicalisé (FAM) et des foyers de vie. En effet, l'hôpital est confronté au manque de places et à la réticence de plusieurs établissements à accueillir des personnes provenant de la psychiatrie. Si certains secteurs ont créé des partenariats avec des structures, celles-ci n'en demeurent pas moins saturées.

De plus, les délais pour l'orientation par la MDPH, s'ils ont été réduits d'un an à six mois ces dernières années, restent longs. Au moment du contrôle, 39 patients hospitalisés depuis plus de 280 jours disposaient d'une orientation MDPH (cf. § 9.1). Par ailleurs, lorsque l'une de ces structures rencontre des difficultés dans la prise en charge d'un patient nécessitant sa réhospitalisation, elle refuse ensuite sa réintégration.

Les ASS se heurtent également à la quasi-impossibilité d'orienter un patient dans une structure d'un autre département.

En revanche, pour les patients les plus précaires le maillage social territorial est important, notamment par des partenariats avec des associations comme Emmaüs, la Croix-Rouge, le Secours populaire, le Secours catholique, les Restos du cœur et les épiceries sociales.

Dès lors que l'état clinique du patient hospitalisé est stabilisé, les médecins accordent des permissions de sortie (PS) dont les premières sont accompagnées, afin de renforcer son autonomie et de l'associer aux diverses démarches en vue de préparer sa sortie. D'ailleurs, il ressort de l'étude du registre de la loi qu'une première PS est accordée quasi systématiquement après la première audience devant le JLD pour les patients en SSC.

Par ailleurs, le dispositif « *mon GPS* » qui permet la formalisation de directives anticipées tout au long de l'hospitalisation, a été développé à compter de la fin de l'année 2021, il est proposé à chaque patient hospitalisé. Les directives sont prises en compte dans le cadre du projet de sortie (cf. § 7.4).

La préfecture oppose rarement un refus pour les sorties de courte durée pour les patients en SDRE. Le préfet demande systématiquement un second avis pour les demandes de levée d'hospitalisation des patients en SDRE. Il ne s'oppose pas aux contenus des programmes de soins (PDS).

Les médecins initient des PDS exclusivement ambulatoires. Le collège des professionnels de santé est connu et se réunit de manière effective et le patient est reçu par un médecin psychiatre qui ne le suit pas. D'ailleurs, une fiche pratique intitulée « *modalités de fonctionnement du collège des soignants* » est diffusée pour rappeler sa composition et les objectifs de son intervention.

Les mandataires sont conviés aux synthèses individuelles et impliqués dans les projets de sortie tout comme les membres de la famille, avec l'accord du patient. Néanmoins, la notion de personne de confiance et son rôle sont globalement mal maîtrisés (cf. § 9.4).

Les équipes soignantes s'efforcent d'assurer, souvent difficilement en fonction des plannings (cf. § 3.3), l'accompagnement des patients à l'extérieur, permettant de les confronter à une réalité à laquelle ils ne sont pas toujours préparés – appartement insalubre ou encore prise de conscience du manque d'autonomie remettant en question le retour au domicile.

9.4 LE CONSENTEMENT AUX SOINS DU PATIENT N'EST PAS TOUJOURS RECHERCHE

Le consentement du patient doit être recherché dès l'admission à travers l'ensemble des démarches proposées par les médecins et soignants puis au cours de l'hospitalisation.

Les médecins recueillent les observations des patients à l'occasion de l'établissement des certificats médicaux mais ils les consignent sur le dossier informatisé du patient et non sur les certificats. Le patient n'est par ailleurs pas informé par le médecin du contenu de ces certificats.

La personne de confiance est proposée lors de l'admission ou dès que l'état clinique du patient le permet. Les patients la désignent souvent mais elle n'est en revanche jamais amenée à signer son acception et elle n'est pas associée à la prise en charge soignante contrairement à ce qui est annoncé dans le livret d'accueil ; enfin, le projet d'établissement indique que « *la désignation d'une personne de confiance est exclue lorsque le patient est placé sous tutelle* », ce qui n'est pas exact et devra être corrigé.

RECOMMANDATION 18

La personne de confiance doit être informée de sa désignation, signifier son accord et être associée aux soins le cas échéant.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « *Concernant la remarque faite à propos d'une phrase dans le projet d'établissement qui indiquerait que « la personne de confiance est exclue lorsque le patient est placé sous tutelle », il n'a pas été possible de*

retrouver cet élément au sein du projet d'établissement ni d'aucun autre document tel que le livret d'accueil. Une action du programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité et de la pertinence des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers est effectivement d'ores et déjà programmée depuis mars 2022 pour systématiser la demande de traçabilité de l'accord de la personne de confiance. Il est important de noter que les équipes associent aux soins la personne de confiance (famille ou entourage), en accord avec le patient, autant que faire se peut et en fonction des situations cliniques, comme ont pu d'ailleurs le relever les experts visiteurs de la HAS (y compris en recueillant le témoignage des patients). »

Les contrôleurs confirment leur constat (page 34 du projet d'établissement fourni lors du contrôle) et maintiennent leur recommandation.

S'agissant des directives anticipées dans le cas d'une crise, ces dernières sont présentées dans le livret d'accueil, dans des termes clairs et compréhensibles. Pour autant, en pratique l'établissement ne les a pas encore mises en place.

Concernant le statut de l'hospitalisation, les médecins s'attachent à obtenir l'adhésion aux soins et font régulièrement passer en soins libres des patients hospitalisés en soins sans consentement, et ce dès les premiers jours. Cette pratique est confirmée par l'étude du registre de la loi (cf. § 7.3).

Au sein des services, la distribution des médicaments s'effectue de manière individualisée dans la salle de soins. Plusieurs patients ont indiqué que les médecins étaient à leur écoute concernant des traitements. Des réévaluations régulières sont effectuées. En revanche, des prescriptions de traitement injectable en « si besoin » sont établies dans toutes les unités, motivées par un refus de traitement ou une agitation.

RECO PRISE EN COMPTE 10

La mise en œuvre de prescription d'injection « si besoin », sans la recherche du consentement par le médecin, physiquement auprès du patient, doit être prohibée.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Lors de la prochaine Commission Médicale d'Etablissement en octobre 2022, le président de la Commission Médicale d'Etablissement a planifié un rappel sur la nécessité de rechercher le consentement du patient. En cas de refus, une prescription « si besoin » ne doit pas être appliquée. En cas de nécessité absolue d'un traitement (sédatif par exemple), en tenant compte du bénéfice-risque, un médecin sera appelé pour prescrire le traitement contre la volonté du patient, en sollicitant quand la situation le permet la personne de confiance. »

Les contrôleurs prennent acte de ces engagements.

Dans un service, une infirmière de pratique avancée (IPA) a pour rôle de discuter du rôle et des effets secondaires des traitements, afin d'en faciliter l'acceptation.

Les pharmaciens ne participent pas aux réunions cliniques et ne peuvent, au regard des effectifs actuels, réaliser des séances de conciliation médicamenteuse que pour les plus de 65 ans.

10. LES PRISES EN CHARGE SPECIFIQUES

10.1 LA PRISE EN CHARGE DES MINEURS DE 13 A 18 ANS N'EST PAS SUFFISAMMENT SENIORISEE

L'unité d'hospitalisation pour adolescents (UHPA) est une unité intersectorielle départementale de 10 lits, accueillant des adolescents de 13 à 18 ans. Cette unité fonctionnelle est intégrée au secteur qui associe un hôpital de jour (HDJ) et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour adolescents. La structure est située sur le site Nord de Sainte-Geneviève-des-Bois, jouxtant les unités d'hospitalisation de psychiatrie générale pour adultes.

Pourvue d'une équipe pluri professionnelle, sa mission est de prodiguer des soins à court terme auprès d'adolescents en crise nécessitant des soins intensifs hospitaliers. Elle n'est pas en mesure d'accueillir des adolescents atteints de toxicodépendances avérées, ni de troubles des conduites alimentaires. La durée de séjour est initialement fixée à trois semaines mais elle est en réalité beaucoup plus longue par défaut de prise en charge possible au décours.

10.1.1 Les locaux

Cette unité est composée de deux niveaux. Au rez-de-chaussée, le bâtiment se décline autour d'un patio central accessible de l'intérieur ; tout autour se trouvent les dix chambres avec leur espace sanitaire, ainsi qu'une chambre d'isolement (appelée chambre de soins intensifs, cf. § 7.2.2). Sur une des ailes de ce carré se trouvent : une salle de soins, une salle de bains avec baignoire, un bureau « soignants » avec ordinateurs, dossiers des patients, casiers contenant affaires personnelles des adolescents, et lieu de prises et câbles pour recharger son portable, le bureau des cadres, un office pour le personnel, une salle de restauration jouxtée à la cuisine et un coin « cuisine thérapeutique » et une vaste salle de détente.

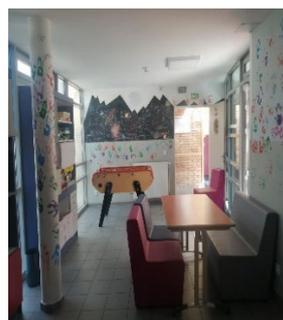
En rez-de-jardin, se trouvent le hall d'accueil, le secrétariat, les bureaux de consultations, une grande salle d'activités, des réserves, un local à vélos et un petit salon de visite sans fenêtre ainsi qu'une bagagerie. Une porte ferme l'accès de l'escalier au rez-de-jardin.



Une chambre



le patio



salles d'activités et de psychomotricité



Les locaux sont clairs, aérés, gais et très bien entretenus. Les chambres sont individuelles.

10.1.2 L'équipe

L'équipe paramédicale est complète, pluridisciplinaire et permet l'exercice des missions ; elle comprend des infirmiers, cadres de santé, aides-soignants, psychologues, psychomotricienne, éducateurs spécialisés, assistante sociale, ASH.

En revanche, le personnel médical ne comprend actuellement qu'un seul médecin titulaire qui ne vient que ponctuellement au sein de l'unité où œuvrent trois médecins au statut d'associé (cf. recommandation du § 3.3).

10.1.3 Le fonctionnement

Les admissions se font soit à partir des urgences de l'hôpital de Longjumeau, soit à partir d'un CMP, soit chez un libéral ou au service pédiatrie. A chaque fois, l'adolescent est vu par un psychiatre extérieur. Une équipe pédo-psychiatrique d'intervention et de crise développe son action sur l'ensemble du département mais uniquement vers les services de pédiatrie.

L'admission nécessite l'autorisation préalable des titulaires de l'autorité parentale. Ceux-ci participent, lors de l'admission à l'UHPA, au premier entretien avec le médecin psychiatre. Une visite des lieux est ensuite organisée avec une infirmière.

Un livret d'accueil spécifique à l'unité indique que la chambre possède un verrou de confort et un coffre, qu'il est interdit de fumer, que sauf contre-indication médicale, le téléphone portable peut être conservé dans le respect du droit à l'image et des horaires de communication avec la famille de 16H30 à 18H. Le câble chargeur reste au bureau infirmier. Au moment du contrôle, neuf adolescents avaient droit à leur portable et d'utiliser un ordinateur. Aucun mineur n'avait le droit de sortir seul de l'unité ; dix avaient des sorties de moins de douze heures accompagnées ; dix étaient autorisés à aller à des activités à l'extérieur et un était en attente d'une place en structure médico-sociale.

Pour les visiteurs, un petit salon sans fenêtre se situe au rez-de-chaussée mais les visites ont plutôt lieu dans le parc et au pavillon de l'horloge à côté de l'UHPA, de 16h30 à 18h en semaine et de 14h à 18h le week-end. 8 adolescents avaient droit aux visites.



Petit salon dans l'unité UH



salon des familles au Pavillon de l'Horloge

Il y avait dix adolescents hospitalisés durant la visite, de 13 à 17 ans et demi, dont deux garçons en début de semaine et un seul ensuite. Selon les témoignages, les filles sont toujours les plus nombreuses. La durée la plus longue de séjour datait du 25 février 2022, soit trois mois et une semaine.

La demande d'hospitalisation d'adolescents en crise sur le département a augmenté avec la pandémie. Quinze mineurs sont en liste d'attente. Des adolescents sont donc envoyés dans les structures du département, en zone de psychiatrie adulte ; à l'EPSBD, il y avait cinq mineurs hospitalisés dans les services de psychiatrie adulte au moment du contrôle (4 site Nord, 1 site sud). Un projet de création d'une unité pour les 16/25 ans est à l'étude.

10.1.4 Les activités

De nombreuses médiations à visée thérapeutique et éducative sont proposées au sein de l'unité avec deux salles dédiées : groupe de paroles, musique, ciné-débat, ordinateurs, jeux vidéo, arts plastiques, fabrication de bracelets, théâtre, jardinage, sport (vélo, foot, salle de musculation au pavillon de l'Horloge) ; ces activités sont animées par des soignants selon leurs compétences, avec des intervenants extérieurs et la psychomotricienne présente le mercredi et le jeudi pour des activités individuelles ou en groupe (piscine, équithérapie).

Des sorties ont lieu à l'extérieur en lien avec le site Sud, la cité culturelle et le centre social.

Un CATTP adolescents existe sur le site d'Etampes pour la prise en charge post hospitalisation. Diverses activités y sont proposées ainsi qu'un temps scolaire. En revanche, à l'UHPA, les contrôleurs ont rencontré une jeune patiente qui travaillait seule ses cours dans sa chambre pour un suivi en seconde. En effet, aucun enseignant n'intervient au sein de la structure.

RECOMMANDATION 19

Un suivi scolaire doit être proposé pour les jeunes hospitalisés à l'UHPA, afin de permettre à ceux qui le souhaitent, de ne pas décrocher de leur parcours scolaire.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Une réflexion sera menée par l'équipe afin de proposer aux jeunes qui le souhaitent, dans les cas où cela est compatible avec leur prise en charge médicale, une continuité de leur suivi scolaire pendant leur temps d'hospitalisation dans notre centre de crise adolescent (UHPA), en s'appuyant notamment sur l'enseignant exerçant à l'hôpital de jour et au CATTP pour adolescents de la Maison du Cèdre située à proximité de l'UHPA. Cette possibilité était déjà prévue par l'encadrement, mais peu sollicitée jusqu'alors. Dès à présent, depuis le 1^{er} septembre 2022, les patients de l'UHPA peuvent bénéficier d'une sortie précoce en hôpital de jour post crise de la Maison du Cèdre où un suivi scolaire est organisé par l'enseignant.

Le suivi scolaire est bien organisé en lien avec l'éducation nationale pour les enfants et les adolescents suivis en ambulatoire (...). Aussi, le projet médico-soignant actuel prend acte du fait que l'hospitalisation de crise est globalement peu adaptée au suivi d'une scolarité, la Durée Moyenne de Séjour étant courte par définition. »

Les contrôleurs prennent acte de ces perspectives.

10.1.5 Les pratiques

Lorsqu'un adolescent arrive en crise à l'UHPA, il est mis en chambre dite « chambre blanche », ce qui constitue une période d'observation pendant laquelle il n'a pas droit à son portable, ne peut participer aux activités de groupe, ne reçoit pas de visite. Son placard est fermé et soit il est en pyjama, soit les soignants voient avec lui pour sa tenue du jour avec ses vêtements personnels. Cela peut durer deux ou trois jours selon l'évolution du comportement, pendant lesquels des marches dans le parc avec un soignant sont possibles. Il arrive que durant cette période l'adolescent en crise, s'il est très agité, soit placé en chambre d'isolement. Depuis janvier 2022, une alternative à l'isolement est cependant systématiquement utilisée grâce à un espace « Time out » (cf. recommandation du § 7.2).

10.2 LA PRISE EN CHARGE DES DETENUS EST SOUVENT PREPAREE DANS L'URGENCE ET S'EFFECTUE EN CHAMBRE D'ISOLEMENT

En 2021, 7 personnes détenues ont effectué huit séjours à l'EPS Barthélemy Durand, pour une durée moyenne de séjour de 17,3 jours.

Les personnes détenues orientées par les psychiatres de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) de la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis sont hospitalisées en SDRE au titre de l'article L 3214-3 du CSP et dans les conditions prévues par l'article D 398 du code de procédure pénale.

Un formulaire prévoit de recueillir des informations utiles avant le départ de l'établissement pénitentiaire concernant le dossier médical et les permis de visite, une fouille intégrale est prévue. Dans les faits, ces informations ne sont pas transmises par la maison d'arrêt, comme cela a pu être constaté lors de la visite (cf. § 4.1).

RECOMMANDATION 20

Les informations relatives aux permis de visite et au téléphone doivent être recueillies en amont de l'hospitalisation afin de faciliter une prise en charge respectueuse des droits des détenus.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Suite au passage du CGLPL, un échange avec la maison d'arrêt a eu lieu, pour faciliter la transmission d'informations depuis le premier surveillant du pôle écrou.

Lors de l'admission, les informations médicales sont bien recueillies en amont par le médecin de l'établissement en lien avec le médecin du SMPR. En fonction de l'heure d'adressage, il n'est pas toujours possible de le faire immédiatement relativement aux heures d'ouverture du SMPR. Dans un tel cas, cet échange a donc lieu au plus proche de l'admission. Les autres informations détenues (fiche pénale, fouille contradictoire...) par l'établissement pénitentiaire sont également recueillies dès la réception de l'arrêté. »

Une fois l'arrêté préfectoral reçu par l'EPS, une équipe constituée d'un chauffeur et de deux soignants se rend à l'établissement pénitentiaire dans une ambulance sécurisée équipée pour un transport couché. La procédure interne prévoit de préserver l'anonymat de la personne détenue au moment de la commande de l'ambulance. Une escorte des forces de l'ordre peut être prévue par la préfecture.

Les détenus sont pris en charge dans les unités selon le « Modulo 16 », qui permet la répartition des détenus et des irresponsables pénaux dans les 16 secteurs couverts par les établissements psychiatriques de l'Essonne, selon leur date de naissance. Une convention a été signée en 2010 à ce sujet, qui répertorie les chambres d'isolement ainsi que les « chambres sécurisées ».

La prise en charge de ces patients est évoquée dans une procédure interne qui indique que les conditions doivent être les mêmes que pour tout autre patient, mais que les espaces fermés seront privilégiés afin de limiter les risques d'évasion. Elle précise que « l'utilisation des chambres d'isolement relève d'une nécessité médicale, conformément aux recommandations établies par la Haute autorité de santé. » Toutefois, en pratique, à leur arrivée à l'EPS les personnes détenues sont systématiquement placées en chambre d'isolement, et, selon les informations fournies, elles y passent toute la durée de leur hospitalisation. Dans les unités du site de Sainte-Geneviève-des-Bois ainsi qu'au G02 à Etampes, le placement à l'isolement d'un détenu aura pour conséquence le déplacement du patient qui occupait la chambre d'isolement vers une chambre « fermable ».

RECOMMANDATION 21

Le placement en chambre d'isolement est une pratique de dernier recours, y compris pour les patients détenus ; il ne peut être motivé que par la mise en danger immédiate ou imminente du patient ou d'autrui et il doit répondre aux conditions posées par l'article L 3222-5-1 du code de la santé publique.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « Effectivement, un plan d'action est mis en œuvre depuis plusieurs années (Cf. projet d'établissement 2017-2021 et le projet des usagers 2018 notamment) pour la mise à jour des procédures de prise en charge des détenus. Ces procédures ont été élaborées en commun avec le SMPR, l'établissement pénitentiaire ainsi que le préfet pour garantir la sécurité des soins, les droits et libertés des détenus. Un rappel de cette procédure est effectué lors de la Commission Médicale d'Etablissement en octobre.

La pratique médicale consiste bien à évaluer la nécessité médicale d'un isolement, ce qui implique qu'un patient déjà hospitalisé ayant besoin d'une chambre d'isolement ne sera pas déplacé pour libérer une chambre pour un détenu. En cas de saturation des chambres d'isolement de l'établissement et de besoin d'admission d'un détenu nécessitant médicalement un isolement, l'établissement est amené à différer l'hospitalisation au sein de l'établissement, voire à réorienter sur un autre établissement en lien très étroit avec l'administration pénitentiaire. Ainsi, le seul statut de détenu ne justifie pas la sortie de chambre d'isolement d'un patient nécessitant un isolement d'un point de vue médical. Pour rappel, l'établissement ne reçoit des patients détenus qu'en débord des Unités d'Hospitalisation Spécialement Aménagées (UHSA) lorsqu'elles sont saturées. Ces structures, par leur infrastructure et organisation partagées avec l'administration pénitentiaire, sont adaptées à la prise en charge des détenus et permettent une prise en charge respectueuse et sécurisée des détenus. L'établissement soutient la création de places d'UHSA au sein de la région, dont une partie est d'ailleurs fermée pour manque d'effectifs et pour cause de travaux. »

La procédure interne dispose que les détenus peuvent participer, accompagnés, aux activités thérapeutiques, et accéder une heure par jour minimum à l'air libre. Les patients détenus sont autorisés à fumer une cigarette après chaque repas dans le sas de la chambre d'isolement, où ils prennent les repas. Si l'hospitalisation se prolonge, ils sont parfois autorisés à se rendre accompagnés dans le service, ainsi qu'à effectuer une promenade, accompagnés, dans l'espace extérieur de l'unité. L'accès à l'air libre indiqué dans la procédure n'est ainsi pas respecté.

Concernant le téléphone, le protocole interne indique que « la personne détenue n'est pas autorisée à téléphoner, sauf prescription médicale ou demande de l'avocat (...). » Contrairement aux autres patients, le principe posé est celui de l'interdiction systématique.

RECO PRISE EN COMPTE 11

Par principe, les personnes détenues doivent pouvoir téléphoner aux personnes autorisées dans le cadre de leur incarcération.

Dans ses observations du 7 octobre 2022, la directrice générale du CH indique : « La procédure présente dans notre gestion documentaire n'était pas à jour de nos pratiques actuelles, ces dernières permettant bien aux personnes détenues hospitalisées dans l'établissement de téléphoner aux personnes autorisées. La procédure a été actualisée le 20 juillet 2022, et jointe en annexe, suite à la

remarque du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté. Un rappel en Commission Médicale d'Etablissement est effectué programmé en octobre 2022. »

Les contrôleurs prennent acte de ces éléments.

Enfin, des protocoles internes sont relatifs aux mouvements des personnes détenues entre services, en cas d'extraction médicale ainsi que concernant la sortie définitive ou la libération pendant l'hospitalisation. La sortie s'organise en lien avec l'USMP de Fleury-Mérogis. L'administration pénitentiaire doit, dès réception de l'arrêté de mainlevée, procéder au rapatriement jusqu'à l'établissement pénitentiaire.

11. CONCLUSION

Cette seconde visite de l'EPSBD, treize ans après la première, retrouve quelques mêmes atouts, généralisés désormais à tous les services comme les verrous de confort dans les chambres, le non retrait systématique du téléphone.

En revanche, des points déjà soulevés en 2009, restent d'actualité comme le défaut d'information des patients ou le recours quotidien aux agents de sécurité pour l'ouverture des portes des CI.

L'accès aux activités occupationnelles et thérapeutiques s'est développé puis a décliné et devient désormais la marge d'ajustement en raison du manque de personnel soignant. L'accès aux soins somatiques a été fortement développé.

La prise en charge reste aujourd'hui empreinte de bienveillance grâce d'une part au dévouement et aux efforts fournis par les soignants et les médecins restant et d'autre part grâce au développement de quelques bonnes pratiques et à une limitation des restrictions de liberté. Toutefois, les contrôleurs ont ressenti un malaise et une souffrance assez marqués chez de nombreux professionnels, vis-à-vis des conditions dans lesquelles ils sont placés pour exercer leurs missions, dans un contexte de désorganisation des soins.

Les contrôleurs ont été confrontés à des difficultés pour obtenir une ventilation claire des effectifs médicaux et paramédicaux par service, pourvus et vacants. Les plannings, réalisés des mois précédant le contrôle, ont été indiqués comme faux. Le manque de soignants ne semble pas pris en compte à la mesure de la situation.

Or la faiblesse des effectifs soignants entraîne une peur de la violence vis-à-vis des patients et des meures d'isolements abusives comme l'intervention trop systématique des agents de sécurité.

La prise en charge des mineurs souffre d'une insuffisance de praticiens titulaires avec là aussi des mesures d'isolement exorbitantes.

La recherche du consentement du patient tend à s'effriter, tant dans les entretiens médicaux, que dans l'association des personnes de confiance ou la gestion des crises, avec encore une utilisation d'injections forcées de sédatifs en « *si besoin* ».

Si les conditions d'hébergement et la traçabilité des mesures d'isolement se sont améliorées depuis le précédent contrôle, la prise en charge globale des patients semble être contrainte vis-à-vis du respect des droits fondamentaux des patients et du respect de leur dignité. L'établissement devra faire l'objet d'un nouveau contrôle rapproché.