



Rapport de visite :

Du 8 au 12 avril 2019 – 1^{ère} visite

Etablissement de santé
mentale – Rueil-Malmaison et
Neuilly-sur-Seine

(Hauts-de-Seine)

SYNTHESE

Trois contrôleurs ont effectué un contrôle de l'établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison et Neuilly-sur-Seine, géré par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN), du 8 au 12 avril 2019.

Un rapport provisoire a été rédigé et envoyé à la direction de l'établissement, à la direction territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) délégation départementale des Hauts-de-Seine, au président et au procureur de la République du tribunal de grande instance (TGI) de NANTERRE, à la préfecture des Hauts-de-Seine en vue de recueillir leurs observations.

La direction du centre hospitalier a fait valoir ses observations. Elle a d'ores et déjà tenu compte des recommandations du CGLPL. Ainsi, des mesures visant à améliorer les conditions de prise en charge des patients ont été mises en place et d'autres sont en cours de réflexion ou de concrétisation. Elles ont été prises en considération pour la rédaction du présent rapport.

L'offre de soins en santé mentale pour les adultes est organisée, dans le département des Hauts-de-Seine, en vingt secteurs pris en charge par six établissements pour une population de l'ordre de 1,6 million d'habitants.

Les lits d'hospitalisation sont parfois éloignés des lieux de vie, c'est pourquoi l'ARS s'efforce, depuis 2016, de relocaliser les lits de psychiatrie dans les établissements de proximité existants, sans création supplémentaire mais en renforçant l'offre ambulatoire. C'est dans ce cadre que la clinique MGEN de Rueil-Malmaison assure, depuis le 1^{er} janvier 2018, l'hospitalisation à temps complet des patients du secteur de Neuilly-sur-Seine.

Les établissements de santé mentale de la MGEN de Paris, Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne), Rueil-Malmaison et Neuilly-sur-Seine sont rassemblés au sein d'une entité commune dite « grand Paris », administrée par un directeur général.

La MGEN a acquis en 1971 les locaux d'une clinique psychiatrique sise à Rueil-Malmaison, dans laquelle elle déploie depuis une activité de soins en santé mentale.

Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) à but non lucratif, la clinique de Rueil-Malmaison n'est pas concernée par les réorganisations induites dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT).

Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la clinique de Rueil-Malmaison offrait, pour les patients de la commune formant le secteur 92G11, quarante-sept lits d'hospitalisation complète, treize lits de semaine et vingt-trois places en hôpital de jour. Elle a intégré à cette date l'hospitalisation complète des patients de la commune de Neuilly-sur-Seine, secteur 92G08, auparavant localisée à Clermont-de-l'Oise (Oise). Ce nouvel intersecteur affiche, pour 150 000 habitants, soixante places en hospitalisation complète (HC) et quarante-huit en hôpital de jour (HJ) contre respectivement quatre-vingt-huit et vingt-trois auparavant par addition des capacités des deux secteurs.

Il a été constaté une bonne cohésion au sein des équipes, où toutes les catégories de personnel ont leur place.

L'établissement offre des conditions matérielles de séjour de qualité et assure une présence médicale et soignante qui permet des prises en charges individualisées et pluridisciplinaires, grâce notamment à la présence de psychologues, aides médico-psychologiques et professionnels spécialisés dans les activités thérapeutiques.

Cependant les chambres d'isolement, improprement dénommées « de soins intensifs » ne sont pas toutes aux normes, le registre ne permet pas de vision globale et la communauté médicale

n'a pas engagé de réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention qui s'exercent pourtant parfois sur des durées longues.

De la même manière, la réflexion collégiale est insuffisante au regard de la prise en charge de patients hospitalisés sans leur consentement depuis plusieurs années, alors même que certains ne souhaitent pas quitter l'établissement, et donc pourraient y rester librement, et que d'autres devraient être orientés en établissement médico-social.

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 12

Le personnel administratif, soignant et médical se réunit chaque matin pour partager les informations relatives notamment aux activités, mesures d'isolement et établissement des certificats médicaux des patients en soins sans consentement.

BONNE PRATIQUE 2 42

La prise en charge s'appuie sur des activités thérapeutiques décloisonnées, dispensées par des professionnels spécialisés, y compris dans le domaine sportif.

BONNE PRATIQUE 3 43

L'établissement a mis en place un dispositif spécifique de réhabilitation psychosociale destiné, notamment, aux patients jeunes dont il s'agit de promouvoir l'autonomie.

BONNE PRATIQUE 4 45

Les personnes placées en chambre d'isolement disposent d'un salon dédié qui facilite les sorties progressives.

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 11

La capacité d'accueil de l'établissement ne doit pas inclure les lits des chambres d'isolement. En conséquence, l'établissement doit afficher cinquante-huit lits d'hospitalisation complète et non soixante.

RECOMMANDATION 2 14

Il convient de proposer au personnel paramédical des formations complémentaires leur permettant de consolider leurs connaissances et d'améliorer leur savoir-faire en matière de soins psychiatriques, notamment dans les domaines des droits des patients admis sans leur consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

RECOMMANDATION 3 17

Les règles de vie doivent préciser les modalités de sortie de l'unité et de l'établissement ainsi que les retraits d'objets.

RECOMMANDATION 4 19

Les patients doivent être accompagnés dans leurs démarches vis-à-vis de leur personne de confiance et cette dernière doit être associée au projet de soins selon les souhaits des patients.

RECOMMANDATION 5 25

Les programmes de soins qui ne comportent pas plus de temps hors de la clinique que ceux permis dans le cadre de permissions de sortie sont à proscrire dès lors qu'ils excèdent une courte période

transitoire. Des solutions conformes à la réglementation et aux bonnes pratiques doivent être recherchées avec les autorités concernées.

Aucune mesure de soins sans consentement ne doit être prolongée dès lors que le patient adhère aux soins et manifeste durablement son souhait de demeurer hospitalisé.

RECOMMANDATION 6 27

Les horaires d'accès au parc doivent être étendus en soirée en prenant en compte la mise en place de l'heure d'été.

RECOMMANDATION 7 28

Les modalités de sortie d'un patient doivent être définies dans son contrat de soins. Les patients en soins libres doivent être à même de sortir de l'établissement par un simple signallement auprès du personnel de l'unité et de l'agent d'accueil sans avoir à solliciter une autorisation préalable.

RECOMMANDATION 8 31

Une réflexion institutionnelle devrait être conduite sur la sexualité des patients, en associant ces derniers aux questions relatives au respect de l'autre, au consentement et à la prévention.

RECOMMANDATION 9 34

Les salles d'eau des chambres méritent d'être réaménagées afin que les patients puissent faire leur toilette dans de meilleures conditions.

RECOMMANDATION 10 35

Les patients doivent avoir la possibilité de fermer la porte de leur chambre à clé.

RECOMMANDATION 11 40

La prescription du port du pyjama doit, dans la mesure du possible, être limitée dans la durée compte tenu de son caractère dégradant.

Hors risque suicidaire, il convient de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

RECOMMANDATION 12 46

Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine permanente. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle.

RECOMMANDATION 13 47

Il convient d'améliorer le système de ventilation des chambres d'isolement et de rénover les sanitaires qui ne sont pas aux normes afin que les patients puissent y avoir accès. L'utilisation d'un bassin ou d'un urinal doit être proscrite.

RECOMMANDATION 14 51

Les mesures d'isolement ne doivent se dérouler que dans des espaces dédiés.

L'établissement doit développer des outils d'analyse fiables et évaluer les mesures d'isolement et de contention qui ne doivent constituer que des solutions de dernier recours.

D'autres alternatives, telles que l'aménagement de chambres d'apaisement, doivent être envisagées.

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.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 1.....17

Les documents récapitulatifs des droits des patients en soins sans consentement doivent être systématiquement remis lors de la notification de la décision d'admission ou dès que l'état du patient le permet.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 2.....17

Il serait souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la suppression, dans les certificats médicaux, de l'item relatif au recueil des observations du patient au profit d'une mention circonstanciée des observations formulées ou des raisons pour lesquelles le patient n'a pas pu ou n'a pas été invité à s'exprimer.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 3.....25

Le collège des professionnels de santé, qui a vocation à procéder à une évaluation approfondie et pluri professionnelle des mesures de soins longues ou concernant des personnes présentant une dangerosité sociale, doit être convoqué pour les patients en programmes de soins comme ceux en hospitalisation complète.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 4.....29

Sauf décision médicale individualisée, les patients doivent être à même d'utiliser leur téléphone portable en soirée, comme cela est déjà possible dans une unité.

SOMMAIRE

SYNTHESE	2
SYNTHESE DES OBSERVATIONS	4
SOMMAIRE	7
1. CONDITIONS DE LA VISITE	9
2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	10
2.1 Les secteurs de psychiatrie du département sont en cours de réorganisation ..10	
2.2 L'établissement s'est récemment réorganisé pour accueillir les patients du secteur de Neuilly-sur-Seine.....10	
2.3 Les ressources humaines sont stabilisées12	
2.4 Le budget est équilibré14	
2.5 L'activité est soutenue et certains patients en soins sans consentement sont hospitalisés depuis plusieurs années14	
3. MODALITES D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS.....	16
3.1 Divers supports d'information générale sont à la disposition des patients.....16	
3.2 Les supports d'information spécifiques sur les droits des patients en SSC ne sont pas remis.....17	
3.3 Les décisions d'hospitalisation sont notifiées et expliquées par les cadres de santé17	
3.4 Les patients sont invités à exprimer leurs observations sur leur séjour, les réclamations sont peu nombreuses18	
3.5 Les associations représentant les usagers sont associées à la vie de l'établissement18	
3.6 La désignation d'une personne de confiance est proposée mais le patient n'est pas accompagné dans ses démarches vis-à-vis de cette dernière.....19	
3.7 Les patients sont accompagnés, s'ils le demandent, pour participer aux scrutins électoraux19	
3.8 L'exercice du culte est possible, sur demande19	
3.9 Le service social coordonne les liens avec les partenaires extérieurs19	
3.10 La confidentialité sur la présence n'est pas protocolisée20	
3.11 Les patients ont la possibilité de changer de médecin et de consulter leur dossier médical.....20	
4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS.....	21
4.1 Les audiences du JLD se déroulent dans de bonnes conditions malgré l'absence d'espace dédié21	
4.2 La commission départementale des soins psychiatriques exerce pleinement ses missions mais estime ne pas recevoir toutes les informations nécessaires22	
4.3 Le registre de la loi est bien tenu mais fait apparaître des pratiques non conformes.....23	

4.4	Le collège des professionnels de santé n'est pas réuni pour les patients en programmes de soins	25
5.	LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES.....	27
5.1	La liberté d'aller et venir est limitée par la précocité de la fermeture du bâtiment en soirée et par une procédure d'autorisation préalable de sortie pour les patients en soins libres	27
5.2	La vie quotidienne des patients n'est soumise à aucune contrainte exercée de manière systématique	28
5.3	Les patients sont privés de leur téléphone en soirée, sauf dans une unité	29
5.4	La sexualité ne fait l'objet d'aucune réflexion institutionnelle	30
6.	LES CONDITIONS DES VIE.....	32
6.1	Les patients bénéficient de bonnes conditions d'hébergement.....	32
6.2	Les sanitaires des chambres sont exigus et peu pratiques	33
6.3	La plupart des patients n'ont pas la possibilité de fermer leur chambre à clé ...	34
6.4	Les patients ont un accès aisé à leur argent et à leurs objets de valeur déposés au bureau des frais de séjour	35
6.5	Les patients prennent leurs repas dans un lieu très convivial	36
6.6	Les patients se distraient surtout dans les parties communes de l'établissement, notamment dans le très beau parc	37
7.	LES SOINS.....	39
7.1	Les soins psychiatriques sont prodigués par une équipe pluridisciplinaire et reposent sur une prise en charge individualisée.....	39
7.2	La prise en charge somatique est assurée.....	43
8.	ISOLEMENT ET CONTENTION	45
8.1	Les chambres d'isolement sont équipées de sanitaires qui ne sont pas accessibles en permanence et d'un système de vidéosurveillance peu utilisé	45
8.2	La durée des mesures d'isolement et de contention ainsi que le recours fréquent à l'isolement en chambre ordinaire interpellent	47
8.3	Le registre est peu exploitable et le manque d'analyse des données traduit l'absence de politique visant à réduire le recours aux mesures d'isolement et de contention.....	50
9.	CONCLUSION.....	52

Contrôleurs :

- Cécile LEGRAND ; cheffe de mission,
- Thierry LANDAIS ; contrôleur,
- Bonnie TICKRIDGE ; contrôleure.

En application de la loi du 30 octobre 2007 qui a institué le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL), trois contrôleurs ont effectué du 8 au 12 avril 2019 une visite annoncée de l'établissement de santé mentale de Rueil-Malmaison et Neuilly-sur-Seine, géré par la mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN).

1. CONDITIONS DE LA VISITE

Les contrôleurs ont été accueillis par le directeur général et ont présenté leur mission devant une douzaine de professionnels dont le directeur général et son adjointe, le directeur médical, la médecin cheffe de service, la cadre supérieure et une cadre de santé, l'assistante de direction, le responsable du service qualité et gestion des risques et la responsable du secrétariat médical.

Le préfet des Hauts-de-Seine, les chefs de juridiction du tribunal de grande instance (TGI) de Nanterre et la délégation territoriale de l'agence régionale de santé (ARS) ont été informés de la visite.

Les organisations professionnelles représentatives du personnel ont été avisées de la présence des contrôleurs par la direction de l'établissement mais n'ont pas sollicité d'entretien.

Il a été mis à la disposition des contrôleurs une salle de travail équipée d'un ordinateur permettant un accès au site Intranet. Tous les documents demandés ont été communiqués. Des affiches signalant la visite de contrôleurs ont été diffusées dans les unités. Ces derniers ont pu s'entretenir en toute confidentialité tant avec des patients qu'avec des membres du personnel et des intervenants exerçant sur le site.

Une réunion de restitution a eu lieu le vendredi 12 avril en présence, notamment, du directeur général et de son adjointe, du directeur médical, de la médecin présidente de la communauté médicale d'établissement (CME), de la médecin cheffe de service, de la cadre supérieure de santé, du responsable du service qualité et gestion des risques et d'une secrétaire médicale.

2. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LES SECTEURS DE PSYCHIATRIE DU DEPARTEMENT SONT EN COURS DE REORGANISATION

L'offre de soins en santé mentale pour les adultes est organisée, dans le département des Hauts-de-Seine, en vingt secteurs pris en charge par six établissements pour une population de l'ordre de 1,6 million d'habitants.

Les lits d'hospitalisation sont parfois éloignés des lieux de vie, c'est pourquoi l'ARS s'efforce, depuis 2016, de relocaliser les lits de psychiatrie dans les établissements de proximité existants, sans création supplémentaire mais en renforçant l'offre ambulatoire. C'est dans ce cadre que la clinique MGEN de Rueil-Malmaison assure, depuis le 1^{er} janvier 2018, l'hospitalisation à temps complet des patients du secteur de Neuilly-sur-Seine.

Le projet territorial de santé mentale (PTSM) en cours d'élaboration à l'échelon départemental, officiellement lancé le 25 septembre 2018, devrait être finalisé en fin d'année 2019.

2.2 L'ETABLISSEMENT S'EST RECENTMENT REORGANISE POUR ACCUEILLIR LES PATIENTS DU SECTEUR DE NEUILLY-SUR-SEINE

2.2.1 Présentation de l'établissement

Les établissements de santé mentale de la MGEN de Paris, Ivry-sur-Seine (Val-de-Marne), Rueil-Malmaison et Neuilly-sur-Seine sont rassemblés au sein d'une entité commune dite « grand Paris », administrée par un directeur général.

La MGEN a acquis en 1971 les locaux d'une clinique psychiatrique sise rue du Lac à Rueil-Malmaison, dans laquelle elle déploie depuis une activité de soins en santé mentale. L'établissement est aisément accessible en transports en commun (autobus), non loin de commerces, et entouré d'un parc arboré.

Il est placé sous l'autorité d'une directrice adjointe et d'un directeur médical. Le projet d'établissement, qui comporte un volet médico-soignant, a été validé pour cinq ans en 2018 ; l'établissement a été certifié sans réserve pour six ans par la Haute autorité de santé (HAS) en mars 2016.

Etablissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) à but non lucratif, la clinique de Rueil-Malmaison n'est pas concernée par les réorganisations induites dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT). L'établissement est en revanche partie prenante et actif dans l'élaboration du projet territorial de santé mentale.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2018, la clinique de Rueil-Malmaison offrait, pour les patients de la commune formant le secteur 92G11, quarante-sept lits d'hospitalisation complète, treize lits de semaine et vingt-trois places en hôpital de jour. Elle a intégré à cette date l'hospitalisation complète des patients de la commune de Neuilly-sur-Seine, secteur 92G08, auparavant localisée à Clermont-de-l'Oise (Oise). Ce nouvel intersecteur affiche, pour 150 000 habitants, soixante places en hospitalisation complète (HC) et quarante-huit en hôpital de jour (HJ) contre respectivement quatre-vingt-huit et vingt-trois auparavant par addition des capacités des deux secteurs.

Deux centres ambulatoires situés à Rueil-Malmaison et Neuilly-sur-Seine offrent des consultations en centre médico-psychologique (CMP), des activités thérapeutiques à temps partiel (CATTP), quarante-huit places en HJ et quatorze en appartements associatifs. Le centre

ambulatoire de Rueil-Malmaison, auparavant situé dans le parc de la clinique, a été délocalisé début avril 2019 dans des locaux neufs, distants de moins d'un km du site d'hospitalisation.

Les unités d'hospitalisation complète sont réparties dans deux bâtiments reliés par un restaurant commun à l'ensemble des patients et au personnel. L'un, dit « clinique », est constitué de trois unités d'admission et l'autre, dit « la résidence », de deux unités de réinsertion et de réhabilitation.

Le bâtiment clinique dispose de trois unités dont l'une est dédiée à l'accueil de patients éventuellement en crise : l'unité d'accueil et de crise (UAC), située au 3^{ème} étage. L'UAC dispose de douze lits en chambres individuelles dont trois chambres d'isolement. Les deux autres unités d'hospitalisation à temps complet, dénommées HTC1 et 2, sont situées aux 1^{er} et 2^{ème} étages, accessibles par escalier et ascenseur. Elles disposent de treize et quatorze lits répartis en deux fois treize chambres (une chambre double à HTC2). L'unité HTC1 dispose d'une chambre parfois utilisée pour l'isolement, une partie du mobilier étant dans cette hypothèse retirée. Les locaux administratifs sont situés au rez-de-chaussée de ce pavillon.

Le bâtiment, dit HPR, dispose de vingt-deux lits répartis en vingt et une chambres sur deux niveaux (une chambre double). Ce bâtiment dispose d'un ascenseur qui ne peut néanmoins pas recevoir de brancard. Les locaux administratifs sont situés au rez-de-chaussée de ce bâtiment.

L'offre affichée de soixante places en hospitalisation complète pour soixante et un lits au total ne tient pas compte de l'intégralité des chambres d'isolement. Il est indispensable, pour permettre de mettre fin à une décision d'isolement dès que l'état clinique ne le justifie plus, de réserver une chambre ordinaire à chaque patient en isolement. Compte tenu des trois chambres d'isolement de l'UAC, la capacité d'hospitalisation complète de l'établissement est donc en réalité de cinquante-huit places.

RECOMMANDATION 1

La capacité d'accueil de l'établissement ne doit pas inclure les lits des chambres d'isolement. En conséquence, l'établissement doit afficher cinquante-huit lits d'hospitalisation complète et non soixante.

A la suite de la transmission du rapport de visite l'établissement a indiqué que son affichage reprend bien le nombre de 58 lits et qu'une réflexion est en cours afin de réserver une chambre libre pour chaque chambre d'isolement occupée, la recommandation émise reste en conséquence d'actualité.

En outre, l'établissement envisage, pour atteindre une taille plus opérationnelle et répondre aux besoins de santé du territoire, de prendre en charge l'hospitalisation complète des patients des communes limitrophes de Suresnes et Puteaux (secteur 92G09), actuellement localisée à Antony, au Sud du département. La disponibilité des locaux auparavant utilisés pour les activités ambulatoires du secteur de Rueil-Malmaison offre des perspectives de réorganisation des unités d'hospitalisation et des espaces administratifs.

2.2.2 Les instances

La commission médicale d'établissement (CME) se réunit quatre fois par an, notamment pour valider les protocoles. Tous les médecins en sont membres de droit passée la période d'essai.

Les médecins se réunissent chaque semaine pour aborder toutes les questions courantes d'organisation, les activités et, parfois, des situations cliniques difficiles. Il arrive que des cadres ou infirmiers soient conviés.

Une à deux réunions annuelles rassemblent tous les médecins du « grand Paris ». La MGEN organise tous les deux ans un colloque de psychiatrie.

L'établissement ne dispose pas de comité d'éthique propre et l'espace éthique MGEN n'est plus actif depuis 2018. Il n'y a pas de dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en cours, tous sont en phase d'intégration dans les pratiques. Un projet est envisagé sur la thématique du patient traceur. L'établissement présente peu d'instances de réflexion sur les pratiques qui permettent à la communauté médicale et soignante d'échanger sur le projet de soin.

En revanche l'établissement est bien intégré dans la cité et participe aux comités locaux de santé mentale (CLSM) de Rueil-Malmaison et de Neuilly-sur-Seine qui peuvent, lorsque nécessaire, réagir rapidement dans le cadre de cellules d'alerte. La MGEN tient des permanences d'information sur la santé mentale au centre communal d'action sociale (CCAS) de Rueil-Malmaison.

Chaque matin, un court « flash » réunit responsables administratifs et soignants pour échanger sur les entrées, sorties, consultations extérieures de la veille et du jour, les mesures d'isolement en cours, les lits disponibles, les activités transversales programmées, les certificats médicaux à établir pour les patients en soins sans consentement (SSC).

BONNE PRATIQUE 1

Le personnel administratif, soignant et médical se réunit chaque matin pour partager les informations relatives notamment aux activités, mesures d'isolement et établissement des certificats médicaux des patients en soins sans consentement.

2.3 LES RESSOURCES HUMAINES SONT STABILISEES

La réunion des deux secteurs a momentanément déstabilisé les équipes médicales et soignantes ; une partie du personnel a été renouvelée et l'établissement n'a retrouvé une stabilité de ses ressources humaines qu'en fin d'année 2018.

2.3.1 Personnel médical

L'établissement emploie dix-sept médecins, outre le directeur médical. Quatre médecins psychiatres (dont la présidente de la CME) exercent uniquement en ambulatoire, les autres répartissant leur temps entre l'intra-hospitalier et l'ambulatoire.

La prise en charge dans les unités d'hospitalisation est assurée par neuf médecins psychiatres de plein exercice dont la moitié sont des praticiens hospitaliers détachés. Ils interviennent également dans les structures extérieures, ce qui représente 5,5 équivalents temps plein (ETP) pour l'hospitalisation complète, effectif qui permet la présence d'au moins un médecin en journée dans chaque unité. Une garde physique est assurée après 19h.

La communauté médicale compte, hors les spécialistes en psychiatrie, un médecin généraliste à mi-temps, une pharmacienne et un médecin responsable du DIM (département d'information médicale).

2.3.2 Personnel soignant

L'établissement dispose de 22,5 ETP d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE) et de 20 ETP d'aides-soignants (AS) pour l'intra hospitalier. 7 postes d'IDE et 3,5 d'AS ne sont pas pourvus, dont un pour chaque catégorie d'emploi dans les unités d'hospitalisation, les autres vacances affectant les structures ambulatoires. Deux aides-médicaux psychologiques (AMP) complètent l'équipe soignante de la résidence. L'établissement indique rencontrer des difficultés pour recruter en raison des salaires peu attractifs de la convention collective FEHAP CCN51, situation qui concerne également les médecins. Pour ceux-ci l'établissement a décidé de s'aligner sur la grille de Praticiens Hospitaliers.

Un pôle volant formé de trois IDE et de trois AS (deux au moment du contrôle) assure les remplacements au sein des unités. L'effectif cible en journée comporte quatre agents à l'UAC, trois pour les deux unités HTC1 et 2 et trois également pour les deux unités HPR. Le personnel est rattaché aux unités cliniques ou à la résidence pour mieux connaître les patients.

Il exerce, à sa demande, en service de douze heures sur trois jours depuis le 25 mars 2019, avec des prises de service étalées sur 30 mn pour faciliter les transmissions. Cette organisation, qui libère deux week-ends sur trois, paraît donner satisfaction à tous.

La nuit (21h à 7h), une IDE et trois AS sont présentes pour l'ensemble des unités cliniques et une IDE et une AS pour l'ensemble de la résidence.

2.3.3 Autres catégories de personnel

Une cadre supérieure et deux cadres de santé (un par bâtiment intra-hospitalier) assurent une garde par roulement hebdomadaire. Faute d'espaces disponibles, elles ne disposent pas de bureau au sein des unités.

L'entretien des locaux est assuré par neuf ETP d'agents des services hospitaliers (ASH) qui exercent en horaires de matin ou d'après-midi. Deux postes sont vacants.

A chaque secteur sont affectés un psychologue, une assistante sociale, un ergothérapeute, un neuropsychologue et un professeur d'activités physiques adaptées (PAPA) qui interviennent en intra et extra hospitalier. Un troisième assistant social est positionné sur des activités spécifiques d'insertion professionnelle et une diététicienne anime des ateliers (plus un mi-temps pour le suivi des menus).

Quatre secrétaires gèrent, notamment, le secrétariat des SSC.

Trois chauffeurs assurent l'accompagnement des patients à l'extérieur et la surveillance du parc.

2.3.4 Formation

Outre les formations réglementaires liées à la sécurité, douze places par an sont ouvertes à l'ensemble du personnel soignant pour une formation de quatre jours relative à la gestion de la violence (formation OMEGA). Huit personnes en ont bénéficié en 2018. Cette formation constitue l'essentiel de l'offre de formation collective de nature à consolider les compétences en soins psychiatriques.

Les secrétaires sont par ailleurs invitées à suivre une formation de deux jours sur la réglementation des SSC. Le personnel peut participer à des colloques, bénéficier de formations individuelles (diplômes universitaires notamment) et participer à quelques interventions dispensées en interne par les médecins (prévention de la crise suicidaire, questions d'éthique etc.).

Nonobstant une enveloppe de 177 000 euros consacrée à la formation en 2018, une partie du personnel ressent un besoin en formation plus soutenue pour consolider les connaissances et prendre du recul sur les pratiques. Le tutorat a été abandonné car il ne donnait pas satisfaction. L'approfondissement des savoirs repose essentiellement sur les échanges et réunions avec les médecins, selon l'expérience et l'approche différente du soin psychiatrique de chacun.

En réponse au rapport provisoire, l'établissement a produit le programme des formations organisées au titre de l'année 2019 : le cadre thérapeutique (1 jour), les conduites addictives (1^{er} module : addiction alcool et autres toxiques, 2^{ème} module troubles des conduites alimentaires, 2 jours), prévention et gestion de l'agressivité et de la violence en milieu psychiatrique gériatrique médicosocial (2 jours), psychopathologie de l'adolescence (2 jours), prévention et gestion de la crise suicidaire (3 jours), les états limites à destination des paramédicaux (1 jour) et à destination des médecins (2 jours), isolement en psychiatrie (2 jours), psychiatrie de la personne âgée (2 jours), prise en charge de la douleur en psychiatrie et en gériatrie (3 jours), du toucher relationnel au massage bien être (2 jours).

Si ces éléments rendent compte des efforts fournis en terme de proposition de formation présentant une offre variée il n'en demeure pas moins qu'aucune formation spécifique aux soins sans consentement n'est proposée, l'hospitalisation sans consentement est abordée par la prise de l'isolement. En conséquence la recommandation 2 est maintenue.

RECOMMANDATION 2

Il convient de proposer au personnel paramédical des formations complémentaires leur permettant de consolider leurs connaissances et d'améliorer leur savoir-faire en matière de soins psychiatriques, notamment dans les domaines des droits des patients admis sans leur consentement et des pratiques d'isolement et de contention.

2.4 LE BUDGET EST EQUILIBRE

L'établissement a disposé d'une dotation globale annuelle de 9 500 244 euros en 2016, 9 983 455 euros en 2017 et 13 795 091 euros en 2018, compte-tenu de la reprise du secteur Neuilly-sur-Seine.

Les comptes sont à l'équilibre et permettent les investissements nécessaires. La MGEN a acquis les locaux du nouveau CMP de Rueil-Malmaison, loués par la clinique.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé pour cinq ans avec l'ARS en janvier 2019.

2.5 L'ACTIVITE EST SOUTENUE ET CERTAINS PATIENTS EN SOINS SANS CONSENTEMENT SONT HOSPITALISES DEPUIS PLUSIEURS ANNEES

En 2018, 252 patients ont été hospitalisés en soins libres (SL), 137 sur décision du directeur d'établissement (SDDE) et 20 sur décision du représentant de l'Etat (SDRE), soit 38 % de patients en SSC.

Parmi les patients admis en SDDE, 105 l'étaient à la demande d'un tiers (SDT) et 32 au titre d'un péril imminent (PI). Parmi ceux en SDRE, 2 l'étaient à la suite d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale.

La durée moyenne de séjour (DMS) était, pour l'ensemble des patients, de 33 jours et la durée moyenne d'hospitalisation de 63 jours. La DMS des patients en SDDE était un peu plus courte – 24 jours – mais celles des SDRE plus longue – 69 jours – particulièrement pour ceux déclarés pénalement irresponsables d'une infraction : 356 jours (cf. § 3.9).

L'établissement connaît un taux d'occupation proche de sa capacité totale, cependant il affichait une dizaine de places disponibles lors de la visite des contrôleurs.

Les patients sont orientés vers l'UAC lorsqu'ils relèvent d'une prise en charge renforcée, voire requièrent un placement en isolement. Dans les autres cas, ils sont indifféremment accueillis en HTC1 ou 2, selon les places disponibles. Le taux d'occupation élevé ne permet pas de réellement prendre en compte la sectorisation géographique, ce qui rend plus complexe le lien avec les structures ambulatoires.

L'établissement n'accueille jamais de personnes détenues, en revanche quelques mineurs : trois en 2017, quatre en 2018 et un durant la visite des contrôleurs, tous en SL et âgés de plus de 16 ans.

Au 5 avril étaient hospitalisés quarante-sept patients dont vingt-quatre en SSC :

- trois SDRE (depuis 2010, 2018 et un retour d'unité pour malades difficiles (UMD) en 2019) ;
- trois placements judiciaires après une décision d'irresponsabilité pénale (depuis 2000, 2006, et 2010) ;
- six SDT (depuis 2014, 2017, 2018 et trois en 2019) ;
- sept SDTU (six depuis 2018 et un en 2019) ;
- cinq SPI (depuis 2017, 2018 et trois en 2019).

Parmi eux, neuf étaient en programmes de soins avec hospitalisation séquentielle (cf. § 4.3.3).

3. MODALITES D'EXERCICE DES DROITS DES PATIENTS

3.1 DIVERS SUPPORTS D'INFORMATION GENERALE SONT A LA DISPOSITION DES PATIENTS

Deux livrets d'accueil sont déposés par les ASH lors de la préparation des chambres.

Le premier est commun à tous les établissements de santé mentale de la MGEN. Il mentionne les droits de désigner une personne de confiance, d'être placé sous mesure de protection juridique si nécessaire, de demander l'anonymat de l'hospitalisation, de consulter son dossier médical et de formuler des réclamations à la direction, la commission des usagers (CDU) ou les représentants de usagers.

Le second est propre à l'établissement. Il précise, notamment, les modalités de dépôt des biens de valeur, les recours ouverts aux patients en soins « sous contrainte » avec les adresses du tribunal et de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP), les horaires des repas, visites et appels téléphoniques depuis l'infirmerie, les modalités d'acheminement des courriers, d'accès à internet, d'expression de réclamations, le rôle de la CDU et les coordonnées des représentants des usagers, le rôle et les coordonnées de la commission d'accès aux documents administratifs (CADA), de la commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (CRCI), du CGLPL et du Défenseur des droits.

Des affiches dans les lieux collectifs viennent compléter certaines informations :

- une affiche sur les règles de vie, mise à jour en février 2019, énonce les interdits (alcool, toxiques, tabac, prise de photographies), les horaires des repas et des visites, les possibilités d'interdiction de téléphoner pour raisons médicales, l'inventaire et la prise en charge des biens de valeur ;
- une affiche d'information sur le rôle de la personne de confiance.

Au pavillon de réinsertion sont affichées en outre les coordonnées d'aumôniers catholique, protestant, musulman et israélite.

Le site internet comporte enfin une présentation de l'offre de soin et des moyens de se rendre dans l'établissement. Il n'est pas mis à jour des capacités telles que modifiées par l'intégration du secteur de Neuilly-sur-Seine.

L'ensemble de ces supports permet une information complète, parfois redondante, des règles de vie, interdits et droits des patients.

Cependant, nulle part ne sont mentionnés le fait que la possibilité de sortir de l'établissement est conditionnée, pour les patients en SL, à une autorisation écrite d'une infirmière, ni que l'accès au parc est fermé entre 20h30 et 7h30 (cf. § 5.1), ni que les téléphones personnels doivent être remis après dîner, sauf à HTC1 (cf. § 5.3.1).

L'établissement a justifié dans le cadre de ses observations que les règles de vie ont été complétées des horaires de sortie et a indiqué qu'une réflexion est en cours s'agissant du retrait des objets.

RECOMMANDATION 3

Les règles de vie doivent préciser les modalités de sortie de l'unité et de l'établissement ainsi que les retraits d'objets.

3.2 LES SUPPORTS D'INFORMATION SPECIFIQUES SUR LES DROITS DES PATIENTS EN SSC NE SONT PAS REMIS

Le personnel a présenté aux contrôleurs un document, mis à jour en octobre 2018, qui explique en quatre pages les droits spécifiques des patients en SDDE : conditions d'admission, période d'observation, audiences du juge des libertés et de la détention (JLD), droits de communication avec les autorités et de recours au juge à tout moment, coordonnées de divers services et associations susceptibles d'apporter aide et information. Il a été indiqué, lors de la réunion de fin de visite, qu'un document identique existe pour les patients en SDRE, cependant il n'avait été évoqué par aucun des professionnels rencontrés au cours de la semaine. En tout état de cause, ce ou ces documents ne sont pas remis aux patients lors de la notification des décisions d'admission ou de maintien, sauf exception pour répondre à des demandes particulièrement précises.

Depuis la visite de contrôle de l'établissement, la recommandation a été prise en compte. En effet l'établissement en a justifié par la diffusion d'une note en date du 29 mai 2019 indiquant que les documents pour les SDT et SDRE doivent être systématiquement remis lors de la notification de la décision d'admission ou dès que l'état du patient le permet.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 1

Les documents récapitulatifs des droits des patients en soins sans consentement doivent être systématiquement remis lors de la notification de la décision d'admission ou dès que l'état du patient le permet.

3.3 LES DECISIONS D'HOSPITALISATION SONT NOTIFIEES ET EXPLIQUEES PAR LES CADRES DE SANTE

Les décisions d'admission et de maintien en SSC ainsi que les convocations devant le JLD sont notifiées par la cadre du service ou la cadre de permanence. Cette organisation a été mise en place afin de ne pas impliquer les soignants dans une relation juridique et un cadre de contrainte. Une copie de tous les documents est remise aux patients.

Les médecins ont indiqué informer les patients, autant que leur état le permet, de l'établissement de chaque certificat médical, de sa portée, et recueillir leurs observations. Cependant, aucun des certificats médicaux consultés dans le registre de la loi ne comporte d'observations circonstanciées, même sommaires. Les certificats satisfont aux exigences réglementaires par la mention pré imprimée selon laquelle les observations du patient ont été recueillies.

L'établissement a justifié de la prise en compte de la recommandation afférente par la modification du formulaire remplaçant la phrase type le patient « *a pu faire valoir ses observations* » par la retranscription effective des observations du patient.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 2

Il serait souhaitable que la communauté médicale et les services administratifs réfléchissent à la suppression, dans les certificats médicaux, de l’item relatif au recueil des observations du patient au profit d’une mention circonstanciée des observations formulées ou des raisons pour lesquelles le patient n’a pas pu ou n’a pas été invité à s’exprimer.

3.4 LES PATIENTS SONT INVITES A EXPRIMER LEURS OBSERVATIONS SUR LEUR SEJOUR, LES RECLAMATIONS SONT PEU NOMBREUSES

3.4.1 Les questionnaires de satisfaction

Les patients sont invités, à la fin de leur séjour, à renseigner un questionnaire de satisfaction inséré dans le livret d’accueil. 163 questionnaires ont été retournés en 2018 pour 564 sorties ; ils présentaient un taux de satisfaction global de 87 %. Cependant, la question relative à la clarté des informations transmises sur les raisons de restriction de liberté n’a reçu que 65 % de réponses positives au cours du premier trimestre 2019 (57 % pour le premier trimestre 2018).

3.4.2 Les réclamations

Les patients sont informés par le livret d’accueil de la possibilité de formuler des remarques et réclamations, en première intention auprès du médecin ou du cadre de santé, en deuxième intention par courrier au directeur qui sera présenté en CDU.

Les réclamations gérées au sein de l’unité portent souvent sur des disparitions d’objet, parfois sur des tensions entre patients ou avec un membre du personnel.

L’établissement a été saisi de dix réclamations écrites en 2018, portant sur des thématiques variées. Il n’a pas été nécessaire de faire appel aux médiateurs.

3.5 LES ASSOCIATIONS REPRESENTANT LES USAGERS SONT ASSOCIEES A LA VIE DE L’ETABLISSEMENT

L’association union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (UNAFAM) est la seule représentée dans les instances.

Trois représentants siègent à la CDU. La commission se réunit quatre fois par an, au sein des différents sites de l’établissement (unités d’hospitalisation et centres ambulatoires). Depuis le début de l’année 2019, la réunion de la CDU est précédée d’une rencontre d’une trentaine de minutes avec les patients et le personnel pour échanger sur différents items du questionnaire de sortie. La première rencontre, organisée au mois de février, a permis de rencontrer une dizaine de personnes dans chaque pavillon.

Les représentants de l’UNAFAM participent aussi, depuis 2018, au comité de pilotage de la qualité.

Ils interviennent dans des instances et manifestations extérieures : CDSP, CLSM, semaines d’information sur la santé mentale (SISM) et tiennent une permanence mensuelle à la « maison de l’autonomie » de Rueil-Malmaison.

L’association n’a pas renouvelé le stock de « flyers » d’information autrefois déposés à l’accueil mais son numéro de téléphone figure dans le livret d’accueil.

Un projet de groupe d'entraide mutuelle (GEM) est en cours sur la commune de Neuilly-sur-Seine, porté par l'association « œuvre Falret » accompagnée par la MGEN.

3.6 LA DESIGNATION D'UNE PERSONNE DE CONFIANCE EST PROPOSEE MAIS LE PATIENT N'EST PAS ACCOMPAGNE DANS SES DEMARCHES VIS-A-VIS DE CETTE DERNIERE

Des affiches apposées dans les unités expliquent le rôle de la personne de confiance.

Les patients sont invités à procéder à sa désignation lors de l'entretien d'accueil. Le document est classé au dossier, les patients ne sont pas aidés dans leurs démarches pour contacter la personne de confiance, lui expliquer son rôle, l'inviter à accepter formellement sa désignation, de sorte que finalement les personnes de confiance ne sont pas associées en tant que telles aux processus de soin et aux entretiens médicaux. En revanche, les proches sont contactés, avec l'accord du patient, et associés au projet de soins. Dans le cadre de ses observations l'établissement a fait valoir que la question de la personne de confiance sera inscrite au programme du Comité d'éthique dont la création est prévue à l'automne 2019.

RECOMMANDATION 4

Les patients doivent être accompagnés dans leurs démarches vis-à-vis de leur personne de confiance et cette dernière doit être associée au projet de soins selon les souhaits des patients.

3.7 LES PATIENTS SONT ACCOMPAGNES, S'ILS LE DEMANDENT, POUR PARTICIPER AUX SCRUTINS ELECTORAUX

Au moment de la visite des contrôleurs, aucune information ou organisation spécifique n'était mise en œuvre pour les élections européennes du 26 mai. Cependant, sur demande, le personnel soignant indique qu'il est possible d'être accompagné pour voter ou de faire établir une procuration.

3.8 L'EXERCICE DU CULTE EST POSSIBLE, SUR DEMANDE

Le livret d'accueil commun à l'ensemble des établissements de la MGEN comporte la charte de la laïcité et mentionne que les coordonnées des ministres des principaux cultes sont disponibles auprès de l'accueil. En pratique, hormis au pavillon de réinsertion où elles sont affichées, ces informations sont communiquées par les cadres.

Le personnel soignant peut accompagner des patients à l'église s'ils le souhaitent.

3.9 LE SERVICE SOCIAL COORDONNE LES LIENS AVEC LES PARTENAIRES EXTERIEURS

Trois assistantes sociales interviennent dans l'établissement, une par secteur et une dans le cadre d'un dispositif transversal d'insertion professionnelle. Cependant, l'un des secteurs est resté sans assistante sociale durant neuf mois et le poste n'a été pourvu qu'au mois d'avril 2019.

Les assistantes sociales des secteurs interviennent en intra et extra hospitaliers. Elles répondent aux demandes des patients et de toute catégorie de personnel et participent aux « staffs ».

Lors de la visite, treize patients sur quarante-sept étaient sous curatelle ou sous tutelle. Les assistantes sociales initient, si besoin, une demande de mesure de protection. L'association « relais mutualiste » peut avancer les 160 euros nécessaires au paiement de l'intervention d'un médecin agréé pour l'expertise. Les mandataires sont sollicités pour les besoins des patients

durant le temps d'hospitalisation ; l'association « relais mutualiste » peut faire une avance lorsque les tuteurs tardent à mettre en place les virements.

Les assistantes sociales constituent les dossiers pour des placements en établissements pour personnes âgées ou médico-sociaux. Des liens soutenus avec les centres communaux d'action sociale permettent une orientation vers un hébergement d'urgence.

Elles se heurtent cependant à diverses difficultés pour l'orientation en aval de l'hospitalisation :

- refus de certains patients ou familles, pour des raisons de coût ou de confiance dans l'établissement, de communiquer les documents indispensables à la constitution du dossier ;
- refus de certains tuteurs ou curateurs, alors même que le patient adhère au projet, au motif que l'orientation leur paraît inadaptée. Dans cette hypothèse le juge d'instance peut être saisi mais ses délais d'intervention sont longs ;
- exigence par les conseils départementaux, pour une aide sociale à l'hébergement, d'une lettre d'admission d'un établissement alors que lesdits établissements ne délivrent un tel engagement que lorsque le financement du séjour par la collectivité territoriale est acquis.

Ainsi, un certain nombre de patients restent hospitalisés bien au-delà de la durée nécessaire. Cet état de fait a été confirmé aux contrôleurs par les médecins.

3.10 LA CONFIDENTIALITE SUR LA PRESENCE N'EST PAS PROTOCOLISEE

Le droit à la confidentialité et à l'anonymat figure au livret d'accueil commun à l'ensemble des établissements de la MGEN mais n'est pas présenté au patient lors de l'entretien d'accueil.

Il arrive que les cadres, sur demande d'un patient ou de ses proches, donnent pour instruction aux agents d'accueil de ne livrer aucune information relative à la présence ou non d'un patient dans l'établissement. Cependant aucune procédure n'est formalisée.

3.11 LES PATIENTS ONT LA POSSIBILITE DE CHANGER DE MEDECIN ET DE CONSULTER LEUR DOSSIER MEDICAL

Aucun des supports d'information ne mentionne le droit de demander à changer de médecin, cependant les psychiatres indiquent ne voir aucune objection à donner leur accord à une telle demande dans la mesure où un changement de médecin référent pourrait faire évoluer positivement l'état clinique du patient.

Le livret d'accueil commun aux établissements de la MGEN mentionne le droit d'accès au dossier médical. En pratique peu de patients en sollicitent la communication : sept en 2018 et deux par des proches. Ces demandes ont été satisfaites dans un délai de 2,4 jours, quelle que soit la date du dossier.

4. LE CONTROLE DES DROITS DES PATIENTS

4.1 LES AUDIENCES DU JLD SE DEROULENT DANS DE BONNES CONDITIONS MALGRE L'ABSENCE D'ESPACE DEDIE

4.1.1 L'organisation de l'audience

Une audience est organisée chaque semaine, présidée par deux magistrats en alternance, *in situ* depuis 2011. Elle se tient dans une salle polyvalente équipée d'un ordinateur et d'une imprimante. Il n'a pas été communiqué aux contrôleurs de convention entre l'établissement, le TGI et l'ARS mais un « *protocole relatif à la mise en œuvre de la loi du 27 septembre 2013* », signé des seuls chefs de juridiction le 20 juillet 2015, relatif à l'organisation des audiences dans les six établissements de santé du département.

Les divers intervenants sont répartis autour de la table. Le public, extrêmement limité à ces audiences, est accueilli par le greffier et le magistrat après avoir été guidé par l'agent d'accueil. Les patients peuvent patienter assis dans le hall d'entrée de la clinique. Les soignants ne rentrent dans la salle que sur demande du magistrat ou du patient. La directrice adjointe assiste aux audiences, sans prendre la parole sauf si elle est sollicitée. Les avocats disposent d'un bureau pour s'entretenir avec leur client de manière confidentielle.

Ce cadre, quoique ne répondant pas aux exigences d'une salle d'audience délocalisée, donne satisfaction aux magistrats, avocats et constitue un espace non anxiogène pour les patients.



Salle utilisée pour les audiences du JLD

Les convocations sont notifiées et remises en copie par les cadres qui expliquent le rôle du JLD et proposent de solliciter un avocat, choisi ou de permanence. Une vingtaine d'avocats volontaires et formés interviennent à tour de rôle dans le cadre de la commission d'office, gratuite quelle que soit la situation financière des patients. Les médecins rédigent peu de certificats d'incompatibilité à l'audience ; dans cette hypothèse les avocats peuvent se déplacer dans les unités mais peu le font en pratique. Il est arrivé que des patients soient présentés à l'audience en pyjama d'hôpital, situation qui porte atteinte à leur dignité et doit être évitée.

Les décisions sont notifiées sur le siège, avec remise d'une copie.

Lors de l'audience à laquelle a assisté un contrôleur, aucun professionnel ne portait de robe d'audience, le magistrat a présenté les personnes présentes et expliqué son rôle ; le patient a été invité à s'exprimer sur les circonstances de son admission, ses conditions d'hospitalisation, ses demandes et ses projets.

Le magistrat, lors de la notification de sa décision, a rappelé qu'une audience se tient chaque semaine dans l'établissement et qu'il est possible de saisir le JLD à tout moment.

4.1.2 Les décisions rendues

En 2018, les JLD ont été saisis de 124 requêtes et ont reçu 107 patients. Seules quatre mesures ont été levées. Quatre décisions ont été frappées d'appel, la cour d'appel de Versailles (Yvelines) a maintenu les mesures dans tous les cas.

4.2 LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EXERCE PLEINEMENT SES MISSIONS MAIS ESTIME NE PAS RECEVOIR TOUTES LES INFORMATIONS NECESSAIRES

La CDSP est constituée et les associations UNAFAM et FNAPSY (fédération nationale des patients en psychiatrie) en sont notamment membres. La commission s'est déplacée dans l'établissement à deux reprises en 2018. Ses visites sont annoncées et donnent lieu à la rencontre de patients.

Dans son compte rendu de visite du 12 décembre 2018, la commission déplore que l'établissement refuse de renseigner un questionnaire de pré-visite. « *L'établissement estime en effet que le rôle de la CDSP devrait se limiter à l'examen de la situation individuelle des patients et ne peut s'étendre aux questions de structure de l'établissement, tels que le nombre total de postes budgétés et occupés. Elle n'aurait donc, selon lui, aucune légitimité pour récolter les données recensées par le questionnaire de pré-visite* ». La commission estime pour sa part que « *connaître l'existence d'un éventuel sous-effectif important dans le personnel chargé des soins prodigués aux personnes placées sous mesure de soins sans consentement fait clairement partie des éléments d'appréciation d'une situation de respect des droits de l'Homme et de la dignité. La densité de l'encadrement influe en particulier sur la capacité de respect des règles concernant la surveillance des chambres de soins intensifs, sur le recours à l'isolement et à la contention, sur les possibilités de jouir de temps de promenade et d'accès à des activités ergothérapeutiques et sportives* ».

La commission s'est par ailleurs inquiétée de la surveillance en continu des chambres d'isolement par des caméras reliées au bureau des soignants. Cette installation et son usage lui apparaissent irrespectueux du droit à l'intimité et contraires à une recommandation de la HAS : « *L'espace d'isolement doit respecter l'intimité et la dignité du patient ... La prise en charge du patient nécessite une surveillance physique et une interaction relationnelle qui ne peuvent être remplacées par un système de vidéosurveillance* ». Le directeur médical a indiqué, en réponse, avoir donné pour instruction aux soignants de n'actionner les caméras qu'en cas de besoin, tel que pour vérifier qu'ils peuvent entrer sans danger dans la chambre.

La commission estime aussi que l'isolement de nuit pour empêcher les déambulations ne satisfait pas à des indications strictement thérapeutiques et de dernier ressort, que les dossiers méritent d'être organisés d'une manière qui facilite leur contrôle, recommande que les notifications des décisions d'admission soient datées par les patients et que les audiences du JLD se déroulent dans un espace dédié, de telle sorte que chacune des parties à l'audience, mais aussi le public, y dispose d'un espace défini.

4.3 LE REGISTRE DE LA LOI EST BIEN TENU MAIS FAIT APPARAÎTRE DES PRATIQUES NON CONFORMES

4.3.1 La tenue des registres

Quatre secrétaires, spécifiquement formées ou en cours de formation pour les nouvelles, assurent le secrétariat des SSC, gèrent les échéances des certificats médicaux (CM) et renseignent le registre de la loi.

Le registre en cours comporte toutes les mentions requises et est tenu à jour sans délai, les CM et décisions sont réduits et collés. En sus des certificats des médecins psychiatres figure un CM d'examen somatique des 24 heures.

Les certificats sont apparus circonstanciés, hormis parfois pour des patients soignés depuis plusieurs années, en hospitalisation complète ou en programme de soins. Pour certains, leur lecture ne permet pas d'apprécier l'évolution dans le temps de l'état du patient et de son adhésion aux soins.

4.3.2 Les permissions de sortie

Les permissions de sortie sont fréquentes, accompagnées de moins de douze heures comme non accompagnées de moins de quarante-huit heures.

Au cours du 1^{er} trimestre 2019, 103 permissions accompagnées de moins de douze heures ont été mises en œuvre au profit de 27 patients et 63 non accompagnées de moins de quarante-huit heures, au profit de 23 patients. L'accompagnement ne semble pas se heurter à des difficultés majeures en termes de disponibilité du personnel et la clinique dispose de trois véhicules.

Pour les patients en SDRE, le préfet demande, au-delà des exigences du code de la santé publique (CSP), le visa « approuvé » du directeur. Pour les patients en SDT, le médecin informe lui-même le tiers des sorties non accompagnées.

4.3.3 Les programmes de soins

A la date du 5 avril 2019, trente-sept patients étaient suivis dans le cadre d'un programme de soins ambulatoires (vingt-deux au CMP de Neuilly-sur-Seine et quinze dans celui de Rueil-Malmaison) et neuf faisaient l'objet d'un programme reposant essentiellement sur une hospitalisation complète ponctuée de sorties régulières. Ces situations concernaient donc 19 % des patients hébergés au moment de la visite.

Parmi eux, un était en SDRE, trois en placement judiciaire à la suite d'une décision d'irresponsabilité pénale, trois en SDT et deux en DSTU.

Certains programmes étaient anciens (2015) et d'autres très récents (mars et avril 2019).

Certains patients bénéficiaient uniquement de sorties non accompagnées de quelques heures en semaine, d'autres de permissions de week-end, d'autres cumulaient sorties courtes en semaine et week-end à l'extérieur, un seul pouvait quitter la clinique plus de 48 heures d'affilée, du jeudi 18h au lundi 10h.

De tels programmes, qui ne comportent pas plus de temps à l'extérieur de l'établissement que ce qui est permis dans le cadre de permissions de sortie, ne sont conformes ni à la jurisprudence¹, ni aux pratiques recommandées par la HAS².

Les médecins ont justifié ces pratiques par la position du préfet qui refuserait la levée des mesures ou des programmes de soins ambulatoires pour des patients présentant une dangerosité sociale, par l'absence de structure d'aval pour des patients ayant commis des actes graves d'atteinte aux personnes (notamment le refus des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [EHPAD]), par le profil de certains patients nécessitant un cadre très strict, par le souci parfois de conserver un lit disponible pour des hospitalisations séquentielles, voire par le refus de patients d'être orientés en EHPAD pour des raisons de coût. Plusieurs médecins ont indiqué que des mesures de SSC pourraient immédiatement être levées si un hébergement adapté en secteur médico-social était trouvé. Dans ces conditions, on ne peut que s'interroger sur les raisons qui conduisent à prolonger une mesure de SSC pour des patients qui ne sont pas en capacité ou qui ne souhaitent pas quitter la clinique au-delà des quelques temps de liberté qui leur sont octroyés. En tout état de cause, ces pratiques ne sont pas apparues guidées par l'objectif d'éviter le contrôle du JLD, plusieurs médecins ignorant que les mesures sous la forme d'un programme de soins échappaient au contrôle du juge. Un JLD, saisi par un patient en programme de soins, aurait relevé le caractère artificiel du cadre de soins mis en place sans pour autant lever la mesure. Les contrôleurs n'ont toutefois pu vérifier ces dires.

En réaction aux observations des contrôleurs, l'équipe médicale a engagé durant la visite la réintégration en hospitalisation complète d'un certain nombre de ces patients sans concertation en équipe, sans rencontre et donc sans recueil des observations des patients qui, au surplus, respectaient leur programme. Cette réaction hâtive, certes guidée par un souci de rigueur juridique, ne saurait constituer une réponse à des situations individuelles singulières et pour certaines très anciennes qui supposent une réelle réflexion collégiale, une transparence vis-à-vis des patients et, pour certains cas, un échange avec l'ARS et le préfet.

L'ARS, consultée sur ces situations, a indiqué aux contrôleurs que ces pratiques ne sont pas propres à l'établissement et méritent une réflexion d'ensemble avec l'autorité préfectorale.

Il est apparu aux contrôleurs que les préoccupations sécuritaires portées par l'ensemble des acteurs conduisent à des pratiques non conformes aux textes, mises en œuvre au surplus à l'égard de patients dont la dangerosité sociale ou psychiatrique n'apparaît pas toujours établie à la lecture des certificats médicaux. Cette situation porte atteinte aux libertés individuelles et réduit au surplus les capacités d'accueil de l'établissement au détriment de patients nécessitant une hospitalisation complète, ce d'autant qu'un certain nombre de personnes en soins libres sont, elles aussi, prises en charge non pas en raison des soins psychiatriques qu'elles requièrent mais en raison de difficultés d'orientation vers des structures plus adaptées (cf. § 3.9).

¹ Cass, 1e ch Civ, 4 mars 2015, n°14-17824 : requalification en hospitalisation complète d'un programme de soins comprenant une à deux sorties non accompagnées en semaine et une nuit à l'extérieur le week-end.

² HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / mars 2018 p 63 : « En cas de contestation, il incombe au JLD de vérifier que les mesures incluses dans le programme de soins par le psychiatre figurent bien parmi celles prévues par l'article R. 3211-1 du Code de la santé publique mais aussi de vérifier que le programme de soins en constitue bien un. Il s'agit d'éviter que les psychiatres qualifient abusivement de programme de soins des mesures qui n'en sont pas en réalité afin notamment d'échapper au contrôle obligatoire du JLD réservé aux hospitalisations complètes ».

Dans le cadre des observations communiquées par l'établissement en réaction au rapport provisoire il a été indiqué que la recommandation est prise en compte immédiatement pour les patients en SDT qui bénéficient d'un programme de soins et qui ne se trouveront qu'exceptionnellement en hospitalisation complète. S'agissant des SDRE il est précisé que le député de Rueil-Malmaison a été saisi de la question d'une modification législative par l'établissement au regard de l'interprétation opérée par l'autorité préfectorale ; néanmoins la législation actuelle relative aux programmes de soins ne distingue pas les statuts.

RECOMMANDATION 5

Les programmes de soins qui ne comportent pas plus de temps hors de la clinique que ceux permis dans le cadre de permissions de sortie sont à proscrire dès lors qu'ils excèdent une courte période transitoire. Des solutions conformes à la réglementation et aux bonnes pratiques doivent être recherchées avec les autorités concernées.

Aucune mesure de soins sans consentement ne doit être prolongée dès lors que le patient adhère aux soins et manifeste durablement son souhait de demeurer hospitalisé.

4.3.4 Le contrôle des registres

La CDSP ainsi qu'un magistrat du parquet et du siège examinent et signent les registres tous les ans. Les contrôleurs n'ont pas relevé d'observation particulière de leur part.

En revanche, le personnel n'a pu préciser la dernière visite du préfet ni du maire ou de leurs représentants, pourtant prévues par l'article L3222-4 du CSP³.

4.4 LE COLLEGE DES PROFESSIONNELS DE SANTE N'EST PAS REUNI POUR LES PATIENTS EN PROGRAMMES DE SOINS

Le collège des professionnels de santé est rarement convoqué : deux fois en 2018 et une fois en 2019. En effet, il n'est réuni que pour les patients en hospitalisation complète alors que la plupart des patients en SDDE depuis plus d'un an ou ceux hospitalisés par le préfet ou l'autorité judiciaire à la suite d'une infraction pénale le sont sous la forme d'un programme de soins. Ceci est particulièrement préjudiciable dans la mesure où bon nombre de programmes de soins se traduisent en pratique par une hospitalisation complète (cf. *supra*).

Il est difficile par ailleurs d'apprécier si la réunion du collège est réellement l'occasion d'une évaluation médicale approfondie telle qu'exigée par l'article L3212-7 du CSP⁴ et si le patient est entendu. La HAS précise : « *Le contenu de l'évaluation approfondie du collège ne peut être similaire voire identique aux certificats ou avis médicaux mensuels. Il convient ainsi de préciser de*

³ « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. »

⁴ « Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible. »

manière très détaillée le fondement médical de la mesure privative de liberté et la NÉCESSITÉ de poursuivre les soins sans consentement. Il convient de rappeler présentement que la mesure de privation de liberté doit être une mesure NÉCESSAIRE, ADAPTÉE ET PROPORTIONNÉE. »⁵

L'établissement justifie de la prise en compte de la recommandation s'agissant de la convocation du collège des professionnels de santé pour l'évaluation des programmes de soins par la transmission d'un planning de convocations à cet effet à compter du mois de septembre 2019.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 3

Le collège des professionnels de santé, qui a vocation à procéder à une évaluation approfondie et pluri professionnelle des mesures de soins longues ou concernant des personnes présentant une dangerosité sociale, doit être convoqué pour les patients en programmes de soins comme ceux en hospitalisation complète.

⁵ HAS / Service des bonnes pratiques professionnelles / mars 2018. P 40.

5. LES RESTRICTIONS AUX LIBERTES INDIVIDUELLES

5.1 LA LIBERTE D'ALLER ET VENIR EST LIMITEE PAR LA PRECOCITE DE LA FERMETURE DU BATIMENT EN SOIREE ET PAR UNE PROCEDURE D'AUTORISATION PREALABLE DE SORTIE POUR LES PATIENTS EN SOINS LIBRES

Toutes les unités d'hospitalisation sont ouvertes et la circulation est, en principe, totalement libre à l'intérieur du bâtiment principal : à tout moment du jour et de la nuit, le patient peut circuler au sein de son étage, rejoindre un autre étage et se rendre dans les parties communes (hall d'entrée, bibliothèque).

En revanche, l'accès au parc n'est possible que dans la journée, entre 7h30 et 20h30, l'ouverture et la fermeture des portes étant assurées par les chauffeurs ; cette information ne figure pas dans le livret d'accueil (cf. § 3.1). De nombreux patients se sont plaints auprès des contrôleurs de ne pouvoir sortir un peu plus tard dans la soirée et, par conséquent, de ne plus être autorisés à fumer après 20h30, notamment avec le retour des beaux jours et la mise en place de l'heure d'été. Une note du 15 avril 2019 a été transmise justifiant de ce qu'entre le 15 avril et le 30 septembre le parc est ouvert jusqu'à 21h au lieu de 20h30, la recommandation est donc maintenu ce changement d'horaire d'une demie heure n'apparaissant pas satisfaisant.

RECOMMANDATION 6

Les horaires d'accès au parc doivent être étendus en soirée en prenant en compte la mise en place de l'heure d'été.

La liberté de circulation est toutefois limitée pour les patients dont la porte de la chambre est fermée la nuit (cf. § 6.6) ou qui font l'objet d'une mesure dite de « gestion étage ». La « gestion étage » emporte la demande à ne pas quitter l'étage, le plus souvent le port du pyjama et la prise des repas dans la chambre ou l'unité. L'accès au parc, notamment pour aller fumer une cigarette, n'est possible qu'avec l'accompagnement d'un soignant. Ces mesures sont souvent prescrites dans les jours qui suivent l'admission (cf. § 7.1.1). Au moment du contrôle, la « gestion étage » concernait trois patients sur huit à l'UAC, un patient sur huit à l'HTC1 et un sur onze à l'HTC2. Selon les déclarations recueillies, la situation d'un patient ne respectant pas une « gestion étage » est évoquée par le personnel lors des *staffs* : en général, le médecin rencontre le patient, « *cela peut être aussi nous conduire à interroger la pertinence d'une telle mesure* ».

La sortie de l'établissement s'effectue exclusivement par la porte d'entrée, dont l'ouverture est commandée, dans la journée, par un agent d'accueil chargé d'ouvrir la porte aux visiteurs et de contrôler les déplacements des patients. Avant chaque sortie, tout patient doit solliciter auprès du personnel une autorisation de sortie, signée par un IDE s'il est en soins libres ou par un médecin s'il est en soins sans consentement, sur laquelle sont mentionnés les horaires de départ et de retour. Le document est présenté à l'agent d'accueil qui conserve un des deux volets. Les différents interlocuteurs ont justifié cette procédure, pour les personnes en soins libres, par la volonté de ne pas voir leur responsabilité engagée en cas d'accident. Dans le cadre de ses observations l'établissement a informé les contrôleurs de ce que les modalités de sortie sont désormais inscrites dans un contrat de soins et qu'une réflexion est en cours sur les modalités les mieux à même de concilier liberté d'aller et venir du patient et sécurité ainsi que le respect du cadre du programme de soins le cas échéant.

RECOMMANDATION 7

Les modalités de sortie d'un patient doivent être définies dans son contrat de soins. Les patients en soins libres doivent être à même de sortir de l'établissement par un simple signalement auprès du personnel de l'unité et de l'agent d'accueil sans avoir à solliciter une autorisation préalable.

5.2 LA VIE QUOTIDIENNE DES PATIENTS N'EST SOUMISE A AUCUNE CONTRAINTE EXERCEE DE MANIERE SYSTEMATIQUE

Des affiches intitulées : « *Afin que le séjour de chacun soit agréable, certaines règles de vie sont à respecter* », sont disposées dans les parties communes de chacune des unités. Les contraintes imposées aux patients sont liées aux exigences d'une organisation collective, tel le respect des horaires pour les repas ou l'interdiction « *d'introduire ou de consommer des boissons alcoolisées ou des toxiques dans l'établissement* ». D'autres résultent de la législation en vigueur, ainsi de l'interdiction « *de fumer ou de vapoter à l'intérieur des bâtiments (chambres, restaurant, couloirs, etc.)* ». Certaines sont relatives au souci de veiller à l'intégrité des patients qui ne peuvent ainsi librement disposer de leur rasoir, celui-ci étant conservé dans le bureau des soins infirmiers.

Aucune autre restriction n'est imposée de manière générale et systématique. Le port du pyjama est imposé en chambre d'isolement (cf. § 8), mais il peut aussi l'être dans le cadre de la « gestion étage » (cf. *supra*), pour marquer l'interdiction de sortie de l'établissement, notamment en début de séjour, sans caractère automatique toutefois. Il s'agit alors d'un pyjama d'hôpital déchirable, de même que la paire de mules.

L'accès aux chambres est libre toute la journée, sauf indication individuelle contraire. Ainsi, une patiente rencontrée s'est plainte auprès des contrôleurs de ne pouvoir regagner sa chambre. L'équipe soignante a justifié cette mesure en mettant en avant la propension de cette personne à ne jamais quitter sa chambre, sauf pour les repas et les rendez-vous médicaux, et une volonté de la stimuler dans une perspective de sortie de l'établissement. Il a été toutefois constaté que le cadre de cette restriction a été modifié et qu'à la suite de sa remarque cette personne a pu bénéficier d'un créneau de retour en chambre, en début d'après-midi, pour s'y reposer.

Au sein du réfectoire, les tables sont constituées par unités, les patients pouvant ensuite librement s'attabler pour les repas.

Les horaires de lever et de coucher sont conditionnés par les repas suivis des distributions de médicaments.

La télévision est éteinte au plus tard à 23h. Les patients d'une unité ne disposant que d'un seul téléviseur peuvent se rendre dans une autre unité pour y suivre un autre programme ; il en serait notamment ainsi lors des soirées de diffusion d'un match de football.

Le tabac ne fait l'objet d'aucun rationnement de principe, même s'il est conservé dans le bureau des soignants ; les patients disposent des moyens d'allumer leurs cigarettes. Dans l'intérêt d'un patient, sa consommation de tabac peut toutefois être contrôlée, voire contingentée par les soignants.

Les patients peuvent conserver dans leur chambre des friandises achetées à l'extérieur ou apportées par des proches.

5.3 LES PATIENTS SONT PRIVES DE LEUR TELEPHONE EN SOIREE, SAUF DANS UNE UNITE

5.3.1 Le téléphone

Le livret d'accueil informe qu'il n'y a pas de téléphone fixe dans les chambres et qu'il est possible de « recevoir des appels à l'infirmier entre 16h et 19h, et [d'] appeler entre 13h et 19h ». Les appels extérieurs sont transférés sur un appareil sans fil du service confié aux patients, voire sur un poste public installé dans une coque au sein du couloir de l'unité. Le patient peut conserver avec lui son téléphone portable sauf contre-indication médicale ; ainsi, au moment du contrôle, deux patients de l'UAC ne pouvaient en disposer et un autre n'avait le droit d'utiliser le sien qu'une heure par jour.

Dans toutes les unités, sauf à l'HTC1, le patient doit remettre son téléphone portable au personnel pour la nuit, lors de la remise des traitements du soir à l'HTC2, soit vers 20h, et à 20h30 à la résidence. Parmi les raisons invoquées pour justifier une telle restriction, il a été dit que les usages pouvaient être abusifs et nuisibles chez des patients dépendants de leur téléphone et qu'ils pouvaient aller à l'encontre du besoin de sommeil. Plusieurs patients rencontrés se sont plaints de ne pouvoir appeler des proches en soirée. Cette pratique non individualisée apparaît non conforme aux objectifs affichés par l'établissement : « Les restrictions sont l'objet d'une prescription médicale, le médecin précise la prise en charge du patient en fonction de son état (visites, téléphone, lieu des repas, autorisations de sortie) »⁶.

L'unité HTC1 ne procède pas à un retrait systématique des portables en fin de journée mais recommande à chacun de s'en défaire afin de mieux se reposer. Le retrait n'est opéré qu'au cas par cas, selon l'état clinique du patient, après un échange avec lui « pour l'amener à adhérer à la décision médicale ». Au moment du contrôle, un seul patient de l'unité devait remettre son portable et un autre le faisait spontanément car il ne souhaitait pas le conserver dans sa chambre durant la nuit. Les soignants rencontrés ont tous défendu la singularité de cette pratique propre à leur unité.

L'établissement justifie avoir pris en compte cette recommandation par une note de service sur le téléphone des patients en date du 19 juillet 2019 rappelant que le principe est le libre accès au téléphone et qu'il ne peut recevoir de restriction que sur indication médicale tracée dans le DPI.

RECOMMANDATION PRISE EN COMPTE 4

Sauf décision médicale individualisée, les patients doivent être à même d'utiliser leur téléphone portable en soirée, comme cela est déjà possible dans une unité.

5.3.2 Les visites

Le livret d'accueil indique que les visites sont autorisées tous les jours de 13h à 18h30, sauf limitation décidée « dans votre intérêt et pour préserver la qualité des soins qui vous sont prodigués ». Aucune salle n'est dédiée aux visites, elles se déroulent dans la chambre du patient, le salon de l'unité, le hall d'entrée de la clinique ou dans le parc. Les enfants de moins de 15 ans ne sont pas admis dans les services, les visites pouvant se dérouler, pour les patients en SL, dans le jardin public de l'Ermitage situé en face de l'établissement. Selon les indications données, le

⁶ Compte Qualité de l'établissement mis à jour en janvier 2019, page 56.

médecin en charge du patient peut toutefois spécialement autoriser la venue d'un enfant, la visite ayant alors lieu dans la salle de réunion de l'établissement, le cas échéant, en présence d'un soignant.

5.3.3 Le courrier

Il n'existe aucune restriction ni contrôle sur la correspondance écrite des patients ; la confidentialité est respectée sauf pour les colis reçus qui sont ouverts par les patients en présence d'un soignant. On peut faire acheter des timbres par les chauffeurs et déposer son courrier au standard si on ne souhaite pas ou si on n'est pas en mesure de le poster soi-même. L'établissement prend en charge l'affranchissement du courrier administratif et « dépanne » en cas de besoin.

Cependant, lorsque le personnel est avisé de l'intention d'un patient d'expédier un courrier susceptible d'être compromettant pour lui, par exemple une lettre de démission adressée à un employeur, un entretien avec le médecin est organisé et, s'il a été au préalable remis au personnel soignant pour être expédié, le courrier est conservé dans l'attente dans le service.

5.3.4 L'informatique

Sauf décision médicale contraire, les patients peuvent disposer de leur ordinateur ou de leur tablette numérique au sein des unités. Au moment du contrôle, toutefois, peu d'entre eux en avaient en leur possession : deux à l'unité HTC1, un seul à l'unité HTC2 et à la résidence. Le personnel met en garde contre les risques de vol mais l'absence de verrou intérieur sur la porte de la plupart des chambres, le volume insuffisant du coffre de l'armoire (quand il y en a un) pour y ranger le matériel informatique et l'impossibilité de fermer son armoire ne permettent pas de s'en prémunir (cf. § 6.1).

L'établissement ne dispose pas de wifi public. Le livret d'accueil mentionne la mise à disposition, entre 9h et 17h, d'une salle informatique avec des ordinateurs fixes. Cependant il n'est permis d'y accéder qu'accompagné d'un soignant ; de fait, il est ressorti des entretiens avec les patients et les soignants que cette salle n'est quasiment jamais utilisée.

5.4 LA SEXUALITE NE FAIT L'OBJET D'AUCUNE REFLEXION INSTITUTIONNELLE

La sexualité des patients n'est pas abordée sur un plan institutionnel ; il n'existe ni règles ni démarches d'évaluation des pratiques relatives à la question. Des échanges des contrôleurs avec les professionnels, il ressort que la sexualité n'est abordée qu'à l'occasion de faits marquants du quotidien, par exemple le cas d'une patiente « *en quête affective inappropriée* » qui se proposait pour des relations sexuelles. La situation fait alors l'objet d'une discussion lors du *staff* hebdomadaire où sont mis en balance le droit à la sexualité et la nécessité de protéger les personnes vulnérables, le libre consentement et l'état de santé du [de la] patient[e]. Un point est alors fait avec le [la] patient[e] en termes de risque de transmission de maladies et de contraception, mais aucune information n'est plus généralement dispensée en termes de prévention et d'éducation sexuelle.

Le personnel considère en pratique que les relations sexuelles n'ont pas lieu d'être dans un lieu de soins. Le regroupement en chambre est interdit mais on sait que certains se rapprochent dans le parc. Aucun soignant rencontré n'a pu indiquer la réponse donnée en interne à une demande de préservatifs : « *il doit y en avoir à la pharmacie* ». Dans le cadre de ses observations

l'établissement a annoncé qu'une réflexion sur ce sujet serait impulsée sous l'égide du Comité d'éthique.

RECOMMANDATION 8

Une réflexion institutionnelle devrait être conduite sur la sexualité des patients, en associant ces derniers aux questions relatives au respect de l'autre, au consentement et à la prévention.

6. LES CONDITIONS DES VIE

6.1 LES PATIENTS BENEFICIENT DE BONNES CONDITIONS D'HEBERGEMENT

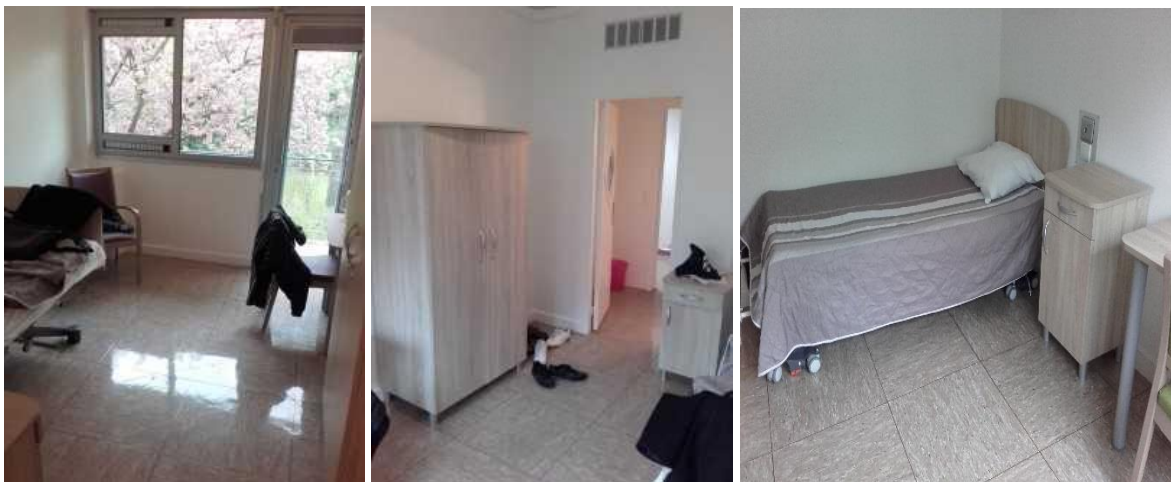
L'établissement compte quatre secteurs d'hébergement : trois unités dans la partie dénommée « clinique » et une unité dans la partie « résidence ». Chaque secteur est organisé autour d'un espace central comprenant bureau de soins infirmiers, bureau médical et un salon appelé « living ». Les panneaux d'affichage sont disposés dans cet espace.

L'essentiel de la surface d'une unité est donc constitué des chambres et plusieurs professionnels ont déploré l'absence à l'étage de bureaux supplémentaires de consultation ou pour les cadres mais aussi de salles d'activités. Cette configuration n'est pas une difficulté pour la plupart des patients du fait que les unités sont ouvertes au sein du bâtiment et qu'ils ont la possibilité d'aller dans le parc en journée. En revanche, les patients en « gestion d'étage », principalement à l'UAC, ont un cadre de vie très confiné et n'ont comme seule possibilité de s'isoler qu'un petit salon de télévision et un espace dénommé « le carré », à proximité des chambres d'isolement (cf. § 8.1). Il manque dans cette unité des lieux de détente et de déambulation, cependant la conformité des locaux ne permet pas en l'état d'aménager des espaces communs supplémentaires.

Les chambres sont très majoritairement individuelles : cinquante-quatre chambres individuelles sur un total de cinquante-six, non comprises les trois chambres d'isolement de l'UAC. Les deux chambres à deux lits se trouvent respectivement à l'unité HTC1 et à la résidence. Une chambre de l'unité HTC1 est aménagée pour les personnes à mobilité réduite.

Dans chacune des unités, elles sont réparties de part et d'autre d'un couloir central et sont accessibles par un sas qui donne sur le cabinet de toilette et dans lequel est fixée une horloge. Les murs et les sols sont partout dans un très bon état ; la dernière opération de réfection a été conduite en 2015. Pour la plupart, les chambres n'ont aucune décoration et aucune n'est équipée d'un panneau qui permettrait d'accrocher des dessins ou des photographies. Selon les indications recueillies, le patient peut solliciter auprès du personnel le nécessaire pour agrémenter sa chambre sans en dégrader les murs.

Toutes les chambres individuelles ont un mobilier homogène et complet avec un lit médicalisé (et son dessus de lit), une table de chevet, une armoire, une table, une chaise et un fauteuil. Elles ont toutes un bouton d'appel disposé à la tête du lit et un détecteur de fumée au plafond.



Chambres à l'unité HTC1 (à gauche et au centre) et à la résidence (à droite)

L'ensemble du mobilier et des équipements est doublé dans les chambres doubles. La chambre à deux lits de l'unité HTC1 a la particularité de permettre une séparation visuelle entre les deux lits grâce à l'aménagement d'une armoire dans une cloison qui occupe une bonne partie de la largeur de la pièce.



Chambre double à l'unité HTC 1

Les armoires sont munies d'une serrure mais la clé n'est pas laissée à la disposition des patients. Dans certaines (dix-sept, selon les informations recueillies), on trouve un coffre fonctionnant avec un code dans lequel il est possible de ranger en toute sécurité ses objets de valeur et à caractère personnel. Ce coffre n'est toutefois pas d'une dimension suffisante pour y mettre un ordinateur ou une tablette. Une procédure a été mise en place pour pallier les oublis de code.

Les chambres à l'étage donnent sur une terrasse. L'ouverture des fenêtres est limitée afin d'en empêcher l'accès, pour des raisons de sécurité. Certaines ne s'ouvrent pas et l'aération se fait en manœuvrant une tige reliée à une trappe d'aération.

Le patient peut ouvrir et fermer le volet déroulant. Aucune des chambres n'est climatisée sauf deux dans l'unité HTC1, qui ont été utilisées comme chambres d'isolement pendant les travaux réalisés à l'UAC. Plusieurs personnes ont signalé la forte chaleur régnant les après-midi d'été dans les chambres donnant sur le parc.

Lorsque les places viennent à manquer, il n'est pas rajouté de lit supplémentaire. Selon les indications recueillies, il arrive qu'on utilise provisoirement, « *le temps de trouver une solution* », la chambre d'une personne en permission de sortie ou qu'un patient demeure pour un temps supplémentaire en chambre d'isolement, porte non close, le temps d'une sortie ou d'un transfert dans une autre unité.

6.2 LES SANITAIRES DES CHAMBRES SONT EXIGUS ET PEU PRATIQUES

Les chambres sont toutes dotées d'une salle d'eau comprenant une douche ou une baignoire, une cuvette de WC, un lavabo surmonté d'une tablette et d'un miroir. Disposée à l'entrée de la chambre et accessible depuis le sas d'entrée, l'exiguïté de la salle d'eau la rend peu fonctionnelle : l'accès à la douche oblige à franchir une marche d'une quarantaine de centimètres et l'intégration dans la cabine se fait par une ouverture particulièrement étroite. En outre, les

chambres avec baignoire ne peuvent être attribuées qu'aux personnes physiquement en mesure de s'y installer.



Salle d'eau à la résidence (à gauche) et à l'unité HTC1 (à droite)

Des douches sont équipées d'un flexible, retiré lorsqu'un patient présente un risque suicidaire. Les sanitaires, nettoyés quotidiennement par les ASH, sont apparus propres dans toutes les unités visitées.

L'établissement fournit le linge de toilette. Des produits de toilette et des vêtements de dépannage sont remis sans difficulté aux patients sans ressources. Le linge personnel des patients peut être lavé dans la buanderie située au sous-sol.

A l'occasion de ses observations l'établissement a fait valoir que toutes les chambres seront rénovées d'ici 2021 ce dans le cadre d'un plan pluriannuel.

RECOMMANDATION 9

Les salles d'eau des chambres méritent d'être réaménagées afin que les patients puissent faire leur toilette dans de meilleures conditions.

6.3 LA PLUPART DES PATIENTS N'ONT PAS LA POSSIBILITE DE FERMER LEUR CHAMBRE A CLE

6.3.1 La sécurité des personnes et des biens

L'entrée de l'établissement est contrôlée par un agent positionné au guichet d'accueil qui ouvre les deux portes vitrées d'un sas par une commande électrique.

Le parc n'est pas directement accessible depuis l'extérieur mais seulement depuis le hall d'entrée. Il est entouré par un mur d'enceinte en pierre dont l'approche est rendue difficile par des haies d'arbres touffus, sauf dans un angle occupé par le bâtiment destiné jusqu'à peu à l'hôpital de jour.

L'établissement n'est pas vidéosurveillé. Les trois chauffeurs de l'établissement, qui font aussi office de gardiens, effectuent des rondes dans le parc et aux abords en journée et gèrent les

ouvertures et fermetures des portes des bâtiments en début et en fin de journée. Du fait de ce dispositif, les franchissements du mur d'enceinte, les intrusions intempestives et les projections de produits toxiques depuis l'extérieur seraient rares.

Les chambres ne sont pas équipées d'un verrou intérieur qui permettrait aux patients de fermer leur porte en journée pour protéger leurs biens ni de s'enfermer, notamment la nuit, pour se préserver des intrusions. Les chambres des personnes en permission sont fermées par le personnel. L'absence de ce type d'équipement dans toutes les chambres conduit des patients à demander à être enfermés la nuit ; le personnel enferme d'ailleurs d'office les mineurs pour leur protection.

Toutefois, certaines portes disposent d'une poignée dotée d'un cran de verrouillage. Ce système permet d'empêcher une intrusion en chambre mais, lorsque son occupant se trouve à l'extérieur, il est contraint de solliciter l'intervention du personnel pour déverrouiller sa porte.

Dans le cadre de ses observations l'établissement a fait valoir le projet de commande de barillets spécifiques permettant une fermeture interne de la chambre qui pourra être ouverte de l'extérieur par les soignants.

RECOMMANDATION 10

Les patients doivent avoir la possibilité de fermer la porte de leur chambre à clé.

6.3.2 Les événements indésirables

Toutes les catégories de personnel peuvent déclarer un événement indésirable (EI) à partir de l'intranet de l'établissement. 163 fiches ont été renseignées en 2018, de toute nature. Soixante-dix ont donné lieu à enquête pour déterminer les faits et circonstances, un certain nombre à des « débriefing » et trois à des comités de retour d'expérience (CREX) à la suite d'attouchements commis sur une patiente en service ambulatoire, d'une fausse route et de la levée d'une mesure d'hospitalisation par le JLD pour irrégularité de procédure.

Parmi ces EI figurent dix-neuf vols (au préjudice de patients ou de l'établissement), quinze fugues, douze actes de violences physiques et deux attouchements de nature sexuelle. Ces atteintes aux personnes sont le fait de patients, au préjudice d'autres patients ou de membres du personnel soignant. Aucun de ces événements n'a entraîné de dommage physique grave, cependant deux ont donné lieu à des arrêts de travail pour un total de vingt-deux jours. Les actes violents envers le personnel sont en augmentation en 2019 avec quatre déclarations d'EI en trois mois et un total de soixante-quatorze jours d'arrêt. Le personnel d'encadrement et le service de la qualité prévoient une analyse approfondie des causes.

La consommation de tabac à l'intérieur des murs a fait l'objet d'une douzaine de déclarations, cependant ce problème est présenté comme bien plus présent et récurrent. Une réflexion a été conduite, cependant il n'avait pas été envisagé alors de permettre plus tardivement l'accès au jardin (cf. § 5.1).

6.4 LES PATIENTS ONT UN ACCES AISE A LEUR ARGENT ET A LEURS OBJETS DE VALEUR DEPOSES AU BUREAU DES FRAIS DE SEJOUR

Les biens des patients font l'objet d'un inventaire qui se déroule dans la chambre, au moment de l'installation. Les objets dangereux – flacons en verre, rasoirs, coupe-ongles, ciseaux – sont conservés au bureau des soins infirmiers et remis avant chaque usage.

Le livret d'accueil invite à effectuer le dépôt des sommes d'argent, moyens de paiement et objets de valeur. Ces biens sont conservés au bureau des frais de séjour, sauf les sommes d'argent importantes qui sont placées dans un coffre dans le bureau de la cadre supérieure de santé. Le livret mentionne : « Vos dépôts et retraits peuvent s'effectuer à votre convenance au bureau des frais de séjour, de préférence le matin entre 9h30 et 12h30. Nous attirons votre attention sur le fait qu'aucun retrait ne sera possible le week-end et les jours fériés. ». Dans la réalité, selon les indications recueillies, la présence sur place le week-end d'un membre du service des frais de séjour rend possible, en cas d'urgence signalée par un soignant, un retrait d'argent par un patient. Les patients en SL peuvent procéder seuls au retrait de leur argent ; en revanche, ceux en SSC doivent être accompagnés d'un soignant. L'argent est remis après signature d'un bordereau de caisse.

La personne qui a choisi de conserver avec elle son argent et ses objets de valeur peut, si sa chambre en est dotée, les ranger dans le coffre de son armoire (cf. § 6.1). Ce choix personnel est censé exonérer l'établissement de toute responsabilité en cas de perte ou de vol, comme le mentionne le livret d'accueil : « l'établissement décline toute responsabilité en cas de disparition ou de détérioration des objets et valeurs qui n'auraient pas été confiés au service des frais de séjour ». Lors de la réunion de fin de mission, la direction a indiqué avoir passé commande de coffres afin d'en équiper la totalité des chambres.

Les patients ne disposent plus de la clé des armoires en raison de pertes répétées par le passé. Le personnel procède à la fermeture de l'armoire si l'état du patient le nécessite à ses yeux ou s'il le demande. Il serait souhaitable de mettre en place un système de fermeture adapté.

Les patients font leurs achats à l'extérieur ou, pour ceux non autorisés à sortir, par l'intermédiaire des chauffeurs ; ces courses concernent essentiellement les cigarettes et les produits d'hygiène.

6.5 LES PATIENTS PRENNENT LEURS REPAS DANS UN LIEU TRES CONVIVIAL

Trois fois par semaine, les patients sont sollicités afin d'exprimer un choix des repas pour les journées à venir. Ceux-ci sont préparés par le personnel de l'établissement, dans les cuisines installées en sous-sol.

Les repas sont servis au sein d'un vaste réfectoire – le « restaurant » – situé dans la partie centrale de l'établissement. Le restaurant est un endroit très convivial du fait, notamment, de ses deux façades vitrées qui permettent aux patients de bénéficier d'une belle vue sur le parc.



Réfectoire de l'établissement

Les patients de toutes les unités y sont rassemblés, y compris pour le petit-déjeuner servi à 8h. Le déjeuner et le dîner sont servis à 12h et à 18h45. Une boisson chaude est proposée entre 16h et 17h. Les plats sont servis à l'assiette, ce qui permet au personnel d'être attentif à la bonne destination des régimes alimentaires spéciaux.

Les patients les moins autonomes sont installés à des tables à part, chacun avec un soignant les aidant à prendre leur repas. Il en est de même pour d'autres afin de limiter leurs interactions ; tel était le cas d'un patient lors de la visite des contrôleurs, installé dos à la salle.

Les patients dont l'état clinique ne leur permet pas de rejoindre le restaurant (patients en chambre d'isolement ou en « gestion étage ») prennent leurs repas dans leur chambre ou dans le living de leur unité. Le repas leur est servi avec un décalage par rapport au restaurant d'une demi-heure pour le déjeuner (11h30) et d'un quart d'heure pour le dîner (18h30).

Il est possible de prendre une boisson chaude après les deux repas principaux en échange d'un ticket de consommation en vente au bureau des frais de séjour et une tisane est servie en soirée au sein de chaque unité.

Une enquête de satisfaction a été réalisée auprès des patients en juillet 2018 avec 67 % de questionnaires retournés : 53 % des patients indiquaient avoir régulièrement faim en sortant de table⁷.

6.6 LES PATIENTS SE DISTRAIENT SURTOUT DANS LES PARTIES COMMUNES DE L'ETABLISSEMENT, NOTAMMENT DANS LE TRES BEAU PARC

Les patients n'ont qu'un seul lieu de distraction au sein de leur unité d'hébergement : le living, qui fait aussi office, comme indiqué *supra*, de salon de télévision, de salon de visite, de salle de repas pour les patients en « gestion étage », de salle de réunion pour le personnel (*staffs*).



Living de l'UAC (à gauche) et de la résidence (à droite)

Les livings sont aménagés quasiment à l'identique dans toutes les unités, avec un mobilier neuf, fonctionnel et non dépareillé, un poste de télévision à écran plat et un placard à rangement. Certains jeux sont directement disponibles, d'autres, utilisés pour les activités conduites par les soignants, sont rangés dans des placards fermés.

⁷ Pour y répondre, l'établissement a fait le choix de privilégier un approvisionnement des produits en circuits courts, d'améliorer les méthodes de production et de servir davantage de fruits.

En dehors de leurs unités, les patients ont accès à la bibliothèque commune, située au rez-de-chaussée de la résidence, où sont exposés des ouvrages nombreux et diversifiés. L'ameublement et la décoration de la pièce ainsi que la présence d'un piano contribuent à faire de la bibliothèque un lieu convivial. A proximité se trouve une table de ping-pong.

En journée, les patients se tiennent pour la plupart dans les parties communes du rez-de-chaussée, principalement dans un salon aménagé au niveau du hall d'accueil et d'une des deux portes d'accès au parc.

Celui-ci, arboré, fleuri et parfaitement entretenu, permet de se promener mais aussi de s'isoler et de s'asseoir, pour lire ou se reposer. Les fumeurs le fréquentent de manière assidue. Il est aussi possible de s'y distraire avec un ballon ou en jouant au badminton.



Le parc de la clinique

7. LES SOINS

7.1 LES SOINS PSYCHIATRIQUES SONT PRODIGUES PAR UNE EQUIPE PLURIDISCIPLINAIRE ET REPOSENT SUR UNE PRISE EN CHARGE INDIVIDUALISEE

7.1.1 L'accueil et la prise en charge au moment de l'admission

Les patients, dans leur majorité, transitent par le service d'accueil des urgences des hôpitaux avoisinants (hôpital Foch, hôpital Ambroise Paré et le centre hospitalier de Nanterre) avant d'être admis dans l'une des trois unités d'hospitalisation du pavillon clinique. Les personnes en phase aiguë de leur pathologie faisant l'objet d'une mesure de SSC sont adressées en priorité à l'UAC ; dès lors que leur état clinique est stabilisé, elles sont transférées à l'HTC1 ou 2. La résidence HPR accueille très rarement des patients faisant l'objet d'une admission directe.

Dans les services d'urgence, un examen clinique, un bilan complet et, le cas échéant, des examens complémentaires sont réalisés afin d'éliminer toute pathologie somatique. Dans la majorité des cas, les patients sont examinés par un psychiatre qui confirme l'orientation vers une hospitalisation psychiatrique. Au CH de Nanterre, une infirmière de liaison intervient également dans la prise en charge. Il a été indiqué que la plupart des mesures de SSC initiées depuis les services d'urgence sont justifiées.

Les médecins psychiatres des unités d'hospitalisation se mettent en relation avec leur confrère des urgences en vue d'obtenir des éléments d'information complémentaires concernant la clinique, le risque suicidaire, la nécessité d'une sédation voire d'un placement en chambre de soins intensifs (CSI).

Les personnes sont transportées en ambulance, le recours à la contention est rare. Certains psychiatres déplorent que la posologie des traitements sédatifs soit insuffisante, rendant ainsi les conditions de transport peu satisfaisantes. Ils estiment que des patients arrivent dans un état d'agitation extrême et font malheureusement l'objet d'une mesure d'isolement qui pourrait être évitée grâce à un traitement sédatif adapté. Les médecins psychiatres prévoient d'organiser une rencontre avec leurs confrères des urgences afin d'améliorer la coordination des soins.

Le patient est systématiquement accueilli au rez-de-chaussée du bâtiment par un binôme infirmier/aide-soignant. S'il est agité, il est immédiatement conduit dans sa chambre. Les soignants procèdent alors à un rapide inventaire des effets personnels et retirent les objets potentiellement dangereux tels que le cordon de téléphone, la ceinture et tout objet coupant. A l'UAC, le téléphone est bien souvent retiré mais il peut être remis au patient à l'issue de l'entretien avec le psychiatre. Lorsque l'état clinique du patient le permet, les professionnels de santé procèdent à une visite de l'unité et informent des règles de vie. L'infirmier essaie de créer du lien en interrogeant le patient sur les raisons qui l'on conduit à être hospitalisé.

Généralement, le patient est reçu dans l'heure qui suit son admission par l'un des médecins psychiatres de l'unité. Cette première consultation, qui se déroule en binôme avec l'infirmier, a pour objectif de lui rappeler les raisons qui l'on conduit à être hospitalisé. Les restrictions imposées (retrait du téléphone, interdiction de sortir ou de recevoir des visites) sont clairement explicitées. A l'UAC, les sorties hors de l'unité sont rarement autorisées dans les premières 48 heures au regard de l'état des patients pris en charge, en phase aiguë de leur pathologie. Ces restrictions ne font pas systématiquement l'objet d'un contrat de soins, cela dépend du patient, de sa pathologie et de ses attentes. L'adhésion aux soins est systématiquement recherchée en vue d'établir une relation thérapeutique. Un psychiatre rencontré a expliqué comment il

procédait : « j'essaie de les inviter à parler de ce qui ne va pas dans leur vie afin qu'ils puissent faire le lien entre les difficultés rencontrées au quotidien et leur pathologie. » Un autre médecin a indiqué que l'enjeu était d'amener le patient à identifier des bénéfices secondaires aux soins.

La période d'observation qui suit l'admission ne fait pas l'objet d'un protocole spécifique ; sa durée et son déroulement varient en fonction de l'évolution clinique du patient. Durant cette période, le psychiatre va évaluer si la mesure de SSC est justifiée en s'appuyant sur les entretiens qu'il conduit et les éléments d'observation (sommeil, prise des repas, comportement, interaction avec l'équipe soignante et les autres patients) recueillis auprès du personnel paramédical.

Le pyjama déchirable est prescrit pour les patients pour lesquels il existe un risque de passage à l'acte suicidaire. De même, des patients dans le déni de leur pathologie et se mettant potentiellement en danger, pour lesquels les sorties dans le parc sont interdites, sont soumis au port du pyjama. Il a été précisé que cette mesure visait également à limiter les risques de fugue. Lors de la visite, trois patients de l'UAC, pour lesquels les sorties non accompagnées dans le parc étaient interdites, étaient concernés par cette mesure. L'interdiction a été levée pour d'eux d'entre eux au cours de la visite. La troisième personne portait le pyjama de l'établissement depuis plusieurs semaines en raison de son état délirant qui ne semblait pas s'atténuer. Ces pyjamas ne sont pas particulièrement seyants d'autant qu'il n'existe qu'une taille beaucoup trop grande pour les personnes petites et menues. Il n'a jamais été envisagé de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel. Dans le cadre de ses observations l'établissement a indiqué qu'une réflexion est engagée sur le port du pyjama lors des audiences du juge des libertés et de la détention pour les patients en isolement.

RECOMMANDATION 11

La prescription du port du pyjama doit, dans la mesure du possible, être limitée dans la durée compte tenu de son caractère dégradant.

Hors risque suicidaire, il convient de proposer aux patients de revêtir leur pyjama personnel.

7.1.2 Les modalités de prise en charge au cours de l'hospitalisation

a) Les entretiens médicaux

Dans le cadre de la rédaction des certificats des 24h et des 72h, les patients sont systématiquement reçus par le médecin psychiatre qui leur explique les raisons pour lesquelles il décide de maintenir la mesure. Le contenu du certificat peut éventuellement être partagé avec le patient. Cependant, les praticiens ne procèdent pas au recueil écrit de ses observations (cf. § 3.3).

Les psychiatres ont à cœur d'associer le patient à sa prise en charge en lui fournissant les explications nécessaires concernant sa pathologie et les symptômes associés. Certains médecins sont pour une transparence totale, notamment lorsque le diagnostic n'est pas clairement établi et qu'un traitement thérapeutique est à l'essai. Les praticiens respectent également le souhait des patients qui ne veulent pas connaître leur pathologie et ce malgré la pression exercée par les familles. Dans certains cas, le patient autorise son médecin à communiquer le diagnostic à ses proches.

Au cours de leur hospitalisation, les patients bénéficient d'un suivi médical régulier – la fréquence des entretiens médicaux est adaptée à l'état clinique du patient – grâce à la présence quotidienne

des psychiatres, au nombre de deux par unité. Les projets de soins sont donc régulièrement revisités.

b) La prise en charge pluridisciplinaire

Chaque matin, les médecins de l'unité font un point avec l'équipe soignante sur les patients dont ils ont la charge. Ils s'informent du déroulement de la journée et de la nuit passée, des activités et/ou sorties prévues pour la journée. Les contrôleurs ont pu constater qu'au cours de cette réunion l'avis de tous les paramédicaux, y compris les AMP, était pris en compte.

Une initiative intéressante a retenu l'attention des contrôleurs. Les professionnels de santé ne portent pas de blouse mais un badge permettant aux patients de les identifier. Il a été expliqué aux contrôleurs que le port de la blouse ne se justifiait pas compte tenu du fait que peu ou pas de soins techniques, nécessitant le respect de certaines règles d'hygiène, étaient réalisés. Ainsi, l'absence de la blouse place le patient dans une relation d'égalité à l'égard du personnel soignant. En revanche, le personnel paramédical de l'UAC privilégie le port de la blouse afin de poser un cadre contenant pour les patients qui, dans leur majorité, sont admis en phase délirante de leur pathologie. Cela leur permet d'identifier aisément le personnel soignant.

À la résidence HPR a mis en place un système d'infirmier et d'aide-soignant/ AMP référents car il s'agit d'accompagner le patient dans un projet de sortie qui s'inscrit parfois sur le long terme. Les infirmiers conduisent, à leur initiative, des entretiens selon les besoins et les demandes. Un compte rendu est rédigé dans le dossier patient.

Dès que l'état clinique du patient est stabilisé, ce dernier est autorisé à sortir de l'établissement en vue de préparer un retour à domicile le plus rapidement possible avec une prise en charge en ambulatoire. Les accompagnements à l'extérieur (courses, rendez-vous chez l'esthéticienne, démarches administratives, recueillement à l'église) se déroulent en présence des aides-soignants et des AMP à l'HPR, qui jouent un rôle essentiel dans la prise en charge (cf. § 4.3.2).

Les activités thérapeutiques sont pleinement intégrées au dispositif de soins. Trois ergothérapeutes, employées à temps plein, répartissent leur temps de présence entre l'intra et l'extra hospitalier. L'atelier d'ergothérapie est situé dans l'enceinte de l'établissement. Il comprend quatre pièces agréablement aménagées.



Salle principale avec un espace réservé à la couture (à gauche) et atelier menuiserie (à droite)

Il est ouvert tous les jours de la semaine, à l'exception du mercredi. Les activités proposées sont les suivantes :

- atelier couture : quatre matinées par semaine ;
- atelier mosaïque : deux matinées par semaine ;
- arts plastiques : quatre après-midi par semaine ;
- menuiserie : deux après-midi par semaine ;
- ateliers de remédiation cognitive de façon ponctuelle, en fonction des besoins.

Les ergothérapeutes peuvent accueillir six patients au maximum. Les contrôleurs ont constaté que ces activités étaient accessibles à l'ensemble des patients, y compris ceux admis en SSC. Deux patients ne pouvant pas intégrer un groupe en raison de leur état clinique bénéficiaient d'une prise en charge individuelle. Pour les patients de l'UAC, l'accès est beaucoup plus restreint en raison de leur état clinique. Toutefois, l'un d'entre eux participait à une activité au moment de la visite des contrôleurs.

Les inscriptions se font sur prescription médicale, les objectifs, définis en présence du patient, figurent dans la prescription. Le patient est reçu en entretien par un ergothérapeute et un des infirmiers de l'unité afin d'établir son planning d'activités.

Les règles de fonctionnement sont souples car les patients ne sont pas tenus de rester jusqu'à la fin de l'activité. Selon les propos recueillis, les incidents sont rarissimes en raison du contexte qui diffère d'une unité de soins. L'objet devient le médiateur et libère la parole.

Des activités sportives (football, tir à l'arc, éveil musculaire, piscine) sont également organisées. Certaines se déroulent à l'extérieur, elles sont animées par deux professeurs d'activité physique adaptée, dont l'un était en congé maladie lors de la visite.

BONNE PRATIQUE 2

La prise en charge s'appuie sur des activités thérapeutiques décloisonnées, dispensées par des professionnels spécialisés, y compris dans le domaine sportif.

Concernant la prise en charge des patients au sein même des unités, des réunions soignants/soignés se tiennent de façon ponctuelle, selon les problèmes qui peuvent émerger. Il s'agit d'un moment convivial où tous les sujets peuvent être abordés. Bien souvent, ils ont trait à la vie quotidienne dans les unités (gestion du tabac, sorties, permissions, difficultés avec un patient). La prochaine réunion devrait porter sur les horaires d'accès au parc en soirée.

Les psychologues interviennent dans le cadre des prises en charge psychothérapeutiques. Ils sont parfois associés à l'entretien médical afin d'enrichir l'anamnèse⁸ dans certains cas complexes. Certains dispensent des cours de psychopathologie aux équipes paramédicales qui se sentent en difficulté avec un patient afin de les amener à poser un regard différent sur celui-ci.

La situation des patients est étudiée en *staff* hebdomadaire regroupant l'ensemble du personnel de l'unité. Les professionnels de santé de l'extra hospitalier y assistent de façon ponctuelle, notamment dans le cadre du suivi en ambulatoire pour les patients sortants. Tous les cas des patients sont soigneusement examinés (le déroulement de l'hospitalisation, les sorties, les relations avec la famille, etc.). A la résidence HPR, ces réunions portent essentiellement sur les

⁸ Récit des antécédents du patient.

projets d'orientation compte tenu du fait que, pour un certain nombre de patients, le retour à domicile est inenvisageable.

Les projets de sortie sont travaillés en amont notamment avec l'assistante sociale mais les places sont limitées en raison du nombre insuffisant de structures adaptées : foyer d'accueil médical, maison d'accueil spécialisé, appartements thérapeutiques. Le jour de la visite, environ une dizaine de patients étaient en attente d'une place dans un lieu de vie. Par ailleurs, les EHPAD sont réticents à accueillir des personnes en provenance d'un établissement de santé mentale ; deux patients en SDRE judiciaire étaient en attente d'une place. Dans le cadre de la préparation à la sortie, l'établissement a mis en place un dispositif innovant de réhabilitation psychosociale qui s'adresse en priorité aux personnes jeunes. L'objectif est de renforcer leur rétablissement et de consolider leur autonomie par une approche globale. Les domaines d'intervention sont les suivants : remédiation cognitive, éducation thérapeutique, psychothérapie et aide à la réinsertion. Ce programme est instauré au cours de l'hospitalisation et se poursuit en ambulatoire. Quatorze appartements d'insertion sont également mis à la disposition de ces patients. Cependant, cela s'avère insuffisant pour répondre aux besoins.

BONNE PRATIQUE 3

L'établissement a mis en place un dispositif spécifique de réhabilitation psychosociale destiné, notamment, aux patients jeunes dont il s'agit de promouvoir l'autonomie.

7.2 LA PRISE EN CHARGE SOMATIQUE EST ASSUREE

7.2.1 L'accès au médecin généraliste

Un médecin généraliste intervient dans l'établissement les lundis et jeudis toute la journée. Il dispose d'un cabinet de consultation situé au rez-de-chaussée du bâtiment principal. Si les patients ne peuvent pas se déplacer, il les examine dans leur chambre ou dans le poste de soins de l'unité. Bien que la majorité des patients bénéficie d'un examen clinique lors de leur passage au service des urgences, le généraliste tient à les revoir en consultation afin de connaître leurs antécédents médicaux et l'existence éventuelle d'une pathologie chronique. Si le patient est suivi à l'extérieur, le médecin se met en relation avec son confrère afin de connaître le mode de prise en charge.

Durant son temps de présence à la clinique, le médecin passe systématiquement dans toutes les unités. Il commence toujours par l'UAC pour examiner les patients en chambre d'isolement. Lorsqu'il s'agit d'un nouveau patient, le médecin se présente et lui demande l'autorisation de l'examiner « *le toucher pouvant être vécu comme une agression* ».

Les femmes qui ne bénéficient d'aucun suivi gynécologique à l'extérieur se voient proposer une consultation spécialisée. Enfin les patients qui le souhaitent bénéficient d'une consultation de tabacologie.

En l'absence du médecin généraliste et en cas d'urgence, les patients sont admis au service des urgences de l'hôpital Foch qui est situé à 10 mn en voiture. Pour les cas qui ne relèvent pas de l'urgence, les psychiatres ont à leur disposition un certain nombre de protocoles qu'ils peuvent appliquer. Selon les propos recueillis, les praticiens sont réactifs et il n'existerait pas de perte de chance pour les patients. Il a été également précisé que la collaboration entre le médecin généraliste et les psychiatres était bonne, ces derniers n'hésitant pas à requérir son avis.

7.2.2 L'accès aux consultations de spécialité

Les patients bénéficiant d'un suivi spécifique à l'extérieur continuent à être pris en charge par leur spécialiste ; pour les autres, les consultations de spécialités se déroulent à l'hôpital Foch. Il n'existerait pas de délai d'attente pour obtenir un rendez-vous, notamment lorsqu'il s'agit d'une demande urgente. Lorsqu'un électrocardiogramme est effectué dans le cadre de la mise en place d'un nouveau traitement à base de neuroleptiques, le tracé est adressé pour avis au service de cardiologie de l'hôpital Foch ; le cardiologue répond dans la journée. Pour les bilans sanguins, la clinique fait appel à un laboratoire extérieur. Lorsqu'un résultat est préoccupant le biologiste se met en relation avec le généraliste ou le médecin psychiatre.

Concernant les soins dentaires, les patients sont adressés dans les meilleurs délais au centre dentaire de Suresnes.

Il n'a pas non plus été fait état de difficultés particulières concernant les hospitalisations, qui se déroulent également à l'hôpital Foch.

7.2.3 La pharmacie

Une pharmacienne exerce à temps plein dans l'établissement. A la suite du départ en retraite de la préparatrice, son poste n'a pas été reconduit. Lors de ses congés annuels, la pharmacienne se fait remplacer par une vacataire qui connaît bien le fonctionnement de l'établissement et de la pharmacie.

Toutes les prescriptions médicamenteuses sont informatisées et analysées avant d'être validées. Il a été également mis en place un système d'alerte permettant de détecter une erreur de saisie et qui prend également en compte les interactions médicamenteuses. Lorsqu'une prescription interpelle la pharmacienne, cette dernière se met en relation avec le médecin prescripteur. Il a été indiqué que les échanges étaient constructifs. Par ailleurs, la COMEDIMS⁹ se tient régulièrement.

La dispensation des traitements est nominative, les unités sont livrées une fois par semaine. Les traitements sont distribués dans le poste de soins après les repas, la confidentialité des échanges est respectée.

Les unités disposent également d'une dotation globale pour les week-ends et la nuit, la pharmacienne n'effectuant pas d'astreinte. En son absence et si une molécule spécifique vient à manquer dans une unité, le personnel fait appel à un coursier pour s'approvisionner à l'officine de Rueil ou à Paris.

La pharmacienne dispose d'une réserve de préservatifs mais, à l'exception de l'HDJ, aucune demande n'émane des unités d'hospitalisation.

⁹ Commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

8. ISOLEMENT ET CONTENTION

8.1 LES CHAMBRES D'ISOLEMENT SONT EQUIPEES DE SANITAIRES QUI NE SONT PAS ACCESSIBLES EN PERMANENCE ET D'UN SYSTEME DE VIDEOSURVEILLANCE PEU UTILISE

L'UAC dispose de trois chambres d'isolement destinées à l'ensemble des patients admis dans l'établissement. Deux d'entre elles sont nommées « chambres d'apaisement » en raison de leur configuration – la superficie de ces chambres ne permet pas de placer le lit au milieu de la pièce et d'en faire le tour – mais dans la réalité elles sont utilisées comme des chambres d'isolement. L'HTC1 est également équipée d'une chambre d'isolement qui n'est pas répertoriée en tant que telle car elle est utilisée la plupart du temps comme une chambre d'hébergement. Il n'en demeure pas moins qu'il s'agit bien d'une chambre d'isolement en raison de sa configuration (installation d'un sas et de sanitaires en inox) et des patients y sont enfermés régulièrement. Le mobilier est alors retiré. A l'origine, cette chambre était aménagée comme une chambre ordinaire mais lorsqu'il a fallu rénover les trois chambres d'isolement de l'UAC elle a été transformée en chambre d'isolement. Les contrôleurs estiment que l'établissement dispose donc de quatre chambres d'isolement.

Les trois chambres d'isolement de l'UAC sont situées à proximité du poste de soins. On y accède par un salon, appelé le « carré », qui peut être séparé du reste de l'unité. Cette partie modulable favorise l'instauration de sorties progressives des personnes isolées. Ce salon est agréablement aménagé, il est équipé de fauteuils confortables et d'une table basse, les murs sont de couleurs variées. Il dessert les trois chambres d'isolement, dont deux sont situées à gauche et la troisième à droite.



Le "carré" qui dessert les trois chambres d'isolement

BONNE PRATIQUE 4

Les personnes placées en chambre d'isolement disposent d'un salon dédié qui facilite les sorties progressives.

Toutes les chambres sont précédées d'un sas qui donne accès aux sanitaires. La porte d'accès à la chambre est dotée d'un fenestron en forme de losange qui permet d'avoir une vue d'ensemble

à l'exception de l'angle gauche. C'est la raison pour laquelle les trois chambres d'isolement de l'UAC sont équipées d'un système de vidéosurveillance dont les images, qui ne sont pas enregistrées, sont retransmises sur un écran installé dans le poste infirmier. Lors de la visite, cet écran n'était pas allumé. Il a été précisé aux contrôleurs qu'il était rarement utilisé afin de « préserver l'intimité » des patients. Pour autant, les médecins ne sont pas favorables à leur retrait car leur présence aurait permis d'éviter un passage à l'acte suicidaire.

RECOMMANDATION 12

Afin de favoriser leur accompagnement, les patients placés en chambre d'isolement doivent faire l'objet d'une surveillance humaine permanente. On ne saurait la remplacer par une vidéosurveillance, qui ne peut être utilisée que de manière brève et ponctuelle.

Lors du contrôle, deux des trois chambres ont pu être visitées. La troisième, équipée de sanitaires en inox et d'une douche à l'italienne à la différence des deux autres, a été visualisée plus rapidement car elle était occupée.

Les chambres sont toutes peintes en blanc. L'éclairage naturel est assuré par une large fenêtre non ouvrable équipée d'un système d'aération peu efficace. Bien que ces chambres soient apparues propres et bien entretenues, l'une d'entre elles dégageait une forte odeur d'urine. L'éclairage électrique (plafonnier et une lampe murale placée au niveau de la tête de lit) peut être actionné par le patient.

Le mobilier des chambres est composé d'un double matelas *Cumbria™* avec une tête de lit, d'un pouf ainsi que d'une petite table en mousse. Une horloge, qui affiche également la date, positionnée face au lit, permet au patient de se repérer dans le temps. Toutes les chambres sont dotées d'une sonnette d'appel reliée au poste infirmier.



Chambre d'isolement



Sanitaires de deux chambres d'isolement

Pour rappel, deux des trois chambres sont équipées de sanitaires qui ne sont pas aux normes comme l'illustrent les photographies. Tous les éléments sont en céramique, la douche est équipée d'un rebord et d'un tuyau, le lavabo est surmonté d'une petite étagère qui peut être aisément démontée. Par conséquent, ces sanitaires sont rarement accessibles. Les patients se voient remettre un bassin ou un urinal. Les infirmiers ont toutefois précisé que, lors de leur passage, ils proposaient toujours au patient de l'accompagner aux sanitaires. Il a été également constaté que les sanitaires de la troisième chambre, quoiqu'aux normes, n'étaient pas toujours accessibles ; tel était le cas pour le jeune homme placé à l'isolement lors de la visite. A la fin de la semaine, les sanitaires lui étaient ouverts cependant il avait conservé avec lui le bassin et l'urinal car il ne s'y rendait pas systématiquement.

A l'occasion de ses observations, l'établissement a fait valoir que la climatisation a été revue dans les chambres d'isolement (pose de cassette individuelle) et qu'une étude préalable doit être menée s'agissant des sanitaires.

RECOMMANDATION 13

Il convient d'améliorer le système de ventilation des chambres d'isolement et de rénover les sanitaires qui ne sont pas aux normes afin que les patients puissent y avoir accès. L'utilisation d'un bassin ou d'un urinal doit être proscrite.

8.2 LA DUREE DES MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION AINSI QUE LE RECOURS FREQUENT A L'ISOLEMENT EN CHAMBRE ORDINAIRE INTERPELLENT

8.2.1 Les conditions de mise à l'isolement et les modalités de surveillance

La « *procédure d'isolement thérapeutique et de contention physique* » date de juin 2015. Elle n'a pas été réactualisée et il y est fait mention de « *prescription* » médicale et non de « *décision* », terme adopté par la loi dans la mesure où il s'agit d'une mesure de protection et non d'un traitement. Les indications, la conduite à tenir et les modalités de surveillance, basées sur les recommandations de l'HAS, sont largement détaillées.

Les personnes placées en chambre d'isolement sont systématiquement vêtues du pyjama déchirable. Lorsqu'elles font l'objet d'un isolement strict, elles ne peuvent pas disposer de

journaux. Les visites et les conversations téléphoniques ne sont pas autorisées afin « *d'éviter tout stimuli* ». Bien que le protocole de l'établissement recommande d'informer les proches de la décision d'une telle mesure, cela n'est pas fait systématiquement.

Les patients prennent leurs repas dans leur chambre avec des couverts en plastique, une bouteille d'eau est mise à leur disposition. Des substituts nicotiques sont distribués aux fumeurs. Un passage infirmier a lieu au minimum toutes les heures voire plus fréquemment, notamment dans le cadre de la contention.

Selon les témoignages recueillis, les sorties progressives, dès lors que l'état du patient s'améliore, sont rapidement instaurées. Les patients peuvent alors circuler temporairement dans le « carré ». Exceptionnellement, ils peuvent recevoir un appel téléphonique ou de la visite et sortir accompagnés pour fumer.

Les mesures sont systématiquement réévaluées dans les 24 heures par le médecin psychiatre qui s'entretient avec le patient. Il lui demande comment il se sent et si l'isolement l'apaise. Si un placement en chambre est réalisé dans l'urgence par le personnel infirmier (cela se produirait rarement), le médecin valide ou non la mesure dans l'heure qui suit. Les « *isolements si besoin* » ne font pas partie des pratiques de l'établissement.

L'examen somatique est réalisé par le médecin généraliste. Il peut être effectué plusieurs jours après la mise en place de la mesure, le praticien n'étant présent que les lundis et jeudis ; cependant certains psychiatres n'hésitent pas à examiner le patient si cela s'avère nécessaire. Lorsqu'une personne fait l'objet d'un isolement prolongé, le médecin généraliste vient l'examiner régulièrement. Dans le cadre de la contention, les psychiatres appliquent le protocole de prévention des troubles thrombo-emboliques lorsque cela s'avère nécessaire.

De l'avis des médecins et des infirmiers rencontrés, le recours à l'isolement et à la contention est décidé en dernier recours et vise « *à protéger le patient de lui-même ou à protéger les autres patients ainsi que le personnel de santé d'un patient particulièrement agressif* ». Toutes ces mesures font l'objet de discussions en équipe, l'ensemble des professionnels de santé étant associé au processus décisionnel. Le personnel paramédical a indiqué que, bien souvent, « *il sentait la crise monter* ». Tout est alors mis en œuvre pour « *calmer le jeu* » : promenade, douche, modification du traitement, augmentation du nombre de séances d'activités sportives. Cependant certains professionnels de santé jugent leur formation initiale insuffisante et souhaiteraient bénéficier de formations complémentaires afin de consolider leurs connaissances en psychopathologie. Des infirmiers en poste depuis un an n'avaient toujours pas bénéficié de la formation OMEGA (cf. § 2.3.4). La psychologue intervenant dans le service a suivi cette formation destinée à mieux gérer la violence du patient. Elle assiste au placement en chambre d'isolement lorsqu'elle est présente dans l'unité. Son regard extérieur lui permet de reprendre avec l'équipe le déroulement de la procédure et notamment les points qui mériteraient d'être améliorés. Il lui est également arrivé de devoir accompagner un patient lors d'une mise en isolement en raison de la bonne alliance qu'elle avait su établir avec ce dernier. Sa présence, semble-t-il, a évité au personnel soignant de recourir à la force.

Lorsque l'isolement se prolonge dans la durée, les professionnels de santé s'accordent à dire qu'ils se sentent désarmés et vivent cette situation comme un échec. De même, certains soignants s'interrogent *a posteriori* sur le bien-fondé de la mesure lorsque l'état du patient ne s'améliore pas.

Le cas du patient pour lequel une mesure d'isolement était en cours depuis trois semaines lors de la visite a fait débat. Ce patient, après avoir bénéficié de sorties progressives, a de nouveau

fait l'objet d'un isolement strict en raison de son délire paranoïaque le conduisant à des comportements hétéro-agressifs. Les traitements médicamenteux ayant peu d'effets sur son état clinique, il a été décidé d'associer la psychologue, formée à la psychothérapie cognitivo-comportementale, à sa prise en charge. Cette dernière lui a proposé des techniques complémentaires aux traitements.

8.2.2 Les durées des mesures et le recours à l'isolement en chambre ordinaire

Des chiffres communiqués par l'établissement : rapport annuel d'activités pour 2017 et éléments communiqués par le DIM pour les années 2018 et 2019, il résulte les données suivantes :

- mesures d'isolement dans un espace dédié : soixante-dix-neuf en 2017 pour 972 jours, soixante-sept en 2018 pour 694 jours, seize entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2019 pour 178 jours ;
- mesures d'isolement en dehors d'un espace dédié : dix-huit en 2017 pour 343 jours, quarante-huit en 2018 pour 776 jours, quatre entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2019 pour 36 jours ;
- mesures d'isolement de nuit¹⁰ dans un espace dédié : pas de données pour 2017, quatre en pour cinquante-quatre nuits, deux entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2019 pour soixante et une nuits ; 2018
- mesures d'isolement de nuit en dehors d'un espace dédié : pas de données pour 2017, vingt en 2018 pour 1 247 nuits, cinq entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2019 pour quatre-vingt-quatorze nuits ;
- mesures de contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement : dix en 2017 pour 5,2 jours, huit en 2018 pour 27,3 jours, deux entre le 1^{er} janvier et le 8 avril 2019 pour 2,7 jours.

Ces chiffres mettent en évidence les éléments suivants :

- le nombre de mesures d'isolement dans un espace dédié a diminué depuis 2017 mais leur durée moyenne (11 jours) est identique. Par ailleurs le registre fait apparaître des durées anormalement longues : 59 jours, 44 jours, 37 jours, 22 jours, 16 jours, etc ;
- le nombre de mesures d'isolement de nuit dans un espace dédié est limité et concerne des patients pour lesquels a été instaurée une sortie progressive. Toutefois pour un patient, la mesure a duré plus d'un mois ;
- **le nombre de mesures d'isolement en chambre ordinaire est très élevé et a considérablement augmenté au cours de l'année 2018.** Cependant, les données du trimestre 2019 indiquent une nette diminution. Il a été expliqué que, pour certains patients, il était préférable de ne pas les transférer à l'UAC afin de ne pas les perturber. Les familles exerceraient également des pressions sur les psychiatres afin que les patients demeurent dans leur chambre. A cet égard, les praticiens ont évoqué le cas d'un patient pour lequel la durée de la mesure a été très longue (42 jours) en raison de son état clinique. **Il n'en demeure pas moins que le registre met en évidence des durées longues pour d'autres patients : 35 jours, 28 jours, 23 jours, etc ;**

¹⁰ De 21h à 7h.

- le nombre et la durée des mesures d'isolement de nuit en chambre ordinaire sont également élevés. Ces mesures concerneraient des patients au comportement hétéro-agressif qui seraient susceptibles de s'introduire dans d'autres chambres ;
- les isolements en chambre ordinaire concernent toutes les unités avec une proportion plus élevée à l'HTC1, en raison certainement de la présence de la chambre d'isolement considérée comme une chambre d'hébergement. L'UAC n'est pas épargnée (huit mesures en 2018) alors même qu'elle dispose de trois chambres d'isolement ;
- si le recours à la contention est peu fréquent, certaines durées interrogent. Ainsi, en 2018, les durées de contention concernant les huit patients ont été les suivantes : 7 jours, 3 jours, 18 heures, 14 heures, 10 jours, 2 heures, 20 heures et 5 jours. En 2019, les deux mesures ont duré respectivement 2 heures et 20 heures.

8.3 LE REGISTRE EST PEU EXPLOITABLE ET LE MANQUE D'ANALYSE DES DONNEES TRADUIT L'ABSENCE DE POLITIQUE VISANT A REDUIRE LE RECOURS AUX MESURES D'ISOLEMENT ET DE CONTENTION

Le registre prévu par l'article L.3222-5-1 du CSP a été mis en place en janvier 2017. Il a été élaboré sous la forme d'un tableau *Excel*. Les informations relatives aux mesures sont retranscrites par la secrétaire de direction à partir des éléments d'information qu'elle recueille chaque matin lors du « flash ». Les données sont donc approximatives et parfois incomplètes. Ce problème sera résolu très prochainement grâce à l'installation du logiciel *Softway* qui permettra d'extraire les informations depuis le dossier patient informatisé.

Le registre compte sept feuillets distincts pour chaque mesure :

- isolement en espace dédié ;
- isolement en dehors d'un espace dédié ;
- isolement de nuit (21h à 7h) dans un espace dédié ;
- isolement de nuit (21h à 7h) en dehors d'un espace dédié ;
- contention mécanique dans le cadre d'une mesure d'isolement conformément aux recommandations de bonnes pratiques ;
- contention mécanique en dehors d'un espace isolement et en dehors des cas d'exception prévus par les recommandations de bonne pratique ;
- contention mécanique en dehors d'un espace isolement et conformément aux exceptions prévues par les recommandations de bonne pratique.

Les deux derniers feuillets ne contiennent aucune donnée, l'établissement ne pratiquant pas la contention en dehors d'un espace d'isolement.

Chaque feuillet comprend les items suivants : l'identifiant patient (n° IPP), l'unité concernée, la date et l'heure du début de la mesure, la date et l'heure de la fin de la mesure, la durée en heures, le nom du médecin psychiatre ayant décidé la mesure et les noms des infirmiers en charge de la surveillance. Ce dernier item n'est jamais renseigné. Le registre ne mentionne pas non plus le statut d'admission des patients. Selon les propos recueillis, le statut des patients en SL pour lesquels une mesure d'isolement est décidée est transformé dans l'heure qui suit la décision.

Toute modification décidée par le médecin au cours de la mesure n'apparaît pas alors qu'il a été indiqué que des sorties progressives étaient rapidement instaurées. Enfin, l'unité d'origine du

patient ne figure pas non plus alors même que des patients provenant d'autres unités sont transférés à l'UAC pour y être mis en chambres d'isolement.

Si les échanges portant sur l'isolement et la contention sont nombreux au sein des unités, ces mesures ne font pas l'objet d'une réflexion institutionnelle. Jusqu'en 2013, un groupe de réflexion sur la violence, composé de médecins et de personnel paramédical, se réunissait régulièrement. La question de l'isolement et de la contention était abordée à partir d'un cas clinique. Depuis la mise en place du registre, les données statistiques ne sont pas analysées au sein de la communauté médicale. Elles ne sont pas non plus partagées avec les autres professionnels de santé. De même, les données figurant dans le rapport annuel ne font l'objet d'aucune analyse ; l'instauration d'une politique visant à limiter le recours à ces mesures ainsi que leur durée ne semble pas être à l'ordre du jour. A titre d'exemple, il n'est pas envisagé de réduire le nombre de chambres d'isolement ni d'installer des chambres d'apaisement.

Dans le cadre de ses observations l'établissement a indiqué qu'un registre informatisé directement en lien avec le dossier du patient au sein du logiciel est en cours de recettage et a vocation à remplacer le fichier Excel actuel. Une réflexion sera par ailleurs menée sur les indications de l'isolement et les alternatives possibles.

RECOMMANDATION 14

Les mesures d'isolement ne doivent se dérouler que dans des espaces dédiés.

L'établissement doit développer des outils d'analyse fiables et évaluer les mesures d'isolement et de contention qui ne doivent constituer que des solutions de dernier recours.

D'autres alternatives, telles que l'aménagement de chambres d'apaisement, doivent être envisagées.

9. CONCLUSION

Les contrôleurs ont été fort bien accueillis par toutes les catégories de personnel, alors même que la direction et le corps médical étaient accaparés par le transfert concomitant de l'hôpital de jour de Rueil-Malmaison dans de nouveaux locaux situés hors de la clinique. Les contrôleurs ont eu le sentiment d'une bonne cohésion au sein des équipes, où toutes les catégories de personnel ont leur place.

L'établissement offre des conditions matérielles de séjour de qualité et assure une présence médicale et soignante qui permet des prises en charges individualisées et pluridisciplinaires, grâce notamment à la présence de psychologues, aides médico-psychologiques et professionnels spécialisés dans les activités thérapeutiques.

Cependant les chambres de soins intensifs ne sont pas toutes aux normes, le registre ne permet pas de vision globale et la communauté médicale n'a pas engagé de réflexion sur les pratiques d'isolement et de contention qui sont nombreuses et s'exercent parfois sur des durées longues.

De la même manière, la réflexion collégiale est insuffisante au regard de la prise en charge de patients hospitalisés sans leur consentement depuis plusieurs années, alors même que certains ne souhaitent pas quitter l'établissement, et donc pourraient y rester librement, et que d'autres devraient être orientés en établissement médico-social.



16/18 quai de la Loire
CS 70048
75921 PARIS CEDEX 19

www.cglpl.fr